



**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA
E A VIVÊNCIA DOS QUE SOFREM**

Ceneida Ferraiuli Paes

Caxias do Sul, 2024

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA
E A VIVÊNCIA DOS QUE SOFREM**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado Profissional da Universidade de Caxias do Sul – como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e Intervenções Clínicas em Contextos Psicossociais. Orientadora: Profa. Dra. Alice Maggi

Ceneida Ferraiuoli Paes

Caxias do Sul, 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

P126i Paes, Ceneida Ferraiuoli
A intervenção psicológica no enfrentamento da dor crônica e a vivência dos que sofrem [recurso eletrônico] / Ceneida Ferraiuoli Paes. – 2024.
Dados eletrônicos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.
Orientação: Alice Maggi.
Modo de acesso: World Wide Web
Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>
1. Dor crônica. 2. Psicologia. 3. Dor - Aspectos psicológicos. I. Maggi, Alice, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 616.8-009-7

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Carolina Machado Quadros - CRB 10/2236



*A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA E A
VIVÊNCIA DOS QUE SOFREM*

Ceneida Ferraiuoli Paes

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e Intervenções Clínicas em Contextos Psicossociais.

Caxias do Sul, 23 de fevereiro de 2024

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Alice Maggi (Presidenta)
Universidade de Caxias do Sul

Profa. Dra. Ana Maria Paim Camardelo
Universidade de Caxias do Sul

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Valesca do Rosário Campista
Universidade Estácio de Sá

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Luísa, meu suporte diário e meu maior exemplo.

Ao *mio nonno*, por todas as vezes que segurou minha mão para me levar à escola, pelos 25 anos garantindo gargalhadas diárias e pelos 18 anos que vem sendo meu anjo da guarda.

À minha família por todo suporte e apoio em todos os momentos, em especial minhas irmãs e meus sobrinhos – Pedro, Maria, Mariana, Hugo e Bem – por serem os melhores presentes que a vida me deu.

A todo corpo docente do PPGPSI/UCS, pelos ensinamentos e afetos. Agradecimento especial à minha orientadora Dra. Alice Maggi, pelas orientações e trocas essenciais durante todo o percurso e, também, por ter sido calma em meio às minhas tempestades e pela paciência diante das minhas impaciências.

Aos colegas, companheiros do ‘vagão mestrado’, no trem da vida. Conseguimos: seguimos “com”! Afinal, como já dizia Raul, um sonho para ser realidade, tem que ser sonhado junto.

À querida Rejane, por nos representar e presentear com sua amizade.

Às professoras Dra. Ana Maria Paim Camardelo e Dra. Valesca do Rosário Campista, por terem aceitado participar das bancas de qualificação e defesa, contribuindo imensuravelmente para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos participantes da pesquisa, que aceitaram dividir um pouco de suas vivências, dando o verdadeiro sentido a esse estudo.

Às minhas amigas Gabi, Dani, Carolina e Caroline, por fazerem parte da minha vida. Por serem como são e me aceitarem como sou.

E, por último, mas nem de longe menos importante, ao Pipoca. Meu amor, minha vida, meu sorriso, minha força, meu motivo, meu exemplo, minha melhor companhia.

Até bem pouco tempo atrás poderíamos mudar o mundo. Quem roubou nossa coragem? Tudo é dor e toda dor vem do desejo de não sentir dor.

Renato Russo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DOR: UMA EXPERIÊNCIA COMPLEXA E MULTIFACETADA	17
2.1 A Dor como Quinto Sinal Vital	22
2.1.1 Instrumentos unidimensionais da dor	23
2.1.2 Instrumentos multidimensionais da dor	23
2.2 Prevalência da Dor Crônica no Brasil	24
3 DOR E PSICOLOGIA	29
3.1 Intervenções Psicológicas	32
3.1.1 A dor sob a ótica da Psicanálise	32
3.1.2 Dor e Terapia Comportamental / Behaviorismo	35
3.1.3 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitivo-comportamental	37
4 MÉTODO	40
4.1 Delineamento	40
4.2 Participantes	40
4.3 Instrumentos e Procedimentos	42
4.4 Análise de Conteúdo	44
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
5.1 Raio X da Dor Crônica	47
5.1.1 Características gerais da dor	47
5.1.2 Itinerário terapêutico	50
5.1.3 Acolhimento Profissional	54
5.2 Convivendo com a Dor Crônica	57
5.2.1 A experiência dolorosa	58
5.2.2 Comportamento da dor	60
5.2.3 Saúde mental e dor crônica	63
5.3 Psicologia e Dor Crônica	66
5.3.1 Tratamento Psicológico	67
5.3.2 Conhecimento do psicólogo no campo da dor crônica	70
6 PROJETO “CAMPOS ACOLHEDORES”	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	88

ANEXOS

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
ANEXO B. Questionário Formulado para a Pesquisa	90
ANEXO C. Parecer Final do Comitê de Ética em Pesquisa	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. As Perspectivas Teóricas da Dor e suas Características	18
Tabela 2. Classificação da Dor, segundo a Temporalidade	21
Tabela 3. Características da Dor Crônica no Brasil: Comparativo entre os sexos	25
Tabela 4. Contribuições de Freud para a Compreensão da Dor	33
Tabela 5. Perfil dos Participantes da Pesquisa	42
Tabela 6. Categorização, Subcategorização e Foco de Análise	45
Tabela 7. Relação de Diagnóstico entre os Participantes da Pesquisa	48
Tabela 8. Raio X da Dor dos Participantes da Pesquisa	49
Tabela 9. Compreensão dos Participantes da Pesquisa quanto a Relação entre Emoção e Dor e o quadro Psicológico por eles apresentado	64
Tabela 10. A intervenção psicológica no tratamento da dor crônica, pela lente dos que sofrem	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escalas Unidimensionais de Avaliação da Dor	23
Figura 2. Mapa da Dor por Região Brasileira	25
Figura 3. Impacto da Dor Crônica nas Atividades Diárias de Brasileiros	26
Figura 4. Lógica de Ramificação do Questionário Aplicado	43
Figura 5. Tempo para Definição Diagnóstica dos Participantes da Pesquisa	51
Figura 6. Vertentes Fisiológicas e Psicológicas do Comportamento Doloroso	61
Figura 7. Manifestações Psíquicas e Comportamentais entre os Participantes da Pesquisa.	63
Figura 8. Experiência dos Participantes da Pesquisa em Serviços Psicológicos	67
Figura 9. Arte Urbana: Grafite e Cartaz lambe-lambe	75
Figura 10. Capa do e-book em elaboração	76
Figura 11. Rede Social <i>Instagram</i>	76
Figura 12. <i>Google drive</i> : Disponibilização de materiais	77
Figura 13. <i>Quizlet</i> : Plataforma de Ensino Digital	77

RESUMO

Embora a dor sempre tenha feito parte da vida dos seres humanos, os estudos para sua compreensão iniciaram já na metade do século XIX. A dor é uma experiência pessoal, sensitiva e emocional desagradável, influenciada por diversos fatores, exigindo uma avaliação biopsicossocial. Quanto à temporalidade, a dor pode ser aguda ou crônica. Quando crônica, ela deixa de ser um sintoma e se torna a própria doença. A dor crônica é um problema de saúde global, afetando milhares de pessoas em todo o mundo. No Brasil, aproximadamente 60 milhões de pessoas sofrem com dor crônica. O aporte teórico aborda o fenômeno doloroso em todas as suas dimensionalidades, bem como sua relação com a psicologia, discorrendo sobre as contribuições das principais abordagens psicológicas no tratamento da dor. Muitos profissionais e pacientes ainda não compreendem a relação entre dor e psicologia. O objetivo geral da pesquisa é compreender como os pacientes que sofrem com dor crônica percebem a psicologia em seu tratamento. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários, via plataforma *survey monkey*. O link de acesso ao questionário fora disparado, nas redes sociais, em grupos para pessoas com dores crônicas e repassados a pessoas conhecidas, que repassavam para outras, constituindo o formato bola de neve. Para garantir os critérios de inclusão, fora aplicado uma lógica de ramificação aos questionários. Para dar prosseguimento, era necessário aceitar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, ter dor crônica por no mínimo seis meses e ter entre 18 e 60 anos de idade. Para análise dos resultados fora utilizada a técnica proposta por Bardin (2011), sendo estabelecidas três grandes categorias, as quais foram subdivididas em subcategorias, conforme foco de análise. Entre os vinte entrevistados, dezenove afirmaram que, após o surgimento das dores, desenvolveram alguma patologia psíquica, sendo a depressão e a ansiedade as com maior prevalência. Além disso, todos os participantes apresentam algum grau de frustração e impotência. O acompanhamento psicológico é considerado fundamental para muitos dos participantes, auxiliando no processo de aceitação, no manejo e enfrentamento do dor e suas dificuldades. Conforme relato dos participantes, o acolhimento recebido pelos profissionais de saúde pode impactar positivamente no tratamento, assim como, a falta dele, pode ser um fator prejudicial. Todos os participantes acreditam que as emoções influenciam na dor, mesmo aqueles que não veem a psicologia como uma possibilidade de tratamento, seja por desconhecimento, seja por experiências passadas negativas. Visto que a educação em dor pode auxiliar na adesão aos tratamentos propostos, fora criado o projeto “Campos AcholheDores”.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crônica; Intervenção psicológica; Psicologia

ABSTRACT

Although pain has always been part of the life of human beings, studies to understand it began in the mid-nineteenth century. Pain is an unpleasant personal, sensitive and emotional experience, influenced by several factors, requiring a biopsychosocial assessment. As for temporality, pain can be acute or chronic. When chronic, pain ceases to be a symptom, becoming the disease itself. Chronic pain is considered a global health problem, affecting thousands of people around the world. In Brazil, approximately 60 million people suffer from chronic pain. The theoretical contribution addresses the painful phenomenon in all its dimensions, as well as its relationship with psychology, discussing the contributions of the main psychological approaches in the pain's treatment. Many professionals and patients still do not understand the relationship between pain and psychology. The overall goal of the research is to understand how patients suffering from chronic pain perceive psychology in their treatment. This is a qualitative exploratory study. For data collection, questionnaires were used, via the survey monkey platform. The link to access the questionnaire was sent on social networks in groups for people with chronic pain and passed on to acquaintances, who passed it on to others, constituting the snowball format. To proceed, it was necessary to accept the Free and Informed Consent Form, have chronic pain for at least six months, and be between 18 and 60 years old. For the analysis of the results, the technique proposed by Bardin (2011) was used, and three major categories were established, which were subdivided into subcategories, according to the focus of analysis. Among the twenty interviewees, nineteen stated that, after the onset of pain, they developed some psychic pathology, with depression and anxiety being the most prevalent. In addition, all participants show some degree of frustration and powerlessness. Psychological counseling is considered fundamental for many of the participants, helping in the acceptance, management pain's process and their difficulties. According to the participants' reports, the reception received by health professionals can have a positive impact on treatment, as well as the lack of it, which can be harmful. All participants believe in the influence of emotions on pain, even those who do not see psychology as a possible treatment, either due to lack of knowledge, or because of negative past experiences. Believing that pain education can help in adherence to the proposed treatments, was created "Campos AcholheDores" project, which aims to educate and raise awareness about the painful experience.

KEYWORDS: Chronic Pain, Psychological Intervention, Psychology

INTRODUÇÃO

Ao iniciar o Mestrado Profissional em Psicologia, meu maior interesse girava em torno de assuntos relacionados à adolescência, desde a educação inclusiva até os efeitos do uso excessivo de telas. No entanto, em janeiro de 2022, ao ser diagnosticada com a Síndrome Complexa da Dor Regional (SCDR), comecei a ter maior interesse pelas questões emocionais que acompanham as dores crônicas.

Neste ínterim, enquanto cursava a disciplina “Intervenções em Situações de Crise e Cronicidade” comecei a relacionar as situações debatidas em aulas com as situações apresentadas pelos membros de um grupo de apoio aos portadores da SCDR. Embora seja perceptível a predominância dos assuntos relacionados às questões emocionais no referido grupo, na literatura científica, ao contrário, os estudos acerca da síndrome buscam entender os desdobramentos orgânicos da patologia, não apontando os aspectos psíquicos apresentados por seus portadores.

Outrossim, ao final da graduação em Psicologia, meu trabalho de conclusão de curso abordava o suicídio na terceira idade. De acordo com as autópsias psicológicas pesquisadas à época, a dor crônica é apontada como um dos principais fatores de risco para o suicídio entre a população idosa. Sobre isto, é importante lembrar que o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica” chama atenção para o significativo número de pacientes com dor crônica que sofrem de depressão (Brasil, 2012).

Diante da complexidade que envolve o fenômeno da dor crônica, muitas teorias já foram desenvolvidas na tentativa de compreender o que leva algumas pessoas a perceberem a dor de forma desproporcional. Descartes foi o primeiro a desenvolver uma teoria sobre a dor, a qual ele chamou de Teoria da Especificidade. Comparando o corpo a uma máquina, Descartes equipara a dor a uma lesão periférica a ser captada por um receptor periférico específico. Em contrapartida, surgiu a Teoria Padrão, baseada na crença de que a intensidade do estímulo doloroso e o somatório dos impulsos nervosos são fatores determinantes na percepção da dor (Melzack, 1993).

A primeira teoria a explicar a influência dos fatores psíquicos na percepção e resposta à dor, foi a “*The Gate Control Theory of Pain*” - traduzida em português como a Teoria do Portal da Dor - desenvolvida por Melzack e Wall, em 1965. A teoria propõe que complexos mecanismos neurofisiológicos, entre o cérebro e a medula espinhal, atuam como moduladores dos sinais de dor aferentes, o que explicaria a relação entre os estímulos periféricos com fenômenos corticais e afetivos (Melzack, 1993).

A partir das décadas de 1970 e 1980, fora iniciado um movimento entre os psicólogos na busca por desenvolver e aprimorar as teorias da dor baseadas em modelos comportamentais e cognitivos. Melzack (1993), contudo, aponta que, assim como as primeiras teorias desenvolvidas, essa também cometera o equívoco de ser uma teoria restritiva, ou seja, busca a compreensão da dor, com base em um único fator, seja ele físico ou emocional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) recomenda o modelo biopsicossocial na compreensão das doenças, ou seja, os profissionais de saúde devem buscar avaliar seus pacientes considerando não apenas os fatores biológicos, mas também os fatores psicológicos e sociais. Neste sentido, Sardá Júnior, Perissinotti, Ros e Siqueira (2019) destacam que o tecnicismo excessivo e a prática clínica restrita a fatores biomédicos, além de ser um obstáculo para o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva, também leva a uma desqualificação à experiência subjetiva do paciente.

Na literatura científica é possível encontrar inúmeros estudos acerca dos benefícios da avaliação biopsicossocial. Porém, muitos profissionais de saúde ainda encontram dificuldades em se desvencilhar do modelo predominantemente biomédico na condução clínica dos pacientes com dor, não considerando os aspectos psíquicos e/ou as vulnerabilidades socioculturais que podem aumentar a sensação dolorosa, uma vez que a dor, além de ser uma experiência sensorial, também é uma experiência emocional (Liporaci, 2020).

Portnoi (2014) apresenta diferentes estudos realizados em seres humanos que tiveram como resultado a identificação de significativas alterações em regiões do encéfalo comuns entre aquelas ativadas e estruturalmente modificadas de modo temporário ou permanente quando o processamento nociceptivo e emocional são desencadeados concomitantemente. Ademais, também fora comprovada a ausência de regiões que processam exclusivamente a nocicepção, elaborando e modulando a fisiologia de ambos.

Insta mencionar, que a dor, quando não tratada, pode tornar-se crônica, passando então a ser considerada uma patologia em si. Figueiró, Angelotti e Pimenta (2005) descrevem a dor crônica como um “problema complexo e multidimensional envolvendo componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais, interpessoais, culturais e sociais” (p. 93).

Evidências da concomitância entre a dor crônica e estados depressivos são apresentadas em vários estudos. Em geral, a explicação dessa relação tem como base o funcionamento do organismo e o viés neuroquímico. Com frequência, torna-se difícil definir se é a dor que motiva a depressão ou se, ao contrário, a dor pode ser expressão da depressão.

Assim, a compreensão da dor não deve ficar restrita à sua expressão neurosensitiva, mas também deve ser entendida como uma mensagem emocional, uma vez que a dor não resulta apenas da natureza e intensidade do estímulo doloroso, sendo também influenciada pelos fatores psicossociais. Ou seja, a qualidade e a intensidade da dor são fatores subjetivos, os quais dependerão do entendimento da situação causadora da dor, experiências prévias, cultura, ansiedade e capacidade de o indivíduo lidar com os sentimentos provocados pelo quadro algico (Marquez, 2011).

A dor crônica é um problema de saúde em constante ascensão, provocando uma saturação no sistema de saúde pública e, conseqüentemente, um forte impacto socioeconômico. Pacientes com dor apresentam mais comorbidades em comparação com aqueles que não possuem, por isso tendem a utilizar mais recursos de saúde e seus escores de saúde física e mental, bem como os aspectos gerais de saúde, são significativamente menores que as pessoas que não sofrem de algum processo doloroso. Todos estes fatores apresentados tendem a “inchar” ainda mais os serviços de saúde (Perissinotti, 2019c).

Contudo, mesmo a dor sendo considerada a maior causa de absenteísmo, incapacidade temporária ou permanente, morbidade e elevados custos ao sistema de saúde, ainda não se observa, no âmbito da atenção primária à saúde, um programa de intervenção voltado ao manejo dos aspectos psicossociais presentes na dor persistente (Vasconcelos & Araújo, 2018).

A dor crônica, por tratar-se de um fenômeno intimamente relacionado à incapacidade física, distúrbios emocionais e dificuldades sociais, não pode ser avaliada exclusivamente pelo viés nociceptivo, sendo necessária uma avaliação biopsicossocial por parte do profissional, que se proponha a investigar as crenças e o nível de sensibilização central de pacientes com dores crônicas e como os fatores emocionais, cognitivos e sociais influenciam na experiência subjetiva da dor de cada sujeito (Dionísio, Salermo & Padilha, 2020).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) ao conceituar a terminologia “dor” como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, alerta sobre a importância de um entendimento para além das sensações nociceptivas, compreendendo que a qualidade e a intensidade da dor dependerão de inúmeros fatores subjetivos, tais como: entendimento da situação causadora da dor; experiência prévia do paciente com esse desencadeador, atenção colocada sobre o quadro algico, bem como a capacidade da pessoa em abstrair as sensações dolorosas (Marquez, 2011).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo, muitas vezes, a porta de entrada do SUS, responsável pela organização do fluxo dos serviços nas redes de saúde. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018),

desde a instituição do programa de APS, pela Constituição Federal de 1988, o SUS obteve avanços concretos em direção à cobertura universal em saúde, sendo considerada estratégia chave para o desenvolvimento do SUS. Entretanto, a OPAS faz um importante alerta sobre a necessidade de constante reformulação no programa, ao afirmar que: “permanece sem resolução completa o problema da desigualdade na atenção prestada em diferentes partes do país e persiste o desafio de ampliar a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil.” (2018, p. 104)

Compreender a relação Psicologia/dor e os pontos fundamentais desta relação, ainda é um desafio para os profissionais da área, dificultando o entendimento tanto por parte dos profissionais quanto para os pacientes.

Comumente, quando se sugere a um paciente que procure a ajuda de um psicólogo para tratar sua dor, a primeira reação é: “Eu estou com dor, não estou louco!”, ou “Meu médico acha que devo procurar um psicólogo. Só pode significar que ele acha que minha dor é coisa da minha cabeça”, ou “Meu médico não acredita em mim. Acha que estou mentindo ou que estou ficando louco?” (Perissinotti, 2019b, p. 14).

Em 2017, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) publicou um levantamento sobre a epidemiologia da dor em todo país e um dos resultados encontrados diz respeito aos profissionais mais procurados pelos pacientes: ortopedistas (12,7%), especialista em dor (6,9%) reumatologistas (6,1%), neurologistas (5%), clínica geral (4,6%), outros profissionais (6,9%), e não procuram ajuda (3,8%). Com base neste estudo, fica evidente que ainda são poucos os pacientes que veem a psicologia como uma ferramenta de ajuda, já que os psicólogos estariam entre 6,9% que buscam por “outros profissionais” (Vasconcelos & Araújo, 2018).

Em meio a esse contexto surge a pergunta: como os pacientes que sofrem com dores crônicas percebem a psicologia em seu tratamento? Assim, a fim de analisar o problema apresentado, foram desenhados os seguintes objetivos:

1. Caracterizar o conceito de dor, diferenciando a dor crônica e aguda;
2. Explicar como as principais abordagens psicológicas compreendem a dor crônica;
3. Descrever a percepção dos pacientes acerca das intervenções psicológicas em casos de dores crônicas; e

4. Apresentar o produto técnico – Campos AcolheDores – desenvolvido a partir do contexto analisado, contemplando uma das exigências do Mestrado Profissional, a aplicabilidade dos resultados para transformar a realidade estudada.

Essa dissertação está organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta a motivação da pesquisadora e os fatores que justificam a realização da pesquisa, ou seja, tem o objetivo de introduzir o assunto pesquisado.

O segundo capítulo, intitulado “Dor: uma experiência complexa e multifacetada”, apresenta uma visão geral acerca da dor, discorrendo sobre suas perspectivas teóricas, conceitos e definições. Além disso, o capítulo discute acerca da prevalência da dor crônica no Brasil.

O terceiro capítulo, “Dor e Psicologia”, discorre sobre a relação corpo/mente na experiência dolorosa. Também serão abordadas as intervenções psicológicas e como cada linha terapêutica compreende a dor crônica.

O quarto capítulo é destinado ao Método, mostrando o delineamento da pesquisa, apresentação dos participantes e quais foram os critérios de inclusão utilizados, além dos instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados. O capítulo finaliza com a explicação de como se sucedera a Análise de Dados.

O quinto capítulo discorre sobre os procedimentos adotados na categorização dos resultados e análise dos discursos. São apresentados trechos das respostas dos participantes, de modo a compreender como estes percebem a experiência dolorosa, contextualizando com suas experiências percepções acerca da intervenção psicológica no tratamento da dor crônica.

O sexto – e último – capítulo é dedicado ao produto técnico construído concomitantemente a análise da pesquisa, conforme os dados eram apresentados. O produto, intitulado “Campos AcolheDores”, contempla diversas estratégias, visando conscientizar a sociedade sobre a importância do acolhimento, contribuir nos estudos para dor e, também, sensibilizar o poder público quanto à necessidade de ofertar serviços multiprofissionais, especializados em dor.

DOR: UMA EXPERIÊNCIA COMPLEXA E MULTIFACETADA.

A dor sempre esteve presente na vida dos seres humanos, no entanto, as questões relacionadas ao assunto só começaram a ser discutidas a partir da metade do século XIX. Teixeira e Yeng (2017) explicam que, pelo fato de nos primórdios da humanidade a expectativa de vida ser inferior a 40 anos, a dor crônica era uma experiência bastante rara. Assim, naquela época, a dor era entendida como prova de coragem e disciplina. Prova disso eram os rituais aos quais as crianças e jovens eram submetidos, tais como: os rituais de iniciação, como circuncisão, tatuagens, mutilações, flagelações e provas de resistência física, cuja dor deveria ser suportada.

