

O CONVÍVIO COM A DOR CRÔNICA

Adriana Cristina de Santana¹

Luiza Araújo Amâncio²

Renata Alessandra Evangelista³

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida com pessoas portadores de artrite reumatóide – artrose – que teve como objetivo conhecer as relações e as situações vivenciadas pelos portadores de artrite reumatóide – artrose –, além de proporcionar novos conhecimentos e indagações sobre o assunto. Os dados foram obtidos durante as entrevistas realizadas com os clientes após a realização da sessão de fisioterapia, com gravação dos depoimentos de nove sujeitos. A análise dos dados evidenciou uma vida marcada por altos e baixos, sempre tendo a dor como desencadeadora de fatores desagradáveis e inesperados. Por outro lado, evidencia uma luta constante para melhorar a cada dia que passa a condição de viver, conseqüentemente buscando uma melhora na qualidade de vida. O enfermeiro necessita de uma visão humanista, enfocando que a dor não diminui a integridade do ser humano, sendo necessário o comprometimento e a conscientização da importância de estabelecer equipes multidisciplinares destinadas a esse fim.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crônica. História de vida. Qualidade de vida.

ABSTRACT

It is a research developed with people suffering from arthritis rheumatoid – arthrosis which had as objective to know the relationship and situations experienced by people who have arthritis rheumatoid – arthrosis as well as providing new knowledge and inquiries on the subject. The data were collected during the interviews with sick people after a physiotherapy session. The testimonies of nine individuals were recorded. The analysis of the data showed a life marked by ups and downs, having the pain as the reason for unpleasant and unexpected factors. On the other hand, it gives evidence of a constant struggle for a day by day improvement on their living condition. The nurse needs a humanist vision, focusing on

¹ Acadêmica colaboradora.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Saúde, do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM); e-mail: luizaaraujoamancio@yahoo.com.br

³ Orientadora, Enfermeira, Professora Doutora da Faculdade Ciências da Saúde, do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

the fact that the pain does not decrease the human being integrity. The commitment and awareness of the importance to establish multi-professional teams working on this purpose is necessary.

KEYWORDS: Chronic pain. Life history. Life quality.

1 INTRODUÇÃO

A dor é um dos sentimentos mais primitivos e essenciais para a sobrevivência dos animais. É através da dor que o nosso corpo nos avisa de que algo não está bem; é ela que permite respostas rápidas ao perigo e é por meio dela que sabemos até onde podemos continuar a exercitar o corpo ou quando devemos parar para descansar.⁽¹⁾ Mesmo tendo uma função tão importante, o conhecimento científico sobre a dor ainda está no seu início. Apesar de a dor ser um sentimento que sempre acompanhou o ser humano e os seus ancestrais, foi só no último século que o Mundo Ocidental conseguiu ter algum tipo de conhecimento sobre o seu mecanismo de funcionamento e só nas últimas três décadas a pesquisa sobre a dor foi conduzida de maneira mais intensa.⁽¹⁾

O principal motivo desta preocupação está no aumento do número de pessoas que sofrem de dores crônicas devido às mudanças ocorridas na área da saúde e no estilo de vida do mundo moderno. Graças aos avanços da medicina, pessoas com doenças crônicas como cancro, diabetes, neuropatias e que sofreram acidentes ou foram feridos em guerras estão tendo uma sobrevivência muito maior do que pacientes com estas mesmas características há apenas 20 ou 30 anos atrás. Além da maior sobrevivência à doença, houve também nesta época um envelhecimento da população, especialmente nos países mais ricos, que aumentou em muito a demanda por novas pesquisas e tratamentos para a dor.⁽¹⁾

A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos⁽²⁾. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado.

A Sociedade Internacional para Estudo da Dor, em 1979, conceituou dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências traumáticas..."⁽³⁾.

A dor leva à irritação, mau-humor, alteração no apetite, sono e trabalho, podendo ocasionar graves conseqüências fisiológicas, psicológicas e sociais⁽⁴⁾. As doenças

reumáticas afetam mais de 37 milhões de americanos, sendo que a artrite reumatóide, fibromialgia e osteoartrite são as três formas mais comuns ⁽⁵⁾.

