

CADERNOS DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

0

MANUEL JOÃO QUARTILHO (COORD.)

HELDER ALMEIDA

ISABEL FAZENDA

ISABEL GIL

LINDA FERNANDES

MARIA DE FÁTIMA SOUSA

NUNO CARRILHO

RITA ALCAIRE

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

Dor no corpo e na alma: vivências de dor em utentes com Artrite Reumatoide

Linda Fernandes

Linda Fernandes²⁵

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Resumo

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença auto-imune, que se caracteriza pelo envolvimento poliarticular e dor associada ao processo inflamatório. Contudo, pelo contacto com utentes na prática diária, pode constatar-se que a dor que sentem vai para além das fronteiras do biológico. Com o presente estudo pretende-se compreender as vivências que interferem com a dor em utentes com AR.

Optou-se por um estudo qualitativo, recorrendo a uma análise fenomenológica pelo método de Van Manem.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a dor sentida pelos doentes com AR é mais do que um fenómeno biológico, resulta da cultura, do meio social e da estrutura psíquica desenvolvida, ao longo da vida, no processo de aculturação.

Foi ainda aplicada a Escala da Resiliência de Wagnild e Young, de 1993 (Pesce, 2005) e, contrariamente ao expetável, estes doentes apresentam níveis de resiliência moderados ou elevados.

Palavras Chave: Dor, Artrite Reumatóide, Cultura, Espiritualidade.

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease, which is characterized by the polyarticular involvement and pain associated at the inflammatory process. However, in my daily practice I've watched that pain goes beyond biological evidences.

This study seeks to understand the experiences that interfere with the pain in patients with RA. It's a qualitative study using a phenomenological analysis by the method of Van Manem. The obtained results allow us to conclude that the pain felt by patients with RA is more than a biological phenomenon, results from culture, environment and the psychic structure developed over a lifetime in the process of acculturation.

It was also applied to the Scale Wagnild and Young resiliency, of 1993 (Pesce, 2005) and, contrary to what we expected, these patients have moderate or high levels of resilience.

Key Words: Pain, Rheumatoid Arthritis, Culture, Spirituality.

²⁵ Enfermeira no serviço de Medicina AB (CHUC, EPE); Licenciatura em Enfermagem (2005); Mestrado em Psiquiatria Cultural (2010).

Introdução²⁶

A AR é uma doença crónica do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida. Caracteriza-se pela *sinovite inflamatória persistente*, que afeta as articulações periféricas de forma simétrica (Fauci *et al*, 1998:879).

A evolução da doença é variável, contudo, existem sinais comuns como a destruição da cartilagem, erosão óssea e deformidades várias (Fauci *et al*, 1998), que alteram irreversivelmente a imagem da pessoa, afetando a capacidade produtiva do indivíduo, a sua vida familiar e social.

Apesar da etiologia desconhecida, os fatores genéticos e ambientais desempenham um papel importante no desenvolvimento e aparecimento da doença autoimune. (Fauci *et al*, 1998).

É mais prevalente no sexo feminino, atingindo 0,8% da população, nas quarta e quinta décadas da vida (Fauci *et al*, 1998).

A AR caracteriza-se por uma poliartrite simétrica das articulações periféricas, ocorrendo edema e hipersensibilidade das articulações envolvidas, sendo as mais frequentes a articulação metacarpo-falângica e a interfalângica proximal (Fauci *et al*, 1998).

A rigidez matinal é uma das manifestações que se apresentam entre as queixas frequentes dos utentes. Podem surgir manifestações a nível cutâneo (nódulos reumatóides, vasculite), pulmonar (nódulos, doença intersticial, bronquiólite obliterante – pneumonia organizada, doença pleural, síndrome de Caplan), oftalmológico (ceratoconjuntivite seca, episclerite, esclerite), hematológico (anemia, síndrome de Felty), cardíaco (pericardite, miocardite) e neurológico (mielopatias secundárias à doença da coluna cervical, compressão de nervos, vasculite) (Fauci *et al*, 1998).

O tratamento da doença centra-se no alívio da dor e pela manutenção da capacidade motora e prevenção das lesões articulares, recorrendo-se a glucocorticoides intra-articulares e sistémicos, ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides, metotrexato, sais de ouro, hidroxicloroquina, sulfasalazina, D-penicilamina, azatioprina, ciclosporina.

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspetos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos; de carácter variável, estando relacionada com o significado atribuído à situação presente, às experiências vividas anteriormente e às suas recordações, bem como a capacidade de compreender as suas causas e consequências. Pode ser explicada por diferentes teorias – teorias da dor – que focam aspetos emocionais, cognitivos e sensoriais/perceptuais. Contudo, apenas duas das teorias da dor são mencionadas por alguns autores devido à sua subjetividade e complexidade: a teoria da especificidade e a do controle do portão.

A teoria da especificidade (Shiff, 1958) defende que a dor é “a única consequência da excitação das fibras nervosas nociceptivas aferentes que são transmitidas diretamente ao cérebro, constituindo sensações de dor” (Bolander, 1998:1175), ou seja, esta teoria pressupõe que os impulsos dolorosos

26 Texto realizado com base na tese de mestrado Dor no Corpo e na Alma – Vivências de Dor em Mulheres com Artrite Reumatóide no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina, orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho e coorientada pela Professora Doutora Ana Albuquerque Queirós.

se transmitem, somente, através de fibras especiais até aos centros cerebrais específicos. Segundo Bolander (1998: 1175), esta teoria é de *alcance limitado*, por isso, foi abandonada na generalidade.

A teoria do controle do portão defende que a dor é um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que provoca sensação dolorosa e na componente psicossocial como o pensamento, as emoções e as experiências vividas anteriormente, ou seja, esta teoria relaciona a mente e o corpo na explicação da dor.

A teoria do portão defende que a sensação dolorosa pode ser mediada ou bloqueada, por completo, por determinadas fibras nervosas e pela estimulação nervosa. Ao cérebro são conduzidas vários tipos de sensações cutâneas através das vias da espinal medula. Existem dois tipos de fibras, onde uma inibe a atuação da outra, fechando assim as “portas”, isto é, quando ocorre uma lesão, esta pode causar a ativação de determinadas fibras, fibras C, que se transmitem lentamente e provocam dor. Devido a esta lentificação, as mensagens de dor das fibras C podem ser bloqueadas na medula, se esta estiver ocupada com as fibras A beta. Neste contexto, consegue-se compreender e explicar o facto de a massagem, a vibração, a pressão, o calor, o frio e outros mecanismos (exceto as drogas), reduzirem a perceção da dor (Barbara, 2001).

A Cultura tem assumido um importante papel na compreensão do fenómeno dor, mostrando que esta ultrapassa a objetividade do biológico. Basta recordar rituais de pequenas comunidades em África ou na Índia, que implicam a automutilação e onde não há referências a processos de dor/sofrimento. Estas atitudes são compreendidas no cerne dos valores culturais e significados que determinada comunidade partilha influenciando a perceção e os limiares de dor.

