

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

JULIE MARENZI

**DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DE
PESSOAS COM DOR MIOFASCIAL -
UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EDUCATIVA**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

JULIE MARENZI

**DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DE
PESSOAS COM DOR MIOFASCIAL -
UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EDUCATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

**FLORIANÓPOLIS
2006**

© *Copyright* 2006 – Julie Marenzi.

Ficha Catalográfica

M324d Marenzi, Julie
Déficits de competência para o autocuidado de pessoas com dor miofascial:
umas
abordagem fisioterapêutica educativa / Julie Marenzi. – Florianópolis:
UFSC/PEN,
2006.
107 p.

Inclui bibliografia.

1. Dor Miofascial. 2. Fisioterapia. 3. Autocuidado – Educação. 4. Teoria de Enfermagem. 5. Dorothea Orem. I. Título.

CDD – 616.74

Catologação na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

JULIE MARENZI

**DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DE
PESSOAS COM DOR MIOFASCIAL - UMA ABORDAGEM
FISIOTERAPÊUTICA EDUCATIVA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 25 de maio de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente

Dra. Suzete M. Claus
Membro

Dra. Telma Elisa Carraro
Membro

Dra. Marisa Monticelli
Membro Suplente

Dedico este trabalho

*A **Deus**, por eu estar aqui, agora, e por algum motivo fazer parte dos teus planos.*

*Aos meus queridos pais **José Luiz e Dalva**; sem uma base forte jamais teria voado tão alto e tão longe. Acreditar que um filho é capaz... e incentivar os seus sonhos é realmente educar, amo vocês.*

*A minha querida sogra **Wilque**, pela preocupação e pelo cuidado.*

*A minha amiga e colega **Celine**; percorrer mais esta trajetória contigo me fez crer que nada acontece por acaso. Só nós sabemos o quanto transformador foi este processo. Hoje sei que somos pessoas muito melhores e fisioterapeutas do cuidado, porém, o mais importante das nossas conversas é que nós sabemos onde está a felicidade...*

*Ao bebezinho que percorreu comigo parte desta trajetória... **Giovana**, a tua vida pulsando dentro de mim, crescendo, fez crescer em mim a vontade de viver e de ser uma pessoa melhor para te esperar. Obrigada por me escolher para ser a tua mamãezinha.*

*Ao meu amor **Marcelo**, por existir...*

Agradecimentos

A querida professora Doutora Marta Lenise do Prado, por respeitar o meu tempo... me provocar, mostrar o caminho e esperar... Percorremos um longo caminho. Com certeza serei uma educadora melhor pelo teu exemplo.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por ter certeza que hoje sou uma fisioterapeuta melhor, e por me mostrarem que uma frase é também um dado cheio de significados capaz de transformar e modificar não somente o nosso mister, mas a pessoa que somos e a nossa maneira de ver o mundo.

Às pessoas às quais cuidei, que tiveram a confiança de compartilhar comigo um pedaço de suas vidas e de sua história, abrindo seus corações para este trabalho.

*Sentir primeiro, pensar depois
Perdoar primeiro, julgar depois*

*Amar primeiro, educar depois
Esquecer primeiro, aprender depois*

*Libertar primeiro, educar depois
Alimentar primeiro, cantar depois*

*Possuir primeiro, contemplar depois
Agir primeiro, julgar depois*

*Navegar primeiro, aportar depois
Viver primeiro, morrer depois*

Mario Quintana

MARENZI, Julie. **Déficits de competência para o autocuidado de pessoas com dor miofascial**: uma abordagem fisioterapêutica educativa. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 107 p.

Orientador: Dra. Marta Lenise do Prado

RESUMO

Esta pesquisa convergente assistencial teve como objetivos identificar os déficits de autocuidado de pessoas em dor miofascial. Também, construir um instrumento para esta avaliação, desenvolver e implementar uma metodologia de cuidado, assim como promover um processo reflexivo sobre os déficits de autocuidado de forma que pudesse contribuir para uma conscientização sobre a importância da participação das pessoas com dor miofascial no processo de autocuidado, fundamentado na Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. Participaram deste estudo, três sujeitos com dor miofascial em tratamento de fisioterapia com idades entre 49 e 52 anos, de sexo feminino e portadoras de pontos gatilho miofasciais ativos. Foram realizados quatro encontros, para proceder a avaliação postural, identificar os déficits de autocuidado, refletir sobre os déficits de autocuidado e avaliar o processo. Percebemos que a maioria das mulheres avaliadas identificaram seus déficits de autocuidado, mas referem fatores como problemas financeiros, “falta de força emocional” e fatores culturais como limitantes para o autocuidado. Concluímos, então, que o objetivo desta pesquisa, que visava contribuir para a reflexão sobre a importância da participação do indivíduo no processo de autocuidado a partir da identificação de seus déficits, foi atingida.

Palavras-Chave: Dor Miofascial; Fisioterapia; Autocuidado; Educação.

MARENZI, Julie. **Competence deficits for self-care of people with miofascial pain: a physiotherapeutic and educational approach.** 2006. Final Essay (Master's in Nurse's Training School) - Post-graduation in Nursery, Federal University of Santa Catarina. 107 p.

ABSTRACT

The purpose of this convergent care research was to identify deficits of self-care of patients with miofascial pain. It also aimed to construct of an instrument to assess that issue, to develop and to implement of a care methodology, as well as to a reflective process on the deficit of self-care that could contribute for a greater awareness on the importance of having these patients participate in their self-care process based on Dorothea Orem's Nursing Theory. Three women with miofascial pain took part in the study, aging from 49 to 52, and carrying active miofascial trigger points. Four meetings were held, aiming to perform postural assessment, identify self-care deficits by means of a questionnaire, reflect on the self-care deficits, and assess the process for that practice. We could notice that most people assessed identified their self-care deficits, but most of them mention financial problems, "lack of emotional strength", and cultural factors as a limiting factor for self-care. We concluded that the purpose of this research, which intended to contribute for the reflection of the importance of individuals participating in their self-care process, was achieved.

Keywords: Miofascial Pain; Physiotherapy; Self-Care; Education.

MARENZI, Julie. **Los Déficit de competencia para el auto cuidado de personas con dolor miofascial: un abordaje fisioterapéutico**, 2006. Disertación (Maestría en Enfermería) Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad de Santa Catarina, Florianópolis. 107 p.

RESUMEN

Este estudio convergente asistencial tuvo como objetivos identificar los déficit de auto cuidado de personas con dolor miofascial, construir un instrumento para esta evaluación, desarrollar e implementar una metodología de cuidado así como promover un proceso reflexivo sobre los déficit de auto cuidado de modo que puedan contribuir para una concienciación sobre la importancia de la participación de las personas con dolor miofascial en el proceso de auto cuidado, fundamentado en la Teoría de Enfermería de Dorotea Orem. Participaron del estudio 3 sujetos con dolor miofascial en tratamiento de fisioterapia con edades entre 49 y 52 años, de sexo femenino y portadoras de puntos de gatillo miofasciales activos. Fueron realizados cuatro encuentros, que buscaron realizar evaluación postural, identificar los déficit de auto cuidado, reflexionar sobre los déficit de auto cuidado y evaluar el proceso de esta práctica asistencial. Percibimos que la mayoría de las mujeres evaluadas identificaron sus déficit de auto cuidado, pero citan factores como problemas financieros, “falta de fuerza emocional” y factores culturales como limitantes para el auto cuidado. Concluimos entonces que el objetivo de esta pesquisa que visaba contribuir para la reflexión sobre la importancia de la participación del individuo en el proceso de auto cuidado a partir de la identificación de sus déficit, fue alcanzado.