Dor crônica é uma experiência mediada por elementos físicos, emocionais e cognitivos. O impulso doloroso, advindo de qualquer local do corpo, ascende para estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex (frontal, sensitiva, motora e inespecífica). Dessas múltiplas projeções resultam diversos fenômenos, dos quais interessa destacar a "agregação" do componente emocional desagradável à experiência dolorosa, pelas conexões do impulso com o sistema límbico e a "agregação" de elementos cognitivos como crenças, expectativas e atenção à dor, pelas conexões do impulso com diversas estruturas corticais ⁽⁶⁾.

O relato da experiência dolorosa pelo doente aos profissionais da saúde que o atendem é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. A necessidade de se conhecer e de se compararem quadros dolorosos entre populações diferentes e de quantificar a resposta às diversas terapias despertou, nos pesquisadores, o interesse em desenvolver inventários para a avaliação da dor e que possibilitassem o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa. Os métodos para a avaliação da dor crônica aplicáveis a adultos baseiam-se na descrição verbal ⁽⁵⁾.

A dor crônica tem sido objeto de estudo de vários campos disciplinares e, há aproximadamente quatro décadas, motivou a organização de uma especialidade médica, multiprofissional e interdisciplinar, constituída a partir do desenvolvimento da Teoria de Comporta. Essa teoria, elaborada por dois neurofisiologistas em meados da década de 1960, propõe pensar a multidimensionalidade da modulação do sistema nervoso central, agregando as experiências passadas (emoção, cognição, motricidade) e várias sensações (cheiro, audição, tato) como elementos que contribuem para a modulação, percepção e resposta à dor ⁽⁷⁾.

No entanto, há a carência de estudos em nosso meio, que caracterizem a dor e avaliem como esses pacientes enfrentam a dor crônica no cotidiano em seus diferentes aspectos.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, foi utilizado o método "História Oral", pela adequação aos princípios da abordagem qualitativa, acreditando que a construção histórica das experiências, relatadas por quem a vivencia, possibilita uma melhor compreensão ⁽⁸⁾.

História oral é um recurso moderno utilizado como forma de captação de experiências de pessoas dispostas a falar sobre aspectos de sua vida, com o compromisso de se manterem no contexto social. É usada para elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social das pessoas ⁽⁹⁾.

A História Oral tem por objetivo a formulação de documentação histórica e reflexão social, possibilitando o resgate da memória individual e coletiva como a base primária de obtenção de qualquer forma de conhecimento, científico ou não ⁽¹⁰⁾.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi desenvolvida na Clínica Salutar- Tratamento de Reumatismo e Doenças da Coluna. Tal clínica atende particulares e conveniado à Unimed e outros planos de saúde, na cidade de Patos de Minas.

Os encontros aconteceram em uma sala da clínica após a sessão de fisioterapia, mantendo a privacidade e o conforto para o sujeito.

2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Integraram o estudo 09 sujeitos. Estes foram selecionados de forma aleatória, no período de maio e junho de 2006, por atenderem aos seguintes critérios de seleção: ter Artrite reumatóide – artrose - há mais de 06 meses, ter mais de 18 anos, manifestar interesse em falar sobre o seu conviver com a doença crônica, aceitar formalmente participar da pesquisa.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos pela gravação em fitas cassete de 09 encontros, realizados quinzenalmente, no período de junho a julho de 2007, sendo que cada encontro teve a duração média de 40 minutos.

Para tanto, utilizamos um instrumento contendo dados de identificação e a questão norteadora: “Conte-me como é conviver com a dor crônica, e como tem sido sua vida”.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados a partir da transcrição das fitas gravadas nos 09 encontros e seguiram os seguintes passos: (a) codificação dos dados com a identificação

dos trechos que abordavam a questão de conviver com a dor crônica; (b) formação das categorias, (c) elaboração da identificação do conjunto de expressões que representam os elementos que interferem ou não na sua qualidade de vida.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, para análise e obtenção de permissão para sua realização.