Por mais de 2000 anos a dor era entendida conforme a concepção de Aristóteles, que considerava a dor e o prazer como paixões da alma, desconsiderando os aspectos fisiológicos que estavam envolvidos no processo. Para Lobato (2010), esta visão voltada à espiritualidade, fora responsável pelo atraso nos estudos envolvendo a questões fisiológicas e psicológicas presentes na dor. O autor afirma que, “para Aristóteles, o cérebro não tinha função direta no processo sensitivo; a localização da percepção sensorial centralizava-se no coração – *sensorium comune* – sede de todas as funções fundamentais da vida e ainda *locus* da alma.” (Lobato, 2010, p. 235)

No início do século XX, em decorrência do aperfeiçoamento de métodos eletrofisiológicos, de imagem e de laboratório, fora iniciado o desenvolvimento da Fisiologia, possibilitando descobrir e compreender os mecanismos da atividade dos receptores específicos, neurotransmissores, vias de transmissão, núcleos sensitivos, condução dos impulsos nervosos, sinaptogênese, mecanismos de comunicação intercelular e de retroalimentação dos sistemas orgânicos, reflexos nervosos, potenciais de ação, genética, epigenética, ocorrência das sensações, das emoções, da memória, das funções neurovegetativas e de outras funções nervosas. No entanto, apesar dos avanços alcançados nas ciências anatômicas e fisiológicas da dor, os componentes psicoemocionais não receberam a mesma atenção (Teixeira & Yeng, 2017).

Foi em 1960 que os médicos brasileiros, influenciados com a chegada dos primeiros exemplares do livro “*The Management of Pain*”, de John Bonica, começaram a demonstrar interesse pelo tratamento da dor. Segundo Botelho e Marteleite (2017), alguns anestesiológicos, influenciados por esta publicação, começaram a usar as técnicas dos bloqueios anestésicos e neurolíticos (álcool), no tratamento das dores crônicas.

Sendo a dor um processo complexo, multifatorial e subjetivo, defini-la de maneira concisa torna-se um grande desafio. A abordagem da dor, tanto em relação a avaliação

quanto em relação ao controle, manuseio ou tratamento, percorreu um longo caminho. Uma revisão da história da dor demonstra que, até a época de Bonica, o tratamento da dor era visto de forma unimodal, exclusivamente sob o aspecto da medicina (Souza, Cavalcante & Vall, 2017).

Embora na literatura seja possível encontrar diferentes conceitos, este trabalho terá como referência a definição proposta pela IASP (2020), traduzida para a língua portuguesa pela SBED: “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.” (IASP, 2020, p. 7)

Novy, Nelson, Francis e Turk (1995) apresentam oito perspectivas teóricas da dor, as quais foram subdivididas em dois grupos: restritivas e abrangentes. Insta salientar que as perspectivas restritivas são caracterizadas por considerarem apenas um fenômeno, ignorando os demais aspectos presentes na experiência dolorosa, enquanto as perspectivas abrangentes buscam analisar todos os fenômenos que atuam na experiência dolorosa. A Tabela 1 apresenta a teoria proposta por Novy et al. (1995), destacando suas características.

Tabela 1

As Perspectivas Teóricas da Dor e suas Características

Tipo	Perspectivas teóricas	Características
Restritivas	Dualismo corpo-mente	Limita-se às facetas sensório-físicas ou psicológicas. Não há estipulação para a inter-relação dessas facetas.
	Psicológica	Ênfase na relação entre os fenômenos psicológicos, em especial a depressão e a dor crônica.
	Comportamento operante radical	Tem como base os princípios do condicionamento operante, entendendo os comportamentos de dor como suscetíveis a contingências de reforço e modelagem. Assim, negam a importância dos aspectos fisiológicos, afetivos e cognitivos.
	Cognitivo Radical	Entende a cognição como determinante principal no processo de dor crônica.

	IASP	Compreende a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão, real ou potencial.
Globais	Teoria do Portal da Dor	Inclui aspectos psicológicos: dimensões cognitivas, afetivas e sensitivas.
	Comportamento operante não-radical	O comportamento de dor é a consequência do sofrimento vivenciado.
	Cognitivo-comportamental	A percepção da dor será influenciada pela presença de crenças e esquemas disfuncionais.

Fonte: Recuperado de “*Perspectives of chronic pain: an evaluative comparison of restrictive and comprehensive models*”, de D.M. Novy, 1995, pp. 238-247.

Se, por um lado, os estudos neurofisiológicos avançam a passos largos, o mesmo ainda não ocorre em relação ao componente emocional presente nos quadros álgicos. No entanto, Dionísio et al. (2020) apontam que os estudos mais recentes vêm mostrando maior valorização ao olhar biopsicossocial sobre a dor, compreendendo os fatores físicos, psicológicos e sociais subjacentes à dor.

De acordo com o modelo biopsicossocial de dor, a manifestação e manutenção da dor crônica são funções dinâmicas de predisposições, estímulos e respostas preceptoras e fatores mantenedores, variáveis essas que podem incluir fatores genéticos, processos de aprendizagem e fatores ocupacionais. [...] Segundo esse modelo, os aspectos biológicos podem iniciar, manter ou modular as alterações físicas; os fatores psicológicos influenciam a avaliação e percepção dos sinais fisiológicos, e os fatores sociais modelam as respostas comportamentais do paciente à percepção de suas alterações físicas. (Dionísio et al., 2020, p.43)

A dor possui íntima relação com a sensação, o sentimento. Assim, embora sejamos capazes de identificar onde dói, o mesmo não é possível com relação à intensidade, uma vez que se trata da ordem do subjetivo. Mesmo a dor sendo de natureza universal – todo mundo sente ou já sentiu – a forma como cada um a experimenta é singular. Por trás de cada dor há algo a ser dito e somente aquele a sente poderá decifrar a mensagem que ela traz.

Para Nasio (2008), a formação da dor possui três fases: ruptura ou dor da lesão; comoção ou dor da comoção; e reação defensiva do Eu ou dor de reagir. A primeira fase

refere-se ao afeto sentido pelo Eu quando sofre uma lesão. “Toda lesão será imaginariamente sentida, pelo Eu que sofre, como uma agressão exterior ao eu.” (Nasio, 2008, p. 09) É indubitável que para haver dor, é necessário que haja uma lesão, no entanto, a dor não se restringe a essa lesão, uma vez que estará condensada à imagem mental resultante da percepção sensorial do indivíduo em relação à lesão. O autor aponta três aspectos envolvidos na dor da lesão: o real – percepção somatossensorial –; o simbólico – representação mental da lesão –; e o imaginário – a sensação dolorosa percebida no exterior do eu.

A segunda fase refere-se à autopercepção pelo Eu da perturbação de suas tensões pulsionais. A emoção dolorosa surge a partir dessa percepção somatopulsional, ou seja, de seu estado de comoção interna. A dor da comoção fica marcada no inconsciente, ressurgindo, inesperadamente, em outro local que não na memória consciente. Para explicar a dor da comoção, o autor apresenta uma referência a Freud: “Não é sob forma de lembrança que o fato esquecido reaparece, mas sob forma de ação. O doente repete, sem saber que se trata de uma repetição.” (Freud, *apud* Nasio, 2008, p. 14)

A terceira e última fase descrita por Nasio (2008), acontece como resultado de um esforço do Eu para resistir à comoção, concentrando-se, de maneira desesperada, sobre o símbolo do local lesionado. Em outras palavras: a dor é resultado do apego reativo e apaixonado do Eu ao órgão lesionado.

O símbolo, hipertrofiado de afeto, cristaliza-se como um corpo estranho e pesa sobre a trama do eu até rasgá-la. É essa rasgadura das fibras íntimas que provoca a dor. [...] O local do corpo atingido pela lesão se apresenta como inserido na cena fantasiada de um sonho e associado à ação de um personagem fictício. Assim, o conteúdo imaginário da representação se integra numa fantasia já construída por nossos desejos inconscientes. [...] a dor é o afeto experimentado pelo eu quando, ferido, abalado ou rememorando uma dor antiga, ele faz o esforço de superinvestir a imagem da parte dolorida. Esse gesto defensivo suaviza a comoção, mas acentua a dor. O estado de comoção dói, e a defesa contra a comoção dói ainda mais. (Nasio, 2008, pp. 28-29)

No que tange a classificação da dor, Lobato (2010) apresenta duas possibilidades. A primeira, utilizada por Bonica (1953), leva em consideração a origem do estímulo nociceptivo, dividindo a dor em: periféricas, centrais e psicogênicas. Já a segunda classificação, que será a utilizada neste estudo, divide as dores em agudas e crônicas, sendo a dor aguda caracterizada pela curta duração, enquanto a dor crônica é aquela que dura por

mais de seis meses, tornando-se o foco central na vida do indivíduo e de sua família, passando então de sintoma a doença. A Tabela 2 traz uma comparação entre a dor aguda e crônica.

Tabela 2

Classificação da dor, segundo a temporalidade

	Dor aguda (adaptativa)	Dor crônica (não adaptativa)
Duração	Curta – minutos a semanas	Prolongada – meses a anos
Causas	Danos teciduais efetivos (afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias)	Dano tecidual contínuo, fatores ambientais, sensibilização de neurônios, disfunção do sistema endógeno de controle da dor, personalidade e emoções.
Características	Funciona como defesa do organismo. É transitória e o paciente é capaz de descrever a localidade, frequência, duração, padrão e qualidade.	Persiste além do tempo necessário para a cura da lesão inicial.
Prognóstico	Desaparece quando a lesão é tratada corretamente.	Deixa de ser um sintoma e passa a ser a própria doença.

Importante esclarecer, que além dos dois tipos de classificação anteriormente apresentados, Pagura e Oliveira Júnior (2017) explicam que, tradicionalmente, a IASP classificava a dor considerando os mecanismos envolvidos, dividindo-as em nociceptivas ou neuropáticas, sendo as primeiras caracterizadas pela presença de uma lesão tecidual, enquanto que a dor neuropática seria uma consequência direta de uma lesão ou patologia do sistema nervoso somatossensorial, ou até mesmo sem a presença de alguma lesão tecidual.

Sobre esses tipos de classificação, De Santana et al. (2020) consideram que essa visão dicotômica seria insatisfatória para aqueles pacientes nos quais a ativação de nociceptores não conseguiam ser bem explicados, bem como seus sintomas também não se enquadravam nos critérios de dor neuropática, como, por exemplo, no caso da Fibromialgia. Assim, em 2017, a IASP definiu um terceiro descritor que fosse capaz de acoplar essas condições dolorosas: a dor nociplástica, definida pela IASP (2020) como: “dor que surge de uma nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara, ou ameaça, de lesão tecidual real

provocando a ativação de nociceptores periféricos, ou evidência de doença ou lesão no sistema somatossensorial que cause a dor.” (IASP, 2020, p. 6)

O sistema somatossensorial é o responsável pelas experiências sensoriais, detectadas pelos estímulos táteis, proprioceptivos e nociceptivos, sendo estes últimos os responsáveis pelo processamento dos estímulos dolorosos. Com base no funcionamento do sistema somatossensorial, Perissinotti (2019a) afirma que a dor é um processo aprendido e, assim sendo, os tratamentos deveriam ter como objetivo a reaprendizagem de comportamentos disfuncionais. Os piores prognósticos dos tratamentos para dor estão associados a conduta terapêutica baseada unicamente na farmacoterapia. No entanto, quando há associação entre os tratamentos farmacológicos e os não farmacológicos, são obtidos melhores resultados na avaliação global dos pacientes.

2.1 A Dor como Quinto Sinal Vital

Embora já exista um consenso entre os profissionais da saúde a respeito da importância do controle da dor na manutenção das funções vitais, e, principalmente, para maior colaboração do paciente durante os procedimentos realizados, a analgesia ainda não é, na prática, uma prioridade no cuidado. Em razão disso, a *American Pain Society* (APS), em 1995, visando melhorar o manuseio da dor, estabeleceu diretrizes para avaliação e registro dos relatos de dor, sendo este considerado o primeiro passo para o reconhecimento da dor como quinto sinal vital (Pinto & Santos, 2017).

Pinto e Santos (2017), trazem, ainda, uma importante declaração dada por James Campbell, em 1996, quando ainda presidia a APS: "... sinais vitais são levados a sério. Se a dor fosse avaliada com o mesmo zelo que outros sinais são, ela teria mais chance de ser tratada corretamente". A repercussão no meio médico foi tão positiva que, em 1998, a *Veterans Health Administration* (VHA), responsável por um dos maiores sistemas de saúde do mundo, iniciou uma estratégia para melhorar o controle da dor e, no ano seguinte, toda sua rede, composta por aproximadamente 1.200 unidades de atendimento médico, passou a exigir a avaliação e registro da queixa algica em prontuário, a partir da estratégia considerada padrão-ouro: o autorrelato (Kerns, Philip, Lee & Rosenberger, 2011).

A avaliação da dor como quinto sinal vital contribui significativamente no momento de o profissional decidir o tratamento mais adequado, ou seja, o tratamento que além de ter como objetivo a cura da doença, também seja o que provoque menor sofrimento ao paciente. A dor sendo algo sentido apenas por aqueles que ela acomete, passou a ser definida como tudo que a pessoa sente, da maneira, intensidade e quando ela sente. Quando mensurada

corretamente, a dor pode contribuir significativamente na decisão pela conduta terapêutica, possibilitando rápida intervenção terapêutica de forma a aliviar os sintomas do paciente.

Por sua natureza subjetiva, os instrumentos utilizados para mensuração da dor, seu impacto nas atividades do dia a dia, bem como na qualidade de vida dos pacientes são constituídos por escalas, questionários e inventários, os quais podem ser classificados em: unidimensionais ou multidimensionais.

2.1.1 Instrumentos unidimensionais da dor

Os instrumentos de avaliação unidimensional da dor são caracterizados por analisarem apenas um aspecto da dor, geralmente a intensidade da dor. Têm como vantagem a possibilidade de uma aplicação fácil, rápida e de baixo custo. A Figura 1 apresenta as escalas mais utilizadas nos serviços de urgência e emergência, a saber: a Escala Visual Analógica; a Escala de Categoria Verbal-numérica; e a Escala Facial da Dor.



Figura 1. Escalas unidimensionais de avaliação da dor.

Silva et al. (2019) destacam que, por serem de fácil e rápida aplicabilidade, os instrumentos unidimensionais são vantajosos nas situações que exigem mensuração frequente da dor ou quando o paciente não consegue suportar avaliações muito longas.

2.1.2 Instrumentos multidimensionais da dor

Os instrumentos multidimensionais permitem identificar as condições que envolvem a dor considerando os aspectos emocionais, físicos, psicológicos, sociais e econômicos. De

acordo com Silva et al. (2019), o uso dos instrumentos multidimensionais como ferramenta auxiliar no prognóstico de doenças é justificado em função do seu valor incremental sobre o modelo uni ou bidimensional (afeto/intensidade).

Os instrumentos multidimensionais mais utilizados são o *Questionário McGill de Dor*, o qual avalia a dor em três dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa, fornecendo importantes informações, tais como: intensidade, padrão e localização da dor, e o *Inventário Multidimensional da Dor*, que tem como premissa enriquecer o entendimento da dor, auxiliar no desenvolvimento e na avaliação de novas abordagens de tratamento e fornecer ao profissional de saúde uma estratégia viável para a avaliação das particularidades e subjetividades do paciente com dor crônica (Silva et al., 2019).

Kerns et al. (2011) ressaltam que avaliar e tratar a dor implica conhecer o estágio de desenvolvimento neuropsicológico, as capacidades pessoais de enfrentamento, a história clínica e quais circunstâncias familiares e sociais podem estar implicadas na produção, manutenção ou no alívio da dor, ou seja, é necessário um olhar holístico sobre o fenômeno doloroso. Ademais, os autores defendem que uma das grandes vantagens de se compreender a dor como o quinto sinal vital, é o fato dela ser sistematicamente avaliada e registrada, junto com os demais sinais vitais. E, quando forem detectadas situações de dor moderada ou intensa, os autores recomendam uma avaliação mais detalhada, por meio de seis perguntas por eles sugeridas: Quando começou a dor? Onde é a dor? Qual é a intensidade da dor? O que melhora a sua dor? O que piora a sua dor? O que desencadeia a sua dor?

2.2 Prevalência da Dor Crônica no Brasil

Estudar a prevalência da dor crônica na população brasileira é de suma importância para que possam ser criadas estratégias preventivas e interventivas, principalmente as políticas públicas, uma vez que o primeiro passo do “Ciclo das Políticas Públicas” é a identificação do problema, ou seja, compreender a abrangência e magnitude do problema a ser resolvido. Para Secchi (2010) a identificação do problema é a diferença entre a realidade e a situação atual. Completam o ciclo: a formação da agenda; a formulação de alternativas; a tomada de decisão; a implementação; e a avaliação.

Os estudos acerca da prevalência da dor crônica no Brasil ainda são escassos, no entanto, em 2017, a SBED publicou um levantamento realizado entre os anos de 2015 e 2016, com a participação de 723 entrevistados, distribuídos em todo o país. O estudo mostrou que 37% da população brasileira sofre com dores crônicas. São aproximadamente 60 milhões de pessoas que, em sua maioria, não têm acesso a tratamento adequado, seja pelas condições

econômicas, por suas próprias crenças ou pela falta de conhecimento de alguns profissionais da saúde sobre como cuidar desses pacientes (Liporaci, 2020).

Os dados da Tabela 3 mostram um comparativo da prevalência de dor crônica entre os sexos.

Tabela 3

Características da dor crônica no Brasil: comparativo entre os sexos

	Homens	Mulheres	Média total
Idade (média)	42,2	40,5	41,2
Intensidade (0 a 10)	6	7	6,5
Frequência Semanal			
Menos de 1 dia	38,8%	31,2%	34,5%
1 – 2 dias	28,9 %	21,7%	24,8%
3 – 4 dias	5%	9,6%	7,6%
5 – 7 dias	27,3%	37,3%	33,1%
Duração das crises			
Momentâneas	15,8%	12,8%	14,1%
Poucas horas	28,3%	17,9%	22,5%
24 horas	26,6%	23,7%	25,9%
Constantemente	29,2%	45,5%	34,4%

Fonte: Adaptado de “Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey”, de J. B., de Souza; E., Grossmann; D. M. N., Perissinotti; J. O., de Oliveira Junior; P. R. B., da Fonseca & I. P., Posso. (2017).

A Figura 2 aponta a prevalência da dor crônica em cada região brasileira.

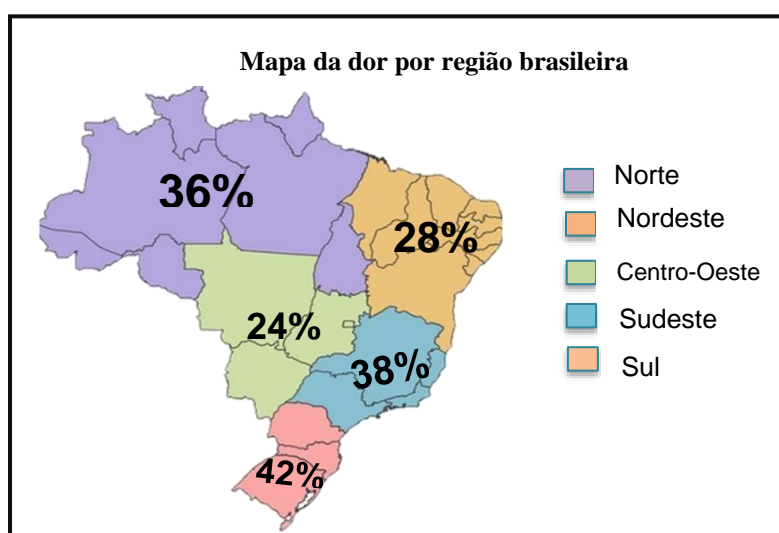


Figura 2. Mapa da dor por região brasileira

Na figura 3 são apresentadas as atividades cotidianas com maior impacto entre os brasileiros que sofrem com a dor crônica.

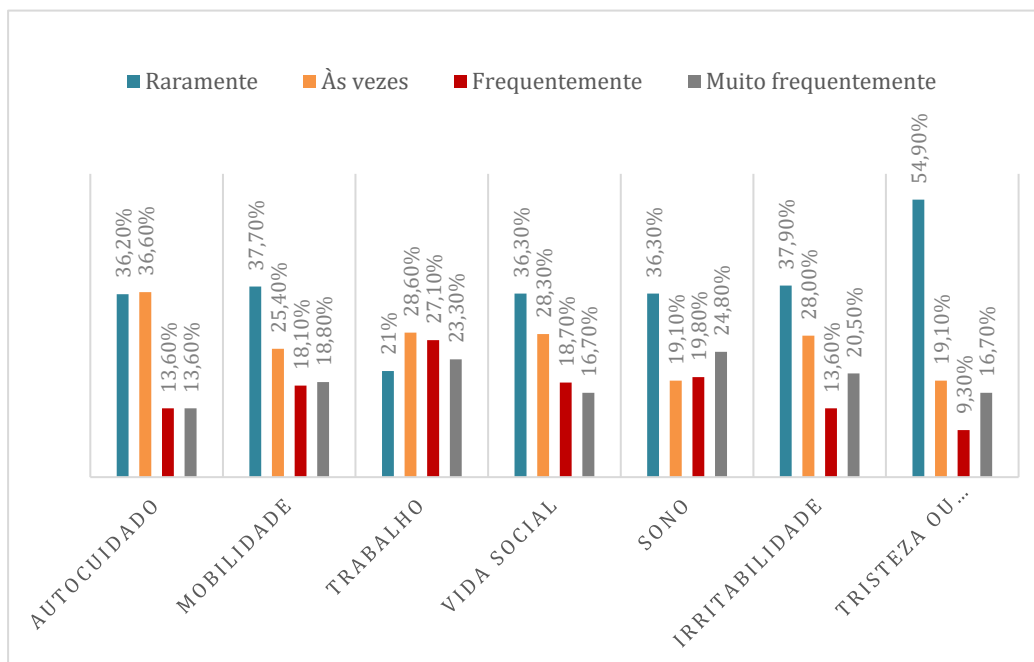


Figura 3. Impacto da dor crônica nas atividades diárias de brasileiros

Com base nesses dados, a SBED iniciou uma campanha nacional pelo tratamento e controle da dor – Brasil sem Dor. De acordo com os membros da SBED, a campanha visa propor medidas efetivas para aprimorar e qualificar o tratamento da dor, bem como mecanismos que possam garantir o controle da qualidade do tratamento da dor nos hospitais, serviços de assistência primária, secundária, terciária e quaternária, pública e privada.

A aferição adequada e sistemática da presença da dor, de sua intensidade, e da qualidade de vida dos pacientes, possibilita aos profissionais da saúde acompanharem a evolução do tratamento, de modo a fazer ajustes na terapêutica – quando necessário –, atenuar os efeitos colaterais do tratamento, diminuir o tempo de internação, e, ainda, reduzir custos.

Mesmo a dor sendo considerada um problema de saúde pública, a legislação brasileira ainda é escassa no que tange os direitos e programas que beneficiem os que sofrem com dores crônicas.

O Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde, decretado pela portaria nº19/GM de 03 de janeiro de 2002, prevê “estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e

regionalizada” (Brasil, 2002a). Porém, a portaria não determina a forma de controle de qualidade da avaliação e do tratamento da dor nas unidades de saúde. Em julho do mesmo ano, através da Portaria nº1319/GM/MS, foram criados os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica (Brasil, 2002b).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica fora estabelecido por meio da Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. No entanto, de acordo com o Protocolo, os gestores estaduais e municipais do SUS que possuem a incumbência de estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com dor crônica. Além de deixar uma lacuna sobre as estratégias para avaliação dos serviços oferecidos pelos entes estaduais e municipais, a última retificação do documento ocorrera em 2015. Nem mesmo após a revisão do conceito de dor pela IASP, em 2020, quando também foram determinadas notas que devem ser consideradas no tratamento da dor crônica, houve interesse em atualizar as diretrizes terapêuticas. Em razão disso, uma das propostas da *Campanha Brasil Sem Dor*, realizada pela SBED, é conscientizar o poder público sobre a importância, e urgência, de criar uma comissão, com profissionais de diferentes áreas, para avaliação e atualização do protocolo supramencionado.