Cada comunidade, grupo social ou mesmo família caracteriza-se pelo uso de uma *linguagem do sofrimento* muito própria, surgindo reações extravagantes das emoções ou reações caracterizadas pelo estoicismo e a repressão (Helman, 2003).

A dor é mais do que um evento neurofisiológico. Há também fatores sociais, psicológicos e culturais a ter em conta. Nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma, esta pode ser influenciada pela sua origem e formação cultural e social.

O Plano Nacional de Luta Contra a dor preconiza que “o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto de doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspetiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor” (Ministério da Saúde, 2001: 49).

Este estudo procura conhecer os aspetos socioculturais da dor crónica presente na pessoa com AR, utentes do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Assim, pretende-se com este trabalho dar resposta a como é vivenciado o fenómeno dor nos indivíduos com AR e qual a sua relação com fatores socioculturais. Para tal foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar fatores socioculturais relacionados com a experiência de dor na pessoa com AR.
- Compreender de que forma a experiência de dor é limitadora e significativa na pessoa AR.

- Conhecer a perspectiva da pessoa com AR relativamente à intervenção do enfermeiro face à dor.
- Compreender de que forma a Resiliência destes utentes perante a doença interfere com a experiência dolorosa.

Metodologia

Este estudo surgiu da necessidade de compreender um fenómeno subjetivo, descrevê-lo, interpretá-lo, sem tentar controlá-lo. O fenómeno da dor foi estudado numa pequena franja de doentes com AR, pelo que opção metodológica passou pela investigação qualitativa sendo a análise de dados baseada na abordagem fenomenológica.

Na metodologia qualitativa, os sujeitos são entendidos como parte de um todo, dentro do seu contexto natural e habitual. Estes não são reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses, pois ao reduzir pessoas a agregados estatísticos, perde-se a riqueza subjetiva inerente ao comportamento humano (Queirós, 2004).

Segundo Patricia Benner (1994), citado por Marie Fabienne Fortin (2003), a abordagem fenomenológica hermenêutica consiste na descrição do universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica. Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a mulheres com AR, internadas no serviço de Reumatologia Mulheres dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que se encontravam na faixa etária entre os 25 e os 65 anos, até à saturação dos dados obtidos. A sua análise baseou-se numa abordagem fenomenológica, tendo em conta que é considerada como a busca de sentido numa descrição da experiência humana, ela fica ligada aos enunciados verbais dos co investigadores, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência (Fortin, 2003)

Pretendia-se, ainda, avaliar a resiliência nos utentes com AR, aplicando a Escala da Resiliência de Wagnild e Young, de 1993 (Pesce, 2005) junto dos utentes da consulta externa de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. A análise desta foi feita com recurso à estatística descritiva. Os resultados do questionário têm o objetivo de caracterizar os utentes com AR que frequentam a consulta externa de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Este não foi aplicado no internamento, porque sendo um momento que pode influenciar os resultados obtidos, tendo em conta que o indivíduo não se encontra no seu meio habitual, estando numa posição fragilizada quer a nível físico como psicológico, pode afetar os níveis de resiliência.

Quanto ao número de participantes que constituem a amostra de um estudo fenomenológico, este não foi definido, pois o seu objetivo não é generalizar os resultados. Morse citado por Fortin (2003) refere que um pequeno número de participantes é geralmente suficiente para alcançar a informação sobre o fenómeno que está a ser estudado. A seleção dos participantes foi feita a partir de uma seleção baseada numa relação de proximidade e confiança entre entrevistado e entrevistador.

Sendo a entrevista semiestruturada, optou-se pela realização de um guião, não rígido, permitindo simultaneamente a livre expressão de ideias, sentimentos e vivências. A sua elaboração teve por base as orientações dadas por Estrela (1994), isto é, a formulação do tema, a definição dos objetivos gerais, a definição de objetivos específicos a partir dos objetivos gerais e a previsão das estratégias de concretização.

Análise de dados

Após a leitura das seis entrevistas realizadas, foi elaborado um quadro de categorização de modo a facilitar a análise e discussão dos dados obtidos, tendo por base as questões de investigação, definindo-se categorias e subcategorias. Como foi definido na metodologia adotada, as entrevistas foram analisadas com recurso à fenomenologia hermenêutica, pelo método de Van Manem, e os questionários através da estatística descritiva simples, com recurso apenas às medidas de tendência central.

Aspetos socioculturais da dor

- Sinto a dor

A dor na AR é inegável pelo estudo da sua fisiopatologia. Com este estudo pretende-se compreender melhor a interferência de outros fatores na manifestação da dor por parte destas utentes.

É unânime entre estas utentes a assunção da dor como parte do seu dia-a-dia:

Sempre (...) 'tá sempre a dor, as outras coisas podem-se fazer mais mal ou melhor mas a dor 'tá sempre em primeiro lugar. (E2)

(...) todos os dias e de manhã. (E4)

(...) Nos joelhos era constantemente; (E6)

No entanto, a forma como a sentem evidencia o carácter subjetivo e complexo do fenómeno em estudo.

Umaz vezes mais lenta, outras mais, mais forte...mas está sempre! (E2)

(...) vem aquela dor...nem dá sinal. Estou bem e de repente vem aquela dor com uma força parece que tenho de atirar um grito! (E3)

(...) Há dias... tenho dias que mais... agressivos, tenho outros dias que ando melhor. (E5)

Referem fatores como o frio e o calor, assim como diferentes fases do dia como agentes que interferem na dor: *eu sinto que o calor afeta-me bastante (E1).*

- Alívio da dor

Quanto ao alívio da dor, as opiniões convergem, na medida em que recorrem apenas à medicação para combatê-la:

(...) tomo só a medicação diária, não acrescento nada. (E1)

(...) só me desaparece mais quando é o efeito da medicação. (E2)

Tomo a medicação e não faço nada. (E4)

Tomo os meus medicamentos. Tenho lá um medicamento que é para casos de SOS e tomo esse medicamento, se a coisa não resulta tenho de me dirigir ao Centro de Saúde ou contactar a minha médica, que já o tenho feito por várias vezes. (E5)

As utentes entendem a dor como algo que devem de suportar, só tomando a medicação em último recurso.