Solicitamos aos sujeitos os consentimentos, por escrito, para sua participação na pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre Pós-informado, o qual contém informações sobre a pesquisa, inclusive que as entrevistas seriam gravadas e que asseguraríamos seu anonimato utilizando nomes fictícios que, segundo os princípios éticos, a utilização dos conteúdos dar-se-ia somente para fins desta pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os nove participantes da pesquisa tinham entre 52 e 73 anos, com média de idade de 60,3 anos. Quanto ao sexo, todas eram mulheres. No que se refere ao estado civil, sete se encontravam casadas, uma se encontrava viúva e uma se encontrava divorciada. Com relação ao tempo de doença, a média foi de 12,1 anos, variando de dois anos até vinte e cinco anos, atendendo os critérios do estudo. Todos os que participaram realizavam acompanhamento clínico e tratamento terapêutico há mais de três anos.

Os resultados e a discussão dos dados serão apresentados em subseções, que representam o objetivo proposto no estudo.

A análise dos dados exigiu a organização das entrevistas transcritas, com leituras minuciosas e sucessivas, em busca do reconhecimento de seus conteúdos e anotação dos conceitos emergentes mais gerais que possibilitaram a construção das categorias. Foi atribuído aos participantes nomes fictícios com o intuito de manter o anonimato e a privacidade dos mesmos.

A construção das categorias deu-se após a identificação dos conceitos expressos nas falas. A identificação das categorias é um elemento central do processo de análise. Categorizar significa agrupar conceitos que parecem pertencer ao mesmo fenômeno⁽¹⁰⁾.

Construímos a trajetória histórica a partir dos temas identificados, originando seis categorias: (1) a descoberta da dor crônica; (2) sentimentos conflitantes; (3) manutenção da

luta para uma vida melhor; (4) superação dos limites trazidos pela doença; (4) apoio da família e (5) uso contínuo de medicamentos.

3.1 A DESCOBERTA DA DOR CRÔNICA

A dor crônica é descrita como uma dor que dura meses, anos, ou a vida toda. Pode haver ocorrências intermitentes de dor crônica que se caracterizam por períodos de dor, intercalados com intervalos isentos de dor. Esse padrão pode repetir-se continuamente durante anos. A dor crônica também pode ser constante, persistir e piorar progressivamente, apesar do tratamento. ^(11,12)

A dor crônica acomete de 25% a 30% da população dos países industrializados, devendo ser considerada um sério problema de saúde. No Brasil, a dor é a razão pela qual 75% a 80% da população procura o sistema de saúde, e a dor crônica, que acomete 30% a 40% da população brasileira, é a principal causa de faltas ao trabalho, de baixa produtividade, de licenças médicas, de aposentadorias por doença e de indenizações trabalhistas. Pode ser manifestada de várias formas, em qualquer estágio da vida, em qualquer faixa etária, em comum ao sexo feminino. ⁽¹³⁾

A fala das entrevistas mostra esta realidade:

“... a dor começou quando eu era solteira, era doméstica na época, começou a dor nas mãos e braços. Enrolava blusas de lã nos braços para poder dormir...” (Maria)

“Comecei primeiro na coluna, região lombar, comecei o tratamento com o Dr. Marcio Abdala. A dor desceu para a perna e descobri que estava com gasto na ponta do quadril...”
(Leopoldina)

“Morava na fazenda e primeiro doeu o dedo, nas juntas dos braços, na perna...” (Marta)

“Começou quando acordei, achei minhas mãos pesadas e inchadas. Fui a um médico que me deu uma injeção que mascarou a dor. Procurei outra médica, comecei o tratamento e sarou...” (Joana)

“Começou a dor primeiro com 36 anos, dor na coluna e distendia até o nervo da perna, uma dor pertinente que não tinha fim...” (Doralina)

“...com o início da menopausa parece que tudo começou, eu vinha trabalhando muito e parece que fui fracassando e eu não cuidei, fui deixando, deixando, até que um dia houve uma recaída, aí eu aposentei e agora estou cuidando melhor...” (Aparecida)

Uma das doenças crônicas mais comumente relatadas é a artrite reumatóide (AR), acometendo cerca de 1% da população mundial. A AR é uma doença sistêmica, de curso progressivo, cuja principal manifestação é a inflamação articular. A dor crônica, a fadiga e a incerteza sobre o curso da doença relacionam-se muito freqüentemente às dificuldades afetivas, comportamentais e sociais e, conseqüentemente, a graus variados de dificuldades na execução das atividades de vida diária, trabalho e lazer.⁽¹⁴⁾

Como se pode perceber, estas dificuldades em aceitar a doença instalada e a mudança no comportamento físico e social é manifestada pela cliente do estudo.