Em outubro de 2023, a Lei nº 14.705, estabelece diretrizes para o atendimento prestado pelo SUS às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas. Apesar de ser considerado um avanço a Lei determinar a obrigatoriedade de atendimento multidisciplinar¹; acesso a exames complementares; assistência farmacêutica; e acesso a modalidades terapêuticas reconhecidas, inclusive fisioterapia e atividade física, os pacientes permanecem com inúmeras incertezas, uma vez que a mesma Lei diz que “a relação dos exames, medicamentos e modalidades terapêuticas de que trata a Lei será definida em regulamento”, (Brasil, 2023) esquecendo da premissa maior entre os portadores de dor crônica: quem tem dor, tem pressa!

Para reverter esse quadro, é urgente que sejam criadas redes de comunicação e conscientização ao cidadão quanto aos princípios que o SUS preconiza. A população não só pode, como deve participar ativamente na reivindicação de seus direitos à saúde. Como exemplo da importância de o sujeito perceber-se como ator fundamental para a criação das agendas políticas, no projeto da Lei anteriormente citada, não havia menção à SCDR, até mesmo por ser uma síndrome rara, desconhecida até mesmo no meio médico. Ao tomar

¹ Conforme o art. 1º, da Lei 14.705/23, as pessoas acometidas por dor crônica devem receber atendimento integral e multidisciplinar pelo SUS, com equipe composta, no mínimo, por profissionais das áreas de medicina, de psicologia, de nutrição e de fisioterapia.

ciência do projeto de Lei, um grupo de portadores da síndrome reivindicou a alteração, dando visibilidade à uma doença invisível em todos os sentidos.

Por fim, é importante enfatizar que, conforme De Mario (2023) a desigualdade na saúde não está relacionada apenas às questões financeiras. Fatores como racismo, etnia, gênero, educação, meios de acesso, entre outros, também estão intrinsecamente relacionados à saúde. Assim, é necessário que as políticas voltadas à saúde não considerem apenas o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos, mas também “onde” e “para quem” esses serviços serão oferecidos, reduzindo, assim, as iniquidades nos sistemas e serviços de saúde.

DOR E PSICOLOGIA

Ao analisar a etimologia da palavra ‘dor’, já podemos compreender um pouco da interação existente entre a dor e as emoções. A palavra advém do grego *algas* e do latim *dolor*, originando os termos *dolore*, em italiano; *doleur*, em francês; e dor, em português. Conforme Pagura e Oliveira Júnior (2017), a filologia do termo atrela seu significado tanto à ideia latina de dolo ou culpa quanto à ideia anglo-saxã de pena ou punição, ou seja, os sentimentos e emoções permeiam diretamente o quadro doloroso.

Entender a dor pelo viés emocional exige uma compreensão acerca de suas origens e seus objetivos. Simurro (2014) explica que o fenômeno doloroso deve ser compreendido considerando a interação de três contextos fundamentais: o sensorial, o emocional e a imagem simbólica de um fenômeno. A dor sentida é influenciada pela maneira como o indivíduo percebe a si mesmo e aos outros, como se comporta, como se sente vulnerável ao estresse, como a cognição funciona e a suscetibilidade para transtornos emocionais. A dimensão emocional exprime o caráter desagradável da sensação da dor com maior relação ao sofrimento que ela causa do que a apreciação sensorial de fato. Todos estes fatores são influenciados pelo histórico do sujeito, vindo daí a necessidade de se avaliar o sujeito de forma integral. “Entender como a experiência da dor se processa é a chave para o melhor tratamento tanto da dor aguda, como da dor crônica.” (Simurro, 2014, p. 33) E, por fim, o ser humano ainda pode reagir à dor antes mesmo dela surgir, como uma forma de autodefesa em função de experiências dolorosas no passado. Assim, ao perceber uma situação que possa causar dor, o processo doloroso já inicia antes mesmo do fato se concretizar, através das imagens simbólicas que o indivíduo traz consigo.

Relacionar a ciência psicológica ao processo doloroso ainda é uma tarefa difícil de ser conduzida. No entanto, dois importantes conceitos podem orientar o entendimento acerca dessa relação. O primeiro, seria o conceito de dor apresentado por Angerami (2012):

A dor é um detalhamento de subjetividade em binômio indivisível com a objetividade da própria fisiologia humana. E isso, por si, já determina padrões de comportamentos que não serão estanques, nem sequer tangíveis de serem enquadrados em qualquer lógica que não contemple essa subjetividade. (Angerami, 2012, p. 16).

O segundo conceito, comumente utilizado pelos profissionais que atuam com cuidados paliativos, é o de “Dor Total”, citado pela médica inglesa Cicely Saunders, ao enfatizar a

importância de se interpretar o fenômeno doloroso abrangendo as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais que podem influenciar concepção e expressão da queixa dolorosa. Posteriormente, Saunders acrescentou mais três dimensões à sua teoria da Dor Total: dor financeira, dor interpessoal e dor familiar. A abrangência desse conceito permite a compreensão de que a dor é mais que uma experiência sensorial, sendo influenciada também por pensamentos, sentimentos e relacionamentos sociais (Wood, 2002; Carvalho, 2009).

Conforme Perissinotti (2019a), a Psicologia entende que os pacientes que sofrem com dores crônicas apresentam inúmeros prejuízos uma vez que o quadro algíco pode interromper, interferir e alterar a identidade do indivíduo, podendo gerar grande impacto em diversos contextos na vida dos pacientes. A autora explica que a experiência dolorosa se desenvolve em três contextos: a sensação real, a tomada de consciência – o quanto o paciente sabe sobre a dor – e o aspecto emocional da dor. “A dor pode ser descrita em termos neurológicos, mas a consciência cognitiva, a interpretação e as disposições comportamentais, bem como os fatores culturais e educacionais relacionados a ela, têm influência decisiva na percepção da dor” (Perissinotti, 2019a, p. 29).

Não há como falar sobre a relação entre a dor e a Psicologia, sem antes distinguir a dor física e a dor psíquica. Resumidamente pode-se dizer que a dor física é uma sensação desagradável que ocorre quando há lesão ou danos corporais, enquanto a dor psíquica é uma sensação desagradável que ocorre quando há um conflito emocional ou psicológico. Insta esclarecer que, nas pessoas com traumas ou lutos importantes, é possível a coexistência, em diferentes graus, da dor do corpo e a dor do psiquismo, dependendo das singularidades.

Freud (1990) ao articular a excitação externa e a excitação pulsional, discorre acerca da distinção entre a dor física e a dor psíquica, bem como a passagem de uma para outra por meio da mudança do investimento narcísico para o investimento no objeto.

Assim, auxiliar o paciente a compreender sua experiência com mais consciência, de modo que venha a encontrar alternativas de resposta que possibilitem prevenir a manutenção dos comportamentos que retroalimentam a dor, é um dos principais objetivos do psicólogo que atua no campo da dor.

Na atualidade, as abordagens psicológicas para o manejo da dor incluem intervenções que buscam promover autogestão, mudança de comportamento, cognições e gerenciamento de afetos, ao invés de tentar eliminar diretamente o lócus da dor. Perissinotti e Sardá Júnior (2019) preconizam a importância da dissociação da condição de doença, dando maior atenção à representação psíquica que o paciente tem da dor.

Neste contexto, a narrativa tem se constituído uma importante ferramenta na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, principalmente nos casos de dor, cuja subjetividade influencia diretamente o quadro. Lima e Moura (2017), alertam que em uma sociedade onde os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldade em reconhecer o sofrimento dos indivíduos, escutar suas queixas e preocupações, bem como acolhê-los durante as dificuldades, as narrativas podem ser extremamente úteis na construção do vínculo entre os envolvidos no adoecimento: profissionais, pacientes e familiares. “Enquanto o conhecimento científico na área da saúde busca generalizações e regras comuns a grupos populacionais, a narrativa tem como objetivo a experiência particular e individual em relação à saúde dos indivíduos e suas histórias de vida.” (Lima & Moura, 2017, p. 79)

Outrossim, por meio das narrativas, é possível o profissional diferenciar o *illness* – enfermidade – e a doença. Enquanto o primeiro busca compreender a experiência humana relacionada aos sintomas e ao sofrimento, a doença é a perspectiva do profissional sobre o problema. Ou seja, o *illness* é a percepção do sujeito sobre seu adoecimento, suas crenças, sentimentos, estratégias de enfrentamento, comportamentos, escolhas e, ainda, os efeitos que a doença provoca em sua vida pessoal. Por outro lado, a doença é a visão do profissional sobre o quadro patológico (Lima & Moura, 2017).

Se, por um lado, a medicina busca desenvolver técnicas cada vez mais sofisticadas para o tratamento da dor, por outro, a subjetividade do fenômeno doloroso permanece escondida por meio de uma necessidade cada vez maior por terapias sedativas, minimizando, assim, a narrativa do indivíduo, em prol a afirmação de uma ordem exclusivamente médica (Besset, 2014).

Para Perissinotti e Sardá Júnior (2019), esclarecer as condições preexistentes, psicoafetivas e cognitivas da dinâmica psíquica, além de compreender como elas interferem na percepção do fenômeno e nas respostas à dor, torna-se uma missão de suma importância para o tratamento da dor crônica.

Por fim, é válido lembrar que embora muitos profissionais da saúde ainda considerem a dor como uma dimensão simples, variando exclusivamente sem sua magnitude sensorial, a dor não é uma percepção comum. Conforme explica Da Silva (2017, p. 266), a dor “não mostra relação denexo pleno com o estímulo nociceptivo”, podendo ocorrer até mesmo na ausência de um estímulo nociceptivo real ou, algumas vezes, podendo ser desproporcional ao estímulo nociceptivo observável. Com isso, é indubitável que a percepção dolorosa pode ser caracterizada como uma complexa experiência multidimensional, variando tanto na qualidade e intensidade sensoriais, quanto nas suas características afetivas e motivacionais. Assim, as intervenções psicológicas terão como objetivo auxiliar na modulação sensitiva e

perceptiva do estímulo doloroso, através de alterações no processo de habituação e modificação dos esquemas disfuncionais do comportamento.

3.1 Intervenções Psicológicas

Antes de tornar-se uma ciência independente, a Psicologia, por muito tempo, esteve atrelada aos estudos da filosofia. Porém, de acordo com Schultz e Schultz (2019), já nesta época, buscava compreender os fenômenos psíquicos presentes nas experiências corporais. O filósofo René Descartes, no século XVII, revolucionou ao afirmar que a experiência era proveniente da interação mente e corpo.

Em 1879, quando Wilhelm Wundt inaugurou o Laboratório de Psicologia Experimental, na Universidade de Leipzig, na Alemanha, a psicologia ganhou status de ciência, tornando-se, então, uma área de estudos independente. Desde então, o número de estudos envolvendo as questões psicológicas cresce significativamente, e, assim, a Psicologia permanece evoluindo enquanto ciência e profissão (Schultz & Schultz, 2019).

Cordioli, Alves, Valdívia e Rocha (2019), apontam que, em 2017, era possível encontrar 174 tipos diferentes de psicoterapias. Contudo, os autores alertam que nem todas possuem suporte científico que as justifiquem. Os diferentes tipos de intervenções psicológicas diferem-se quanto aos seus objetivos, fundamentos teóricos, frequência das sessões, duração e, até mesmo, da personalidade de cada paciente. “Embora todas utilizem a comunicação verbal no contexto de uma relação interpessoal, os diferentes modelos divergem quanto ao racional ou à explicação que propõem para justificar a ocorrência dos sintomas, bem como suas metodologias” (Cordioli et al., 2019, p. 27).

Esse estudo não tem o objetivo de abordar uma linha teórica específica, mas sim apresentar breve resumo da contribuição das principais abordagens psicológicas para a compreensão da experiência dolorosa.

3.1.1 A dor sob a ótica da Psicanálise

Antes de adentrar à questão aqui tratada, é necessário esclarecer que, para compreender a questão da dor sob a perspectiva da psicanálise, foram utilizados como referência alguns importantes comentadores da obra freudiana, como Nasio e Dacorso,

Dacorso e Dacorso (2018) explicam que, enquanto a área médica entende a dor como um sintoma, a psicanálise, por sua vez, enxerga a dor como uma afecção no real do corpo, que se organiza como uma compulsão à repetição. Pelo fato de o corpo ser o suporte da função narcísica, o sofrimento psíquico causado pela dor física surge como consequência do

sofrimento narcísico do eu. “A dor se torna um objeto da pulsão de morte, colocando o sujeito em situações dolorosas que se repetem.” (Dacorso e Dacorso, 2018, p. 89)

Do ponto de vista psicanalítico, a dor crônica expõe questões fundamentais sobre o corpo e a regulação das pulsões. Diante o quadro doloroso que se apresenta no corpo, assim como o sintoma, se repete, a pulsão, insiste. Neste sentido, a psicanálise é convocada a intervir, aceitando a abordagem multidisciplinar indicada para seu tratamento. Trata-se de uma dor que, em alguns casos, como na neurose – em sua maioria na histeria –, surge para comunicar, e, em outros, ao contrário, surge para esconder, como ocorre nas psicoses (Portnoi, 2014).

Neste sentido, Besset (2014) explica que, na obra freudiana, a dor é compreendida como um fracasso do sistema em proteger o aparelho psíquico. Em decorrência desse fracasso, altos níveis de energia externa afetam o sistema nervoso e aumentam os níveis de excitação que causam desprazer, percebido como dor, e buscam uma descarga motora. Para Freud, a vivência da dor provoca a repulsa, uma defesa primária do aparelho psíquico. Todo processo doloroso reflete sobre os investimentos libidinais, ou seja, ao sentir dor, o indivíduo perde o interesse por todas as outras coisas que não estiverem relacionadas com seu sofrimento.

Ao lado do afeto, a dor – física e psíquica –, permeia toda a obra freudiana. Na tabela 4 é possível verificar uma linha do tempo acerca das contribuições de Freud para o entendimento da experiência dolorosa.

Tabela 4

Contribuições de Freud para a Compreensão da Dor

1895	PROJETO PARA UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrição anatômica e funcional do cérebro. ➤ Referência à dor em 2 tópicos: no sexto: “A dor”; e décimo segundo: “A experiência da dor”. ➤ Neurônios: φ (“phi”) – servem à percepção; Ψ (“psi”) – sistema da memória; Ω (“ômega”) – responsável pela consciência e pelas sensações de prazer.
1914	SOBRE O NARCISISMO: UMA INTRODUÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A influência do biológico sobre a distribuição da libido. Ou seja, os efeitos da dor corporal na dinâmica psíquica. ➤ A libido e o interesse do ego partilham o mesmo objetivo e são indistinguíveis entre si.
	RECALCAMENTO

1915	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analogia entre a dor e a pulsão: ambas se localizam entre o somático e psíquico. ➤ A dor é entendida como uma pseudopulsão.
1920	ALÉM DO PRINCÍPIO DO PRAZER
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compulsão à repetição. ➤ Retorno às neuroses traumáticas e às suas repercussões psíquicas. ➤ Despreparo e desamparo: fatores significativos.
1924	O PROBLEMA ECONÔMICO DO MASOQUISMO
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reformulação da dimensão econômica do princípio do prazer-desprazer. ➤ Admite que o sistema sadomasoquista se alimenta do prazer advindo da dor.
1926	INIBIÇÃO, SINTOMA E ANGÚSTIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estabelece a relação entre dor, angústia e luto. ➤ Dor psíquica: relacionada à catexia objetal; e Dor corporal: relacionada à catexia narcísica. ➤ Inibição: mecanismo de defesa do ego contra a angústia. ➤ Sintoma: substituto de uma satisfação pulsional não consolidada. ➤ Angústia: afeto desagradável que surge quando o ego é ameaçado pelo id, superego ou mundo externo.

A dor, para Freud, é regida pelo princípio do prazer-desprazer. Se o entendimento da pulsão de morte deu a Freud a condição de enxergar além do princípio do prazer-desprazer, por outro lado, fora Lacan quem nomeou essa dor mais além do princípio do prazer-desprazer como gozo.

A dor física é a mais pura manifestação do gozo [...] pois o que chamo de gozo, no sentido de que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, da defesa e até mesmo da façanha. Incontestavelmente, há gozo no nível em que começa a aparecer a dor, e sabemos que é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que, de outra forma, permanece velada (Lacan, 1966, *apud* Besset, 2014, p. 14).

No que concerne a intervenção terapêutica do paciente com dor crônica, Perissinotti e Sardá Júnior (2019) esclarecem que as terapias psicanalíticas têm como foco a realidade psíquica subjetiva e suas consequências, como fantasias, crenças e, ainda compreensão dos ganhos secundários. Para psicanálise, portanto, o foco estará na posição que o sujeito ocupa em relação aos objetos. Todavia, é preciso destacar que nem tudo é fantasia, existe a dor da realidade que afeta o corpo e é a partir dela que são construídas fantasias.

Dacorso e Dacorso (2018) alertam que o manejo clínico não deve ter como objetivo a eliminação da dor física, uma vez que, em alguns casos, é esta dor que mantém a pessoa ligada à vida. Lembrando que, para Psicanálise, a angústia se faz presente justamente na bifurcação entre a pulsão de vida – impulsionando o sujeito – e a pulsão de morte, que, ao contrário, paralisa o sujeito.

Nesse sentido, Medeiros (2019) aponta três destinos para a dor: a petrificação, o silêncio e o grito. A petrificação ocorre quando a dor paralisa o sujeito, impedindo qualquer tentativa de regulação do princípio de prazer por meio da fuga. Assim, a dor assume dupla função: bloqueio do funcionamento psíquico; e proteção da função do pensamento. O segundo destino, o silêncio, é resultado do trauma deixado no aparelho psíquico. Diante a dor, o real surge como traumático, como presença pulsional da dor. Diante o emudecimento, a dor passa a ser compreendida como um chorar silencioso do corpo, suspendendo a possibilidade da palavra, do gesto e do traço. O terceiro, e último, dos possíveis destinos para a dor é o grito. Diante à dor, o indivíduo recorre ao grito para obter a atenção do outro, apelando a quem puder ouvi-lo e acolhê-lo. Desta forma, pode-se dizer que o grito tem a função de descarga, desempenhando importante papel de ponte na consciência do sujeito. Ou seja, o grito provocado pela dor pode ser considerado como uma ferramenta necessária para o sujeito dar voz ao que sente.

3.1.2 Dor e Terapia Comportamental / Behaviorismo

A Terapia Comportamental tem como base as teorias e os princípios da aprendizagem para explicar o surgimento, a manutenção e a eliminação dos sintomas. Segundo Cordioli et al. (2019), as abordagens comportamentais para a dor crônica se fundamentam em diferentes escolas de pensamento sendo o condicionamento clássico, de Pavlov, e o condicionamento operante, de Skinner, as principais delas.

No condicionamento clássico, estímulos neutros repetitivamente emparelhados com um estímulo incondicionado, ocasionam a mesma resposta obtida pelo estímulo incondicionado. Vandenberghe (2014) explica que sua relevância para a clínica da dor se deve ao fato de as pessoas com dor crônica apresentarem uma tendência a evitar situações (estímulos) em que já sentiram dor. Visando minimizar o comportamento de evitação, o terapeuta comportamental pode fazer uso da exposição graduada:

o paciente enfrenta intencionalmente as situações que eliciam a ansiedade por terem relação com vivências dolorosas ou traumáticas do seu passado. A exposição à situação aversiva promove a diminuição da ansiedade. Diminuindo

o medo das situações, a pessoa pode voltar a realizar as atividades que tinha abandonado por medo da dor (Vandenberghe, 2014, p. 19).

O condicionamento operante enfatiza a relação entre o comportamento e suas consequências. Esses comportamentos podem ser analisados enquanto ações operantes ou respondentes (Lopes, Ferrari & Jorge, 2019). Conforme as autoras, a ação operante é um comportamento voluntário, que gera uma consequência, e essa consequência reforça ou enfraquece o comportamento que o gerou. Já a ação respondente é aquela que ocorre quando um estímulo ambiental elicia uma resposta fisiológica. Ou seja, enquanto nas ações respondentes os eventos ambientais antecedem o comportamento, nas operantes, por outro lado, são os comportamentos que alteram o ambiente.

A dor pode ser concebida tanto como um comportamento operante quanto um respondente, sendo que a dor operante desenvolve-se a partir da respondente. No princípio, a dor está correlacionada a algum estímulo antecedente eliciador da dor, como, por exemplo, um ferimento. Nesse sentido, por ser uma resposta automática e instantânea do organismo, a dor é concebida como um comportamento respondente. No entanto, se ocorrer em um ambiente que oferece reforço, como por exemplo, o acesso à medicação, redução da atividade física, atenção, preocupação de amigos e familiares, então pode se desenvolver um comportamento de dor operante, que é aprendido e se mantém ou extingue-se conforme as reações do meio (Lopes et al., 2019, p. 65).

De acordo com Lobato (2010), algumas das inúmeras situações que podem influenciar o comportamento de dor são: o luto pela perda de uma pessoa querida, problemas financeiros, laborais, sociais ou afetivos, mudanças no estilo de vida, entre outras. As exposições a eventos aversivos sejam no ambiente laboral ou familiar, ou as situações que fujam do controle da pessoa, são potenciais variáveis antecedentes a um quadro algico.

Ressalta-se que um comportamento pode determinar o aumento ou diminuição de sua frequência, a depender do reforço utilizado. A este respeito, Vandenberghe (2014) afirma que a análise funcional do comportamento ligado a dor crônica destaca uma predominância do reforçamento negativo no cotidiano do paciente, seja por meio do comportamento de esquiva – a pessoa tem como objetivo evitar uma situação aversiva – ou pelo comportamento de fuga – quando o comportamento visa extinguir a estimulação aversiva já presente. No

entanto, a manutenção da dor também pode ser consequência do reforçamento positivo, como por exemplo, no caso dos ganhos secundários em função do quadro apresentado.

3.1.3 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitiva (TC), foi inicialmente proposta por Aaron Beck, na década de 1960, para o tratamento da depressão. Após observar o comportamento dos pacientes depressivos, Beck percebeu que a visão negativa que estes pacientes tinham em relação a si mesmos, ao mundo e a seu futuro – Tríade Cognitiva – seria o fator responsável pelos sintomas depressivos. Posteriormente, a TC incorporou teorias e técnicas comportamentais, passando, então, a ser denominada Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), que tem como premissa a ideia de que os pensamentos, crenças e perspectivas negativas podem levar a desequilíbrios emocionais e comportamentais (Cordioli et al., 2019).

De acordo com Angelotti e Dotto (2008), a abordagem cognitivo-comportamental, em dor, evoluiu a partir das pesquisas de problemas psicológicos como ansiedade, depressão e fobias. pois esta é uma experiência. Os autores acrescentam, ainda, que a TCC é uma abordagem que vai ao encontro do conceito de dor, uma vez que enfoca os aspectos multidimensionais envolvidos, tais como: sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais.

A TCC avalia o fenômeno da dor por diferentes ângulos, uma vez que a dor pode envolver uma variedade de componentes afetivos e cognitivos negativos, que tanto podem ser consequências da dor crônica, como podem intensificar a percepção da dor. A depressão, o medo e a raiva podem ocorrer em função do que a pessoa pensa sobre a dor – e não apenas pela percepção da dor – mas também podem ter como origem crenças relacionadas com outros aspectos da vida: a incapacidade física decorrente da dor, os familiares que não compreendem o paciente e as suposições que ele faz a respeito das experiências adversas vivenciadas (Lopes et al., 2019).