O que eu faço é... tento suportá-la da melhor maneira, da melhor forma... (E1)

Normalmente aguento. (E3)

Embora existam outras formas de alívio da dor, para além da terapêutica instituída, estas utentes revelam desconhecer esta realidade e muito poucas tentam alternativas de alívio da dor:

(...) tento relaxar um bocadinho, tento adotar a posição melhor que possa, para me sentir melhor... (E1)

Não! Tenho sempre aqui seguida e nunca procurei mais lado nenhum. (E2)

Não, só fisioterapia, tenho feito fisioterapia (...) com o descanso sim, ou então tenha sido derivado a ter feito fisioterapia porque fiz piscina e fiz massagem na coluna, não sei como é que isso se chama...acho que era ultrassons (...) (E3)

(...) p'ras Termas! Mas o Dr. M não quer que eu vá para as Termas que não me faz bem a mim (...)na piscina, que a gente lá movia as pernas e... e isso tudo. Mas ele não me dá de conselho de eu ir... nem p'ra praia! Embora a água fria também não interessa, agora para a piscina de água quentinha sim. (E6)

Estes depoimentos revelam lacunas no ensino e aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

- Os meus apoios

A AR é uma patologia crónica, constituída por várias fases agudas, sendo motivo de alguns internamentos. É nestas fases que as utentes têm de recorrer à sua rede social, e é no seio familiar, em particular nos cônjuges, onde encontram o seu apoio físico e psicológico.

E1 refere este apoio como *Importantíssimo, importantíssimo! (...) Era o meu marido que eu chamava, era ele que estava ao pé de mim, era o que eu chamava para me ajudar, sem saber o que se passava ainda (...)*

Se estiver o meu marido (...) se não 'tiver, peço ajudar às minhas cunhadas ou à minha irmã (E3)

(...) Tenho muito apoio. Tenho, pronto, o que vale tenho um homem que é capaz de fazer tudo, muito calmo, com muita paciência para mim. (E4)

Outros elementos da família são referidos, embora que sempre precedidos do marido, como sendo os filhos: *Tenho lá a minha filha que mora lá perto, mora lá ao lado. (E2)*

Contudo, o apoio do marido é deveras o mais importante deixando transparecer no discurso o receio do abandono: *(...) muito apoio da família, muito apoio do marido felizmente, porque há casos destes que eu até conheço em que os maridos, tanto na parte dos maridos como das mulheres veem doenças de certa natureza e afastam-se e abandonam. (E5)*

- Uma vida nova

É consensual entre as entrevistadas que existe uma mudança após o diagnóstico. Como refere E1 *Mudou muito a minha vida, claro!*

Contudo, nem todas referem esta mudança com a mesma margem temporal e intensidade. E1 refere alterações que se foram instalando antes do diagnóstico e que vieram a constituir grandes limitações da sua mobilidade e conseqüentemente da sua independência no lidar com as tarefas domésticas, inclusive as de menor complexidade:

Antes de a doença ser diagnosticada já não conseguia, por vezes, cortar um bocado de pão, por qualquer coisa, deixava cair as coisas para o chão, uma coisa leve, uma coisa pequenina... caía para o chão, foi aí que começaram a ver que qualquer coisa não 'tava bem, até que um dia apanhou-me também os joelhos, agachava-me e para me levantar... não conseguia.

Tal como E1, E3 e E4, foram-se apercebendo das alterações progressivamente:

Nessa altura não, mas a pouco e pouco sim, porque já não conseguia fazer uma cama, portanto, limpar o chão. (E3)

Nessa altura não tinha bem ainda, vá lá, conhecimento do que era a doença. E depois, ao longo do tempo, eu comecei a ficar pior (...)(E4)

Por vezes o início é mais agudo como foi o caso de E5:

Mudou muito. Porque eu era uma pessoa saudável e eu, quando, pronto... o diagnóstico foi depois, mas eu estive... eu não me vestia, não me calçava, eu não andava. Não pegava num bocado de pão e levava à boca, não fazia nada.

E6 desvaloriza a sintomatologia dizendo que (...) *ainda me mexo bem. Eu ainda subo acima dos armários, para limpar os armários da cozinha, acima dos mostradores, e às vezes ajoelho-me, mas claro dói-me e eu tento ter sempre cuidado.* E atribui o não agravamento dos seus sintomas a que (...) *quando tenho qualquer coisa, gosto de ir ao médico e não estar à espera de ver o que se passa.*

Todas estas alterações referidas influem diretamente na satisfação de algumas necessidades, como as necessidades de segurança, autoestima e autorrealização. Viram os seus projetos profissionais, independentemente da sua ambição profissional, bloqueados, muitas vezes adiados definitivamente, com a reforma antecipada por invalidez.

O trabalho sim, fui... fui... tive de baixa durante um tempo, depois a Segurança Social, mandou-me automaticamente ver o motivo para a invalidez, não havia, não era uma doença como eles dizem, era estar... era estar... tinha que me reformar(...) (E1)

Eu fui sempre uma mulher de gostar de trabalhar e agora quero... eu vou, eu vou vou experimentar só que não tenho força (...) não tenho capacidade para fazer o que eu fazia (E2)

Já 'tou reformada há 21 ano (...) fui-me mentalizando que a minha vida que era assim (...) (E3)

Trabalhava nos lanifícios, na fábrica dos lanifícios (...) Tive abandonar aos 40 anos (E4)

Nem todas reagiram da mesma forma às limitações provocadas pela doença, tendo em conta a sua individualidade mas também o modo de instalação da doença.

Tive que encarar... um bocado complicado mas teve que ser, não posso, não posso! (E3)

Afetou um bocado a minha vida porque eu ajudava muito o meu marido e agora não. (E2)

Senti tristeza, senti nervoso, fiquei muito mais nervosa (...) mais ainda porque quero, às vezes, fazer qualquer coisa e não consigo. (E4)

E6 é a exceção ao dizer que *Nada, de nada, não mudou nada. Tenho as dores, tenho que as aguentar.*

Pode dizer-se que as necessidades afetivas ou de pertença não se encontram alteradas pois todas referem o importante apoio da família e em especial do seu cónjuge ou companheiro.

A sexualidade foi um dos temas abordados durante a entrevista e todas as entrevistadas referiram sentir-se bem com a sua sexualidade, com a compreensão do companheiro da situação decorrente da doença o que leva à não manutenção dos níveis de atividade sexual habituais do casal: *Aceitou, aceita, aceitava, nunca tivemos problemas, porque ele aceitava e vi-a que eu 'tava a sofrer (...)* (E4)

A Escala da Resiliência de Wagnild e Young apresenta uma amplitude alargada relativa à faixa etária (43-87 anos) de utentes que recorrem à consulta externa para controle analítico e pequenos ajustes terapêuticos. Encontram-se, portanto, numa situação semelhante ao seu dia-a-dia, mais do que o utente internado, situação que traz consigo grandes alterações, com predomínio do fenómeno doloroso.

Ao contrário das expectativas deste estudo, a AR, apesar das suas alterações profundas, possibilita a estes utentes deter níveis moderados de resiliência. Assim, para um score máximo de 175 pontos, o valor médio dos 41 questionários aplicados encontra-se nos 120,17 pontos, sendo o valor da mediana muito próximo com 123 pontos e a moda de 141 pontos. Pode dizer-se que, em média, apresentam valores moderados de resiliência, sendo que 11 questionários apresentam índices elevados.