“Tenho uma filha com artrite reumatóide, fiquei preocupada como minha filha herdou isso e, vendo ela sofrer, procurei e vi que tinha a doença. Achava que a dor que sentia era psicológica, por causa da minha filha. Dei uma crise asmática, tomei muito corticóide, que atacou meus ossos. Hoje tenho artrose, escoliose, hérnia de disco e osteoporose...”

(Sebastiana)

A osteoartrite corresponde a um grupo de problemas que resulta em alterações nas juntas (articulações), principalmente em joelhos, quadris, mãos, coluna vertebral. É uma doença muito freqüente, tanto que, segundo a experiência médica, a maioria das pessoas acima de 65 anos e cerca de 80% daquelas que já passaram dos 75 anos acabam sofrendo dessa enfermidade. O aparecimento de sintomas é usualmente lento. A princípio surge dor intermitente (que aparece e desaparece) na junta atingida, geralmente relacionada a esforço físico. Pode também ocorrer sensação de rigidez articular, associada a um estado de dor de difícil localização.⁽¹⁵⁾

A fala da entrevistada mostra esta realidade:

“Tem mais ou menos uns 3 anos que eu descobri, porque começou no joelho, aí meu joelho doeu, aí fui num ortopedista, porque estava

inchado, aí ele falou que era artrose depois eu dei uma dor na coluna, nas costas também e no peito, né e irradiava tudo pro peito e eu fiquei preocupada, achando que pudesse ser até alguma coisa no coração e procurei também o médico. Aí procurei um médico, primeiro fui num cardiologista. Ele falou que não era nada, aí eu fui num ortopedista e ele me pediu um raio X de tórax; aí ele falou que minhas vértebras estavam todas sobrepostas, sabe talvez pode ter tido um desgaste, por isso por estar uma em cima da outra; aí dói, tem dia que dói, essa dor dói tanto que chega a doer as veias do pescoço da gente sabe!...” (Madalena)

3.2 SENTIMENTOS CONFLITANTES

O medo de sentir dor é responsável, na maior parte dos casos, pela conduta de fugir de atividades ou situações a ela relacionadas, o que resulta na manutenção da incapacidade. ⁽¹⁶⁾

Algumas falas permitem esta manifestação:

“... eu não sabia que era doente, um dia andei muito na fazenda e passei muito mal, fiquei dois dias de cama, fiquei tão assustada que procurei ligeiro o médico, me marcou tanto, fiquei com muito medo de morrer, que jurei que ia me cuidar...” (Marta)

“... cuido da minha saúde, morro de medo de ficar na cama, de adoecer mais...” (Doralina)

“...a dor atrapalha no dia a dia. No principio eu tava acordando com os dedos parece que inchados, às vezes duros, não dobravam, quando eu me levantava ainda brincava com o meu marido: Nossa! Estou parecendo aquelas galinhas quando ficam peadas e que quando soltam elas, elas ficam andando, calambeando, até o momento que parece que esquentava, aí eu melhorava, com o movimento, então, eu melhorava, sabe!...” (Madalena)

As atividades do cotidiano e problemas corriqueiros transformam-se numa crise. A pessoa, diante de um fato “banal”, tende, às vezes, a manifestar-se por meio de uma

resposta agressiva, interferindo nos relacionamentos e conseqüentemente na mudança de comportamento.⁽¹⁶⁾

Isso é retratado por uma das entrevistadas:

“... Às vezes fico nervosa por ter que parar e começar de novo, mas me sinto bem, apesar da dor e das dormências...” (Maria)

Em conjunto com respostas agressivas, há também relatos de entrevistadas que revelam sentir necessidade de afastamento, isolamento, mediante certas situações:

“... quando descobri a doença, fiquei um pouco preocupada de ficar aleijada... com a dor fico nervosa e tem dia que não quero ver ninguém, quero ficar isolada...” (Maura)