Ainda sobre os fatores que podem desencadear a dor, Angelotti e Dotto (2008) defendem que o estresse – muitas vezes decorrentes de pensamentos disfuncionais – exerce grande influência no processo doloroso, de forma que as pessoas mais vulneráveis possuem maior dificuldade no enfrentamento das situações que podem desencadear um processo doloroso. Diante esse quadro, o evento estressor tende agravar a intensidade da dor. Ou seja, a sensação dolorosa tanto pode influenciar o nível de estresse, como pode por ele ser impactada.

Alguns dos principais objetivos da TCC na intervenção da dor é identificar e corrigir emoções, cognições distorcidas e pensamentos automáticos que determinam o estilo de vida

desadaptativo da pessoa. Importante ressaltar que, para o sucesso do tratamento, a relação colaborativa entre terapeuta e paciente é essencial. Além disso, terapeuta e paciente devem estar dispostos a modificar suas suposições quando os resultados não estiverem sendo alcançados de forma satisfatória. Para isso, é preciso que o terapeuta, desde o início do tratamento, já explique ao paciente como a TCC funciona e a importância de reavaliarem, constantemente, as crenças, sentimentos e comportamentos do paciente antes, durante e após uma crise dolorosa, visando a reestruturação cognitiva do paciente.

Contudo, Vandenberghe (2014) esclarece que uma das principais dificuldades encontradas pelos terapeutas durante o processo da reestruturação cognitiva é o pensamento catastrófico do paciente sobre o impacto da dor na sua vida.

A falta de previsão sobre a duração dos sintomas, a antecipação irrealista sobre o tratamento médico e a ambiguidade das informações dadas acerca da escolha dos tratamentos, assim como o significado particular dos sintomas para o paciente, podem provocar reações emocionais e impulsionar escolhas de vida problemáticas. Assim, o pensamento catastrófico subsidia muitos comportamentos desadaptativos que tendem a piorar a depressão, a ansiedade e o isolamento social da pessoa com dor crônica (Vandenberghe, 2014, p. 24).

Como um dos objetivos da TCC é fazer com que o paciente seja seu próprio terapeuta, é de suma importância que o paciente aprenda a identificar e a interpretar as relações entre suas emoções, seus pensamentos, suas ações e suas respostas corporais. De acordo com Vandenberghe (2014), ao compreender como pensamento, sentimento e comportamento se relacionam, o paciente será capaz de desenvolver habilidades que o ajudarão no enfrentamento à dor, por meio do desenvolvimento da autorregulação, processo pelo qual a pessoa é capaz de controlar suas próprias emoções, comportamentos e pensamentos utilizando-se de uma combinação de estratégias mentais e físicas. No entanto, embora muitos autores apresentem diversas habilidades comprovadamente benéficas no tratamento da dor, a consciência emocional deve ser sempre uma prioridade no tratamento, ou seja, o paciente precisa aprender a reconhecer e identificar as próprias emoções e sensações físicas que acompanham seu processo doloroso.

Habilidades de enfrentamento da dor incluem desvio da atenção, relaxamento muscular e regulação das atividades físicas e de repouso. Desviar a atenção da dor pode, em alguns casos, modular a percepção do paciente. Há uma técnica que consiste no uso de imagens agradáveis; o paciente fecha os olhos e imagina uma lembrança agradável,

desviando assim a atenção que estava sendo aplicada à sensação da dor. Outra técnica é a concentração em um ponto focal, também entendida como uma estratégia de *mindfulness* (Vandenberghe, 2014).

Cordioli et al. (2019) destacam que as estratégias de *mindfulness* foram introduzidas na área da saúde, no final da década de 1970, por meio do programa “*Mindfulness-Based Stress Reduction*” (MBSR), de Jon Kabat-Zinn, com o objetivo de auxiliar o tratamento de pacientes com dor crônica, por meio de uma intervenção que envolve consciência, momento presente e aceitação. As técnicas de *mindfulness* têm como objetivo proporcionar um espaço para observação de tudo que acontece no momento presente, com a intenção de avaliar as experiências de forma acolhedora, cultivando uma relação diferente da pessoa com a dor, com o sofrimento e suas causas.

Em suma, para os terapeutas cognitivo-comportamentais, a prioridade no tratamento da dor crônica implica em ensinar o paciente a reavaliar sua dor, buscando novas formas de enfrentamento, através das técnicas de reestruturação cognitiva, manejo ao estresse e autogerenciamento.

MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa exploratória, com o objetivo de buscar as percepções de um determinado grupo acerca das intervenções psicológicas nos quadros de dor crônica. Conforme explicam Sampiere, Collado e Lucio (2013), o enfoque qualitativo é o mais indicado quando o pesquisador tem como objetivo compreender as percepções dos participantes, acerca de um determinado fenômeno, ou seja, compreender a maneira como os participantes percebem, subjetivamente, sua realidade.

Deslandes e Assis (2002) definem a pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas, que busca compreender os fenômenos segundo a ótica dos sujeitos pesquisados. De acordo com as autoras, a pesquisa qualitativa não deve ser entendida meramente como uma pesquisa não quantitativa, uma vez que ela possui identidade própria, bem como seu objetivo não se limita a uma interpretação de fatos.

Apenas nomear um estudo de qualitativo nos diz absolutamente nada ou muito pouco a respeito de seu método de construção. [...] tem a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas (Deslandes & Assis, 2002, p. 197).

Segundo Sampiere et al. (2013), o desenho exploratório refere-se ao estudo voltado para a análise de temas que, apesar das dúvidas os circundam, ainda são pouco aprofundados na literatura ou nem mesmo abordados. Ou seja, os estudos de natureza exploratória têm como objetivo iniciar a exploração de um determinado tema, abrindo caminhos para novos campos de pesquisa.

Com base nas definições apresentadas e os objetivos desta pesquisa, a opção pela pesquisa qualitativa exploratória mostra-se adequada. Foram analisados nesta pesquisa a forma como os entrevistados percebem o acolhimento dos profissionais envolvidos em seu tratamento, a influência da dor em suas emoções e rotinas, as manifestações psíquicas e comportamentais por eles apresentados e como enxergam o papel da psicologia no tratamento da dor crônica.

4.2 Participantes

O estudo fora realizado por meio de uma amostra não probabilística e com participantes voluntários, cuja escolha dos elementos depende dos fatores relacionados com o propósito da pesquisa. Esta amostra também é conhecida como “amostra guiada por um propósito”.

A coleta e produção de dados para o estudo se sucedeu por meio de amostragem, a partir de questionários semiabertos, que “se baseiam em um roteiro de assuntos ou perguntas”, mas que possibilitará ao pesquisador “a liberdade de fazer outras perguntas para precisar conceitos ou obter mais informação sobre os desejados” (Sampiere et al., 2013, p. 426). Ademais, fora utilizada a técnica da seleção intencional não probabilística, sendo o convite para participação da pesquisa disponibilizado em grupos de apoio a pessoas com dor crônica, bem como fornecido a profissionais que atendem pessoas nessas condições, para que estes pudessem encaminhar aos pacientes que contemplavam os critérios de inclusão, a saber:

- a) Possuir dor crônica por, no mínimo, seis meses;
- b) Ter entre 18 e 60 anos de idade.
- c) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (ANEXO A)

O questionário foi respondido por 21 participantes, contemplando o critério de saturação. Insta mencionar que um dos participantes desistiu da pesquisa logo nas primeiras perguntas, respondendo apenas questões relacionadas aos dados pessoais. Assim, foram considerados 20 questionários para a análise do problema de pesquisa. Outrossim, dentre os participantes, apenas um é do sexo masculino. Uma das possíveis causas para essa baixa adesão masculina à pesquisa é explicada por Rosostolato (2019) em um estudo sobre a alexitimia masculina.

O aprendizado social e afetivo é um aspecto da educação masculina desde a infância e perpetua uma mentalidade alexitímica. Uma educação severa faz com que os homens sejam levados a acreditar que abrir-se e falar de maneira ampla sobre suas dúvidas, anseios e medos os aproximaria de um ser fraco, ou seja, do não homem. O silêncio é reforçado como importante característica masculina e por isso deve ser cultivado (Rosostolato, 2019, p. 60).

O perfil dos participantes da pesquisa é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5

Perfil dos Participantes da Pesquisa

Sexo/Idade	18 a 23	24 a 29	30 a 35	36 a 41	42 a 47	48 a 52	53 a 60	Total
Homens	-	-	-	1	-	-	-	1
Mulheres	1	-	2	4	6	4	2	19
Total	1	-	2	5	6	4	2	20

4.3 Instrumentos e Procedimentos

Em uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados tem como objetivo compreender conceitos, percepções, crenças, emoções, interações, pensamentos, experiências, processos e vivências, de modo que seja possível responder as perguntas da pesquisa (Sampiere et al., 2013). Assim fora elaborado um questionário virtual (ANEXO B), contendo 21 (vinte e uma) perguntas.

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/ Fiocruz, 2020) entende como “ferramentas digitais” os programas, aplicativos, plataformas, ligações telefônicas ou por videochamada, que permitem a comunicação a distância entre pesquisador e participantes, seja de forma síncrona ou assíncrona, anônima ou não, para coleta de dados primários de pesquisa, seja por meio de questionários – autopreenchidos, sem interação síncrona entre pesquisador e participante –; ou entrevistas, as quais exigem a interação de forma síncrona entre pesquisador e participante.

A plataforma utilizada para realização da pesquisa foi o *survey monkey*. O link para acessar o questionário fora disparado em grupos voltados para pacientes com dores crônicas, bem como repassados a pessoas conhecidas que preenchem os critérios de inclusão da pesquisa, pedindo a essas para repassarem a outros conhecidos, constituindo-se, assim, o formato bola de neve.

Insta ressaltar que, assim como as pesquisas realizadas de forma presencial, a pesquisa em ambiente virtual exige a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição cujo pesquisador seja vinculado. Assim sendo, o link de acesso ao questionário somente foi disponibilizado após a aprovação pelo CEP da Universidade de Caxias do Sul – CAAE: 70172123.0.0000.5341. (ANEXO C)

De forma a garantir os critérios de inclusão para participação na pesquisa, fora estabelecida uma lógica de ramificação, detalhada na figura 4.

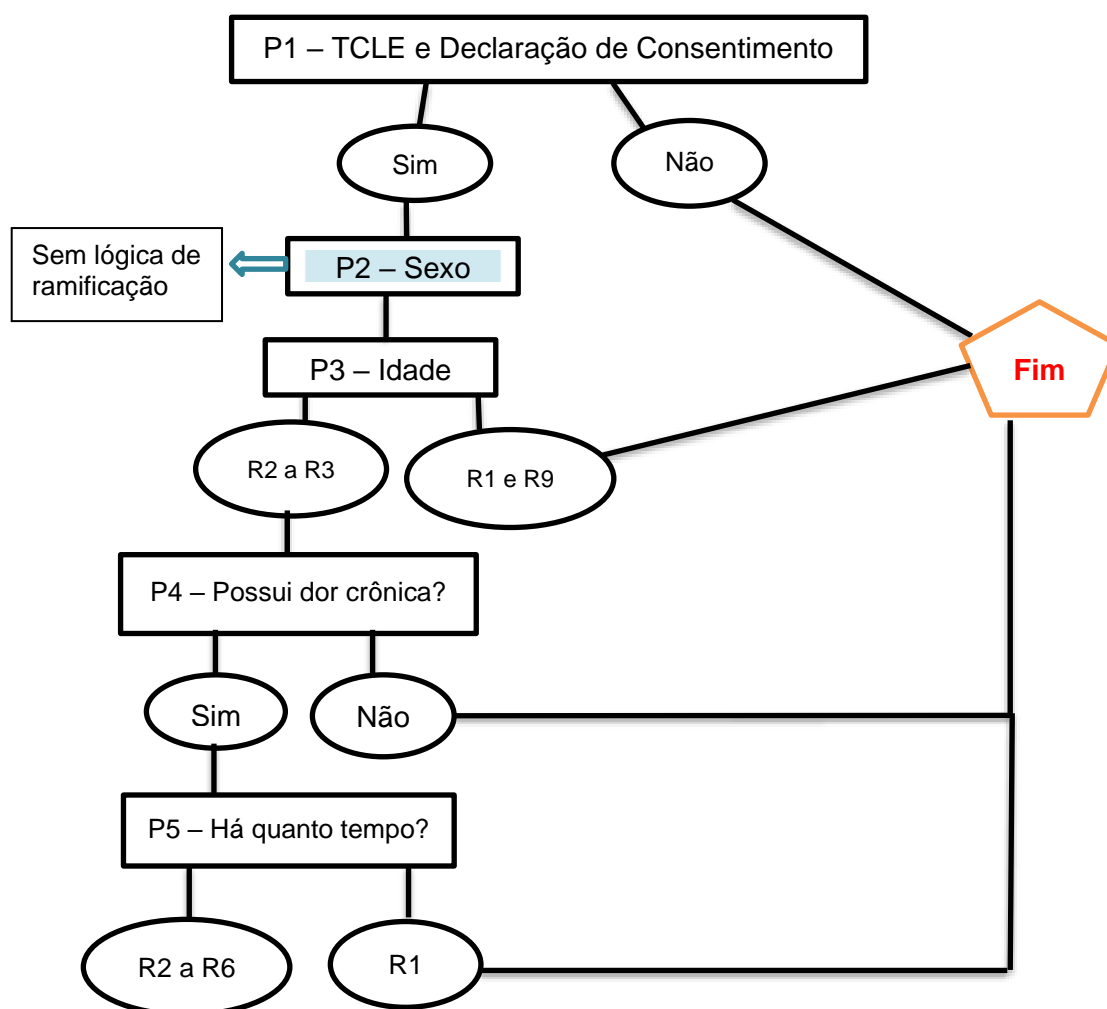


Figura 4. Lógica de ramificação do questionário aplicado

A primeira parte do questionário consiste no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na Declaração de Consentimento do Participante, sendo necessário o aceite para que as perguntas referentes à pesquisa fossem iniciadas. Importante lembrar que, mesmo após dar o aceite, o participante tinha liberdade para, a qualquer momento, interromper sua participação, sem necessidade de dar qualquer justificativa à pesquisadora.

A segunda pergunta, por não contemplar um critério de inclusão e exclusão, qualquer resposta permitia a continuidade no questionário. A terceira pergunta era sobre a idade do participante. As opções de resposta foram: R1: menos de 18 anos; R2: de 18 a 23 anos; R3: de 24 a 29 anos; R4: de 30 a 35 anos; R5: de 36 a 41 anos; R6: de 42 a 47 anos; R8: de 53 a 60 anos; e R9: 61 anos ou mais.

A quarta pergunta refere-se a presença da dor crônica. Apenas os que responderam afirmativamente poderiam dar continuidade na pesquisa. A quinta pergunta, sobre o tempo convivendo com a dor crônica, apresenta as seguintes opções de resposta: R1: menos de 6 meses; R2: de 6 meses a 12 meses; R3 de 1 ano a 3 anos; R4: de 4 a 6 anos; R5: de 7 a 10

anos; e R6: superior a 10 anos. Como um dos critérios é ter dor crônica por no mínimo seis meses, quem respondesse a primeira opção, teria a participação encerrada. As demais perguntas que compõem o questionário, por não estarem relacionadas aos critérios de participação, não possuem uma lógica de ramificação estabelecida.

4.4 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo pode ser definida como uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo dos documentos encontrados em uma pesquisa, auxiliando o pesquisador em uma compreensão mais aprofundada e sistematizada dos materiais encontrados. Moraes (1999) entende que análise de conteúdo “constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias” (p. 8). O autor acrescenta, ainda, que com o passar dos anos, a indução e a intuição passaram a ser estratégias cada vez mais utilizadas entre os pesquisadores.

Segundo Sampieri et al. (2013), os principais objetivos da análise qualitativa são: organizar as unidades, as categorias, os temas e os padrões; descrever as experiências dos entrevistados sob sua ótica; compreender a relação entre o ambiente e os dados encontrados; e, ainda, analisar os dados através da construção de teorias fundamentadas, ou seja, as teorias que surgem durante o processo de análise dos dados.

O estudo qualitativo tem como propósito a obtenção de dados de pessoas, seres vivos, comunidades, contextos ou situações de maneira profunda; nas próprias “formas de expressão” de cada um deles. Quando se referem a seres humanos, os dados que interessam são conceitos, percepções, imagens mentais, crenças, emoções, interações, pensamentos, experiências, processos e vivências manifestadas na linguagem dos participantes, seja de maneira individual, grupal ou coletiva. Eles são coletados para que possamos analisá-los e compreendê-los, e assim respondermos as perguntas de pesquisa e gerarmos conhecimento (Sampieri et al., 2013, pp. 417).

Para análise dos questionários respondidos, optou-se por uma análise qualitativa de conteúdo, utilizando como referencial a estratégia proposta por Bardin, que defende a necessidade de o pesquisador perpassar tanto pela objetividade dos materiais, quanto por sua subjetividade, com objetivo de encontrar o que está além do discurso, aquilo que não foi explicitamente informado, porém é carregado de significados. Para Bardin (2011) as

diferentes fases da análise de conteúdo devem ser divididas em três estágios: a pré-análise; a exploração do material; e a inferência e interpretação dos dados. Insta mencionar que será durante a fase de interpretação que as categorias serão definidas.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 2011, p 147).

A plataforma utilizada para a pesquisa, o survey monkey, oferece ao pesquisador uma análise por meio de tabulação cruzada, ampliando a visão dos dados coletados. Após a etapa de análise dos dados obtidos, fora realizada a categorização, definida por Bardin (2011) como à classificação dos elementos encontrados em conjuntos, de acordo com critérios definidos pelo analista conforme os objetivos da pesquisa. Esses agrupamentos são feitos tendo em vista características semelhantes, apresentadas pelos objetos do estudo, sendo elas temáticas, de acordo com a linguagem utilizada.

O processo de categorização consiste em duas partes: inventário dos itens, ou seja, isolamento dos elementos e, posteriormente, sua classificação, visando padronização e produtividade das categorias. Assim, já com as categorias definidas, o passo seguinte foi analisar, individualmente, cada categoria, dividindo-as, posteriormente, em subcategorias (Bardin, 2011). Na tabela 6 é possível verificar as categorias e subcategorias definidas para a análise dos dados.

Tabela 6

Categorização, Subcategorização e Foco da Análise

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FOCO DA ANÁLISE
	Características gerais da dor	Diagnóstico, intensidade, duração e local da dor
Raio X da Dor Crônica	Itinerário terapêutico	O caminho percorrido até a definição diagnóstica

	Acolhimento profissional	Sentimento dos entrevistados quanto ao atendimento recebido pelos profissionais
Convivendo com a dor crônica	A experiência dolorosa	Percepções e sentimentos quanto à experiência de conviver com a dor crônica
	Comportamento da dor	Influência da dor no comportamento e nas atividades cotidianas
	Saúde mental e dor	Relação dor e emoção e seu impacto na saúde mental
Psicologia e dor crônica	Tratamento psicológico	A experiência do entrevistado com serviços psicológicos e sua opinião
	Conhecimento do psicólogo no campo da dor crônica	Opinião dos entrevistados sobre o conhecimento dos psicólogos para a atuação em dor crônica.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado a apresentação e discussão dos resultados, seguindo a mesma ordem da categorização e subcategorização apresentadas no capítulo anterior, iniciando com a análise dos subtópicos referentes à categoria “Raio X da dor crônica”, seguido dos subtópicos das categorias “Convivendo com a dor crônica” e “Psicologia e dor crônica”.

Importante esclarecer que, para a análise dos dados, os participantes foram identificados com a letra P junto a um numeral, conforme a ordem cronológica em que os questionários foram recebidos. Exemplo: P1 refere-se ao primeiro participante a enviar o questionário preenchido.

Outrossim, por se tratar de uma entrevista realizada por meio de questionário eletrônico, optou-se pela manutenção das características da escrita de cada participante, tais como pontuações, uso de caixa alta e vocabulário por eles utilizados.

5.1 Raio X da Dor Crônica

A finalidade dessa categoria, como o próprio nome sinaliza, é “fazer um raio x” da dor crônica dos participantes da entrevista. Conforme já fora citado, a dor crônica é uma experiência única, subjetiva, complexa e multifacetada e requer uma avaliação para além da experiência sensorial.

Assim, para melhor compreensão da dor e seus impactos na vida dos entrevistados, essa categoria foi subdividida em três subcategorias: “características gerais”, “itinerários terapêuticos” e “acolhimento profissional”.

Na primeira subcategoria serão analisados o diagnóstico, a duração, intensidade e local da dor. Na subcategoria seguinte será analisado o caminho percorrido por cada um até a definição diagnóstica. E, por fim, na subcategoria “acolhimento profissional”, serão analisadas as falas dos participantes da pesquisa no que tange ao atendimento recebido pelos profissionais por eles consultados.

5.1.1 Características gerais da dor

Enquanto a dor aguda é considerada um alerta para nosso organismo, a dor crônica deixa de ser sintoma e transforma-se em patologia. Assim, todo organismo do indivíduo é alterado pelo excesso e persistência do estado de alerta acionado pelo sistema nervoso simpático.

Em meio as incertezas que cercam o fenômeno da dor crônica, tentarei traçar as características presentes na experiência dolorosa dos respondentes da pesquisa, tais como duração, intensidade e local da dor.

Segundo a SBED (2017), é considerada dor crônica aquela com duração superior a três meses ou que persiste além do tempo esperado no tratamento de uma lesão tecidual aguda. A dor crônica pode ser resultado de doenças crônicas, tais como câncer, diabetes, artrite, também podem ser consequência de lesões musculoesqueléticas ou de síndromes dolorosas, sendo a fibromialgia a com maior prevalência.

A relação de diagnósticos e a quantidade de participantes por eles acometidos pode ser verificada na tabela 7. Importante esclarecer que alguns participantes possuem mais de uma síndrome dolorosa.

Tabela 7

Relação de diagnósticos entre os participantes da pesquisa

Diagnóstico	N^a de participantes
Fibromialgia	7
Lúpus eritematoso	2
Endometriose	2
Enxaqueca crônica	2
Artrose	1
Artrite reumatoide	1
Hérnia de disco	1
Síndrome do Intestino Irritável	1
Síndrome da bexiga dolorosa	1
Dor crônica pélvica	1
Neuralgia do Trigêmeo facial	1
Síndrome Complexa de Dor Regional	1
Síndrome do túnel do carpo bilateral	1

Doença de Still do adulto	1
Sjögren	1
Síndrome miofascial	1
Trauma pós-cirúrgico	1
Sequela permanente de Chikungunya	1
Síndrome do desfiladeiro torácico	1

Não se sabe com exatidão a quantidade de síndromes dolorosas que assolam as pessoas em todo o mundo. Embora algumas sejam bastante conhecidas, outras são classificadas como síndrome raras, tornando-as mais difíceis de diagnosticar e tratar. Além disso, é comum os pacientes com dor crônica, com o passar do tempo, apresentem mais de uma síndrome dolorosa, tornando o tratamento ainda mais desafiador (Dionísio et al., 2020).

O “raio x” da dor dos participantes da pesquisa, com informações sobre duração, intensidade e locais da dor pode ser verificado na tabela 8.