Cuidar em Enfermagem na perspetiva do doente com AR

A construção social das profissões faz parte da cultura de uma sociedade e não acompanha o progresso das competências adquiridas em tempo real. A Enfermagem não é exceção e estas utentes reafirmam-no quando descrevem o enfermeiro/a enfermeira como uma pessoa simpática, limitando a importância da sua ação à distribuição e administração de terapêutica como única forma de alívio da sua dor física.

Como E1, todas as entrevistadas partilham da ideia de que (...) *os enfermeiros são excelentes (...)* *Atendem...são muito simpáticas (...)* *estou satisfeítíssima (...)*

O apoio que identificam na equipa de enfermagem é o questionar do se *'tá bem disposta, precisa de alguma coisa?* (E4)

E não conseguem identificar situações em que precisem da atuação de um enfermeiro para além das suprarreferidas. Referenciam os escassos recursos humanos, mas sem consciência da forte implicação no seu cuidado individual: *Havia de haver mais gente...* (E2) *Elas também têm muito trabalho (...)* *elas fazendo o trabalho que têm a fazer, temos de nos conformar...* (E2)

Falam ainda de falta de recursos materiais, como as camas elétricas com interferência no cuidar e muito importante para a sua mobilidade. Não identificam qualquer situação em que gostariam de ver uma intervenção diferente por parte dos enfermeiros: *Tudo muito bom. Todas muito carinhosas, todas boas, sempre a perguntar se estamos bem, se queremos alguma coisa, se nos falta alguma coisa, não tenho nada a dizer, nada, nada, nada, pelo contrário* (E6)

O facto de existirem rotinas no serviço que possam colidir com os seus hábitos no domicílio, não as incomoda: *não vejo bem a diferença porque não muda muito a minha maneira de ser tomar banho de manhã (...)* *elas puxam muito pelas pessoas, por aquelas que não querem fazer a sua higiene, acho que elas são muito... são competentes, estão a fazer um trabalho excelente.* (E1)

Tudo está bem, para mim, tudo está bem (...) Comida, medicamentos a horas, tudo bem, elas todas muito amáveis, sempre a falar p'ra nós, sempre... não há problema nenhum (E6)

Apenas E4 identifica uma situação em que gostaria, embora sem indignação, que fossem respeitados os seus hábitos: *Sim, tinha de ser de tarde (cuidados de higiene) porque é naquela fase que já 'tou um bocadinho melhor. De manhã custa-me mais.*

Foram questionadas sobre a necessidade que sentiam ou não de terem o direito a uma consulta de enfermagem na consulta externa ao que responderam que: *Não, não os médicos atendem bem. (E1)*

O Prof. J.A. tem sido impecável para mim (E4)

Sim se a pessoa tem mais dificuldades sim, precisava de uma enfermeira, portanto, para mim, desde que a gente se possa mexer de mãos e pernas, bem ou mal nós ainda conseguimos, não é, mas há outras consultas que sim, que acho que deviam ter uma enfermeira para acompanhar, para ajudar. (E3)

É assim, não sei... Acho que, se houvesse possibilidades de haver, acho que não era mal nenhum, mas, pronto, o que tenho a expor, exponho à minha médica. (E5)

Estas ideias vêm ao encontro da conceção que as suas palavras traduzem do cuidar em Enfermagem, que é, segundo elas, um cuidar reduzido às intervenções interdependentes da profissão: *(...) as enfermeiras estão para... para tirar sangue, p'ro peso... sim para isso estão... (E1)*, não evidenciando a profundidade e complexidade do cuidar holístico que deve caracterizar a atuação do profissional de Enfermagem.

Discussão de Resultados

Considerando a subjetividade do fenómeno dor é imperativo considerar a objetividade e a certeza com que estas utentes dizem senti-lo, pelo que devemos iniciar a nossa intervenção considerando-o o quinto sinal vital.

John Clancy (1993: 23) refere-se à experiência dolorosa como subjetiva, uma vez que *"cada indivíduo tem uma faixa única de identidades anatómicas, fisiológicas, sociais e psicológicas."*

E2 afirma que *umas vezes mais lenta, outras mais, mais forte... mas está sempre presente*, enquanto E3 diz que *nem sempre a dor está presente tem uns momentos que sim, tem outros momentos que não*. O que vem ao encontro a Clancy (1993) quando este diz que a dor está associada à interpretação pessoal de cada doente acerca da sua situação de doença atual.

Outras entrevistadas referem períodos do dia ou do ano em que a dor é mais exacerbada: *Sim, todos os dias e de manhã. (E4); (...) eu sinto que o calor afeta-me bastante(...)* (E1)

Mário Queiroz *et al* (2002) refere que em Portugal não há correlação com alterações climáticas. A AR não respeita qualquer tipo de clima, embora haja flutuações na frequência, sendo mais frequente nos países nórdicos do que nos mediterrânicos.

Será a dor que sentem apenas resultante da inflamação das articulações que referem afetadas? Pela análise do seu discurso, não parece que este fator fisiopatológico da dor seja suficiente na compreensão do fenómeno. Há outra dor implícita e essa mais difícil de avaliar e de aliviar. Autores

referenciados por Fátima Reis *et al* (2000) referenciam relatos de dor que nem sempre são passíveis de explicação por dados biológicos da doença. Acrescenta ainda que o *coping* passivo relativo ao fenómeno dor está diretamente relacionado com um aumento do sofrimento psicológico, pelo que se torna essencial um suporte social e emocional de qualidade, com vista à prevenção de disfunções a nível social e psicológico, tendo em conta que sentimentos de impotência/desamparo (*helplessness*) estão relacionados com um aumento da sintomatologia depressiva.

São muitos os fatores envolvidos na perceção da dor, existe uma subjetividade sociopsicológica, anatómica, sociopsicofisiológica, bioquímica e fisiológica, e terapêutica. Existem portanto, fatores culturais, sociais, para além dos estruturais, que o enfermeiro deve ter em conta na avaliação da dor (Clancy, 1993). Todos estes aspetos fazem parte da vida da pessoa ou são fruto das adaptações que surgiram após o diagnóstico?

Aquando do diagnóstico a vida de todas estas utentes alterou-se, gradualmente para algumas e rapidamente para a maioria das utentes entrevistadas não permitindo qualquer adaptação às alterações profundas.

Também Queiroz *et al* (2002) refere o forte impacto da AR sobre o indivíduo e família. A limitação da capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio, da capacidade para o trabalho e para os tempos livres, podem modificar a imagem corporal, prejudicando a autoestima do doente.