Palabras Clave: Dolor Miofascial; Fisioterapia; Auto Cuidado; Educación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Achados clínicos que distinguem a dor miofascial devido aos pontos gatilho da Fibromialgia	18
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática dos Sistemas de Enfermagem propostos por Orem... 39

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Dor Miofascial.....	25
3.2 Aspectos Educativos envolvidos na Síndrome da dor Miofascial	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO	33
4.1 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem.....	34
4.2 Pressupostos do Marco Conceitual	40
4.3 Apresentando os Conceitos	42
5 METODOLOGIA.....	45
5.1 Participantes e Local do estudo.....	46
5.2 Coleta e registro dos dados	46
5.3 Procedimentos éticos de proteção dos direitos humanos	55
5.4 Análise dos dados – Análise proposta pela PCA.....	56
6 OS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DOR MIOFASCIAL 58	
6.1 Conhecendo as Participantes.....	58
6.2 Conhecendo os déficits de autocuidado das pessoas com dor miofascial	61
6.2.1 Déficit de autocuidado relacionado à alimentação	61
6.2.2 Déficits de autocuidado relacionados à realização de atividades físicas.....	66
6.2.3 Déficit de autocuidado relacionado à manutenção de atividade intelectual, interação e vida social	72
6.2.4 Déficit de autocuidado relacionado ao significado da doença para a família	80
6.2.5 Déficit de autocuidado relacionado à assistência à doença	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES	104

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta está vinculada à observação da minha prática profissional e a análise crítica sobre o fazer diário como fisioterapeuta. Trabalho com Reeducação Postural Global (RPG), e atendo pacientes que, em sua maioria, referem queixas de dor musculoesquelética. Como a dor possui aspectos multifatoriais, refleti em muitos momentos sobre as dificuldades da minha prática, assim como todas as variáveis que influenciam o tratamento.

Define-se dor não só como uma sensação, mas como uma percepção que remete à subjetividade da experiência dolorosa por envolver aspectos comportamentais, cognitivos e sensoriais.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2006), define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma ameaça real ou potencial de dano tecidual, ou descrita em termos de tal dano”.

A dor se torna crônica quando perde a finalidade biológica de alarme que visa a preservação da vida, tornando-se crônica, o que se considera quando há a persistência por mais de três meses.

A característica mais evidente da dor crônica é a sua presença contínua, cujas conseqüências podem ser devastadoras na vida das pessoas. A presença da dor contínua interrompe projetos pessoais e profissionais, pode incapacitar e levar a alterações posturais e funcionais.

Para a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2006), apesar de não existirem estudos epidemiológicos sobre a dor crônica no Brasil, estima-se que 50 milhões de brasileiros apresentem um tipo de dor crônica, e dados estatísticos de outros países indicam que 30% da população em um país sofrem de dores crônicas.

Segundo Lang (2002), os tipos de dor musculoesqueléticas podem ser classificadas como articulares e não articulares. Dor articular envolve processo inflamatório articular, como por exemplo, a artrite reumatóide ou osteoartrite. Dor não

articular envolve as desordens de tecidos moles, incluindo dor lombar, Dor Miofascial-DM ou Fibromialgia-FM.

Dentre as diversas terapêuticas para a dor, a chamada RPG-Reeducação Postural Global, é uma técnica que tem por objetivo tratar o indivíduo de maneira global, a partir de uma avaliação postural específica que busca identificar as causas das alterações biomecânicas que podem ser a origem de dores e distúrbios musculoesqueléticos levando ao aparecimento da dor. A RPG busca respeitar alguns princípios: o princípio da individualidade, já que não há duas colunas vertebrais perfeitamente idênticas, o princípio da globalidade, que assim como a homeopatia e a acupuntura buscam tratar doentes e não doenças.

O estudo do corpo humano e a visão de uma fisioterapia não fragmentária, mas voltada para o todo sempre provocou meu interesse e guiou meu caminho profissional. Além do tratamento postural, a reeducação para mim implica em orientações a respeito das atividades de vida diária. A educação postural tem um papel fundamental para o indivíduo, pois proporciona a autonomia para o autocuidado.

Durante as sessões, são discutidas questões sobre a importância de se sentar corretamente, como é a melhor maneira de se posicionar para dormir, discussão sobre como é o ambiente de trabalho e como a pessoa se relaciona com este ambiente. Este processo é educativo e cuidativo ao longo das sessões, pois proporciona ao indivíduo vivenciar estes cuidados e retornar com dúvidas e sensações a respeito das mudanças.

Todavia, ao longo de minha prática profissional, observei que somente a aplicação da técnica não era suficiente para que houvesse uma melhora postural, e que para obter bons resultados era necessária a participação ativa do indivíduo para se condicionar a adotar hábitos e posturas corretas no seu cotidiano. Esta mudança exige um esforço consciente e persistência para modificar hábitos prejudiciais adquiridos ao longo da vida.

Dentre as pessoas que buscam um tratamento com RPG, observamos que a maioria já passou por diversos tratamentos em busca de alívio para a dor, e uma minoria que busca o tratamento por estética ou por prevenção, não apresentando queixas de dor. Entre aqueles que buscam a RPG por sintomatologia dolorosa estão

algumas pessoas com diagnóstico de Síndrome da Dor Miofascial (SDM), Fibromialgia (SFM), e Síndrome da Fadiga Crônica (SFC), ou Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que são patologias que se caracterizam por dor muscular.

Neste estudo optou-se por trabalhar com pessoas com Dor Miofascial em tratamento, no meu consultório, que apresentavam vários pontos-gatilho durante a avaliação, o que caracteriza a Síndrome da Dor Miofascial. Por observar uma superposição de sintomas e sinais entre estas síndromes, busquei apresentar uma breve introdução sobre a SFM e a SDM para facilitar a compreensão da complexidade destas patologias.

Rudin (2003) caracteriza a Síndrome da Dor Miofascial pela presença de pontos-gatilho miofasciais (PG), que são pontos dolorosos hipersensíveis nos músculos contidos em faixas musculares de tensão palpáveis. A presença de um nódulo doloroso em uma faixa de tensão muscular é o critério mínimo para o diagnóstico para este autor.

Segundo Chaitow (2002), a Síndrome da Fadiga Crônica tem muito em comum com a Síndrome da Fibromialgia e também se assemelha superficialmente a aspectos da Síndrome da Dor Miofascial. O mesmo autor cita que embora a SFM se manifeste primariamente como dor musculoesquelética, esta não é a origem do problema. Estas patologias por muito tempo permaneceram indiferenciadas e atualmente apresentam critérios diagnósticos diferentes. Travell e Simons (1998) diferenciam a natureza crônica da Fibromialgia da Síndrome da Dor Miofascial que é comumente não-crônica.

Alguns autores como Harden et al. (2000), observaram em seu estudo sobre o tema que não há um consenso para determinar clinicamente um critério diagnóstico para a Síndrome da Dor Miofascial assim como ocorreu com a Fibromialgia. Este mesmo estudo observou que 81% dos especialistas que participaram do estudo identificam a SDM como uma desordem diferente da SFM.

Para Travell e Simons (1998), a falta de concordância geral sobre um critério diagnóstico apropriado para o exame dos pontos-gatilho (PG) tem sido cada vez mais um impedimento para o seu reconhecimento geral e para estudos compatíveis sobre

tratamentos eficazes. Segundo estes autores a dificuldade maior está na necessidade de examinadores experientes e treinados para o diagnóstico dos PG.