O desejo de produzir e a impossibilidade de executar as suas atividades da mesma forma que antes criam conflitos e constrangimento para eles. Nesse sentido, ir à compreensão do ser humano, sendo uma pessoa com dor, significa interpretá-la enquanto um ser que vive no mundo com projeções, possibilidades e facticidades. Como podemos perceber, a existência dessas pessoas é permeada por angústias, depressões, medo e sentimento de incapacidade.⁽¹⁶⁾

A sua existência fica marcada por essa facticidade, transformada pelas ações biológicas e psicossociais causadas pela dor e pelas alterações na auto-estima.⁽¹⁶⁾

As falas expressam essas alterações:

“...não consigo andar mais de 50 metros, dói muito a coluna e a perna. Depois da doença minha vida piorou, fiquei depressiva, porque queria andar e não dava conta. Depois que meu marido morreu, fiquei mais depressiva ainda...” (Leopoldina)

“... fiz vários exames e detectou artrose. Questionei por que essa dor está em mim e em outras pessoas não?... Quando descobri a doença, tive a sensação de ter chegado na terceira idade, tive uma depressão e preocupação de mudar meus hábitos...” (Sebastiana)

3.3 MANTER-SE NA LUTA POR UMA VIDA MELHOR

A luta diária que as pessoas portadoras de dor crônica enfrentam para ter uma melhora na qualidade de vida é realmente importante para a manutenção da vida e de suas atividades. Percebem sua condição como uma luta para manter uma vida normal, de modo a preservar ou a buscar uma vida melhor. É o que se confirma nas falas abaixo:

“...minha dor é passageira e aprendi a conviver com ela no meu dia-a-dia...” (Maura)

“... nunca deixei de fazer nada com a dor...” (Leopoldina)

“...quando estava fazendo meus afazeres, sentia muita dormência nos braços, mas continuava, persistia mesmo sentindo a dor...” (Maria)

“...faço todas as minhas obrigações com a dor... Não modificou nada na minha vida com a dor, quanto mais dói, mais me movimento...” (Marta)

“...sou muito extrovertida, nem lembro da doença, sou muito agitada, nada na minha vida mudou. A dor não me impede de fazer nada que quero e gosto...” (Joana)

“...sou testemunha de Jeová e faço visitas nas casas com a dor. Faço tudo com a dor, ele não me larga o dia todo...” (Doralina)

“...nenhum dia tive desânimo de me levantar. Tinha às vezes, tinha dia que doía tanto que quando eu ia trabalhar eu pensava assim: Hoje eu não vou dar conta, mas eu insistia, preparava o café da manhã e com os movimentos aí ia desaparecendo, diminuindo, não é que desaparece, mas diminui...” (Aparecida)

“...com a dor, às vezes você vê uma coisa para fazer, aí você pensa: ai! Eu tenho que fazer isso, aí tá doendo, Ah! Mas tem que fazer né, então eu vou fazer!. Agente faz tudo como se não tivesse dor...” (Madalena)

3.3 SUPERAÇÃO DOS LIMITES TRAZIDOS PELA DOENÇA

Mesmo sabendo que existem limitações, muitos estão dispostos a tentar produzir como antes, pois a manutenção do trabalho contribui para manter a pessoa ativa, participante, minimizando o desconforto e melhorando a auto-estima. ⁽¹⁶⁾

Suas falas revelam essa faceta:

“... sou muito ansiosa, faço poucas coisas, uma tarefa de cada vez, mas faço todas as tarefas de casa sozinha...”(Maura)

“... sou casada, tenho dois filhos e sou do lar... Sempre vou fazer minhas coisinhas, porque gosto muito...” (Maria)

“...agora é que tenho uma ajudante para limpar a casa, mas o almoço faço questão de fazer... Não paro um minuto hoje... antes eu costurava muito, hoje não faço, minha idade está ruim, nunca aposentei minhas máquinas; só diminuí”... (Leopoldina)

“...cuido de todo mundo da família, meu pai não enxerga, tem glaucoma, tenho uma filha com Síndrome de Down... faço sabão, sou muito agitada e não tenho paciência de ficar quieta, gosto muito de cuidar da minha casa, do meu marido e dos meus filhos...” (Marta)