O sentimento de perda foi intenso e múltiplo. E5 refere mesmo que sentiu *o mundo a desabar. Muita lágrima, chorei muito e pensamentos... pensamentos malucos (...)*. Desta afirmação pode ler-se o desespero a que a pessoa pode chegar, ao ponto de ponderar o suicídio. Queiroz *et al* (2002), sentimentos de infelicidade, desmoralização e desespero, relacionados com a dor crónica nos doentes com AR que podem levar à depressão. E assim, acrescenta ainda que, especificamente os doentes com AR que *se encontrem deprimidos tendem a desenvolver mais pensamentos catastróficos, a terem uma visão mais negativa da situação em que se encontram e a relatarem mais dor*.

A depressão associada aos doentes com AR tem mais ligações ao confronto dos doentes com a própria doença e com o suporte social de que dispõem, do que propriamente com a evolução física da doença (Queiroz *et al*, 2002).

Tendo em conta a bibliografia referida, relativamente aos padrões depressivos e suporte social/familiar era de esperar que os doentes com AR tivessem níveis baixos de resiliência. Contudo, ao contrário das expectativas deste estudo, a componente resiliência é elevada nestas utentes, o que as protege de certa forma da ideação suicida.

Os resultados obtidos evidenciam a boa adaptação às alterações da AR, o que estará associado à preservação da estrutura psíquica inicial. Nos diversos autores estudados, são referidas alterações a nível da autoestima, padrões depressivos devido à evolução prolongada da doença, à incapacidade funcional, às alterações da imagem corporal, às limitações profissionais e sociais, em especial devido à dor crónica (Queiroz *et al*, 2002).

No entanto, e embora este dado estatístico relativo à resiliência seja apenas um apoio a este estudo, não podia deixar de questionar-me sobre os níveis aqui encontrados e que estão em coerência com os relatos das entrevistadas mas em discordância com a bibliografia consultada.

Serão os fatores familiares, sociais ou culturais que pesam mais nesta proteção?

O apoio familiar, especialmente do cônjuge é o que referem como algo de muito importante: *Ele (...) é bem compreensivo...* (E2); *Tenho, pronto, o que vale [é que] tenho um homem que é capaz de fazer tudo, muito calmo, com muita paciência para mim.* (E4); *tenho o meu marido, que está reformado, e faz muita coisa* (E6)

No entanto, filhos ou familiares próximos são também referidos: *tenho lá a minha filha* (E2); *Se estiver o meu marido é o meu marido, se não 'tiver peço ajuda às minhas cunhadas ou à minha irmã* (E3). *As minhas filhas também* (E4).

Apesar do apoio fulcral da família não o consideram suficiente: *A gente às vezes espera mais, só que eles não o podem também dar, também têm a vida deles e...também ainda não sabem bem o que é o sofrimento (...) eu também não me manifesto sempre aquilo que é mesmo; para não andar a preocupá-los eu sofro o que eu posso (...) ainda pensam que ainda posso melhor que o que eu posso.* (E2)

Estará este sentimento de incompreensão relacionado, como referem Reis *et al* (2000) com as alterações que a AR implica em termos de ameaça aos papéis individuais e familiares, a outras relações interpessoais e às atividades laborais e de lazer?

É notória a influência de valores espirituais no fenómeno de aceitação da dor. *Também tenho muita fé*, refere E3 quando evidencia o papel da família e dela (...) *própria, eu própria sou de muita coragem. Penso que não posso 'tar assim porque há pessoas que 'tão pior e tem de ser.*

A religião tem, nestes casos, um papel protetor e de ajuda na busca de novas saídas para algumas dificuldades que a doença lhes impôs.

Têm sido identificadas relações positivas entre religião, muitas vezes definida como participação e frequência da igreja (embora às vezes definida como bem-estar) e uma vasta variedade de resultados em doença e em saúde. (Wright, 2005: 58)

Wright (2005) acredita que todas as pessoas têm um tipo de espiritualidade, no entanto só algumas acolhem uma religião. E torna-se importante a compreensão destas dimensões do fenómeno dor, de modo a agirmos de forma mais eficaz junto do doente.

A dor potencia as deformidades corporais e disfunções que a AR trouxe a estas senhoras, com influência nas suas atividades de vida diária.

Segundo Queiroz *et al* (2002) a população mais afetada em Portugal pelas doenças reumáticas parece ser a industrial e a menos afetada, a urbana.

O primeiro aspeto que estas utentes referem quando se fala da mudança no seu estilo de vida pós-diagnóstico não é o abandono da profissão, até porque quase todas as entrevistadas referiram ser domésticas, mas as pequenas coisas do dia-a-dia que até aí eram gestos banais do quotidiano, agora tornaram-se verdadeiros quebra-cabeças.

E1 refere que *antes da doença ser diagnosticada já não conseguia, por vezes, cortar um bocado de pão;*

E2 diz que a sua vida se transformou pois *trabalhava e agora trabalho mas com muito esforço. (...) sinto aquela rigidez para me levantar e para me começar a movimentar e então... ando sempre ali a lidar, vou ao quintal, vou ali, vou acolá.*

A dor que atravessa estas utentes após o diagnóstico é notória no discurso de E5 quando diz que *era uma pessoa saudável e eu, quando, pronto...o diagnóstico foi depois, mas eu estive...eu não me vestia, não me calçava, eu não andava.*

Apenas uma das participantes no estudo referiu ligeiras alterações no seu quotidiano: *vou andando, vou trabalhando, mas as dores era o que me atrapalhava mais.* (E6) Contudo, é perceptível alguma contradição no discurso quando diz que *Nada, de nada, não mudou nada. Tenho as dores tenho que as aguentar.* (E6)

É este sofrimento, presente no discurso destas doentes, que temos de saber ler e interpretar.

Queiroz *et al* (2002) fala dos doentes com AR como portadores de um psiquismo particular, com alternância de emoções relativas a estados de depressão, normalmente relacionados com a incapacidade para realizarem as suas tarefas, mesmo as mais básicas, ou a estados de passividade e dependência.

As doenças reumáticas são a primeira causa de doença no Homem, são o primeiro motivo de consulta médica e a primeira causa de incapacidade para o trabalho. Não surpreende que Hollander (citado por Queiroz *et al*, 2002) tenha afirmado que não há outro grupo de doenças que cause tanto sofrimento a tantos, durante tanto tempo.

O único trabalho efetuado em Portugal relativamente ao impacto das doenças reumáticas sobre a comunidade, de Loução Martins data de 1987. Evidenciou-se os dias de absentismo, as baixas e reformas por invalidez. Estas doenças limitam a valorização e a progressão profissionais, limitam o poder de compra, e geram insegurança, ansiedade e depressão e ocasionam, não raramente, necessidade de mudar de emprego e de casa. (Queiroz *et al*, 2002).