Ao contrário da Síndrome da Dor Miofascial, a Fibromialgia atualmente possui um consenso com critérios diagnósticos mais claros, favorecendo o diagnóstico. Em 1990, após a realização de um estudo multicêntrico envolvendo 16 centros de estudos em Fibromialgia, Wolfe e col. (1992) publicaram uma proposta de critérios para a classificação da SFM. Esta classificação foi publicada no American College of Rheumatology em 1990, e classifica a fibromialgia como uma doença cujo diagnóstico apresente história de dor muscular crônica e generalizada por pelo menos três meses. A dor é considerada generalizada quando os seguintes sintomas estão presentes: dor no lado esquerdo do corpo, no lado direito do corpo, abaixo da cintura e acima da cintura. Além disso, deve haver dor em coluna cervical ou parte anterior do peito ou coluna torácica ou lombar. Deve haver dor em, no mínimo, 11 dos 18 pontos sensíveis quando submetidos à pressão digital de 4Kg. As localizações são todas bilaterais e são situadas:

- nas inserções musculares suboccipitais;
- nos aspectos anteriores dos espaços intertransversos entre C5 e C7;
- nas origens do músculo supra-espinal;
- na segunda junção costovertebral;
- dois centímetros distalmente dos epicôndilos laterais dos cotovelos;
- nos quadrantes superiores externos das nádegas na prega anterior do glúteo médio;
- posterior à proeminência do grande trocanter;
- no aspecto médio dos joelhos, no coxim gorduroso próximo à linha articular.

Subseqüentemente esta definição oficial foi expandida em 1992 pela Declaração de Copenhague: Documento de Consenso sobre Fibromialgia (Consensus Document 1992). O que se pode afirmar com certeza, segundo Chaitow (2002), é que a fibromialgia é uma condição reumática não-deformante, antiga e atualmente definida como um complexo de doenças ou síndrome. Não há uma causa única, ou cura, para seus sintomas abrangentes e persistentes. Suas causas parecem requerer a atuação de

mais de um fator etiológico.

Apesar de serem entidades distintas, segundo Travell e Simons (1998), a SDM e a SFM podem frequentemente coexistir mesmo apresentando achados clínicos diferentes, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Achados clínicos que distinguem a dor miofascial devido aos pontos gatilho da Fibromialgia

Dor Miofascial (PG)	Fibromialgia
1 mulher: 1 homem	4-9 mulheres: 1 homem
Dor local ou regional	Dor difusa, generalizada
Sensibilidade focal	Sensibilidade difusa
Músculos aparentemente tensos	Músculos aparentemente moles/flácidos
Amplitudes de movimento restritas	Amplitudes de movimento amplas/ Hiper mobilidade
Resposta imediata à infiltrações analgésicas	Resposta demorada e pobre às infiltrações analgésicas
20% também apresentam fibromialgia	72% também apresentam PG ativos

Fonte: Travell e Simons (1998).

Ao contrário dos autores acima, Scudds e col. (1989) citam que em três estudos recentes se observou a prevalência de dor miofascial na proporção de cinco mulheres para um homem.

Os distúrbios do sono, a fadiga, os tremores, a dormência, o formigamento, o desconforto abdominal, a tontura, o inchaço e o sono não restaurativo são citados por Tüzün et al. (2004) em um estudo que compara a qualidade de vida de mulheres com SFM e SDM com um grupo controle. Os resultados mostram que os pacientes com SFM apresentaram os piores resultados, principalmente pelo comprometimento não somente da saúde física, mas da saúde mental e emocional em relação aos pacientes com SDM, os quais apresentam maior impacto na saúde física em comparação com a saúde mental.

Atualmente é foco de discussão entre os profissionais da área da saúde a grande quantidade de pessoas que procuram os consultórios médicos com queixas de depressão, insônia e dor/fadiga crônica, sintomas que não são traduzidos em exames específicos e não permitem que estes indivíduos recebam um diagnóstico de certeza.

Ao se estudar a Síndrome da Fibromialgia, a Síndrome da Fadiga Crônica, a Síndrome da Dor Miofascial, a Síndrome do Esforço Repetitivo/Lesões por Esforços Repetitivos (LER), e as síndromes depressivas, observamos a freqüente superposição entre elas, assim como a dificuldade de encontrar exames objetivos e específicos que permitam um diagnóstico definitivo. Diferentes especialistas, ao reconhecerem a comorbidade entre estas síndromes, aceitam as dificuldades para estabelecerem fronteiras que as tornem diferenciadas, e concordam com a alta prevalência no sexo feminino e questionam classificá-las ou não como doenças psicossomáticas. Por isso, alguns autores, como Sato (2001), destacam a importância de se investigar a relação entre gênero, trabalho e LER, pois é na população de mulheres que se tem diagnosticado a maioria dos casos de LER.

Na minha prática diária observo uma prevalência maior da dor na população de sexo feminino, mesmo quando relacionado a pessoas com SDM, o que contraria os achados de Travell e Simons (1998), apontados na tabela 1, que não verifica prevalência de gênero. Esta prevalência que observo pode ter relação com variáveis psicossociais, antropológicas e sociológicas que necessitam ser mais bem compreendidas. Esta prevalência de gênero, observada em minha prática, juntamente com o fato de eu não haver consultado nenhum indivíduo do sexo masculino durante o período desta pesquisa, é que confluíram para que esta pesquisa fosse realizada com mulheres.

Observamos que, por conseqüência a esta superposição de sintomas, se apresentam também vários entraves para o tratamento: condições socioeconômicas precárias, dificuldade em se perceber o problema destas pessoas como reais, resistência para se obter mudanças no trabalho ou no estilo de vida e concomitância com problemas orgânicos e psiquiátricos.

O tratamento dos indivíduos com Síndrome da Dor Miofascial, através de terapias manuais, é pouco estudado. Peñas et al. (2003) realizaram revisão em base de dados e concluíram que são feitos poucos testes randomizados controlados que analisem o tratamento da SDM com terapia manual. Harris e Clauw (2002) também concluem em um estudo que apesar de serem muito utilizadas e com eficácia

inquestionável, as técnicas de medicina complementar como acupuntura, *biofeedback*, massagem e ultra-som ainda na maioria das vezes não apresentam bons resultados em testes randomizados controlados.

Rudin (2003) cita que as terapias psicológicas são usadas frequentemente para tratar a SDM. A idéia, segundo o autor, é ensinar os pacientes a reconhecerem situações que contribuem para a excessiva tensão e alteração muscular, e ensinar técnicas que ajudem a evitá-las ou reduzir a tensão.

Este ciclo vicioso tensão-dor-tensão, muitas vezes culmina em indivíduos que apresentam alterações biomecânicas adaptativas e um total desprovimento de percepção corporal e que muitas vezes levam ao desenvolvimento de dores crônicas difusas. Estas questões afetam vários âmbitos das relações sociais, relacionados a necessidades de afastamento do trabalho, tendo custos elevados tanto na esfera social como individual.

Na minha prática profissional tenho observado bons resultados com o uso da reeducação postural para pessoas com dor miofascial. Na reavaliação dos casos que apresentam maus resultados, a maioria está relacionada ao não comprometimento das pessoas com as orientações. As causas relatadas mais comumente são falta de tempo, esquecimento e falta de motivação.

Segundo um estudo feito por Bucklew et al. (1998), *apud* Ambrose (2003), o motivo da não aderência ao tratamento segundo os pacientes seria: perda de tempo, compromissos familiares, e não conveniência.

Há pessoas que estão dispostas a aderir ao tratamento e às orientações de autocuidado e se tornam sujeitos ativos e participativos da reabilitação. Há aquelas que buscam um profissional que “resolva” a sua dor, delegando a este toda a responsabilidade do sucesso do tratamento. Estes últimos necessitam de uma abordagem diferenciada que os provoque a ser co-responsáveis pelo seu tratamento frente à dor.