Tabela 8

“Raio x” da dor dos participantes da pesquisa

RAIO X DA DOR	
<i>Duração</i>	
De 06 a 12 meses	5%
Entre 1 e 3 anos	43%
Entre 4 e 6 anos	29%
Entre 7 e 10 anos	0%
> 10 anos	24%
<i>Intensidade</i>	
Leve	5%

Moderada	35%
Intensa	50%
Não sabe informar	10%
<i>Local da dor</i>	
Cabeça, face, pescoço	19%
Região torácica e abdominal	13%
Região lombar e membros inferiores	26%
Região cervical, ombros e membros superiores	30%
Região pélvica, anal e genital	8%
Outro	4%

Dois participantes selecionaram a opção “outros” e ambos especificaram que possuem dor em todas as articulações.

Importante observar que, a maioria dos participantes da pesquisa, convive com dores moderadas a intensa por longos anos e, não raramente, em várias partes do corpo. Diante desses resultados, é necessário repetir sobre a importância e urgência de novos estudos acerca do fenômeno doloroso, e, principalmente, a criação de estratégias de enfrentamento e políticas públicas voltadas para essa população.

5.1.2 Itinerário terapêutico

Esta subcategoria tem como objetivo analisar as respostas dos participantes da pesquisa relacionadas ao percurso terapêutico, ou seja, todo o processo do início dos sintomas até a definição diagnóstica.

Para Kleinman (1978), o itinerário terapêutico refere-se à trajetória percorrida por um indivíduo, com alguma enfermidade, em busca de cuidados terapêuticos que possam curar o problema enfrentado. Essa trajetória é direcionada a partir de uma série de decisões tomadas a cada situação que surge no caminho do paciente. No entanto, nem sempre a trilha seguirá a rota por ele desejada, uma vez que fatores socioeconômicos e culturais impactam diretamente nas decisões, distinguindo-as em decisões desejadas e decisões possíveis.

Os estudos acerca dos itinerários terapêuticos iniciaram a partir da terminologia *illness behaviour* – comportamento do enfermo. Os primeiros estudos apontavam o itinerário terapêutico como o movimento de um indivíduo na busca por cuidados, tendo como referência a questão de custo-benefício. Posteriormente, este conceito foi ampliado, sendo introduzidos os valores socioculturais nas decisões tomadas pelos indivíduos, uma vez que estes valores refletem a forma como os sujeitos comunicam, reproduzem e constroem conhecimentos e movimentos direcionados a saúde e a vida.

Conhecer o itinerário terapêutico é de suma importância para compreensão sobre o comportamento do indivíduo em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde. É durante esse percurso que são formadas as diferentes redes formais e informais de cuidado.

No questionário respondido pelos participantes, a oitava pergunta era: “A partir do início dos sintomas, quanto tempo levou até a definição do diagnóstico?”. As opções de resposta eram: a) inferior a um ano; b) de 1 a 3 anos; c) de 4 a 6 anos; d) superior a 6 anos; e) sem diagnóstico definido. O resultado pode ser verificado na figura 5.

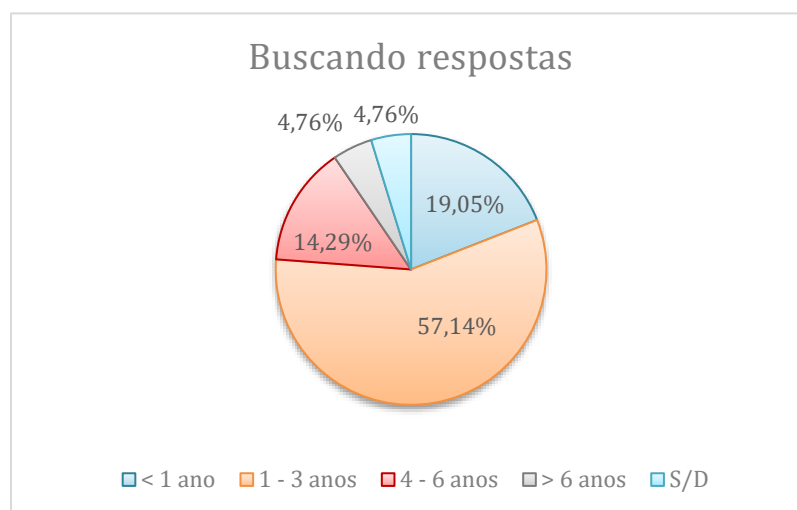


Figura 5. Tempo para definição diagnóstica dos participantes da pesquisa.

Importante ressaltar que o participante que ainda não tem diagnóstico definido, já sofre com as dores há dois anos, conforme pode ser verificado em seu relato destacado abaixo:

P10: *Para a dor da coluna, procurei um ortopedista e fiz sessões de fisioterapia. Para as dores nas articulações, pés, musculares, estou há dois anos tentando entender. O que me alivia um pouco é a acupuntura.*

Analisando as respostas dos participantes, chama atenção a quantidade de especialistas consultados, bem como a quantidade de diagnósticos atribuídos precocemente. Além disso,

as respostas mostraram que doenças consideradas raras² demandaram mais tempo para definição diagnóstica, em comparação as doenças com maior prevalência.

Para melhor compreensão acerca dos caminhos percorridos pelos entrevistados, destaco alguns trechos que demonstram os desafios por eles enfrentados durante o processo.

P1: *Passei por cinco ortopedistas, quatro neurologistas, um reumatologista, um clínico geral e dois psiquiatras. Ninguém tinha resposta, então me falavam que era ansiedade. Foi um fisioterapeuta o primeiro a realmente me ouvir. Ele me indicou um neurocirurgião funcional, que fechou o diagnóstico e vem me ajudando no tratamento.*

P2: *No início eu tive inflamações na pele, daí procurei uma dermatologista. De cara comecei um tratamento com corticoide, mas assim que terminava o remédio o quadro piorava. Fui encaminhada para uma alergista. Prossegui com corticoide com doses maiores. Tentando tratar uma urticária. Quando começaram as dores e febre alta fui encaminhada para um reumatologista e assim veio o diagnóstico da doença de Still.*

Segundo Alves (2016), a maior parte dos pacientes relatam um longo e penoso histórico de idas e vindas aos consultórios médicos de diversas especialidades e de diagnósticos errados. A autora acrescenta que o diagnóstico tardio resulta em rápido avanço das doenças, principalmente nos casos em que são prescritas drogas inadequadas cujo efeito colateral pode agravar o estado geral de saúde do paciente, como ocorrera no caso supracitado.

P3: *Fui a vários médicos. Ortopedista. Reumatologista. Clínico Geral. No início me diziam que era bursite, tendinite. À medida que o tempo foi passando, e as dores não melhoravam, é que começaram a pensar em fibromialgia.*

P4: *Frustrante, pois a dor é intensa e persistente TODOS os dias, angústia por não saber se acreditam, já que muitos acham que é psicológico ou exagero... E a ansiedade pela espera de uma melhora que não vem... profissionais: primeiro fui a um clínico geral, depois três ortopedistas, dois fisioterapeutas e dois neurocirurgiões.*

P5: *Comecei com muitas dores nas mãos, placas avermelhadas pelo corpo e inchaços pelo rosto, a princípio achei que fosse uma alergia alimentar, como na empresa que eu trabalhava têm médico de trabalho procurei o mesmo, o médico pediu para procurar um reumatologista, um alergista e um ortopedista, assim fiz. Alergista não deu nada depois de*

² São consideradas doenças raras aquelas que afetam até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos.

investigar, reumatologista também não deu em nada e o ortopedista passou alguns exames específicos e deu síndrome do túnel do carpo onde eu passei por uma cirurgia. Neste meio tempo eu vivia na emergência tomando muitas medicações para dores, mas nada passava, fiz a cirurgia na esperança de passar, mas para minha surpresa nada mudou [...], voltei ao reumatologista, eu estava muito pior, mal andava, [...], foi aí que veio o primeiro diagnóstico de Lúpus, comecei com os medicamentos, mas tive pouco alívio, então procurei um especialista em dor, tive que enfrentar mais exames, já sem nenhuma esperança. Mas após os exames o médico fechou o diagnóstico de Lúpus somado à fibromialgia e passou alguns medicamentos novos. Percebi melhoras significativas, mas não 100%, hoje convivo com as dores claro que dias mais intensos e outros mais brandos.

P9: *Procurei vários profissionais, como ortopedistas, hematologista, fisioterapeuta, cardiologista etc., até encontrar o reumatologista que me acompanha há uns 10 anos.*

P11: *Logo no começo procurei um dentista pensando ser disfunção na ATM. Este disse que se a dor persistisse era para procurar um neurologista. Não apenas persistiu como piorou. Cada dia parecia ficar mais intensa. As consultas por plano de saúde demoram muito para marcar. Esperei 1 mês para consultar o neuro, depois quase 2 meses para conseguir fazer todos os exames e depois ainda tive que esperar mais para levar o resultado, por ter passado de 30 dias. E nesse tempo a dor só piorava. Eu implorava nas clínicas para anteciparem os exames, mas não adiantava. Eu pensei que não fosse suportar.*

P12: *Procurei um ortopedista e um neurocirurgião. O segundo chegou a um diagnóstico através de exames de imagens, quando optou pelo tratamento conservativo por não ser cirúrgico.*

P13: *A SII foi o primeiro diagnóstico que recebi. Atualmente trato com gastro, mas foi o clínico que deu o diagnóstico. Por conta da SII diziam que minha dor de cabeça e minhas cólicas abdominais estavam ligadas ao estresse. Até que descobriram a endometriose e viram que eram cólicas distintas. A enxaqueca crônica ainda não há explicação. Já fiz vários exames e tentei vários tratamentos, com neurologista, homeopatia e óleos essenciais, mas ainda não encontrei nada que faça diminuir as crises.*

P16: *Quando comecei com as dores por todo corpo, logo procurei um reumatologista que diagnosticou a fibromialgia. Além das medicações, ele me explicou que fazer atividade física era muito importante. Essa foi a parte que tive mais dificuldade. As pessoas acham que academia é só para jovem e para ficar com o corpo bonito. As pessoas olham feio para uma pessoa já mais velha e com ritmo reduzido. Acabei desistindo da academia fui para a hidro, que parece ser o que a sociedade aceita como atividade para não jovens.*

A fins de esclarecimento, P16, que se considera “uma pessoa já mais velha” tem entre 42 e 47 anos de idade. Esse depoimento alerta para mais uma questão a ser considerada quando falamos da complexidade que envolve a dor crônica: o preconceito. É certo que conforme já fora explicado, o itinerário terapêutico refere-se a inúmeras decisões quanto ao que fazer ou deixar de fazer. Nesse depoimento, é possível observar que, apesar do diagnóstico rápido, do acolhimento profissional e da aceitação ao tratamento proposto, a pessoa não permaneceu na atividade escolhida em função do contexto social.

O itinerário terapêutico tem início antes de o paciente buscar ajuda. De acordo com Perissinotti e Sardá Júnior (2019) o itinerário terapêutico não deve ser analisado exclusivamente sobre os caminhos percorridos. Do início dos sintomas até a decisão de buscar ajuda, há um processo influenciado não apenas pela experiência sensorial, mas também pelos fatores socioemocionais e culturais.

P7: Em relação aos profissionais não tive dificuldades. No início, a dificuldade maior foi comigo mesmo. Mesmo sentindo dores insuportáveis eu demorei a procurar ajudar, pois tive vergonha e medo. Na primeira consulta minha esposa precisou ir junto comigo para me ajudar a falar.

Os receios mais comuns da população masculina, com ou sem doenças, são a infertilidade, impotência e ejaculação precoce, receios estes oriundos de uma sociedade que afirma que “fracassar sexualmente é fracassar como homem” (Alves, 2016, p. 138). Ao surgimento de uma doença que afeta a parte sexual, é comum que haja relutância no momento de procurar ajuda. Entre os motivos para procrastinação do tratamento, Alves (2016) aponta vergonha, medo do julgamento social ou negação de uma fragilidade.

Os profissionais que atendem pessoas com dor crônica e que apresentam longo histórico em busca de um diagnóstico, precisam atentar para possíveis complicações em decorrência do desgaste emocional. Assim, o primeiro passo para o sucesso do tratamento é estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente.

5.1.3 Acolhimento profissional

Não só itinerário terapêutico pode impactar no tratamento, mas também o acolhimento profissional é de fundamental importância para um prognóstico de sucesso, especialmente nos casos de dores crônicas, quando normalmente não há uma lesão visível que justifique o quadro.

Assim, neste subitem serão analisados os depoimentos dos participantes quanto suas percepções acerca do acolhimento profissional e sentimentos vivenciados no decorrer do itinerário terapêutico, de forma a dar continuidade ao entendimento sobre todo o percurso traçado pelo sujeito.

A Política Nacional de Humanização do SUS, entende o acolhimento, no campo da saúde, não só como uma prática baseada na indissociabilidade entre ética, estética e política, mas também como estratégia de intervenção por meio da escuta ativa, construção de vínculo, garantia de acesso aos serviços, considerando o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde (Brasil, 2006).

Necessário esclarecer, que a ética visa novas formas de compreender os encontros e as relações humanas, buscando uma maneira de fazer coexistir no coletivo as diferenças individuais. Há um compromisso com uma prática pautada no reconhecimento e respeito pelo outro, acolhendo-o em suas diferenças, suas crenças, seus valores, suas dores, suas formas de sentir e estar na vida.

A estética é compreendida como um recurso fundamental para a ampliação das possibilidades éticas, uma vez que a atitude estética tem como finalidade uma atuação ética entrelaçada à afetividade, contribuindo para a dignificação da vida e do “estar vivo”.

O terceiro recurso desse tripé fundamental para a humanização no acolhimento é a política e seu compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, ampliando os saberes, resgatando o protagonismo dos sujeitos, promovendo um cuidado ampliado e integral, não havendo espaço para uma visão e responsabilidade isolada de um único profissional.

Acolher um paciente não é favor, mas sim uma obrigação dos profissionais de saúde. O acolhimento refere-se ao ato de aproximar-se, “estar presente”, respeitar e demonstrar interesse pela experiência do outro, respeitar as singularidades e subjetividades de cada um, atuar com afetividade, construindo uma relação de confiança e compromisso. Ademais, o acolhimento pode contribuir para redução da ansiedade e do estresse associados à dor crônica, promovendo melhor qualidade de vida ao paciente.

Nas falas destacadas a seguir constata-se a importância do acolhimento profissional e como este pode fazer a diferença no tratamento.

P2: *Houve uma época que eu não conseguia me locomover. Me vi impedida de fazer coisas simples como ir da cama ao banheiro. Mas tive a sorte de encontrar um ótimo médico que esteve, sempre, muito disponível para mim. Me sinto mais segura para fazer as coisas e me desafiar mais, pois sei que posso contar com ele a qualquer momento.*

P3: *No início havia um sentimento de aflição sobre como seria viver a vida sentindo dores constantes. Depois que comecei o tratamento com o meu médico comecei a acreditar que ia passar. Fui estimulada a fazer atividade física, que até hoje é minha aliada poderosa. Aí fui me conhecendo mais e passei a identificar as circunstâncias que trazem a dor pra perto (estresse, cobrança excessiva, etc.) e as que mantêm a dor longe (água quente, massagem leve, sono de boa qualidade, etc.).*

P6: *Sempre me acolheram com atenção. Mesmo assim muitas vezes me senti impotente diante às limitações. Mas aos poucos fui aprendendo e ressignificando meus limites para me manter ativa.*

P14: *Já busquei 5 especialistas, dentre cirurgião do tornozelo, neurocirurgião, médico da dor, fisioterapeuta e psicólogo. Hoje já encontrei os profissionais de minha confiança e com eles me sinto acolhida e bem tratada. Todos demonstram boa vontade e tentam me ajudar a superar essa doença terrível.*

P15: *Faço tratamento com reumatologista, clínica da dor e profissional de educação física. Todos são muito atenciosos comigo, nas consultas e treinos. Demonstram entender meu sofrimento. Percebo um preconceito nas unidades de emergência, nos dias que estou com dores intensa e preciso de atendimento hospitalar.*

Se por um lado o acolhimento configura-se importante ferramenta de cuidado, a falta dele pode agravar a situação do indivíduo que busca ajuda.

P1: *Muitas vezes a vontade era desistir: desistir de procurar ajuda e as vezes desistir de viver.*

P5: *Sinto falta do acolhimento dos profissionais da saúde nos hospitais. Como as dores não são visíveis, passamos despercebidos.*

P8: *Muitas vezes percebo má vontade dos profissionais, já ouvi uma enfermeira falar que eu ia para emergência apenas para pegar atestado médico.*

P11: *É sufocante e desesperador. A gente grita por socorro de todas as formas, mas parece que não se importam com a nossa dor.*

P12: *Tenho sempre o sentimento de que falta alguma coisa, uma empatia talvez.*

P17: *Procurei muitos médicos, mas tenho a sensação que nenhum tem boa vontade. Até mesmo quando recebi o diagnóstico, o médico falou com pouco caso e disse que se quisesse ter alguma melhora teria que fazer uma cirurgia de quase 30 mil reais. Os médicos hoje não pensam mais no paciente, só pensam no dinheiro e no lucro e esquecem que ali tem um ser humano.*

Entre os depoimentos dos participantes da pesquisa foi possível observar a recorrência de expressões como “não acreditam”, “é exagero”, “não se importam”, “pouco caso”.

Perissinotti (2019d) aponta o estigma como “uma das principais lutas” das pessoas acometidas pela dor crônica, e que, se não bastassem todos os desafios físicos enfrentados cotidianamente, ainda precisam lidar com grande carga psicológica para enfrentar os mais diversos tipos e formas de julgamento. Neste sentido, o estigma relacionado à dor configura-se como uma forma de vulnerabilidade psicológica, sendo necessário maior conscientização sobre o assunto, de forma que o paciente com dor se sinta ouvido, compreendido, acolhido e acreditado.

5.2 Convivendo com a dor crônica

Com certeza, todas as pessoas já sentiram dor em algum momento de suas vidas. A dor é um sinal do corpo que indica que algo não está certo e precisa ser corrigido. Ela tem uma função essencial, pois ajuda a evitar lesões e a proteger nosso corpo. No entanto, quando crônica, ela deixa de ser um sintoma, constituindo-se na própria patologia.

Por tratar-se de um fenômeno subjetivo, complexo e composto por inúmeras variáveis, a dor crônica pode afetar significativamente a qualidade de vida da pessoa, interferindo em diversas áreas de sua vida.

A IASP (2020) ao revisar o conceito de dor, apresenta algumas notas que devem ser consideradas por aqueles que buscam compreender o processo doloroso, tais como: a dor é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; a dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos; o relato da pessoa sobre sua experiência de dor deve ser respeitado; a dor pode provocar efeitos adversos no bem-estar social e psicológico do indivíduo.

Destaco agora alguns depoimentos dos participantes da pesquisa, que exemplificam a importância das notas supramencionadas para o entendimento do impacto da dor na vida de uma pessoa.

P1: *Nos dias de crise, só penso em todos os sonhos que ela me fez desistir.*

P2: *Dor me leva para um lugar de desespero.*

P4: *Sinto medo, angústia, tristeza pela dor que não melhora, às vezes culpa por não conseguir ser proativa como era antes, cansaço físico e psicológico.*

P9: *A oração e medicação me dão força para seguir. A atenção e o amor da família também.*

P14: *Quase sempre a dor me impede de ter uma vida normal.*

P16: *A sensação de impotência é o pior dos sentimentos.*

A análise sobre o impacto da dor no cotidiano dos participantes da pesquisa será dividida em três subcategorias: “a experiência dolorosa”, “comportamento da dor” e “saúde mental e dor”.

5.2.1 A experiência dolorosa

Como fora exaustivamente falado, a dor é uma experiência única, sentida e percebida exclusivamente por aquele que a possui.

Antes de apresentar os depoimentos dos participantes da pesquisa, penso ser necessário relembrar o conceito de “Dor Total”, citado por Cicely Saunders, de forma a enfatizar a importância de “olhar” para a experiência dolorosa considerando as dimensões físicas, emocionais, sociais, espirituais, financeira, interpessoal e familiar.

No questionário enviado aos participantes fora solicitado que escrevessem sobre suas percepções e sentimentos quanto a experiência de conviver com a dor crônica. A seguir são apresentadas as respostas recebidas.

P1: *Hoje aprendi a conviver com a dor. Depois de 5 anos brigando com ela já deu para aprender que tem coisas que não voltam mais.*

P2: *É aprender a viver em meio as nossas fragilidades e frustrações e tentar aproveitar da melhor forma os períodos que as dores dão uma trégua.*

P3: *O período pior já passou, agora tento esquecer os piores dias que vivi e acredito que posso melhorar cada dia mais.*

P4: *Como se fosse uma montanha russa, literalmente... Cheio de altos e baixos, além de lidar com a dor temos que lidar com o julgamento de certas pessoas que não acreditam, acham que é drama/frescura, até por tentar viver uma vida "normal" a pessoa é julgada, pois a maioria das pessoas acham que a doença precisa estar visível pra acreditarem na dor... O cansaço psicológico por não conseguir realizar as tarefas básicas do dia a dia e ter que seguir msm assim lidando com a falta de empatia de familiares, amigos e até mesmo médicos.*

P5: *Me sinto impotente, não consigo fazer as coisas básicas como abrir as coisas, sentar no chão para brincar com meus filhos, muitas vezes não tenho vontade nem de levantar da cama devido as dores, meus cabelos caem muito, não poder falar da dor.*

Interessante observar na resposta de P5 a forma como ela finaliza. Embora não seja possível afirmar com exatidão, a fala deixa uma sensação de incompletude, principalmente quando diz “não poder falar da dor”. Este é um exemplo de fragilidade da pesquisa realizada através de questionários virtuais. Caso a entrevista fosse presencial, esse seria um momento interessante de aprofundar a pergunta para auxiliar na análise do discurso.

P6: *Aprender a conviver com a dor me desafia diariamente a me superar pra me manter em atividade.*

P7: *Hoje não tenho mais vergonha do médico. Mas somente minha mulher sabe. Hoje eu tenho vergonha dela, por eu não conseguir dar mais prazer a ela.*

No depoimento de P7 há um entrelaçamento bastante significativo entre fatores emocionais e culturais. As simbologias sociais entorno de uma masculinidade baseada na crença de que o sexo é a única forma de proporcionar e receber prazer. Rosostolato (2019) alerta quanto as consequências da masculinidade tóxica, caracterizada por comportamentos e crenças a respeito da masculinidade historicamente distorcidas pela sociedade. Toda tensão causada pelas expectativas sociais sobre o comportamento dos homens pode culminar em um estado de conflito, sofrimento sufocamento e destruição dos próprios homens. A questão da masculinidade tóxica apresentada por Rosostolato (2019) fica ainda mais nítida quando analisamos a resposta do participante da pesquisa, ao ser questionado sobre como ele avalia a influência da dor em suas atividades diárias

P7: *Afeta mais o relacionamento. Minha mulher não reclama, mas eu fico mal humorado quando não consigo ser totalmente homem.*

Mais um ponto a ser destacado é com relação ao uso dos questionários virtuais. Outrora citado sua fragilidade por não proporcionar análise mais detalhada, é válido pontuar que eles são úteis nos casos em que as pessoas apresentam dificuldade para falar frente à outra pessoa sobre seus problemas.