A invalidez é um dos ganhos secundários que adquirem a par com a atenção redobrada da família. Mas serão eles suficientes para colmatar as lacunas trazidas pela AR? É obvio que não. Há muitas necessidades alteradas nestas utentes. Uma delas é a sexualidade, resultante das alterações físicas das estruturas ósseas, do elevado nível de dor e associada ainda, a secura das mucosas, o que dificulta e torna dolorosa a cópula. Todas as entrevistadas referem compreensão da situação por parte do cônjuge, não se alongando muito. *A relação sexual afetou bastante (cabisbaixa) mas ele compreendeu (...)* (E1); *(...) ele sempre aceitou bem...* (E2); *Aceitou, aceita, aceitava, nunca tivemos problemas, porque ele aceitava e via que eu 'tava a sofrer(...)* (E4)

Queiroz *et al* (2002) refere numerosos problemas sexuais resultantes da AR. Sendo a sexualidade um assunto delicado que os utentes preferem não abordar junto do profissional de saúde, este deve de forma subtil abordar o tema na presença do casal e ajuda-lo a encontrar as melhores soluções para a readaptação da sua sexualidade.

O paraíso familiar relatado por todas as utentes leva-nos a colocar questões. Partindo do princípio que as pessoas aceitaram a participação no estudo com garantia de confidencialidade estes resultados são fidedignos. O que nos remete para uma reflexão na mudança de posição do homem na sociedade. Terão estes maridos sido sempre assim, colaborantes na divisão das tarefas domésticas? Sendo, na sua maioria, domésticas é pouco provável esta realidade. Ou estar-se-á a falar de alterações mais profundas como a aceitação social do homem que colabora em casa com a esposa?

Relativamente à família, a AR, conduz a alterações psicodinâmicas importantes com o relaxamento dos vínculos familiares e não raramente conduzem ao divórcio. Nos Estados Unidos da América (EUA) uma em cada três famílias em que um dos cônjuges sofre de AR, ocorre separação (Queiroz *et al*, 2002).

Reis *et al* (2000) refere também que a AR gera problemas psicossociais com reflexo na vida sexual e na relação conjugal.

A realidade das entrevistadas difere dos estudos apresentados acrescentando dados novos ao conhecimento do fenómeno dor e seu controlo. O apoio familiar, personalizado especialmente no cônjuge, leva a uma relação com os níveis de dor que, segundo Reis *et al* (2000), serão maiores se houver um controlo e rigidez familiar. Esta autora refere ainda que há um maior ajustamento em doentes casados, com famílias funcionais, não constituindo agentes de *stress*, enquanto que aqueles que não têm companheiro tendem a desenvolver mais sintomas psicopatológicos e menos sentimentos de controlo.

Pessoas muito ativas têm ainda mais dificuldades na aceitação da doença, pois veem o seu mundo ainda mais limitado. *Afetou um bocado a minha vida porque eu ajudava muito o meu marido e agora não.* (E1)

Tenho de me conformar... há dias em que sinto-me revoltada e sinto-me um bocado em baixo (...) dá mesmo para uma pessoa andar um bocado desnorteada, mas é assim (...) (E3).

É visível que os fatores em estudo têm pesos diferentes consoante a pessoa mas estão todos interligados, sem que seja possível mensurar a importância maior de um ou outro no comportamento das entrevistadas. O que se pode verificar é a nítida influência destes no modo como vivenciam o fenómeno dor.

Maria Teresa Pestana (1996) caracteriza a doença como um problema fortemente social e cultural, podendo originar diferentes respostas à doença, perante problemas semelhantes: “Em todas as culturas, aprende-se a reconhecer sentimentos, a personalidade, os comportamentos, a partir do corpo e das suas expressões” (Pestana, 1996: 211).

Esta autora referencia alguns autores que desenvolveram estudos na área da multiculturalidade e que descrevem o modo *como as crenças e os valores culturais determinam de forma dinâmica as experiências de doença nas pessoas* (Pestana, 1996:211).

O conhecimento dos padrões culturais são por isso de extrema importância para a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos acontecimentos mais significativos ligados à vida dos doentes, para um cuidar adaptado a cada um deles (Pestana, 1996).

Procurou-se conhecer a perspetiva da utente com AR sobre o Cuidar em Enfermagem. Como Enfermeira, é com alguma insatisfação que vejo um desconhecimento absoluto da essência do cuidar em Enfermagem. Lorraine Wright (2005:13) acredita que a *essência da Enfermagem está no enfrentar o sofrimento*. Refere que o holismo, onde vigora a entidade única biopsicossocial que é o ser humano, esquece ainda a parte espiritual da vida, sendo esta essencial, no entender da autora, para o verdadeiro cuidar deste sofrimento.

Manuel Gameiro (1998:5) define sofrimento como *característica ontológica do ser humano, enquanto “consciente de si” e com a sua vulnerabilidade e finitude*. Também este autor refere a negligência do sofrimento humano nos cuidados de saúde, e em particular nos de enfermagem.

Michel Renaud (citada por Gameiro, 1998: 6), diz que “a dor física nunca é somente física; ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se”.

É nesta base que assenta o início deste estudo. E, de facto, o sofrimento destas doentes, apesar dos ótimos suportes familiares referidos, ultrapassam os limites da dor física causada pela AR.

Margot Phaneuf partilha da ideia do alívio do sofrimento como foco central do cuidar em Enfermagem: “Sem um pensamento directriz, o gesto da mão não tem sentido, ele é desumanizado; sem gestos de amor, sem uma mão estendida para aquele que sofre, os cuidados de enfermagem não têm razão de ser.” (Phaneuf, 2001: 17)

O que impede estas utentes de verem o Enfermeiro como vetor no alívio da dor? Com certeza a relação de ajuda não é tão objetiva e suscetível de ser observável como uma colheita de sangue, avaliação ponderal ou da pressão arterial. Contudo, ela é o instrumento mais valioso do cuidar em Enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) caracteriza o exercício profissional da Enfermagem centrado na relação enfermeiro/pessoa/família. Adverte para os conjuntos de valores, crenças e desejos de natureza individual que foram espoletando em cada uma das entidades que constituem esta relação. Pelo que o enfermeiro “distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2004: 4)

A Ordem dos Enfermeiros (2004) mostra a profissão inserida num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo as intervenções de enfermagem: intervenções interdependentes (aquelas que são iniciadas por outros profissionais de saúde), em que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade da sua implementação; e intervenções autónomas, iniciando-se estas no próprio enfermeiro e sobre as quais assume a responsabilidade total pela conceção e implementação da técnica de intervenção.

É destas intervenções que falo, ao dizer que estas doentes desconhecem a essência da enfermagem. É neste prisma que se denota a invisibilidade de muitas das nossas ações junto da população alvo, esquecendo que o enfermeiro tem “uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2004: 7)

É notória a incompreensão do objeto da Enfermagem quando referem todas que não há necessidade de enfermeiro na Consulta Externa porque (...) *os médicos atendem bem!* (E2)

No que refere ao conhecimento das competências da Enfermagem, verifica-se o mesmo cenário. (...) *As enfermeiras estão para tirar sangue, p'ro peso (...) são muito simpáticas* (E1). A simpatia não faz parte da relação de ajuda mas sim a empatia, a confiança, a escuta ativa.