A partir desta observação e da oportunidade de realizar uma prática assistencial vinculada à disciplina de “Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa

Catarina, identifiquei uma perspectiva para incrementar a minha prática profissional, desenvolver uma metodologia de assistência para pessoas com dor miofascial que pudesse auxiliar no enfrentamento da sintomatologia, e motivá-las no exercício de cuidar de si. Após o término da disciplina, resolvi retomar e aprofundar a discussão do conteúdo desenvolvido, o que deu origem a esta dissertação de mestrado, sendo assim a seguir delinea-se, então, o problema de pesquisa: **quais os déficits de autocuidado em pessoas com dor miofascial?**

O foco desta pesquisa é, portanto, os déficits de autocuidado desvelados ao longo do desenvolvimento de um processo de cuidado. O processo assistencial é, então, a minha metodologia para chegar aos déficits, o que classifica esta como uma pesquisa convergente assistencial-PCA, pois enquanto se implementa o processo de cuidado aprofunda-se o ângulo da realidade destas pessoas. Pois, segundo Trentini e Paim (2004), a PCA está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar à construções teóricas.

Como um dos objetivos deste estudo foi desenvolver uma metodologia de cuidado para pessoas com dor musculoesquelética, partindo da identificação dos déficits de competência para o autocuidado, não detive preocupação excessiva em buscar confirmação diagnóstica destas pessoas a fim de classificá-las em categorias por patologia, inicialmente pelo fato de que estas síndromes são consideradas, para muitos autores, como se superpondo. Atrás dos “indivíduos portadores de Dor Miofascial” estão as pessoas com dor, independente da patologia, e é esta *pessoa* o objetivo principal desta pesquisa.

Este novo olhar sobre o indivíduo com dor, além da patologia, se fundamenta na percepção de que o modelo biomédico que atualmente é praticado apresenta dificuldade em atender a proposta do biopsicosocial, pela dissociação na análise da interação do biológico, do psíquico e do social do ser humano.

Araújo (2002) cita que o modelo fragmentado e compartimentado da Educação Médica, assim como da Fisioterapia, dividida em especialidades, pode ter determinados modelos de práticas fragmentadas que, por sua vez, contribuíram para

que os modelos de construções diagnósticas pudessem ficar restritos aos fragmentos físicos biomédicos.

Assim, por meio de uma abordagem fisioterapêutica, busquei identificar os diversos aspectos que interferem na vida da pessoa com dor e sua relação biopsicosocial, sustentada pela Teoria do Autocuidado da Enfermeira Dorothea Orem, a qual serviu de base para a elaboração das entrevistas e para nortear esta pesquisa.

A partir deste processo avaliativo-reflexivo tive a intenção de despertar a compreensão da importância do cuidar de si e a transformação do indivíduo tratado em sujeito ativo e participante do cuidado, abrangendo todos os aspectos que podem influenciar na melhora da dor e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida. Com este trabalho não busquei transferir para as pessoas a responsabilidade sobre seu cuidado e seu tratamento, isentando a importância da minha atuação como fisioterapeuta, mas dividir com elas a responsabilidade do cuidar de si. A ação educativa que pretendo desenvolver com estas pessoas parte do pressuposto que a maioria delas já está em tratamento, por se tratar de uma patologia crônica, e recebendo orientações de uma equipe multidisciplinar. Além de identificar as lacunas deixadas em relação às orientações sobre o autocuidado recebidas, quero provocar um questionamento sobre os motivos que limitam as ações de autocuidado já conhecidas, para que isto provoque reflexões acerca de suas responsabilidades como agentes de seu autocuidado.

A partir desta reflexão busco identificar a minha contribuição como Fisioterapeuta, utilizando uma Teoria de Enfermagem, para auxiliar estas pessoas a transpor esta dor e identificar o significado que a dor tem para elas.

A dor persistente é um grave problema de saúde pública, respondendo por sofrimentos e perda de produtividade em todo o mundo. A dor crônica é debilitante e dispendiosa, situando-se entre as dez principais razões de consulta por motivos de saúde e de absenteísmo no trabalho, segundo relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2001).

Assim fundamentada, justifico a relevância deste estudo, entendendo que o corpo carrega consigo as cicatrizes emocionais de uma vida e é através da reflexão

sobre a importância do autocuidado que busco despertar a consciência e contribuir com caminhos que podem favorecer uma melhora na qualidade de vida para pessoas portadoras de dor miofascial, o que fundamenta a escolha do referencial de Orem (1995), que diz: "ajudar o indivíduo a seguir e manter por si mesmo as ações de autocuidado para conservar a saúde e a vida, recuperar-se da doença e/ou afrontar as conseqüências da doença".

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os déficits de autocuidado de pessoas com dor miofascial.

2.2 Objetivos Específicos

- Construir um instrumento para avaliar os déficits de autocuidado dos pacientes portadores de dor miofascial, com base nos pressupostos de Dorothea Orem;

- desenvolver uma metodologia de cuidado para os portadores de dor miofascial, fundamentada na Teoria de Dorothea Orem;

- implementar esta metodologia de cuidado junto às pessoas com dor miofascial visando a detecção dos déficits de competência para o autocuidado;

- desenvolver reflexões sobre os déficits de competência de autocuidado dos portadores de dor miofascial e sobre os motivos que os limitam na realização de ações de autocuidado já conhecidas, visando a promoção dos mesmos como agentes de autocuidado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Dor Miofascial

Em 1843, Floriep *apud* Travell e Simons (1998) usou o termo “calo muscular”, para identificar pontos dolorosos em cordões musculares, que foram relacionados a sérias queixas reumáticas. Adler (1900) *apud* Travell e Simons (1998) usou o termo “reumatismo muscular” e incluiu o conceito de dor irradiada dos nódulos de tensão.

De acordo com Travell e Simons (1998), Travell, em 1952 foi a primeira a utilizar o termo pontos-gatilho miofasciais, publicando cerca de quarenta artigos sobre o tema entre 1942 e 1990, assim como o primeiro volume do livro “O Manual dos Pontos-Gatilho”. Esta autora, juntamente com Rinzler em 1952, relatou os padrões de dor dos pontos-gatilho em trinta e dois músculos.

Travell acreditava que qualquer proliferação fibroblástica era secundária a uma disfunção muscular local e que qualquer alteração patológica somente ocorreria depois de um longo tempo e que a característica auto-sustentável dos pontos-gatilho (PG) dependiam de um mecanismo de *feedback* entre os PG e o sistema nervoso central. Em meados de 1980, Ficher produziu um aparelho para medir a sensibilidade dos PG e dos *tender-points* na fibromialgia.

Travell e Simons (1998), em sua ampla obra sobre a dor miofascial, descreveram alguns termos geralmente utilizados como sinônimos de dor miofascial, tais como reumatismo muscular, miogelose, miofibrosite, síndrome da disfunção miofascial, entre outros.

Segundo Criscuolo (2001), a dor miofascial – SDM acomete pelo menos a metade dos pacientes de uma clínica de dor na Universidade de Nebraska/EUA. Ela pode resultar de trauma, processos degenerativos, processos mecânicos, *stress* ou desordens metabólicas. É possível também que a hiperatividade do sistema simpático, assim como a sensibilização central, esteja ativa. As marcas características desta síndrome são os pontos-gatilho (*trigger points*) miofasciais.

Segundo Travell, Simons (1998), os pontos-gatilho são localizados em uma área dolorosa em uma faixa muscular e podem estar ativos ou latentes. Pontos gatilho ativos são dolorosos com ou sem movimento, enquanto os pontos-gatilho latentes só são dolorosos a palpação. Os pontos-gatilho não podem ser confundidos com os *tender-points* vistos na síndrome da fibromialgia. Os pontos-gatilho são dolorosos no local da palpação, mas também podem irradiar dor para outros pontos.

De acordo com Travell e Simons (1998) a fibromialgia é fundamentalmente uma condição diferente do que os PGs, mas frequentemente se apresenta com sintomas que são confusamente similares àqueles causados pelos PGs miofasciais crônicos. A Fibromialgia é caracterizada pelo aumento central da nocicepção, o que causa dor profunda nos tecidos, incluindo os músculos. Possui uma etiologia diferente dos PGs miofasciais, porém muitos dos pontos dolorosos diagnosticados na fibromialgia têm a mesma localização dos PG da dor miofascial, e muitos pacientes possuem ambas condições.