P8: *É uma sensação de impotência e ao mesmo tempo de vergonha. Sempre tem alguém com um olhar crítico como se não acreditasse em nossa dor.*

P10: *É muito desesperador querer exercer uma atividade, mas não poder por causa das dores.*

P11: *Eu já esqueci como é a vida sem dor, ou talvez eu já na viva mais, apenas esteja sobrevivendo um dia após o outro.*

P13: *A SII está mais controlada com o tratamento. Mas já me atrapalhou demais. A endometriose é a que mais me machuca. Pois dói fisicamente e dói emocionalmente pela frustração de não conseguir engravidar. A enxaqueca é a que mais atrapalha meu dia a dia. Impossível ter contato com qq claridade. As vezes dura 6 horas, as vezes 12, as vezes mais de 24 e até mais de 48h.*

P14: *Não sei mais o que é socializar e isso me deixa muito triste. Estou sempre com dor. Mas vou superar!!!*

P15: *Tem dias que é bastante complicado e desanimador. Outros dias dá para conviver melhor.*

P16: *É muito confuso ter que aceitar uma coisa que aparece do nada e vira nossa vida de cabeça pra baixo.*

P17: *Me sinto numa batalha diária e solitária.*

P18: *É uma angústia que não tem fim. Ou estamos sofrendo com a dor ou sofrendo com algum efeito colateral das medicações.*

P20: *Às vezes tenho sentimentos de desesperança e cansaço, mas tento manter a calma e esperar a crise passar!!*

Faz-se necessário esclarecer, que nem todos os participantes respondiam a todas as questões. Eles eram convidados a falar sobre o assunto, mas, se desejassem, poderiam deixar a questão sem resposta. Quanto a experiência dolorosa P9, P12 e P19 não se manifestaram, por isso não consta o depoimento deles acima.

5.2.2 Comportamento da dor

Esta subcategoria tem como foco de análise o comportamento da dor entre os participantes da pesquisa, ou seja, compreender o reflexo da experiência dolorosa no cotidiano das pessoas.

A priori, é preciso definir o que é um comportamento e o que a psicologia entende como comportamento da dor, ponto central na relação entre a psicologia e fisiologia da dor. Resumidamente, o comportamento refere-se à (re)ação do sujeito diante de estímulos internos e/ou externos. Ademais, todo comportamento apresenta, no mínimo, duas vertentes: uma manifesta – observável – e outra latente – não passível de observação pelos. Inclusive, a ausência de determinado comportamento configura-se um comportamento, uma vez que a decisão da ação ou não ação, também é forma de reagir aos estímulos.

Dor, nocicepção, comportamento de dor ou sofrimento, embora sejam conceitos distintos, eles formam o conjunto de fatores que definirá a forma como a experiência

dolorosa impactará da vida de uma pessoa. Assim sendo, é fundamental reconhecer a diferença entre esses conceitos, conforme apresenta a Figura 6. Insta ressaltar que o comportamento da dor pode ser normal ou disfuncional, a depender do significado que o sujeito atribui a sua dor (Perissinotti, 2019)

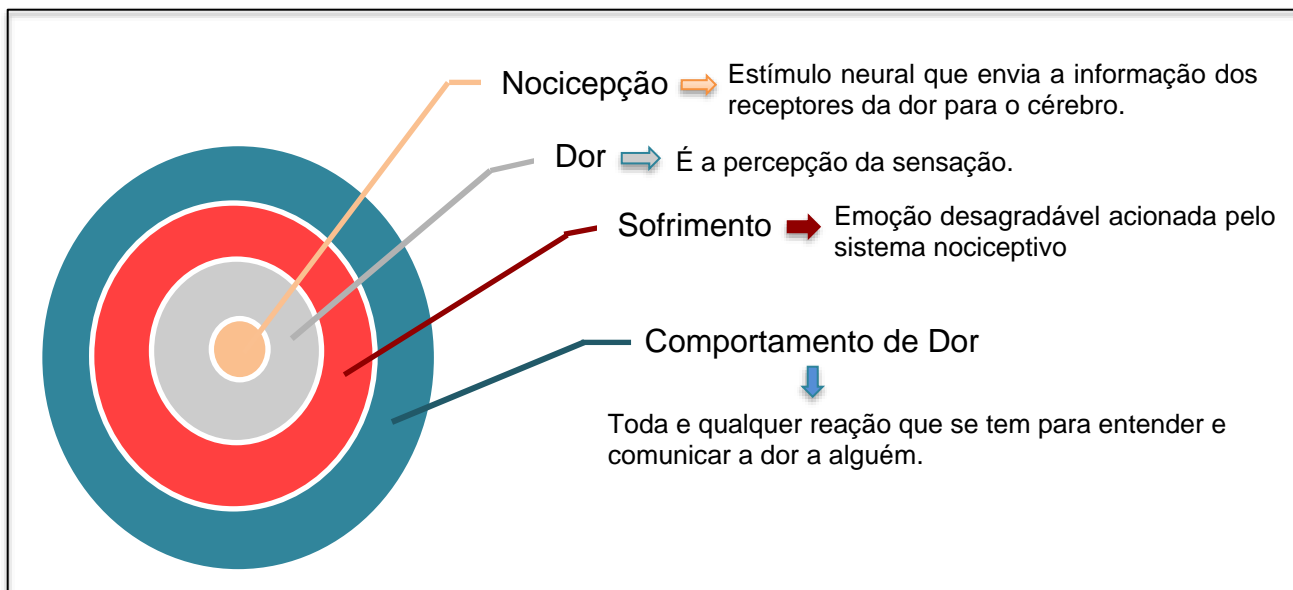


Figura 6. Vertentes fisiológicas e psicológicas do comportamento doloroso.

A décima terceira pergunta do questionário, solicitava aos respondentes que escrevessem acerca do impacto da dor em seu cotidiano. Destaco algumas das respostas recebidas:

P1: *Praticamente tudo.*

P3: *Acho que a gente deve modular nossas atividades e relacionamentos diários para sobrar tempo para descansar e se refazer.*

P4: *Influencia em TUDO, pq é impossível realizar uma atividade com a mesma facilidade que alguém que não tem dor.*

P5: *Muito ruim, tenho que fingir o tempo todo.*

P8: *Nas crises não consigo fazer nada. Fora das crises, quando a dor está mais controlada, consigo trabalhar e cuidar da minha filha normalmente.*

P9: *Influencia muito, tem dias que não consigo fazer nada.*

P11: *Em tudo. Fui afastada do trabalho. Meu casamento acabou. Tem períodos que não consigo me alimentar e tenho que fazer dieta líquida. Me afastei dos meus amigos. Pq até abrir a boca para conversar dói.*

P12: *Atrapalha um pouco no meu rendimento profissional. No lazer TB pois as vezes deixo de sair por estar com dor.*

P14: *Infelizmente hoje estou limitada, dependo dos outros pra me ajudar em muitas coisas. Ninguém consegue pensar, trabalhar, se alimentar nem passear com dor. Sou casada e sinto que meu casamento entrou na rotina, já conseguimos mais ir as festas, viajar... às vezes nem namorar. Antes a gente vivia se divertindo. Quando a dor alivia, é que tento aproveitar de alguma forma algo me deixe feliz.*

P15: *Depende do nível da dor. Fico muito irritada quando estou bem e me programo para várias coisas e de repente vem a crise e não consigo fazer absolutamente nada. Isso é frustrante demais.*

P16: *Procuro não mudar minha rotina em função da dor. Ela atrapalha mais na parte social. Pois lazer é uma coisa que deixo de fazer quando estou com dor. Dor não combina com lazer.*

P17: *Não tenho vontade de fazer mais nada. Seja pela dor ou pela tristeza e irritação que a dor me causa.*

P20: *Não trabalho mais exercendo minha profissão que é de assistente social! E em casa, tenho ajuda uma vez por semana para os trabalhos mais pesados! Minha tendência é de isolamento, me canso facilmente e por isso sinto que estou incomodando as pessoas que convivem comigo e atrapalhando o lazer deles!*

Da Silva (2017) explica que a relação entre dor crônica e (in)capacidade funcional não se constitui, necessariamente, em uma regra. Ou seja, ao mesmo tempo que a dor crônica pode incapacitar funcionalmente algumas pessoas, também é possível encontrar aqueles que conseguem adaptar-se a experiência dolorosa, minimizando seus impactos nas atividades cotidianas. Neste sentido, entendendo que o quadro algico crônico não é sinônimo de incapacidade, a identificação dos fatores que levam ao funcionamento desadaptativo é essencial para a prevenção de incapacidade irreversíveis, bem como para o empoderamento do indivíduo, visando o menor prejuízo possível em suas atividades.

Além dos aspectos sensoriais, psicossociais e afetivos, também os componentes cognitivos corroboram com os comportamentos adotados frente à dor. Entre os fatores cognitivos com maior influência no comportamento da dor crônica estão as crenças relacionadas à dor, as quais podem ser benéficas – autoeficácia, aceitação e resiliência –, ou prejudiciais – catastrofização, generalização, pensamento dicotômico, ruminação, evitação e medo. Somadas as crenças estão os aspectos simbólicos e imaginários referentes

ao “Eu com dor” e, todo o conjunto, será apresentado em forma de comportamento (Angelotti & Dotto, 2008).

5.2.3 Saúde mental e dor crônica

Após analisar a experiência e comportamento diante à dor crônica, essa subcategoria visa analisar como todos esses fatores podem impactar na saúde mental de quem sofre.

Perissinotti (2019d) aponta Fordyce (1988) como um dos primeiros estudiosos da dor a alertar para o sofrimento do paciente com dor e a importância de distinguir um do outro, assim como a incapacidade distingue-se da dor. O sofrimento é consciente e é ele quem faz o indivíduo buscar ajuda, não a dor. Quando alguém procura ajuda, é na intenção de amenizar o sofrimento provocado pela dor.

A OMS define saúde mental como um estado de bem-estar em que a pessoa tem consciência acerca de suas habilidades e capacidade para enfrentar os desafios da vida, trabalhar de forma produtiva, contribuindo com sua comunidade. Ao compararmos essa definição, com relatos apresentados, já é possível estabelecer uma relação entre a experiência dolorosa e a saúde mental.

No questionário enviado aos participantes da pesquisa, fora solicitado que avaliassem a presença e a intensidade das seguintes manifestações psíquicas e comportamentais: culpa, negação, raiva, frustração, impotência, insegurança, desamparo, esperança, perda de autonomia, comportamento de autolesão e pensamento suicida. As opções de resposta eram: a) Não apresenta (n/a); b) Leve; c) Moderado; e d) Intenso. O resultado pode ser verificado na figura 7.

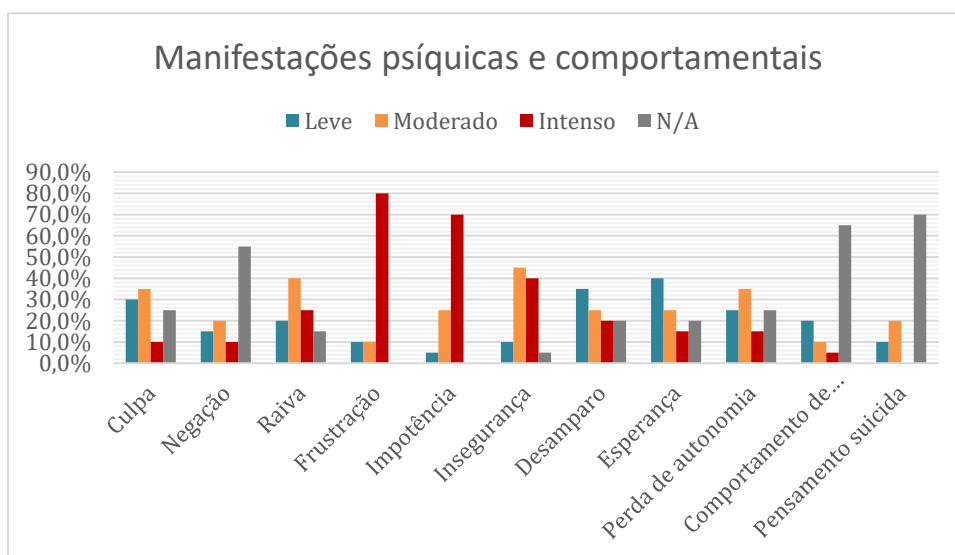


Figura 7. Manifestações psíquicas e comportamentais entre os participantes da pesquisa.

Observando as respostas, a primeira coisa que chama atenção é o fato de todos os participantes apresentarem algum grau de frustração e impotência e, a maioria, de forma intensa. Emoções como raiva, frustração, impotência e culpa são comumente associadas à dor crônica, reduzindo limiares e tolerância à dor e aumentando a intensidade da percepção da dor.

Dionísio et al. (2020) explicam que em função das significativas alterações das respostas neurais, é comum o desencadeamento da sensibilização central no paciente com dor crônica, provocando hipersensibilização sensorial, alterações nas regiões límbicas e desregulação no processamento emocional-cognitivo. A combinação desses fatores resulta em intensificação da dor, distúrbios do sono, labilidade afetiva, falta de energia, dificuldades cognitivas, transtornos do humor e desajuste emocional.

O entrelaçamento entre dor e saúde mental pode ser manifestado de maneiras distintas: a dor surge como sintoma do sofrimento psíquico; a experiência dolorosa se intensifica em decorrência de um transtorno mental; o quadro doloroso desencadeia o adoecimento mental; a manifestação psíquica pode ser a forma de comunicar a dor. Além disso, o autor apresenta a prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas à dor crônica: depressão, distímia, ansiedade, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtornos relacionados ao abuso e dependência de substâncias (Perissinotti, 2019d).

As perguntas 18, 19 e 20 do questionário respondido pelos participantes foram, respectivamente, as seguintes: “Na sua opinião, as emoções podem influenciar no quadro de dor crônica?”; “Se desejar, explique sua resposta”; “Após o quadro doloroso ter iniciado, você apresentou algum sintoma emocional?”.

Todos os participantes responderam acreditar na influência das emoções sob o quadro doloroso. A pergunta 20 apresentava como opção de resposta: a) nenhum; b) não, todos os meus problemas psicológicos são anteriores à dor crônica; c) ansiedade; d) depressão; e) TEPT; f) síndrome do pânico; g) transtorno alimentar; h) outro, especifique.

A tabela 9 apresenta de forma detalhada o resultado encontrado. É válido frisar que os participantes não eram obrigados a responder, sendo possível ignorá-la. As perguntas 18 e 20 foram respondidas por todos os participantes, no entanto alguns optaram por não responder a 19.

Tabela 9

Compreensão dos participantes da pesquisa quanto a relação entre emoção e dor e o quadro psicológico por eles apresentado.

Na sua opinião, as emoções podem influenciar no quadro de dor crônica?
 Sim (nº de respostas: **20**)

 Não (nº de respostas: **0**)

	Justificativa	Sintomas emocionais
P1	Dor mais forte, fico irritada ou depressiva. Coisas que me aborrecem funcionam como gatilho para dor.	Ansiedade e depressão
P2	A cabeça comanda todo o corpo. Se a saúde mental vai mal, todo o corpo vai mal.	Ansiedade
P3	Influencia muito, mas se você aprender a reconhecer a emoção que está sentindo, e o motivo pelo qual está sentido, fica mais fácil.	Depressão
P4	Eu percebo em mim que quanto mais nervosa eu fico, mais a dor piora, quanto mais ansiosa ou deprimida mais dor eu sinto. Quando estou calma/tranquila sinto um certo "alívio".	Ansiedade e Transtorno Alimentar
P5	Trabalho influenciou muito nas minhas dores (stress). Perdas (luto).	Depressão
P6	O stress e a tensão são gatilhos para dores musculares e articulares.	Ansiedade e TEPT
P7	As emoções podem alterar a intensidade da dor, mas tb a dor pode mexer com nosso humor.	Ansiedade
P8	Um interfere no outro. Muita dor causa depressão e vontade de morrer. Mas as vezes muito estresse também pode aumentar a dor.	Ansiedade, depressão e síndrome do pânico.
P9	O estado emocional diz como a gente vai ficar.	Ansiedade
P10	Me parece que vira uma bola de neve. Você fica mal por se sentir limitada e quanto mais triste fica, mais dores sente.	Ansiedade
P11	Eu tinha sonhos, agora não tenho motivos para sorrir.	Ansiedade, depressão e Outro: Isolamento social
P12	-----	Ansiedade
P13	Estresse e tristeza = dor. Dor = tristeza.	Ansiedade e depressão
P14	Percebo que quando estou mais triste e chateada a dor é mais intensa.	Ansiedade, TEPT e transtorno alimentar
P15	Mente e corpo estão diretamente relacionados	Ansiedade
P16	-----	Ansiedade
P17	A deixa a gente irritada e sem vontade de fazer nada.	Ansiedade, depressão e Outro: Muita irritação, falta de paciência e raiva do mundo
P18	Somos uma coisa só, mente e corpo.	Ansiedade

P19	As emoções desencadeiam sintomas físicos	Ansiedade
P20	Todas a emoções, principalmente as negativas, influenciam diretamente ter ou não ter crises! As vezes o cansaço também leva à crise!	Não, todos os meus problemas psicológicos são anteriores

Esse resultado vai ao encontro dos diversos estudos que apontam a depressão e a ansiedade como fatores desencadeadores e mantenedores da dor. No entanto, ainda não há consenso na literatura quanto aos benefícios que o reconhecimento dessa relação possa ajudar no tratamento. Sardá Júnior (2019) afirmam que compreender o processo de adoecimento auxilia no tratamento de toda doença e, no caso da dor crônica, a identificação dos fatores emocionais, cognitivos e sociais presentes no quadro, podem auxiliar o paciente no enfrentamento à dor, tornando-o protagonista em suas ações, ou seja, seu comportamento diante à dor será decidido de forma consciente.

Apesar de concordarem que a educação do paciente quanto ao processo doloroso possa ser uma ferramenta útil no tratamento, Dionísio et al (2020) alertam que a consciência dos fatores emocionais presentes na dor, não é garantia que o paciente esteja de fato atento a isso, a ponto de buscar ajuda para esses fatores emocionais. Nesse caso, é importante que o profissional da saúde, não apenas explique essa relação, mas que estimule o paciente a procurar ajuda especializada para as questões emocionais, de forma contemplar o tratamento pautado no modelo biopsicossocial.

5.3 Psicologia e Dor Crônica

Considerando tudo que fora apresentado até aqui, esta terceira – e última – categoria tem como objetivo compreender como os participantes da pesquisa percebem a intervenção psicológica no tratamento da dor crônica, suas experiências e opiniões quanto ao preparo do profissional de psicologia para lidar com pessoas que sofrem de dor crônica.

Dois processos psicológicos básicos possuem estreita relação com a experiência dolorosa: sensação e percepção. Resumidamente podemos dizer que a sensação refere-se ao lado “objetivo” do processo, enquanto a percepção está relacionada aos fatores subjetivos, ou seja, todos os participantes sentem dor, mas cada uma a percebe de forma única, mesmo aqueles que possuem a mesma patologia.

Perissinotti e Sardá Júnior (2019) explicam que, no caso da dor crônica, alguns elementos, independente da abordagem terapêutica, devem ser contemplados na intervenção psicológica: vínculo terapêutico, compromisso do paciente no processo, escuta e credibilidade ao relato do paciente. Além disso, os autores destacam cinco quesitos que

devem ser observados durante o tratamento psicológico: autopercepção, autorregulação, autoproteção ou defesa, percepção objetiva e comunicação.

Neste ínterim, de forma a atingir o objetivo proposto, a apresentação e discussão dos resultados foi dividida em duas subcategorias: “tratamento psicológico” e “conhecimento do psicólogo no campo da dor crônica”.

5.3.1 Tratamento Psicológico

O foco de análise dessa subcategoria é a experiência e opinião dos participantes da pesquisa no tangente aos serviços psicológicos.

Fora perguntado aos participantes se já haviam realizado algum tratamento psicológico e foram dadas as seguintes opções de resposta: a) estou fazendo e gostando do resultado; b) estou fazendo, mas não percebo melhora; c) já fiz, precisei parar, mas quero retornar; d) já fiz e parei, pois não vi resultado; e) nunca fiz, mas tenho vontade de fazer; f) nunca fiz e nem pretendo fazer.

A Figura 8 apresenta os dados obtidos na questão.

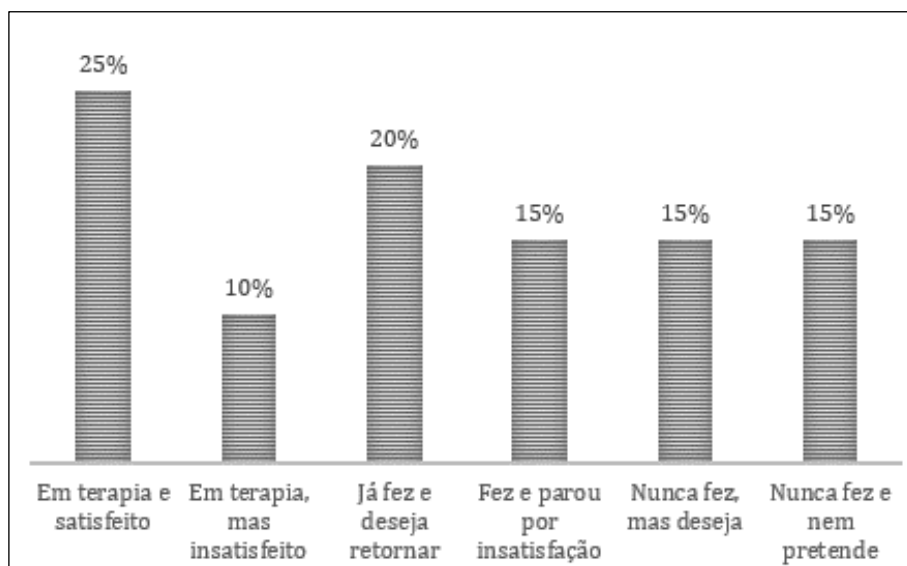


Figura 8. Experiência dos participantes da pesquisa em serviços psicológicos.

É possível aferir que 70% dos participantes da pesquisa possuem alguma experiência em serviços psicológicos. Dos 30% que nunca fizeram tratamento psicológica, metade apresenta interesse em fazer. Além disso, o número de participantes satisfeitos com o tratamento psicológico – os que estão em tratamento e satisfeitos e os que já fizeram e desejam retornar – é superior ao número de pessoas insatisfeitas.

Os participantes da pesquisa foram convidados a justificar a resposta dada. As justificativas apresentadas podem ser verificadas na tabela 10, a qual está organizada conforme a opção selecionada.

Tabela 10

A intervenção psicológica no tratamento da dor crônica, pela lente dos que sofrem

Experiência e opinião dos participantes sobre serviços psicológicos	
Estou fazendo e gostando do resultando	
P2	É muito importante. No auge da doença tive acompanhamento duas vezes na semana. Por causa das lesões na pele, eu tinha “gatilhos” de nojo. Só tinha pensamentos nojentos como se eu estivesse apodrecendo. Na terapia entendi que eram sintomas de tipofobia e como eu poderia superar.
P5	É o momento que posso falar das minhas dores sem julgamentos.
P13	É um dos poucos lugares onde posso falar das minhas dores sem me sentir julgada. Também foi fundamental no processo de aceitação da provável não gestação. Também ajuda bastante me ensinando técnicas de respiração que aliviam as crises de dor.
P16	Ajuda a encontrar o equilíbrio, superar as dificuldades e lidar com os preconceitos.
P19	A terapia ajuda a conhecer os gatilhos que intensificam as emoções que levam a cobrança, perfeccionismo, autossuficiência, que aumentam os sintomas da doença.
Estou fazendo, porém não percebo melhora	
P8	Quando estou nas crises penso em parar pois não vejo resultado. Mas fora das crises acho que me ajuda a lidar melhor com os comentários das pessoas.
P14	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Já fiz, precisei parar, mas quero retornar	
P3	Tratamento psicológico ajuda muito a gente se conhecer e aprender a lidar com a dor.
P12	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
P18	Por conta das crises prolongadas de enxaqueca perdi o emprego, então tive que parar por não ter condições de pagar. Mas acho que o psicólogo é que ajuda a gente a aceitar.
P20	Fazia semanalmente pelo plano de saúde. Na pandemia o psicólogo parou de atender pelo plano. Ainda não consegui outro. É muito triste depender de plano pq os melhores psicólogos só atendem particular. Talvez com a terapia eu conseguisse achar uma forma de sair disso tudo.
Já fiz e parei, pois não vi resultado	
P1	A profissional parecia coach com frases de efeito e positividade enquanto eu chorava.
P9	Minha dor nunca melhorou, mas acho que também faltou esforço meu.