“...sou professora aposentada, hoje trabalho com meu filho, ele é fisioterapeuta e fico com ele nas tardes. Faço atividades físicas como caminhadas e Pilates...” (Joana)

“...faço também doce para fora, não fico quieta de forma alguma... participo do Agito na Praça e caminho duas vezes por semana... apesar das dores, consigo mexer o corpo e trabalhar...” (Doralina)

“...tenho a vida normalmente mesmo, inclusive eu não tenho auxiliar em casa eu faço tudo, minha casa é enorme, como você está vendo e eu gosto sabe do serviço de casa também né,... hoje, por exemplo, amanheceu doendo muito, porque ontem dei uma faxina na casa na parte de dentro e hoje arrumei no lado de fora, e minha garagem é enorme, então parece que incha mais, eu não sei se é por causa do movimento ou mesmo do contato com a água. (Aparecida)

“...faço todas as atividades, faço comida, arrumo casa, amasso biscoito e tem dia que dói mais, mas mesmo assim eu faço as coisas. A dor não me impede de fazer as coisas. Ah! Não vou amassar um biscoito! Ah! Não eu não consigo! Não é assim!, eu consigo, eu consigo, dói mas eu consigo né?... (Madalena)

3.4 APOIO DA FAMÍLIA

A família é parte fundamental na construção da saúde de seus membros, pois tem como função básica o apoio, a segurança e a proteção. Agem numa forma de compreensão, de acolhimento, às vezes fazendo tudo por eles, outras vezes, favorecendo o crescimento, o amadurecimento, conseguindo amenizar situações de desgaste e desconforto. ⁽¹⁶⁾

Em algumas entrevistas, emerge o apoio da família no sentido de ajudá-los a enfrentar problemas, como a incapacidade, o desamparo e a auto-estima.

“...depois que descobri a doença, nada mudou e nem me marcou, sou muito tranqüila em relação a isso, tenho meus filhos perto de mim o tempo todo, me vigiando e olhando por mim...” (Joana)

3.5 USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS

Na atualidade, a terapia farmacológica da artrose oferece alternativas que não só contemplam adequadamente o tratamento sintomático dessa patologia, mas também, que agem sobre a evolução da doença. ⁽¹⁷⁾

Diante disso, e vivenciando constantemente episódios conflitantes e de desconforto intenso, os portadores de doenças crônicas recorrem diariamente a altas doses de medicamentos, na tentativa de diminuir e de amenizar de forma gradativa ou momentânea sua dor.

Algumas entrevistas nos mostram esta realidade:

“...tomei 5 anos de medicamento. Melhorava, depois piorava. O médico falou que tinha que arrumar uma prótese, fui para Belo Horizonte, o médico de lá falou que meu caso era só cirurgia e eu não quis fazer. Fui para a Dra. Lília, tem uns 3 anos de tratamento, me passou uns remédios, e pediu muitos exames...” (Leopoldina)

“...tem dia que fico muito irritada, mas mesmo assim nunca deixei de fazer nada. Os remédios me ajudam bastante...” (Marta)

“...tomo muitos remédios como Diclofenaco, Homeoprazol. Não durmo muito bem, dá muita câimbra, dói o corpo inteiro. Para conseguir fazer minhas atividades, fico à base de remédios...” (Doralina)

“...dei uma crise asmática, tomei muito corticóide, que atacou meus ossos. Tomo remédios rigorosos, faço caminhadas diárias e exercícios físicos. Minha memória está diminuindo, acho que é por causa dos remédios. Tomo remédio faixa preta para dormir, sem eles não consigo...” (Sebastiana).