Vários outros autores descreveram tais condições, até serem diferenciadas pela literatura atual em fibromialgia, dor miofascial e fadiga crônica.

Segundo Travell e Simons (1998) os pontos-gatilho miofasciais são tipicamente localizados pelo exame físico e pela palpação. O diagnóstico dos *trigger-points* é feito pela exploração física, que deve levar em conta os sinais físicos demonstrados, incluindo: presença de tensão palpável em uma zona músculo-esquelética, a presença de nódulos doloridos hipersensíveis na zona de tensão muscular, contração local visível ou palpável à compressão.

Segundo Gerwin (2001), um músculo com PG não trabalha efetivamente. A banda de tensão restringe o alongamento do músculo e, por isso, há limitação de movimento. A fraqueza é produzida pela dor induzida pela inibição muscular, assim como com o encurtamento muscular. A coordenação é afetada bem como a inibição reflexa da atividade antagonista dos músculos é prejudicada.

A Reeducação Postural Global (RPG) é uma técnica terapêutica desenvolvida pelo fisioterapeuta francês Philippe Souchart em 1970 a partir da descrição do seu método em “O Campo Fechado”. De acordo com Souchart (1998), A RPG busca

trabalhar com os pacientes de forma global utilizando, para isso, técnicas específicas de reabilitação. Através de uma avaliação postural identificamos alterações da biomecânica muscular que, segundo autores como Goldstein (1996) e Chaitow (2002), levam a dores musculares, articulares, dores difusas ou localizadas, ou somente alterações posturais. Após a avaliação se seguem sessões onde se utilizam posturas específicas, buscando remontar do sintoma doloroso a sua causa, seguindo o fio das compensações posturais¹ e dos reflexos antálgicos. As alterações posturais observadas durante a avaliação fisioterapêutica muitas vezes produzem reações e desequilíbrios biomecânicos à distância, levando ao desenvolvimento de pontos-gatilho ativos em vários locais.

Segundo Gerwin (2001), as anormalidades cinéticas do esqueleto axial são causadas por *stress* que se desenvolve nas partes superior e inferior das cadeias músculo-esqueléticas. O autor cita um exemplo em que os músculos isquiotibiais encurtados levam a pelve em retroversão e, se este encurtamento for unilateral, levará a uma retroversão unilateral da pelve que provoca uma torção da mesma levando a uma alteração do comprimento das pernas porque o acetábulo não está centrado na cabeça do fêmur. A perna do lado da rotação posterior vai atuar como funcionalmente mais curta e provocar uma escoliose. Encurtamento do músculo Psoas e do músculo Quadrado lombar podem ocorrer no lado da perna mais longa. Haverá aumentada tensão na musculatura paravertebral do lado da perna mais longa e aumento de tensão e encurtamento do trapézio, elevador da escápula e escalenos do lado contralateral com um ombro mais alto compensatório.

Desta maneira, um encurtamento de isquiotibiais unilateral pode provocar dor muscular no pescoço e ombros. Outros desequilíbrios em locais diferentes do corpo, também podem convergir para o desenvolvimento da SDM, como cita Gerwin (2001), dando exemplos como a cefaléia tencional, dor no pescoço ou ombros, lesões por esforços repetitivos, síndrome do piriforme. Segundo este autor, os exemplos acima seriam característicos de SDM primária, por não estar relacionada com outras

¹ Compensações posturais são conseqüentes a adaptação de uma lesão primária. Por exemplo, um paciente que sofreu uma entorse de tornozelo há dois meses e passou por um período utilizando muletas ou claudicando, o que poderá causar uma alteração compensatória na biomecânica postural.

condições clínicas. A SDM seria considerada secundária quando relacionada com outras condições como, por exemplo, uma hérnia discal, uma síndrome do impacto do ombro que evolui para um ombro congelado.

De acordo com Buskila (1999), Walker *et al.* (1997) e Alexander *et al.* (1998), entre os veteranos da Guerra do Golfo há uma prevalência de 17% com fibromialgia (FM), sendo que as síndromes miofasciais são o diagnóstico de 59% das consultas reumatológicas entre este grupo. Os mesmos autores citam um aumento de evidências em que a FM é associada a pessoas vítimas de abusos sexuais, emocionais e físicos.

Martinez e Ferraz (1996) também concordam com estes autores quando citam distúrbios sociais e psicológicos envolvidos na SDM.

A incidência da SDM na população geral é desconhecida. O que potencializa a confusão sobre os aspectos epidemiológicos é a distinção entre os PG ativos e os PG inativos ou latentes o que, segundo Gerwin (2001), seria o equivalente a diferenciar doenças cardíacas com ou sem falência cardíaca congestiva. O autor coloca que PG ativos e inativos ou latentes são dinâmicos e que a diferença estaria em grande parte na sensibilidade do PG.

Travell e Simons (1989) defendem a classificação entre PG ativos e latentes e citam que a diferença é que um PG ativo produz dor a palpação e o latente produziria tensão muscular e encurtamento, mas não dor a palpação. Segundo estes autores um PG ativo pode induzir um PG satélite em outro músculo, e que a inativação do PG chave também inativa o PG satélite.

Sola *et al.* (1955) *apud* Gerwin (2001) fazem a citação de um estudo que buscou localizar áreas hipersensíveis na parte posterior dos ombros de 200 pessoas, em que se considerou áreas hipersensíveis como PGs inativos. Concluiu-se que 55% das mulheres e 45% dos homens a partir dos dezenove anos de idade tinham áreas hipersensíveis nos músculos. Este artigo é citado como mostrando a prevalência de PGs na população como 50%. Este estudo feito por Sola e col. (1955) ainda é citado em artigos atuais por não haver nenhum estudo semelhante mais recente.

Skootsky *et al.* (1989) examinaram uma série de 172 pacientes que se apresentavam a um ambulatório universitário e observaram que destas 172 pessoas, 54

tinham queixas que incluíam dor e destas 54 pessoas, 16 (30%) satisfaziam os critérios diagnósticos de dor miofascial.

Há três teorias possíveis para a explicação patofisiológica dos PG. A primeira sustentada por Sato (1991), diz que os PGs são os primeiros geradores da dor miofascial e são causados por sobrecarga repetitiva sobre o músculo levando ao microtrauma ou lesões musculares diretas levando a um macrotrauma. O problema desta teoria é a falta de suporte histopatológico convincente. Outra teoria sugerida por Hubbard e Berkoff (1993) é que os PG se originam da disfunção do próprio músculo. Foi proposto que o local dos PG seria o fuso muscular, sugerindo que uma disfunção no fuso produziria os pontos-gatilho. Esta teoria permanece não comprovada.

A terceira e mais promissora teoria seria suportada pela teoria da neurofisiologia da dor, de Rivner (2001). Esta teoria sugere que o PG não seria uma lesão muscular primária, mas um fenômeno de dor referida. Após a lesão tecidual, impulsos nociceptivos prolongados produziram uma sensibilização no corno dorsal da coluna, principalmente ampliando o campo do neurônio receptor para produzir um aumento na área espacial hipersensível (hiperalgesia secundária). Esta dor referida pode ser contígua ou distante da área lesada. A medula espinhal e os nervos periféricos têm um papel importante na SDM.

Segundo Fischer (1999), os PGs latentes parecem ser um reflexo medular; eles são abolidos após bloqueio ou secção do nervo que inerva o PG. Injeções nas facetas articulares, tração, exercícios posturais e bloqueio da raiz nervosa podem abolir os PG no miótomo afetado, presumivelmente por reduzir a nocicepção na primeira fonte de origem. Injeções locais de anestésicos em músculos próximos que dividem o miótomo com os PGs podem abolir ou atenuá-los.