P11	Enquanto essa dor existir, nenhuma palavra de motivação vai adiantar.
Nunca fiz, mas tenho vontade fazer	
P4	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
P6	Acho que a psicologia pode ajudar a ressignificar nossas dores e como a gente vai enfrentar os desafios e as limitações.
P15	Gasto muito com medicamentos e consultas, além da atividade física que o médico disse que não posso abandonar. O SUS deveria oferecer psicoterapia gratuita para os pacientes com dor crônica. É impossível dar conta de bancar todos os tratamentos. É como se a gente não tivesse o direito de ser feliz.
Nunca fiz e nem pretendo fazer	
P7	Não tem como ajudar no meu problema e seria mais uma pessoa a ficar sabendo.
P10	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
P17	Já perdi a esperança com todos os profissionais da saúde.

À luz da análise dos resultados fora possível aferir algumas concepções dos participantes da pesquisa acerca dos objetivos da intervenção psicológica no tratamento da dor:

a) Escuta qualificada: a escuta é considerada uma das principais – ou a principal – ferramenta da psicologia, pois é através da escuta que o sofrimento ganha voz. Escutar não é o mesmo que ouvir. Ouvir é uma experiência sensorial, enquanto escutar requer disponibilidade, consciência e atenção, de forma a compreender integralmente o que se está escutando. O paciente com dor crônica, muitas vezes, não encontra abertura para fala em função do estigma em torno do adoecimento. A importância da escuta qualificada pode ser constatada nas falas supracitadas de P5 e P13.

b) Aceitação e autoconhecimento: auxiliar o paciente a compreender o processo doloroso com maior consciência. A aceitação, o conhecimento geral sobre o funcionamento do processo doloroso e o reconhecimento de situações subjetivas que desencadeia o quadro é fundamental no tratamento daqueles com dor crônica. Entre os benefícios da aceitação e autoconhecimento, Da Silva (2017) destaca: facilita a adesão ao tratamento; colabora para modificação do comportamento da dor; reconhecimento e redução dos pensamentos negativos; e diminuição da ansiedade quanto ao futuro. Os benefícios da aceitação e autoconhecimento estão presentes nas falas de P2, P3, P6, P13, P18 e P19.

c) Gerenciamento e enfrentamento da dor: conforme já fora comentado, na intervenção com pacientes que sofrem de dor crônica, o psicólogo deve considerar as crenças de autoeficácia, autorregulação e autoproteção do paciente. Segundo Portnoi e Vandenberghe

(2017), o enfrentamento, quando aplicado à dor crônica, pode ser compreendido como o conjunto de comportamentos e pensamentos que auxiliam na administração ou redução da sensação dolorosa e o sofrimento por ela proporcionado. A importância de o profissional de psicologia auxiliar o indivíduo nesse processo de gerenciamento e enfrentamento da dor, aparece no discurso dos seguintes participantes: P2, P6, P13, P16, P19 e P20.

Se, por um lado, alguns participantes apontaram alguns obstáculos e críticas relacionadas ao serviço da psicologia, seja por uma experiência negativa – como a relatada por P1 – ou por falta de entendimento acerca da intervenção psicoterápica, uma vez que entendem como ajuda apenas os tratamentos destinados diretamente para os fatores sensoriais da dor. Outrossim, o fator financeiro também aparece nos relatos como um dificultador no acesso aos serviços psicológicos.

Antes de passar para a próxima subcategoria, considero necessário fazer duas ressalvas acerca dos relatos apresentados na tabela 10. A primeira é sobre uma possível positividade tóxica por parte do profissional de psicologia; a segunda, refere-se ao julgamento social relacionado ao quadro algico crônico. Esses dois fatores demonstram a necessidade de o profissional de psicologia ter o compromisso ético de escutar o outro sem, necessariamente, ter que opinar ou “prescrever” comportamentos e pensamentos. Carvalho (2022) alerta que, uma intervenção baseada exclusivamente nas vias motivacionais, tem como destino o negacionismo, o narcisismo e a recusa de empatia. Assim, ao invés de dar vazão aos sentimentos daquele que sofre, o profissional inibe o sujeito de falar sobre sua dor, sendo mais um a invisibilizar seu sofrimento.

Outrossim, o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP/CFP, 2005) determina que “assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente” (p. 8) é um dever fundamental do profissional de psicologia. Logo, uma intervenção com pessoas com dor crônica, exige do psicólogo um conhecimento acerca dos múltiplos fatores que envolvem o problema da dor.

5.3.2 Conhecimento do psicólogo no campo da dor crônica

A última subcategoria apresentada tem como foco de análise a opinião ou percepção dos participantes da pesquisa acerca do conhecimento dos profissionais de psicologia para a atuação em casos de dor crônica.

Tendo em vista que o profissional de psicologia tem como premissa o trabalho pautado no respeito e na promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano, de forma a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, bem como eliminar quaisquer formas de negligência e discriminação (CFP, 2005), compreender a visão e

expectativas daqueles que serão beneficiados, constitui-se em uma forma de (re)pensar o fazer psicológico em situações onde além do sofrimento psíquico, também há o sofrimento físico.

Para alcançar o objetivo proposto, destaco as respostas dadas pelos participantes na pergunta 17 do questionário enviado: “*De acordo como sua experiência, como você percebe o preparo profissional dos psicólogos para ajudar pacientes cuja principal demanda seja a dor física*”. Importante esclarecer, que, para fins de análise, relatos estão divididos em quatro grupos: participantes que estão em tratamento psicológico e gostando; participantes que estão em tratamento, porém sem perceber melhora; participantes que já fizeram e desejam retornar; e aqueles que já fizeram e pararam por não verem resultado.

Grupo 1: Participantes em tratamento psicológico e gostando do resultado

P2: *Até hoje só tive acesso a uma psicóloga. A mesma profissional me atende desde antes da doença até hoje. Quando recebi o diagnóstico ela ligou para o reumatologista para entender melhor. Foi muito importante poder contar com ela por todo esse tempo.*

P5: *Acho que poderia conhecer melhor sobre as doenças que tenho. Algumas vezes fico com a sensação que ela não entende o que estão falando e é muito chato ter que explicar toda hora.*

P13: *Acho que estão aptos a ajudar dentro do que cabe a eles. No meu caso, os exercícios de respiração que aprendo me ajudam muito nas horas das crises.*

P16: *Não ajuda diretamente na dor, mas ajuda em como podemos enxergar essa dor.*

P19: *Muitos já estão preparados para lidar com a presença da dor. Porém, deveria ter uma integração médico psicólogo para ajudar nesta causa pois é muito relevante levar em consideração o perfil psicológico do paciente junto aos sintomas apresentados.*

Grupo 2: Participantes em tratamento, porém sem perceber melhora

P8: *Percebo que ajudam mais no enfrentamento dos preconceitos. Em relação a dor não vejo muita ajuda, as vezes até me irrita quando parece ser mais uma pessoa a ficar falando que preciso aceitar a dor. Acho que no fundo todo mundo que possui dor crônica quer curar a dor e não aceitar a dor. Na verdade, eu acho que os psicólogos que trabalham com dor poderiam ter mais conhecimento sobre a doença que o paciente tem.*

P14: *Incapaz. Não tem qualificação para entender a doença e nos ajudar.*

Grupo 3: Participantes que fizeram e desejam retornar

P3: *Acho que compreendem que dá mais pra separar o que é físico do que é mental ou emocional. Afinal o corpo manifesta o que tem na mente e vice-versa.*

P12: *Quando eu fazia eu conseguia controlar melhor minhas emoções, então acho que nisso é muito bom. Só que ao mesmo tempo eu percebo que quem não sente a dor acha que é sempre emocional e esquece que a dor tb mexe com a emoção. Aí a gente fica com mais raiva pq parece que ng acredita, que tudo é coisa da nossa cabeça. Mas na verdade é o contrário. É a dor que mexe com a cabeça.*

P18: *São preparados para ajudar a gente aceitar essa batalha.*

P20: *Quando estava em atendimento o foco estava na depressão e ansiedade (tinha crises de pânico) A dor era meio que consequência... Não sei exatamente! Assim, ele não conduzia o processo terapêutico para esse fim. Mas, só o fato de expor meus sentimentos já me fazia ter ideias para ter a melhor qualidade de vida possível!*

Grupo 4: Participantes que fizeram e pararam por não ver resultado

P1: *Não posso falar por todos. Mas pelos que tive experiência, digo não sabem o que fazer. Acha que toda dor é psicossomática e parecem não entender quando falamos que a dor é real. O psicólogo entende da mente. Mas também precisa entender a mente de quem sofre no corpo.*

P9: *Antes eu achava que os psicólogos tratassem a gente com mais humanidade. Depois que fui a uma, descobri que são como os médicos, só pensam em dinheiro e só sabem dizer que vai ficar tudo bem sem nem deixar a gente falar direito. Talvez se fossem mais humanos e estudassem um pouco sobre as doenças crônicas com certeza que ajudariam melhor seu paciente.*

P11: *Eles só sabem ficar falando bonito, parecendo que a vida é perfeita. Se conhecessem mais a dor, saberiam que não existe palavra bonita que ajude quem sofre com uma dor real.*

Os resultados apresentados vão ao encontro do que Sardá Júnior et al. (2019) defendem sobre a necessidade de os psicólogos terem uma formação mínima em dor, uma vez que já existem diversas abordagens e modelos teóricos voltados à compreensão da dor crônica de grande utilidade, não apenas para os psicólogos que integram o campo da psicologia da saúde, mas também para os que atuam em outras áreas de intervenção.

O conhecimento sobre o fenômeno doloroso, além de facilitar a intervenção do profissional, também é uma estratégia fundamental para a construção do vínculo terapêutico e acolhimento aquele que procura ajuda. Isso não significa que o psicólogo deve conhecer profundamente todas as síndromes dolorosas, mas sim que conheça os mecanismos envolvidos no fenômeno doloroso, sabendo como os aspectos afetivo-motivacional e

comportamentais são afetados e afetam todo o processo de dor. Além disso, é importante que, ao receber um paciente com alguma síndrome dolorosa, é interessante o profissional de psicologia demonstrar interesse em saber mais sobre a doença. Como vimos em um dos relatos destacados, o fato da profissional ter feito contato com o médico da paciente pode contribuir para que o ele se perceba “visível” e acolhido.

Na atualidade, psicologia e neurociência caminham juntas de forma que a intervenção do psicólogo não fique restrita a tentar compreender a mensagem da dor ou a auxiliar o paciente no processo de aceitação, mas também seja capaz de ajudar na modulação da experiência dolorosa. Além disso, é preciso que o profissional de psicologia esteja atento as subjetividades de cada paciente. Alguns demandam maior necessidade no enfrentamento dos estigmas relacionados à dor, outros buscam novos sentidos diante o adoecimento, e tem aqueles, ainda em fase de negação, que não toleram a ideia de conviver com a dor, entendendo a ausência da dor como única saída para alívio do sofrimento.

Portnoi e Vandenbergue (2017) destacam que, embora a dor e o sofrimento sempre tenham provocado interesse entre os cientistas, ainda há uma lacuna entre o progresso na compreensão das dimensionalidades da dor e real aplicabilidade desse conhecimento. Entre os motivos para tal desequilíbrio entre teoria e prática, a ausência dessa temática na formação dos profissionais.

Visando resolver essa questão, a IASP apresentou uma proposta curricular em dor para a formação das principais profissões envolvidas no tratamento da dor, tais como: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, odontologia e Serviço Social. No entanto, Sardá Júnior et al. (2019) defendem que o currículo apresentado pela IASP não é compatível com a realidade dos cursos de graduação e pós-graduação brasileiros. Assim, os autores propõem um currículo mínimo sobre dor para psicólogos brasileiros, ofertado como uma disciplina, com carga horária mínima de 30 horas, sobre os aspectos biopsicossociais da dor, visando preparar o aluno e profissionais da psicologia para uma intervenção efetiva junto aos pacientes com dor crônica.

6. Projeto “Campos AcolheDores” – produto técnico e tecnológico

Finalizada a etapa de apresentação e discussão dos resultados, é chegado o momento de atender o último objetivo específico do trabalho: a elaboração de um produto técnico e tecnológico (PTT), conforme determina a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para conclusão de mestrado profissional.

Para Negret (2011), a identidade dos mestrados profissionais vai além da sua área temática, uma vez que seu principal objetivo é a aplicabilidade dos resultados, visando que o conhecimento adquirido não fique restrito ao meio acadêmico, mas que seja capaz de proporcionar benefícios a toda sociedade.

Assim, apresento o “Campos AcolheDores”, fruto dos conhecimentos adquiridos não apenas neste estudo, mas também nas diversas disciplinas cursadas ao longo do Mestrado.

6.1 Definição e Objetivo

Título: “Campos AcolheDores”. Para fins de esclarecimento, esse título refere-se a um conjunto de significados e simbologias, apresentado a seguir:

➤ Por que Campos?

a) Referência a cidade onde o projeto está sendo desenvolvido: Campos dos Goytacazes.

b) Referência a “Campus”: termo latino que deu origem a palavra campo – planície, terreno cultivável. Na língua portuguesa, campus é sinônimo de cidade universitária ou polo universitário, designo o espaço de produzir saber.

c) Referência à natureza: o projeto é fruto de um conhecimento. Todo fruto advém de uma semente, a qual precisa de um campo para ser reproduzida. Natureza é palavra de origem latina: “natura” (essência, nascimento) + sufixo “urus”, do verbo “oritur” (força que gera, provoca ação). Logo, natureza é a essência que promove uma ação.

➤ E AcolheDores?

Considerando as normas da língua portuguesa, pode ser explicada como um neologismo, ou seja, uma figura de linguagem que consiste na criação de uma palavra ou expressão, a partir de palavras já existentes. Assim, a palavra é a soma dos vocábulos ‘acolhimento’ e ‘dor’.

Quanto ao objetivo, o projeto fora pensado como forma de conscientização e educação em dor crônica, contribuindo para melhor entendimento da sociedade sobre a importância e significado de acolhimento no trato às pessoas que sofrem.

6.2 Estratégias

Tendo vista o desejo de alcançar o maior número de pessoas, foram traçadas diversas estratégias, desde expressões artísticas até ferramentas para educação em dor.

➤ Arte Urbana

Considerada uma ferramenta de comunicação de grande alcance, a arte de rua tem o potencial de romper os muros do conhecimento, os quais, historicamente, restringem à chamada elite da sociedade o acesso aos capitais culturais e científicos. Cada vez mais tem sido reconhecido seu potencial como meio de comunicação em massa, expressão de identidade e resistência, já que permite ao artista dar ‘vida’ aos questionamentos políticos e socioculturais. Como dizia Vygotsky (1999): “A arte é o social em nós.” (p. 315)

Neste sentido, optou-se pelo grafite e por cartazes lambe-lambe, como uma das estratégias de comunicação, de forma que a mensagem possa alcançar todos os tipos de público.

O grafite foi desenhado, estrategicamente, na área central da cidade, ficando próxima a câmara dos vereadores, a diversas instituições de ensino da educação básica, bem como ao Centro de Atenção à População de Rua. E os cartazes lambe-lambe foram espalhados em diversos trechos da cidade. O grafite e um exemplo dos cartazes colados são apresentados na figura 9.



Figura 9. Arte urbana: Grafite e cartaz lambe-lambe (Campos dos Goytacazes/RJ).

2- Rede social Instagram: criação de uma página na rede social, a qual será alimentada, constantemente, de forma a cumprir os dois principais objetivos do projeto: conscientização e educação em dor. Além disso, a ferramenta tem como objetivo disponibilizar links para as

demais estratégias que contemplam o projeto. A figura 10 traz um print do perfil: @camposacolhedores

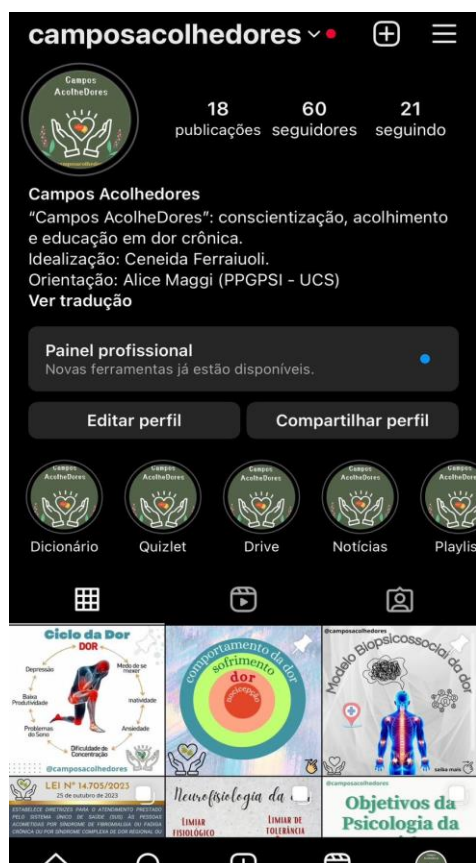


Figura 10. Rede Social Instagram.

3- Produção de *e-book*: Dicionário da dor. O material tem como objetivo apresentar a definição dos principais conceitos que envolve o fenômeno biopsicossocial da dor. Já fora iniciado o processo de elaboração do material, conforme pode ser verificado na Figura 11, que apresenta a capa livro.

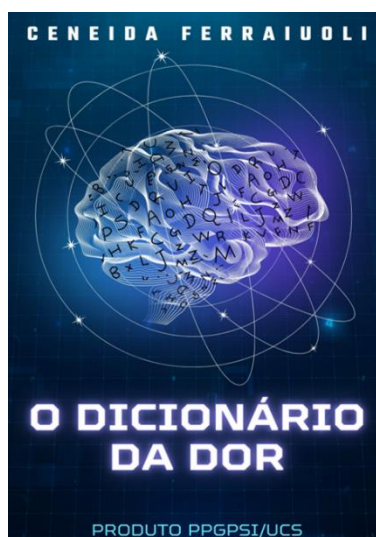


Figura 11. Capa do *e-book* (em elaboração).

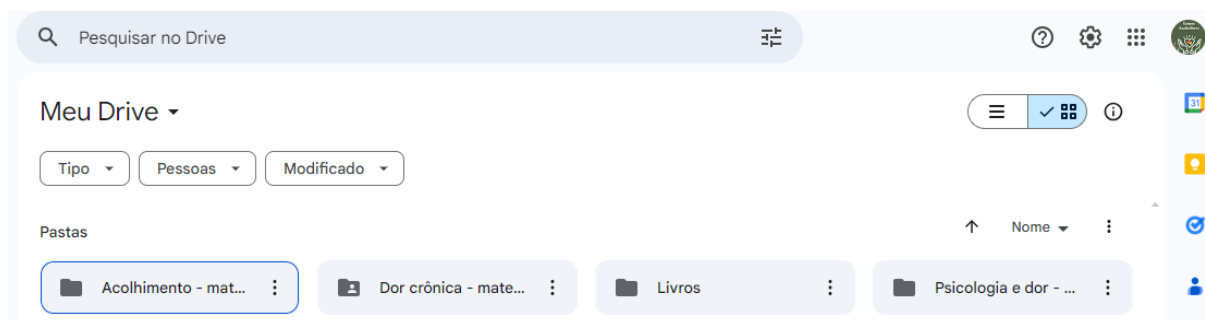


Figura 12. Google Drive: disponibilização de materiais

4- Quizlet: ferramenta de ensino digital que proporciona o conhecimento através de cartões (*flashcards*). O objetivo é criar listas acerca dos mais diversos assuntos referentes à dor crônica, de forma a contribuir para a educação em dor. Um print das listas já criadas, pode ser verificado na figura 13.



Figura 13. Quizlet: *flashcards* educativos os fenômenos da dor.

5- Música para alívio da dor: A música é uma das ferramentas mais eficazes para a expressão dos sentimentos. Como estratégia terapêutica, devem ser considerados os recursos sonoros – som, ritmo, melodia e harmonia – capazes de promover uma sensação agradável, ou seja, o oposto da dor, que é resultado de uma sensação desagradável. Neste interim, a música pode ser um recurso complementar para o alívio do quadro doloroso. Porém, é importante lembrar que a eficácia de qualquer tratamento depende da disposição individual de cada paciente.

Considerando os benefícios sensoriais, físicos, emocionais, cognitivos, sociais e espirituais da experiência de ouvir música – não deve ser confundida com musicoterapia – fora criada uma playlist na plataforma digital Spotify, cujo link de acesso é <https://acesse.one/r2o6f>

Dentre as músicas que compõem a *playlist* está a canção *All of Us*, que foi produzida com o objetivo de proporcionar bem-estar e relaxamento. A canção é resultado de inúmeras pesquisas sobre elementos musicais, psicologia e dor.

Por fim, é válido esclarecer que todas as estratégias digitais são constantemente atualizadas. O objetivo é manter um produto dinâmico, no intuito de abrir outras possibilidades, tais como lives e formação de grupo de apoio, mantendo acessa a vela do conhecimento adquirido durante o mestrado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui
Emicida (AmarElo)

Conforme explicado na introdução, o interesse pelo presente estudo é resultado da minha experiência, enquanto paciente, com a dor crônica. Por isso, já aviso que a partir de agora, para fazer as considerações finais, a pesquisadora ganhará corpo e voz. A neutralidade até agora presente, abre espaço para a aproximação. A dor crônica já é invisível por si, mas agora é hora de a teoria virar prática. É o momento de permitir a dor falar. Conviver com dor crônica é um aprendizado diário. As vezes dói só no corpo, às vezes dói na alma. Quem tem todas as respostas para a dor crônica, principalmente as que são resultado de uma doença rara? Se o outro não tem resposta, então o erro está em você. Sua dor não existe, é fruto da sua cabeça! Nisso até que estão certos, é da nossa “cabeça”, afinal, o cérebro é o remetente dessa mensagem.

Conforme mostrado na análise dos resultados, o itinerário terapêutico do paciente com dor crônica normalmente é longo e cansativo. Corre aqui, Freud! Me ajuda, Deus! Será que estou louca? Até a definição do diagnóstico, recorri aos mais diversos especialistas. A demora pelo diagnóstico, assim como prescrição de medicamentos ‘testes’, tornou o prognóstico muito mais desafiador. Entre os mais diversos absurdos que enfrentei ao longo de cinco anos, destaco três situações que penso exemplificar o que um portador de dor crônica está sujeito.

A primeira foi quando um dos neurologistas consultados, intrigado com a presença de espasmos musculares, não escutou nada do que eu disse, já foi logo prescrevendo uma medicação para Parkinson, para fazer um ‘teste’. A referida medicação, de tão forte, provocou uma úlcera gástrica. A segunda situação se sucedera quando tive forte crise, com dores e choques por todo corpo. Ao buscar atendimento de emergência, o enfermeiro responsável pela triagem olhou para mim e perguntou: “o que você traz hoje pra gente?”. Humilhação, foi o meu sentimento. O último exemplo aconteceu já após o diagnóstico e realização da primeira intervenção cirúrgica, quando uma colega de trabalho, me vendo diante o computador da escola, me disse que gostaria de “ter uma doença para ser readaptada e ter a vida boa de não ir para sala de aula”.