“...em 2003, descobri meu probleminha já de osteopenia, mas eu comecei a tomar remédio pela Dra. Nancy e ela me receitou o (não me recordo o nome), mas eu achei que ele tava me dando muita dor no estômago e eu trabalhando e aí eu não tinha muito tempo, tomei um dia, ou dois e parei, deixei de tomar...” (Aparecida)

“... aí eu fui numa reumatologista e ela me passou um medicamento que ajuda, não volta o que era antes, os carocinhos não vão diminuir, mas o remédio impede que eles aumentam, ou que aparecem outros, paralisam, né! Só que tem mais ou menos 2 meses que estou tomando...Depois né que comecei com este medicamento, notei que o pé melhorou a mão ainda não senti melhora não, mas o outro dia, saí de salto alto e não senti nada...” (Madalena)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise e compreensão dos resultados, pode-se perceber que a dor é uma forma de limitação de possibilidades e transformações no viver. Ela não domina somente o

corpo que se encontra enfermo, mas também invade a alma, modificando relações, trabalho, lazer.

A descoberta da doença crônica, a convivência com a dor constantemente, os desafios a serem superados, as atividades a serem cumpridas, as mudanças repentinas são fatores que desencadeiam transtornos psicológicos como a incapacidade, o medo, a depressão, a angústia e a baixa auto-estima.

Os depoimentos coletados nos mostram uma vida marcada por altos e baixos, sempre tendo a dor como desencadeadora de fatores desagradáveis e inesperados. Por outro lado, evidencia uma luta constante para melhorar a cada dia que passa a condição de viver, conseqüentemente buscando uma melhora na qualidade de vida.

É importante que o enfermeiro entenda que ele precisa compartilhar, ainda que por momentos, o mundo da pessoa que convive com a dor; só então poderá, nas suas peculiaridades, dar o conforto necessário e adequado para cada momento. O enfermeiro necessita de uma visão humanista, enfocando que a dor não diminui a integridade do ser humano, que continua com os mesmos direitos de viver com dignidade, mantendo a cada dia subsídios que favoreçam uma vida melhor.

É necessário o comprometimento e a conscientização da importância de estabelecer equipes multidisciplinares destinadas a este fim.

REFERÊNCIAS

1. Disponível em: <<http://psicoforum.br.tripod.com/index/artigos/Dor.htm>> Acesso em: 27 mar.2007.
2. Ferrell, B.R.; Schneider, C. - Experience and management of cancer pain at home, *Cancer Nurs* 11 (2): 84-90, 1988.
3. Melzack, R.; Katz, J. - Pain measurement in persons in pain. In: Wall, P.D.; Melzack, R. Textbook of Pain. 3. ed. Edinburgh, *Churchill Livingstone* 18: 337-51, 1994.
4. Hannan MT. Epidemiology of rheumatic diseases. In Robbins. L. Clinical care in the Rheumatic Diseases. Atlanta, Association of Rheumatology Health Professions, 2001; 9-14
5. White KP, Nielson WR. Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1995; 22-24.
6. Salvetti MG; Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (4); 202-210, 2005.

7. Melzack R.; Wall PD. Pain Mechanisms: New Theory. *Science* 50:971-9, 1965.
8. Meihy JCSB. Manual de História Oral. São Paulo (SP): Loyola; 1996.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 198
10. Brêtas, A. C. P. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. *Acta Paul. Enf.* v. 13, n. 3, p. 81-91, 2000.
11. Lacerda, Patrícia Ferreira; Godoy, Lorrany Ferreira de; Cobianchi, Milene Gonçalves; Bachion, Maria Márcia. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa de saúde da família em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.07, n.01, p.29-40, 2005. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>> Acesso em 01ago de 2007.
12. Atkinson, L.D.; Murray, M.E. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.
13. Miceli, Ana Valéria Paranhos. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.48, n.03, p.363-373, 2002.
14. Carvalho, Maria Gabriela Reis; Noordhoek, Johanna; Silva, Maria Cristina de Oliveira. Grupo de Orientação a Indivíduos Acometidos por Doenças Reumáticas: Espaço Educativo e Terapêutico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.46, n.02, p. 134-136, mar/abr.2006.
15. Disponível em: <http://www.clinicagoldenberg.com.br/outras_doencas_reumaticas.asp?> Acesso em 01 ago de 2007 às 15:50h.
16. Sanches, Luciane Maximiliano. O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Rev. Esc. Enferm USP*, v.36, n.04, p. 386-393, 2002.
17. Nasswetter, Gustavo G. Novas perspectivas na terapêutica farmacológica da artrose. Hospital das Clínicas da Universidade de Buenos Aires, 2001.