Rudin (2003) diz que se os PG representam hiperalgesia secundária e um tratamento efetivo pode requerer identificação e tratamento das fontes nociceptivas primárias.

Travell e Simons (1989) recomendam que o critério mínimo aceitável para o diagnóstico de PG seja a combinação da presença de:

- uma zona de tensão palpável;

- nódulos doloridos na zona de tensão;
- o paciente reconhece a dor como “familiar”;
- dor ao alongar os tecidos.

Rivner (2001) conclui seu estudo citando que infelizmente nenhuma teoria explica completamente os dados relacionados com os pontos-gatilho e que uma teoria bem sucedida deveria explicar os achados tanto em humanos quanto em animais.

A alta prevalência desta síndrome na população geral, segundo os autores acima, nos leva a concluir que estes sintomas devem ser tratados independentemente de uma explicação teórica clara para a patologia objetivando uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos e uma redução no limiar de dor.

3.2 Aspectos Educativos envolvidos na Síndrome da dor Miofascial

Segundo Ambrose *et al.* (2003), as pesquisas têm mostrado que o exercício físico é benéfico para pacientes com FM por diminuir a dor e a fadiga, e que deveria ser incluído como parte de um tratamento multiprofissional.

De Lorenzo *et al.* (1998) demonstraram em um estudo que os pacientes com síndrome da Fadiga Crônica tinham evidências de descondicionalismo físico e cardiovascular e sugeriram que a elaboração de um programa de exercícios poderia melhorar o condicionamento físico e a capacidade de realizar exercícios.

Segundo Aulecims (1995), as mudanças no estilo de vida associadas com as melhoras posturais são importantes para evitar tensões musculares e evitar recidivas. A mesma autora cita como uma das técnicas eficazes de tratamento a educação do paciente para identificar e relaxar as musculaturas que estão sob tensão e cita técnicas como Biofeedback².

Outros pacientes no mesmo estudo relatam que após os exercícios sentem muita

² Segundo Chaves J., *Biofeedback* é uma técnica em que se aprende o controle voluntário de funções fisiológicas das quais as pessoas normalmente não têm consciência com a finalidade de recuperar, manter ou melhorar a saúde.

fadiga e dor, e que segundo o autor se sentem “quebrados” por mais de 24 horas após uma sessão de treinamento, referindo-se ao exercício como “perda de tempo”, “doloroso”, e “estressante”.

Burckhardt *et al.*, *apud* Ambrose (2003) realizaram um estudo comparando um programa combinado de exercício físico e educação com um programa somente de educação para pacientes com FM. Foi observado que ambos os grupos obtiveram melhora da qualidade de vida e concordaram com a eficácia do tratamento em comparação com o grupo controle. Após quatro a oito meses de acompanhamento, estes pacientes do grupo combinado (educação e exercício) se mostraram mais favoráveis ao tratamento do que o grupo de educação. Estudos semelhantes que demonstram a importância da educação, dos exercícios e autocuidado através de uma abordagem interdisciplinar são citados por Worel *et al.* (2001) e Littlejohn e Walker (2002).

Segundo Travell e Simons (1989), os exercícios de alongamento são a chave para o alívio da dor miofascial e a melhora do condicionamento, e o aumento do alongamento em um grupo muscular adquirido com os exercícios reduz a probabilidade destes desenvolverem PG. No entanto, em paciente com PG ativos, o condicionamento e o alongamento podem agravar os sintomas. Neste estágio, em que há dor também em repouso, se sugerem atividades leves feitas em água aquecida. Quando os pontos forem desativados novamente e a dor em repouso desaparecer, um cuidadoso programa de exercícios é necessário para melhorar o condicionamento físico, começando sempre pelo alongamento e não pelo fortalecimento.

Estes autores sugerem que o modo como o exercício físico deve ser prescrito assim como de que maneira é executado é tão fundamental quanto a administração das doses corretas de uma droga.

Travell e Simons (1989) dizem que os movimentos estressantes, responsáveis pela ativação e perpetuação dos *trigger-points* em um músculo necessitam ser identificados, eliminados ou modificados para prevenir que estes mesmos estressores venham a reativar e perpetuar os PG. Sugerem que a boa postura evita contrações musculares sustentadas por muito tempo ou encurtamentos prolongados dos músculos

e que a orientação sobre a postura correta ao sentar, ler, dormir deve ser incentivada.

O acompanhamento de pessoas com condições crônicas, entre elas a dor miofascial, tem sido um desafio para os profissionais, já que a par de todo desenvolvimento tecnológico, os impactos na qualidade de vida têm sido muito tímidos. Essa realidade tem determinado a busca de alternativas que possam contribuir com a terapêutica e controle da dor. O Referencial Teórico de Dorothea Orem tem sido bastante utilizado para dar sustentação para práticas assistenciais que envolvem doenças crônicas. Porém, em um levantamento feito em base de dados, não encontramos artigos ou periódicos nos quais se utilizasse esta teoria para sustentar uma prática relacionada ao cuidado de pessoas portadoras de alterações músculo-esqueléticas como a Síndrome da Dor Miofascial.

Burks (1999), em seu estudo feito sobre o uso desta teoria em pessoas com doenças crônicas, diz que esta teoria não tem sido aplicada para pacientes em reabilitação músculo-esquelética, mas que vários estudos demonstraram a importância do autocuidado em portadores de problemas crônicos. Esta autora cita o exemplo da utilização desta teoria para pessoas com artrite reumatóide, relatando que estes melhoraram seu conhecimento sobre a doença, aumentaram a prática de exercícios e relaxamento e diminuíram a dor. Além disso, estes indivíduos relataram menos necessidade de visitas ao médico e menos incapacidades.

Salienta-se, assim, a importância de um trabalho multidisciplinar no qual os profissionais de saúde, e entre eles o fisioterapeuta, se proponham a atuar como facilitadores em um processo educativo que vise aumentar a competência destas pessoas para o autocuidado.

Assim, a fisioterapia com uma atuação preventiva pode vir a auxiliar no tratamento da dor miofascial, não somente restabelecendo a capacidade física e mantendo a funcionalidade, mas atuando como facilitador em um processo educativo que objetive a melhora da qualidade de vida destas pessoas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Trentini e Paim (2004, p.54),

a palavra teoria compreende-se como uma idéia, isto é, uma abstração sistematizada de determinada realidade. É um conjunto de conceitos que apresentam estreita relação entre si; portanto os elementos de sustentação de uma teoria são os conceitos.

Utilizei uma teoria de Enfermagem por não haver na fisioterapia teorias que pudessem dar suporte a esta prática. Foi necessário, então, realizar algumas adaptações à proposta teórica escolhida. Escolhi a Teórica Dorothea Orem, devido à necessidade de contar com o apoio de uma teoria que abrangesse o autocuidado e fornecesse meios e instrumentos com os quais se pudesse avaliar pacientes crônicos, como são os portadores de dor miofascial.

Para o desenvolvimento deste texto, foram utilizadas as bibliografias das autoras Foster e Bennet (2000), colaboradoras no livro de George (2000), com a apresentação da Teoria de Dorothea Orem, assim como a quinta edição de Enfermagem: conceitos da prática (1995), de Dorothea E. Orem.

O fisioterapeuta como profissional da saúde, ao prestar cuidados à pessoa com dor, não visa tornar o cliente dependente de seus cuidados, mas despertar nele as competências para o autocuidado visando sua independência. A aplicação prática dos conceitos de Orem proporcionou à minha prática profissional, antes voltada principalmente para o “tratar”, a liberdade de realizar uma prática educativa cuidativa, contemplando, então, um enfoque integral do indivíduo e favorecendo a melhora da qualidade de vida.

Inicialmente apresento uma síntese dos dados biográficos da autora e, em seguida, apresento os pressupostos e conceitos que nortearam esta pesquisa.