Será que esta classificação advém das suas lentes ou da imagem que passamos ao valorizar a componente técnica, deixando com que as pessoas não se apercebam da versatilidade de situações em que podem recorrer a um enfermeiro e que o tipo de ajuda que pode obter é mais do que o (...) *se tem dores, se 'tá bem disposta (...)(E3) (...)* *precisa de alguma coisa?, isso não falta, cá esse apoio não falta.* (E4)

E se em vez do *Tem aqui o comprimido (...) que é para a dor*. (E5) fosse feita uma avaliação cuidada da dor e das estratégias que a utente pode adotar para o alívio da dor, sem recurso sempre aos fármacos? Até porque há doentes, como refere E3 que *normalmente aguento*, pois não podem tomar anti-inflamatórios não esteróides *por causa do Varfarine*.

“As enfermeiras de reumatologia devem preocupar-se com o auxílio na realização de técnicas complementares de diagnóstico e/ou tratamento, com o auxílio na realização de ensaios clínicos e com a educação, apoio e encorajamento dos doentes” (Queiroz *et al*, 2002: 79).

Contudo, não são só as entrevistadas que revelam baixo nível de conhecimento quanto às competências do enfermeiro, como se pode ver pela citação acima. O principal erro inicia-se exatamente aí e, muitas vezes, nos próprios enfermeiros que procuram a visibilidade de procedimentos técnicos que evidenciam a destreza e que estão, por vezes, na base das intervenções interdependentes. Existem, de facto, técnicas no âmbito do alívio da dor que podem ser usadas pelo enfermeiro, mas pouco divulgadas quer juntos dos doentes, quer dos próprios profissionais.

Todas estas utentes revelam baixo nível de conhecimento relativo às técnicas não farmacológicas.

É consensual, nesta amostra, a necessidade de suportar a dor. Sendo considerada a dor o quinto sinal vital, não podemos, como profissionais de saúde, permitir que esta noção passe para junto das nossas doentes. Talvez o problema ainda resida nos profissionais que se mantêm presos ao velho modelo biomédico onde as técnicas não-farmacológicas não têm lugar, pois são, por vezes, confundidas com a entrada no mundo mágico. Com a desmistificação desta ideia, o que tem vindo a ocorrer junto dos profissionais mais novos, devido à introdução destas componentes nos programas curriculares da Licenciatura em Enfermagem, talvez possamos ir mais longe nesta competência autónoma.

As doenças reumáticas não sendo doenças terminais, e porque não recorrem a meios de diagnósticos e/ou terapêuticos espetaculares, não tem despertado suficientemente a atenção dos *media*, dos médicos, nem dos governantes. Urge, todavia, sensibilizá-los visto ser necessária vontade política para a levar a bom termo um programa concertado de luta antirreumática (Queiroz *et al*, 2002).

Há muito a fazer por estes doentes, para além das ditas «técnicas espetaculares», mas para isso ajudaria uma dotação dos serviços adequada no sentido de uma prestação de cuidados de excelência.

Algumas utentes referem, a falta de recursos humanos (...) *havia de haver mais gente...* (E2), e que o *muito trabalho* (E2) justifica o descuidar de outros cuidados para estas utentes, que, na sua maioria, têm um grau de dependência reduzido para os autocuidados. Não valorizam que as rotinas do serviço não respeitem as suas prioridades no autocuidado. Contudo, por exemplo, E4 refere que o banho (...) *de manhã custa-me mais*.

Conclusão

Tendo em conta os objetivos definidos para este estudo e a metodologia adotada, considerou-se que após a realização de seis entrevistas havia saturação dos dados.

É inegável a interferência dos fatores sociais, culturais, psicológicos e espirituais no fenómeno dor, vivenciado por estas doentes. Sendo impossível mensurar a maior ou menor influência por um dos referidos fatores, apenas podemos concluir que são determinantes na vivência deste fenómeno. Logo o seu conhecimento por parte do profissional de saúde, e em especial do enfermeiro, trará grandes benefícios no cuidar destes doentes. Não se trata aqui de aplicar um tratamento a uma ferida, mas de uma relação de ajuda dirigida à pessoa família minorando os efeitos da dor associada à AR.

Contudo, um aspeto que ficou salientado foi o aceitar fatalista desta dor pelas doentes. Esta predisposição, muito ligada a valores culturais, dificulta a abordagem e o incentivo ao conhecimento de si mesmo e ao uso de técnicas não farmacológicas, no sentido do alívio da dor. Para estas senhoras, apenas existe um meio para o alívio da dor e que nem por isso consideram eficaz: a terapêutica medicamentosa. Só é compreensível o aceitar desta realidade tendo em conta os valores culturais relativos à dor e o facto de os doentes com dor crónica acreditarem que *têm uma capacidade limitada para exercer qualquer controlo eficaz dos seus sintomas* (Quartilho, 2001: 181).

A dor sentida, associada às alterações morfológicas resultantes da instalação da doença interfere muito nas atividades de vida diária das doentes, dependendo da extensão e da fase de evolução da doença. Como vimos, estados depressivos estão muitas vezes associados a certas fases da doença, devido à presença de dor intensa, e podem prolongar-se mesmo após o controlo dos sintomas, interferindo também na satisfação das necessidades fundamentais dos doentes. Isto é, não são apenas as limitações físicas que impedem estas mulheres de prosseguirem a sua vida habitual, há danos a nível do seu modo de vida que levam algum tempo a assimilar e a tentar ultrapassar. Há um sentimento de incapacidade permanente que acompanha estas pessoas após o diagnóstico, condicionando-as psicologicamente na forma de enfrentarem a doença.

Quando confrontadas com a intervenção de enfermagem, verificou-se que não conheciam as competências do enfermeiro. Será por isso que não o solicitam? Todas as inquiridas referiram muito bons cuidados no internamento, no entanto, só evidenciaram a simpatia dos enfermeiros e a preocupação destes em administrar terapêutica como estratégia (única!) de alívio da dor. Os cuidados de saúde não funcionam num fluxo unidirecional, pelo que é necessário que os diversos intervenientes nesta relação trabalhem em prol do benefício de ambos. Cabe aos enfermeiros darem mais visibilidade à profissão, participando ativamente no controlo da dor, incentivando o doente à toma contínua da medicação prescrita, mas não descurando as intervenções autónomas de que dispõe no alívio deste sintoma e o seu ensino às utentes, pois estas quando questionadas desconheciam a sua existência e não demonstraram interesse em explorar estas soluções.