Em todas essas situações, pude contar com suporte psicológico, o que foi essencial para que eu não desistisse de tudo diante tantos absurdos. Por outro lado, me incomodava o

fato de sempre ter que fazer uma contextualização entre os sentimentos e experiências vividas, com sintomas do diagnóstico. Um exemplo que me passa à cabeça para me fazer entender melhor: se um paciente com diabetes fala sobre a angústia ao ver uma mesa cheia de doces, ninguém vai perguntar o motivo dele não comer doce. Logo, ele poderá discorrer apenas sobre suas angústias. O paciente que tem uma doença rara não consegue falar sobre seus sentimentos, sem ser interrompido com questionamentos, mesmo que esses sejam naturais. É certo que não cabe ao psicólogo conhecer todas as doenças existentes, no entanto, algumas condutas podem ser adotadas.

Assim, comecei a me questionar sobre a formação do psicólogo para lidar com pacientes com doenças raras e crônicas e, fazendo uma autoanálise, percebi que eu mesmo não me via preparada a ajudar nessas situações. Como exaustivamente falado no decorrer deste estudo, um paciente com dor crônica busca a todo momento “arrancar sua dor”. Não adianta passar horas tentando elaborar estratégias de enfrentamento, uma vez que não sabemos quando, onde, quem e o que poderá ser falado ou feito. O certo é que a sociedade o tempo todo tentará te convencer a desistir dos seus sonhos.

Iniciar as considerações finais com relatos da minha experiência com a dor crônica também tem como objetivo trazer para a prática a importância de um olhar plural diante uma experiência tão singular como a dor, a qual é definida pela IASP como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. Quanto à temporalidade, a dor pode ser aguda ou crônica. Enquanto a primeira tem a função de proteger nosso organismo, a segunda deixa de ser sintoma para se tornar a própria doença.

Entre os profissionais da saúde, a avaliação biopsicossocial da dor é a mais aceita. Porém, na prática, muitos profissionais ainda encontram dificuldades para se desvencilhar do modelo cartesiano corpo-mente. Além disso, entre os pacientes ainda tem os que interpretam negativamente um encaminhamento aos serviços de psicologia. Neste sentido, penso que a educação em dor pode beneficiar os pacientes na aceitação dos tratamentos propostos. O Projeto Campos AcolheDores, produto técnico e tecnológico desenvolvido a partir da pesquisa, tem entre seus objetivos a educação quanto às dimensionalidades do processo doloroso.

A dor crônica possui estreita relação com o desenvolvimento de quadros depressivos, desgaste emocional e cognitivo, incapacidade física e prejuízos sociais, exigindo uma investigação das crenças e o nível de sensibilização central dos que vivenciam a dor por tempo demasiadamente prolongado. Neste interim, a psicologia pode ser um importante aliado no tratamento.

Entre os 20 entrevistados, 19 afirmaram que, após o surgimento das dores, desenvolveram alguma patologia psíquica, sendo a depressão e a ansiedade as com maior prevalência. Nas entrevistas realizadas, fora observado que o acompanhamento psicológico é considerado fundamental para muitos dos participantes, auxiliando no processo de aceitação, do manejo da dor e enfrentamento das dificuldades e preconceitos. No entanto, mesmo que todos os participantes tenham afirmado que as emoções influenciam na dor, alguns não consideram a intervenção psicológica como uma possibilidade, alguns por ignorarem os objetivos da psicologia frente às doenças ‘físicas’, outros por experiências passadas negativas. Outrossim, também fora possível identificar aqueles que desejam apoio psicológico, mas são impedidos por razões financeiras.

À luz da discussão teórica apresentada fora observado uma preocupação quanto à compreensão da relação entre Psicologia e dor e, também, quanto à formação dos profissionais. Estamos vivendo uma era de imediatismo e inteligência virtual. Livros e cursos tornaram-se investimentos secundários, enquanto a compra de algoritmos passa a ser o principal. Todos possuem uma resposta pronta, rápida e fácil, a distância de um clique, que também é a chave do mundo perfeito onde sofrimento não passa de uma opção. Como tudo isso reflete na atuação dos psicólogos? Qual o impacto sobre a formação dos novos profissionais? Como os novos profissionais entendem a supervisão clínica pós-formação? Como as instituições decidem quais disciplinas podem ser ofertadas à distância, de forma assíncrona? São muitas as interrogações, porém necessárias. Como falar em acolhimento se no lugar de pessoas estamos “curtindo” números? Todas essas questões poderão ser analisadas com maior profundidade em estudos futuros.

Por falar em estudos futuros, uma lacuna desta pesquisa foi não conseguir analisar a questão sob a ótica de participantes do sexo masculino, pois, entre os 20 entrevistados, apenas um é do sexo masculino. Outra sugestão é realizar a pesquisa junto aos profissionais da psicologia, identificando não só as estratégias por eles utilizadas nos atendimentos a pacientes com dor crônica, mas também suas percepções e inquietações nas intervenções em que as dores físicas se sobressaem ao sofrimento emocional.

Se, de um lado, as tecnologias digitais podem ter consequências negativas, de outro, seus benefícios são inegáveis. Hoje é possível participar de congressos internacionais sem sair de casa. Ademais, seria ilógico não falar dos benefícios proporcionados pelas ferramentas digitais, uma vez que são essas as ferramentas utilizadas no desenvolvimento do Projeto Campos AcolheDores.

Insta mencionar que as pesquisas para esse estudo foram realizadas através de questionários virtuais, por meio da plataforma survey monkey, sem os quais, eu não teria

alcançado os participantes da pesquisa. Aliás, conforme fora citado na análise dos resultados, a utilização de questionários virtuais apresentou tanto pontos positivos, como negativos. Entre os positivos destaco o acesso a pessoas com os mais diversos diagnósticos, além de contar com relatos que talvez não fossem dados presencialmente, como, por exemplo, no caso do participante que precisou que a esposa o acompanhasse nas consultas médicas por se negar a falar sobre seu diagnóstico com outra pessoa. Por outro lado, algumas respostas recebidas suscitaram dúvidas que não foram possíveis esclarecer devido à distância.

Por fim, considero ser um dever ético tecer breves comentários sobre a questão da neutralidade na pesquisa, visto que iniciei essa conclusão relatando a minha experiência com dor crônica. Assim que o tema fora proposto à orientadora, ela me alertou quanto a possíveis entrelaçamentos entre as vivências dos entrevistados e as minhas, além de desdobramentos emocionais que pudessem prejudicar tanto a qualidade da pesquisa, como também a minha saúde mental. Ciente de todas as situações por ela expostas, optei em dar prosseguimento, tomando as devidas precauções para garantir a neutralidade necessária. Embora eu admita ter sido mais difícil do que eu esperava, fisicamente e emocionalmente, também foi uma oportunidade de colocar a teoria em prática, a partir do momento em que aprendi a acolher-me nos momentos em que era necessário me “recolher”. Se, durante o percurso, foram incontáveis lágrimas de dor, hoje posso afirmar que nem só de dor as lágrimas são feitas. Gratidão!

REFERÊNCIAS

- Alves, P. C. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência do adoecimento. In: T. E., Gerhardt, R., Pinheiro, E. N. F., & A. G., Silva Junior. [org.]. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. (pp. 125-146). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO.
- Angelotti, G. & Dotto, M. C. (2008). Tratamento Cognitivo-comportamental da Dor. In: G., Angelotti [org.]. *Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor*. (pp. 147-157). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Angerami, V. A. (2012). Sobre a Dor. In: V. A., Angeromi-Camon [org.]. *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. (pp. 01-59). 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3a ed., L. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Besset, V. L. (2014). Dor: visão psicanalítica. In: A. G. Portnoi (org). *A Psicologia da Dor*. (pp. 12-18) São Paulo: Guanabara Koogan.
- Botelho, L. M. & Marteleite, M. (2017). História do tratamento da dor no Brasil. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 19-22). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Brasil. (2023). *Lei nº 14.705, de 25 de outubro de 2023*. Diretrizes para o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Portaria no 1.083, de 02 de outubro de 2012*. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS – Documento-Base*. 3. ed. Brasília, D.F: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002a). *Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002*. Programa Nacional de Assistência à dor e Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002b). *Portaria nº 1319/GM/MS, de 23 de julho de 2002*. Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Carvalho, M. M. M. J. (2009). A dor do adoecer e do morrer. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 322-328. ISSN 1415-711X.
- Carvalho, P., & Kupermann, D. (2022). Positividade tóxica: a positividade tóxica e seus destinos: negacionismo, narcisismo e recusa da empatia. *Revista E*, Instituto de Psicologia, USP. 28(8), 58-63. ISSN 2179-9075.

- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ético Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP.
- Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz (2020). *Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais*. Rio de Janeiro : ENSP/Fiocruz, 2020.
- Cordioli, A. V.; Alves, L. P. C.; Valdívia, L. & Rocha, N. S. (2019). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contraindicações. In: A. V., Cordioli e E. H., Grevet [org.]. *Psicoterapias: abordagens atuais*. (pp. 25-45). (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Dacorso, L. M. & Dacorso, S. T. M. (2018). Dores na atualidade. *Estudos de Psicanálise*, (50), 87-94.
- Da Silva, J. A. (2017). Mecanismos Psicocomportamentais em Dor. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor* (pp. 265-281). Rio de Janeiro: Atheneu.
- De Mario, C. G. (2023) Determinantes sociais da saúde: apontamentos para uma abordagem crítica. *Mediações: Revistas de Ciências Sociais*. 28(3). DOI: 10.5433/2176-6665.2023v28n3e47718.
- De Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de., & Fonseca, P. R. B. da. (2020). Definição de Dor Revisada após quadro décadas. *BrJP*, 3(3). DOI: 10.5935/2595-0118.20200191
- Deslandes, S. F. & Assis, S. G. (2002). Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: M. C. Minayo (org). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dionísio, G. H.; Salermo, V. Y. & Padilha, A. (2020). Sensibilização central e crenças entre pacientes com dores crônicas em uma unidade de Atenção Primária de Saúde. *BrJP*, 3(1), 42-47. DOI: 10.5935/2595-0118.20200010.
- Fernades, M. H. (2017). As Múltiplas Narrativas do Corpo no Sofrimento Contemporâneo. In: Perez, G. H.; Ismael, S. M. C.; Elias, V. A. & Moretto, M. L. T. *Tempo da Vida e a Vida do Nosso Tempo* (pp. 89-97) Rio de Janeiro: Atheneu.
- Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G. & Pimenta, C. A. de M. (2005). *Dor e Saúde Mental*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Freud, S. (1990). *Projeto para uma Psicologia Científica*. Volume I das Obras Completas. Imago Editora.
- International Association for the Study of Pain - Subcommittee on Taxonomy* (2020). *Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor:*

- conceitos, desafios e compromissos.* (SBED trad.). Acesso em 10 de dezembro de 2022 de sbed.org.br/wpcontent/uploads/2020/08/Def%C3%7%C3%A3-revisada-de-dor.pdf
- Kerns, R. D.; Philip, E.; Lee, A. W. & Rosenberger, P. H. (2011) Implementation of the Veterans Health Administration National Pain Management Strategy, *Translational Behavioral Medicine*, 1(4), 635-643. DOI: 10.1007/s13142-011-0094-3
- Kleinman A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. 12 (B), 85-93. DOI: 10.1016/0160-798790014-5
- Lima, D. B. & Moura, J. C. (2017). Narrativa e Dor. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 79-84). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Liporaci, R. (2020). *Acredite: a vida sem dor é possível: entenda a origem da dor crônica que limita seu bem-estar físico, saiba como enfrentá-lo para obter resultados duradouros e resgate a autoconfiança*. São Paulo: Editora Gente.
- Lobato, O. (2010). O problema da dor. In: J. M., Filho; M., Burd. *Psicossomática hoje*. (pp. 235-254) (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, C. R.; Ferrari, V. & Jorge, C. C. (2019). Dor Crônica sob a Ótica Comportamental: Compreensão e Possibilidades de Intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 63-78. DOI: 10.20435/pssa.v11i3.691
- Márquez, J. O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32. DOI: 10.21800/S0009-67252011000200010
- Medeiros, C. (2019), A dor na clínica psicanalítica. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. McGill University. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47(4), 615-629. DOI: 10.1037/h0078871
- Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 07-32. Porto Alegre.
- Nasio, J-D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Negret, F. (2011). A identidade e a importância dos mestrados profissionais no Brasil e algumas considerações para a sua avaliação. *Revista Brasileira De Pós-Graduação*, 5(10). DOI: 10.21713/2358-2332.2008.v5.152
- Novy, D. M.; Nelson, D. V.; Francis, D. J. & Turk, D. C. (1995). Perspectives of chronic pain: an evaluative comparison of restrictive and comprehensive models. *Psychological Bulletin*, 118(2), 238-247. DOI: 10.1037/0033-2909.118.2.238
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília/DF.

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS.
- Pagura, J. R. & Oliveira Júnior, J. O. (2017) Taxonomia da dor. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 79-84). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Perissinotti, D. M. N. (2019a). Psicologia, dor e condições de vulnerabilidade. . In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 163-177). São Paulo: Editora dos editores.
- Perissinotti, D. M. N. (2019b). Da Neurofisiologia à Psicologia da Dor: confluências e dissonâncias. In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 13-28). São Paulo: Editora dos editores.
- Perissinotti, D. M. N. (2019c). Dor: cenário geral. In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 01-11). São Paulo: Editora dos editores.
- Perissinotti, D. M. N. (2019d). Da Biologia e da Mente: caminhos entrecruzados na dor. In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 29-75). São Paulo: Editora dos editores.
- Perissinotti, D. M. N. & Sardá Júnior, J. (2019). Tratamentos Psicológicos e Dor. Diferentes técnicas e estratégias clínicas e suas aplicações: tratar o quê, para quê e como? In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 105-126). São Paulo: Editora dos editores.
- Pinto, C. M. I. & Santos, J. (2017) A Dor Como 5º Sinal Vital. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 429-434). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Portnoi, A. G. (org). (2014). *A Psicologia da Dor*. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Portnoi, A. G. & Vandenberghe, L. (2017). O Enfrentamento da Dor. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 305-316). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Rosostolato, B. (2019) Alexitimia e Masculinidades: do silêncio aos processos de desconstrução. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 30(2), 55–64. DOI: 10.35919/rbsh.v30i2.92
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (D. V. de Moraes, trad.). (5ª ed.) Porto Alegre: Penso.

- Sardá Júnior, J. (2019). Intervenções Psicoeducativas e sua Utilidade no Panorama do Tratamento da Dor. In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 127-134). São Paulo: Editora dos editores.
- Sardá Júnior, J.; Perissinotti, D. M. N.; Ros, M. A. & Siqueira, J. L. D. (2019) Diretrizes para o currículo em dor para Psicólogos no Brasil. *BrJP*, 2(1), 61-66. DOI: 10.5935/2595-0118.20190012.
- Schultz, D. P.; Schultz, S. E. (2019). *A História da Psicologia Moderna*. Tradução da 11ª edição norte-americana. São Paulo: Cengage Learning Brasil.
- Secchi, L. (2010). *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise e casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning.
- Silva, J. A. da.; Perissinotti, D. M. N. & Sardá Júnior, J. (2019). Avaliação da Dor e de quem tem dor. In: D. M. N. Perissinotti; J. Sardá Júnior (org). *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. (pp. 77-104). São Paulo: Editora dos editores.
- Simurro, S. A. B. (2014). Dor: visão psicofisiológica. In: A. G. Portnoi (org). *A Psicologia da Dor*. (pp. 28-34) São Paulo: Guanabara Koogan.
- Souza, J. B.; Cavalcante, H. D. & Vall, J. (2017). O Futuro da Dor: desafios e tendências. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 23-32). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Souza, J.B., Grossmann, E., Perissinotti, D.M.N., de Oliveira Junior, J.O., da Fonseca, P.R.B., & Posso, I.P. (2017). Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain research & management*. DOI: 10.1155/2017/4643830.
- Teixeira, M. J. & Yeng, L. T. (2017). A Evolução Histórica dos Conhecimentos e Respeito da Dor. In: I. P., Posso [et al.]. *Tratado da Dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. (pp. 03-18). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Vandenbergh, L. (2014). Dor: visão comportamental. In: A. G. Portnoi (org.) *A psicologia da dor*. (pp. 15-31). São Paulo: Guanabara Koogan.
- Vasconcelos, F. H. & Araújo, G. C (2018). Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. *BrJP*, 1(2), 176-179. DOI: 10.5935/2595-0118.20180034
- Wood J. (2022). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical humanities*, 48(4), 411–420. DOI: 10.1136/medhum-2020-012107

ANEXOS

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a),

O(a) Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Intervenções da Psicologia no Enfrentamento da Dor Crônica e a Vivência dos que Sofrem”, que tem como objetivo analisar a importância da intervenção psicológica para o tratamento da dor crônica, sob a ótica dos que sofrem.

A pesquisa será realizada com brasileiros, com idade entre 18 e 60 anos e que tenham, por no mínimo seis meses, algum tipo de dor crônica. Será necessário, ainda, que o participante concorde com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, peço a gentileza de ler este termo com atenção, sanando com a pesquisadora qualquer dúvida que possa surgir.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder um questionário on-line, composto por 21 (vinte e uma) perguntas, as quais o (a) Sr. (a) responderá de acordo com sua experiência e/ou opinião. A plataforma utilizada para aplicação do questionário será a *survey monkey*, cujo link de acesso será enviado aos participantes. Estima-se que serão necessários aproximadamente 15 (quinze) minutos para responder todo o questionário.

Sua participação na pesquisa é de caráter voluntário e os riscos envolvidos são considerados mínimos. Assim, caso alguma pergunta provoque algum tipo de desconforto, o(a) sr.(a) terá total liberdade para não responder. Ademais, poderá, a qualquer momento, desistir da participação e/ou continuidade na pesquisa, sem necessidade de apresentar qualquer justificativa. Outrossim, todos os participantes terão garantido o sigilo quanto à sua identificação, bem como das informações prestadas durante a coleta de dados, visto que tais informações serão utilizadas unicamente para fins acadêmico-científicos. A plataforma *survey monkey* adota tecnologia compatível às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e possui certificações de Privacidade a nível global, tornando o compartilhamento e armazenamento de seus dados mais seguros. Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas, antes, durante ou após a realização da pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail cfpaes@ucs.br ou por telefone/WhatsApp (22) 9.9900-3010 ou poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, Sala 405,

Caxias do Sul/RS. Telefone: 3218-2829. Horário: das 8h às 11h30 e das 13h30 às 18h. E-mail: cep-ucs@ucs.br.

Embora a pesquisa não gere benefícios diretos aos participantes, além da inerente contribuição à ciência, espera-se que a partir dos resultados obtidos, possa-se contribuir para a ampliação da questão dor crônica para além da concepção biomédica.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicito que marque a opção correspondente na Declaração de Consentimento do Participante, que vem a seguir.

Desde já agradeço sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaro que entendi os objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Intervenções da Psicologia no Enfrentamento da Dor Crônica e a Vivência dos que Sofrem”, bem como fui informado que posso desistir, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Ademais, terei a possibilidade de contactar a pesquisadora e/ou o Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul caso haja alguma dúvida ou reclamação. Assim, com todas as dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, concordo em participar desta pesquisa.

Concordo em participar desta pesquisa

Não concordo em participar desta pesquisa

ANEXO B. Questionário elaborado para a pesquisa

1. TCLE e Declaração de Consentimento

2. Sexo:

Feminino Masculino Prefiro não responder

3. Idade:

Menos de 18 anos De 18 a 23 anos
 De 24 a 29 anos De 30 a 35 anos
 De 36 a 41 anos De 42 a 47 anos
 De 48 a 52 anos De 53 a 60 anos
 61 anos ou mais

4. Possui dor crônica?

Sim Não

5. Há quanto tempo convive com a dor crônica?

menos de 6 meses de 6 meses a 12 meses
 de 1 ano a 3 anos de 4 a 6 anos
 de 7 a 10 anos acima de 10 anos

6. Você já recebeu um diagnóstico sobre a sua dor crônica?

Sim Não

7. Caso tenha respondido SIM na questão anterior, indique qual o diagnóstico _____

8. A partir do surgimento da dor, quanto tempo levou até a definição diagnóstica?

Inferior a 1 ano Entre 1 e 3 anos De 4 a 6 anos
 Superior a 6 anos Não possui diagnóstico definido

9. Fale um pouco sobre sua experiência na busca por um diagnóstico (Por quantos profissionais você foi atendido? Quais especialistas você procurou até receber o diagnóstico? Como você percebe o acolhimento por parte dos profissionais? Qual seu sentimento durante esse processo?) _____

10. Em quais partes do corpo você sente dor?

Cabeça, face, pescoço Região cervical, ombros e membros superiores
 Região torácica e abdominal Região pélvica, anal ou genital
 Região lombar e membros inferiores Outro, especifique _____

11. Geralmente, qual a intensidade de sua dor?

- () leve () moderada
 () intensa () Não sei informar

12. Se possível, escreva um pouco sobre suas percepções e sentimentos quanto a experiência de conviver com dor crônica. _____

13. Como você avalia que a dor influencia em suas atividades diárias (trabalho, estudos, lazer, relacionamentos, etc.)? _____

14. Quanto as manifestações psíquicas e comportamentais:

	<i>Não apresenta</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>
<i>Culpa</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Negação</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Raiva</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Frustração</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Impotência</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Insegurança</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Desamparo</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Esperança</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Comportamento de autolesão</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Perda de autonomia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Pensamento suicida</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Quanto ao tratamento psicológico?

- () Estou fazendo e gostando do resultado () Estou fazendo, porém não percebo melhora
 () Já fiz, precisei parar, mas quero retornar () Já fiz e parei, pois não vi resultado
 () Nunca fiz, mas tenho vontade de fazer () Nunca fiz e nem pretendo fazer

16. Se possível, justifique sua resposta: _____

17. De acordo com sua experiência, como você percebe o preparo profissional dos psicólogos para ajudar pacientes cuja principal demanda seja a dor física? Obs.: Caso nunca tenha realizado tratamento com psicólogo, favor responder “não se aplica”. _____

18. Na sua opinião, as emoções podem influenciar no quadro de dor crônica?

Sim Não

19. Se possível, justifique sua resposta: _____

20. Após o início do quadro doloroso, surgiu algum sintoma emocional?

nenhum

não. Todos meus problemas psicológicos são anteriores à dor crônica

ansiedade

depressão

transtorno do estresse pós-traumático

síndrome do pânico

transtorno alimentar

outro, especifique _____

21. Gostaria de acrescentar algum comentário acerca de sua percepção sobre a intervenção psicológica no tratamento da dor crônica? Sua opinião é muito importante para nossa pesquisa. _____

ANEXO C. Parecer Final do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenções da Psicologia no Enfrentamento da Dor Crônica e a Vivência dos que sofrem

Pesquisador: GENEIDA FERRAJUOLI PAES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70172123.0.0000.5341

Instituição Proponente: Universidade de Caxias do Sul-RS

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul aprova o projeto.

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-UCS, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

- a) Desenvolver o projeto conforme delimitado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos.
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Emendas devem ser apresentadas em documento postado na opção OUTROS, com o nome Justificativa da Emenda.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS DO SUL, 06 de Setembro de 2023

Assinado por:

Magda Amabile Biasus Carpeggiani Bellini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS CEP: 96.070-560
UF: RS Município: CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2820 E-mail: cep-ucs@ucs.br