4.1 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem

De acordo com Foster e Bennet (2000), Dorothea Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Iniciou seus estudos de Enfermagem na escola de Enfermagem do Providence Hospital School of Nursing, em Washington D.C. Concluiu o seu curso no início de 1930. Em 1939 conseguiu seu grau de Bacharel em Ciências e em 1945 obteve o grau de Mestre na Catholic University of América.

Segundo George (2000), Orem, durante 1958-1959, trabalhou como consultora do Office of Education, Department of Health, Education and Welfare, onde participou em um projeto para melhoria do treinamento prático (vocacional) de Enfermagem. Este trabalho estimulou-a a considerar a questão: “que condição existe na pessoa quando esta pessoa ou outros determinam que ela deva estar sob os cuidados de Enfermagem?” Sua resposta englobava a idéia de que enfermeira é o “outro eu”. Esta idéia evoluiu para o seu conceito de Enfermagem de “autocuidado”.

Durante sua carreira, trabalhou como enfermeira particular, como administradora e como consultora em Enfermagem. Na sua trajetória como teórica influenciou todas as enfermeiras, pois foi o contato e as experiências das mesmas que lhe serviram como fonte inspiradora.

Ainda segundo a mesma, Orem formula sua Teoria Geral de Enfermagem como:

A condição que valida a existência de uma exigência de Enfermagem em um adulto é a ausência da competência de manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos. Nas crianças, a condição é a incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente, para a criança, a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico.

Esta Teoria Geral de Orem é composta por três teorias inter relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem. Tem como aspecto fundamental o autocuidado centrado no indivíduo. A Teoria do Déficit do Autocuidado é a essência da Teoria Geral, pois descreve a

intervenção da enfermeira, onde a atuação é necessária quando há desequilíbrios entre exigência de autocuidado do indivíduo e sua competência para o autocuidado.

Segundo George (2000), incorporadas a essas três teorias estão seis conceitos centrais: ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de Enfermagem e sistema de Enfermagem; e um conceito periférico de fatores condicionantes básicos.

Em 1985, ao publicar a Teoria Geral de Enfermagem, Orem (1985, p.84) define o conceito de autocuidado como: “Autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar”.

Orem (1995) descreve o **autocuidado** como a ação de pessoas adultas que desenvolveram capacidades de cuidar de si próprias em relação ao meio onde vivem. Pessoas que se engajam no seu autocuidado, capazes de executar estes requisitos e que possuem a competência e o potencial para agir deliberadamente a fim de regular os fatores internos e externos que influenciam em suas funções e seu desenvolvimento.

Outro conceito fundamental apresentado por Orem é o da **competência para o autocuidado**. Orem (1995) diz que pessoas adultas, em situações normais, desenvolvem poderes e capacidades para conhecer suas próprias necessidades e requisitos de autocuidado, o que auxilia na regulação de suas funções, assim como auxilia no cuidado dependente. De acordo com a autora, o poder e a capacidade de se engajar no autocuidado são chamados de competência para o autocuidado. Outro conceito fundamental é relacionado às **exigências/demandas terapêuticas de autocuidado**, que segundo Orem (1995) é o total de requisitos e medidas de cuidado necessárias para a regulação da saúde e bem estar de um determinado indivíduo.

Orem (FOSTER e BENETT, 2000) diz que a ação de autocuidado constitui, então, a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado, o que pode ser afetado pelos fatores condicionantes básicos que são o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde (modalidades de diagnósticos e de tratamentos), os fatores do sistema familiar, os padrões de vida (engajamento em atividades), os fatores

ambientais e adequação e a disponibilidade de recursos.

A Teoria de Autocuidado, apresenta os requisitos de autocuidado, entendidos como sendo as ações que se querem prover com o autocuidado que são realizadas pelo próprio indivíduo ou por outra pessoa. Os requisitos se dividem em três categorias: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

Requisitos de autocuidado universal: são comuns a todos os indivíduos em todos os estágios do ciclo vital, e estão inter-relacionados e associados com os processos da vida à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento do homem. Orem os identifica como: (a) ingesta suficiente de ar, (b) ingesta suficiente de água, (c) ingesta suficiente de alimento, (d) a provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção, (e) equilíbrio entre atividades e descanso, (f) equilíbrio entre solidão e interação social, (g) prevenção de riscos a vida humana, seu funcionamento e bem-estar e (h) a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme seu potencial, suas limitações e seu desejo de ser normal.

Requisitos de autocuidado de desenvolvimento se relacionam às exigências de autocuidado durante todas as etapas do ciclo vital e se classificam em dois subtipos: um relacionado à prevenção de efeitos negativos das condições adversas, e o outro se relaciona à provisão de cuidados para diminuir e/ou superar efeitos negativos que se relacionem com uma condição ou acontecimento vital particular.

E, finalmente, os Requisitos de autocuidado no desvio de saúde: que surgem relacionados a exigências nas condições de doença ou lesão ou relacionados à medidas médicas para diagnosticar ou corrigir a condição. São eles: (a) busca e garantia de assistência médica adequada, (b) conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições patológicas, (c) execução efetiva de medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas, (d) atenção aos efeitos colaterais das prescrições, (e) modificação do autoconceito (e auto-imagem), por estar num estado especial de saúde e necessitando de cuidados, (f) aprendizado da vida associado aos efeitos da patologia e com as conseqüências do diagnóstico médico e nas medidas de tratamento no estilo de vida, para continuar promovendo o desenvolvimento do indivíduo.

A Teoria do déficit de autocuidado procura explicar quando a atuação da enfermeira é necessária para auxiliar no autocuidado e busca explicar a relação entre as exigências/demandas de autocuidado terapêutico e a atuação da enfermeira com as competências/habilidades que o indivíduo tem para o autocuidado, mostrando que quando há maior exigência do que competência a enfermagem se torna necessária.

Orem (1995) conclui, então, explicando que o déficit de autocuidado ou o déficit de cuidado dependente significa que a natureza da demanda terapêutica de autocuidado do indivíduo excedeu o poder e a capacidade que o mesmo possui para se autocuidar.

Esta autora também busca auxiliar na compreensão da profissão da Enfermagem como um serviço de ajuda e que para isto é necessário compreender que as maiores dificuldades para estes profissionais são compreender o que a pessoa a quem se está ajudando necessita naquele momento, e que dar e receber ajuda são um processo que é afetado pelo conhecimento, pela competência, pela personalidade, pela experiência e situações de vida de quem ajuda e de quem é ajudado.

Orem (1995) explica que as pessoas que convivem diariamente desenvolvem métodos de ajuda para compensar as limitações que os indivíduos ou as famílias possuem sob determinadas circunstâncias para confrontar necessidades existentes ou que possam emergir. Para Orem, um método de ajuda partindo de uma perspectiva de Enfermagem, constitui-se em uma série de ações seqüenciais que, se realizadas, irão suprir ou compensar os limitantes de cuidado desta pessoa para engajar ações que regulem suas próprias funções ou de seus dependentes. Orem (1995), então, identifica os cinco métodos de ajuda a seguir: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, ensinar.

A enfermeira pode ajudar o indivíduo usando um ou todos estes métodos para proporcionar a assistência para o autocuidado.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, planejada pela enfermeira, é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para desempenhar as atividades de autocuidado. Se houver um déficit entre o que o indivíduo possa fazer e

o que necessita ser feito (exigência de Enfermagem), a Enfermagem é necessária, e a enfermeira irá planejar ações de autocuidado juntamente com o cliente e seu familiar cuidador, procurando sempre estimular a competência para o autocuidado. Estes três sistemas procuram satisfazer os requisitos de autocuidado. São eles:

Sistemas de Enfermagem totalmente compensadores: a enfermeira supre as necessidades do indivíduo que é incapaz de realizar ações de autocuidado e que podem se dividir em subgrupos: ex.1, pessoas em coma; ex.2, pessoas com autonomia porém não podendo ou não devendo deambular; ex.3, pessoas independentes e não autônomas como deficientes mentais.