Relativamente à resiliência, concluiu-se que, na amostra estudada, os níveis de resiliência eram, em média, moderados, com alguns questionários a atingirem valores elevados de *score*. De facto, estes valores não são transponíveis para a outra amostra estudada, ajudam a caracterizar de alguma forma o grupo de utentes com AR que frequenta a Consulta Externa do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os valores culturais individuais e da comunidade em que o utente está inserido, interferem com os níveis de resiliência face à AR e consequentemente, na manifestação do fenómeno dor. Assim, compreende-se o aceitar incondicional da dor sem alterações significativas da estrutura psíquica. Alguns autores citados referem um psiquismo especial nos doentes com AR o que contradiz a ideia da manutenção do psiquismo anterior. Será que estes fatores socioculturais servem de escudo protetor e escondem a verdadeira estrutura psíquica?

Com esta investigação surgiram mais dúvidas pessoais acerca deste fenómeno tão complexo que é a dor. Contudo, obtiveram-se respostas importantes para o cuidar em Enfermagem nos doentes com AR, para que a dor não preencha a sua vida e, para que o enfermeiro, ao compreender as dimensões estudadas, possa intervir de forma eficaz no controlo da dor associada à AR.

Bibliografia

- ANGERAMI, V. (2001). *PSICOSSOMÁTICA E A PSICOLOGIA DA DOR*. SÃO PAULO. PIONEIRA THOMSON LEARNING.
- BARBARA, K. (2001). *CONCEITOS E HABILIDADES FUNDAMENTAIS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM* (6.ª ED). PORTO. ARTMED.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. K. (1994). *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO: UMA INTRODUÇÃO À TEORIA E AOS MÉTODOS* (1ª ED). PORTO. PORTO EDITORA.
- BOLANDER, V. R. (1998) *ENFERMAGEM FUNDAMENTAL: ABORDAGEM PSICOFISIOLÓGICA* (3.ª ED). LISBOA. LUSODIDACTA.
- CARDOSO, M. A. (1999) *MANUAL DE TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA*. LOUSÃ. LIDEL.
- CARR, E. (1990) MÉTODOS NÃO FÍSICOS NO ALÍVIO DA DOR. *NURSING* 31 (12), 7-9.
- CLANCY, J. (1993) A SUBJECTIVIDADE DA DOR. *NURSING* 71, 21-29.
- CONIAM, S. W., DIAMOND, A. W.(2001) *CONTROLO DA DOR* (2.ª ED) LISBOA. CLIMEPSI.
- DIAS, A.(1994). *EXPERIÊNCIA DOLOROSA: VISÃO PSICO-BIOLÓGICA*. *SERVIR* 31(VOL 42), 45-184.
- ESTRELA, A. (1994). *TEORIA E PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO DE CLASSES: UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES* (4ª ED). PORTO. PORTO EDITORA.
- FAUCI, A. (1998) *HARRISON MEDICINA INTERNA- COMPÊNDIO* (14ª ED). RIO DE JANEIRO. MC GRAW-HILL.
- FLICK, U. (2005) *MÉTODOS QUALITATIVOS NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA* (1ª ED). LISBOA. MONITOR.
- FORTIN, M.F. (2003) *O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO – DA CONCEPÇÃO À REALIZAÇÃO* (3ª ED) LOURES. LUSODIDACTA.
- GAMEIRO, M. (1998) O SOFRIMENTO HUMANO COMO FOCO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM. *REFERÊNCIA: N° 0*. 5-12.
- HELMAN, C. (2003) *CULTURA, SAÚDE & DOENÇA*. SÃO PAULO ARTMED EDITORA.
- LEININGER, M. (1998) ENFERMAGEM TRANSCULTURAL: IMPERATIVO DA ENFERMAGEM MUNDIAL. *ENFERMAGEM* 10. 32-36.
- MASTEN, A. S., GARMEZY, N. (1985). RISK, VULNERABILITY AND PROTECTIVE FACTORS IN DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY. IN B. B. LAHEY & A. E. KAZDIN (Ed.), *ADVANCES IN CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY*. 123-137. NEW YORK. PLENUM PRESS.
- MATEUS, P., AMORIM, M. (2002) TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR. *SINAIS VITAIS* 43. 54-56.
- MELZACK, R., WALL, P. (1982) *O DESAFIO DA DOR*. LISBOA. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN.
- METZGER, C. (2002) *CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DOR*. LOURES. LUSOCIÊNCIA, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) *PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR*. LISBOA. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE.
- MONTEIRO, A. P. (2005) MULTICULTURALISMO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *PENSAR ENFERMAGEM* 1 (VOL. 9) 48-57.
- MUNHAL, P. (1994) *REVISIONING PHENOMENOLOGY: NURSING AND HEALTH SCIENCE RESEARCH*. NEW YORK. NATIONAL LEAGUE PRESS.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) *COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS*. DIVULGAR.

- PESCE P. (2005). ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE E VALIDADE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA. *CAD. SAÚDE PÚBLICA* 21(2), 436-448. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/CSP/V21N2/10.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf)
- PESTANA, M. T. (1996) A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NUM CONTEXTO MULTICULTURAL. *REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM* 1, 183-297
- PHANEUF, M. (2001) *PLANIFICAÇÃO DE CUIDADOS: UM SISTEMA INTEGRADO E PERSONALIZADO*. COIMBRA. QUARTETO.
- QUARTILHO, M. J. (2001) *CULTURA, MEDICINA E PSIQUIATRIA*. COIMBRA. QUARTETO.
- QUARTILHO, M. J. (2001) DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA: 3* (VOL 26).
- QUARTILHO, M. J. (1996) DOR CRÓNICA: ALGUNS ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS. *PSIQUIATRIA CLÍNICA* 3 (VOL 17), 171-180.
- QUEIRÓS, A. (2001) *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: A FENOMENOLOGIA NA INVESTIGAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO APLICADO À INVESTIGAÇÃO*. WWW.ANAQUEIROS.COM.
- QUEIRÓS, A. (2004) A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, WWW.ANAQUEIROS.COM *DIÁRIO DE NOTÍCIAS*(23.01.2005).
- QUEIRÓS, A. (2004) INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS DE BASE, DIFERENÇAS ENTRE AS METODOLOGIAS QUALITATIVAS E AS QUANTITATIVAS. WWW.ANAQUEIROS.COM. *DIÁRIO DE NOTÍCIAS*, (26.01.2005).
- QUEIROZ, M.V. (2002) *REUMATOLOGIA 1*. LIDEL..
- STREUBERT, H. J., CARPENTER, D. R. (2002) *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM ENFERMAGEM: AVANÇANDO O IMPERATIVO HUMANISTA*. (2º ED). LOURES. LUSOCIÊNCIA.
- REIS, F. (2000) *VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS EM ADULTOS COM ARTRITE REUMATÓIDE EM FASE CRÓNICA*. (1ª ED.) LISBOA. INDÚSTRIAS GRÁFICAS, LDA.
- WRIGHT, L. (2005) *ESPIRITUALIDADE, SOFRIMENTO E DOENÇA*. COIMBRA. ARIADNE EDITORA.