Sistemas de Enfermagem parcialmente compensadores: a equipe de Enfermagem proporciona os autocuidados assim como a pessoa na mesma proporção. Ex: Pós-operatório de cirurgia abdominal recente.

Sistemas de Enfermagem de apoio-educação: segundo Orem (FOSTER e BENETT, 2000), neste sistema a pessoa é “capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar, as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, externa ou internamente orientado, mas não pode fazer isso sem assistência” o que também é conhecido como sistema de apoio desenvolvimental, nele o paciente realiza todo o autocuidado. A enfermeira é a mestre ou consultora.

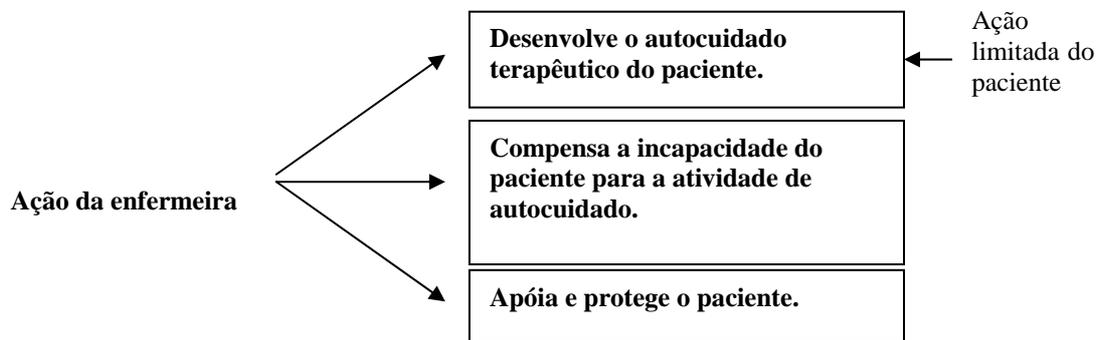
O profissional fisioterapeuta em sua prática diária atende as pessoas nestes diferentes níveis de necessidade quando, por exemplo, atende pacientes comatosos em unidades de terapia intensiva realizando a manutenção da amplitude de membros e/ou o monitoramento desta mobilidade de modo totalmente compensador, assim como higiene brônquica nos casos de infecções pulmonares, sendo parcialmente compensador e nos momentos onde o paciente necessita da educação para o autocuidado.

No caso das pessoas com dor miofascial que participaram deste estudo, procurei inicialmente realizar uma entrevista e uma avaliação física detalhada para identificar qualquer aspecto biomecânico que pudesse estar provocando a dor miofascial. Na entrevista, aspectos importantes como a investigação sobre o posto de trabalho e as atividades realizadas em casa também foram consideradas. Correlacionar os momentos

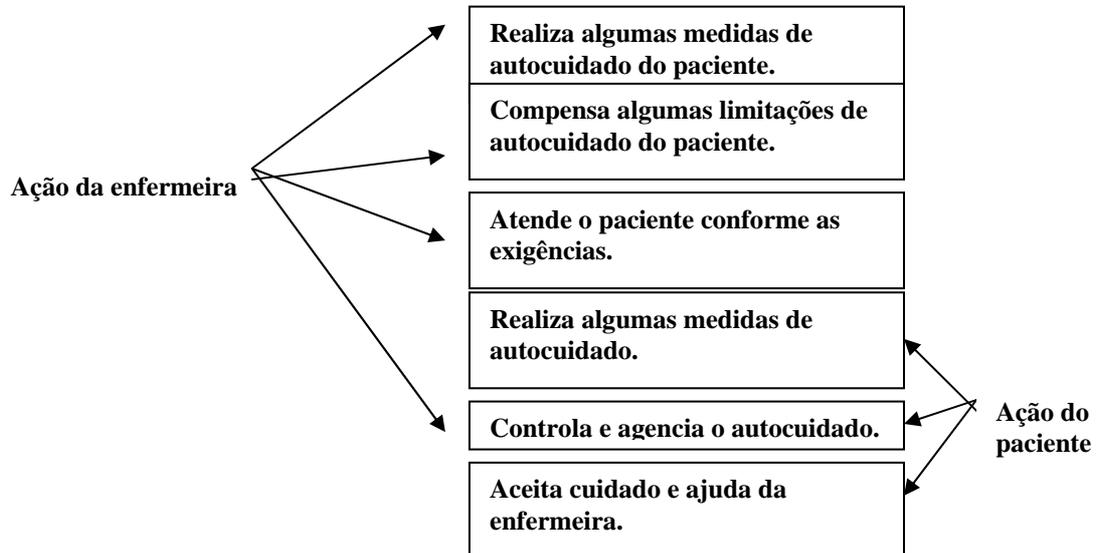
de aparecimento da dor com as atividades realizadas ao longo do dia, assim como abordar os aspectos do autocuidado relacionados com a realização de atividades físicas, a nutrição, aos aspectos emocionais que interferem na vida da pessoa, aumentando a intensidade da dor e aos cuidados em relação à medicação e assistência médica.

Figura 1 - Representação esquemática dos Sistemas de Enfermagem propostos por Orem

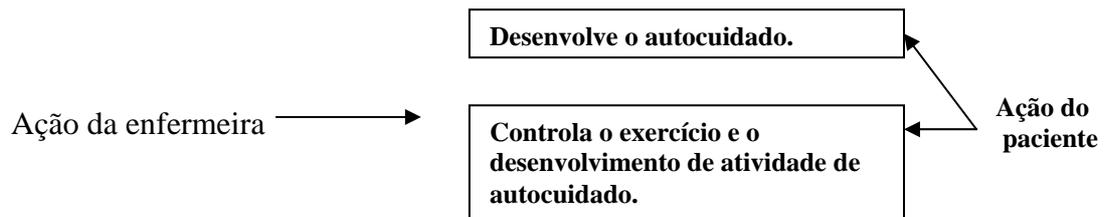
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA DE APOIO-EDUCAÇÃO



Segundo Foster e Benett (2000), a premissa de autocuidado do Orem é contemporânea com o conceito de promoção e manutenção de saúde e é comparado à saúde holística, pois ambos promovem a responsabilidade do indivíduo pelo cuidado de saúde.

O autocuidado é uma atividade aprendida e, como todas as atividades aprendidas, tem fortes influências culturais e sociais. Somente a decisão voluntária da pessoa portadora de dor miofascial fará com que sejam incorporadas ou substituídas algumas ações de autocuidado. Esta ação educativa visa respeitar a liberdade deste sujeito porque somente a reflexão sobre as ações de autocuidado e a identificação dos déficits promovem a verdadeira aprendizagem, pois são frutos construídos da própria reflexão do indivíduo sobre seu ser.

4.2 Pressupostos do Marco Conceitual

A seguir são apresentados os pressupostos que orientaram o presente estudo. Pressupostos constituem declaração das crenças do pesquisador que orientam o estudo. Segundo Minayo (2004, p.95), “costuma-se usar o termo pressupostos para falar de alguns parâmetros básicos que permitem encaminhar a investigação empírica qualitativa”.

Pressupostos de Orem segundo Foster e Benett (2000):

As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.

- 1) autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar;
- 2) educação e cultura influenciam os indivíduos;
- 3) autocuidado é aprendido através da interação humana e da comunicação;
- 4) autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas necessidades de autocuidado;

- 5) as pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidarem de si mesmas;
- 6) as pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiental.

Constituem os meus pressupostos:

- 1) o fisioterapeuta é um profissional que pode atuar na promoção do autocuidado tanto parcialmente como totalmente, podendo atuar também na questão da educação para o autocuidado direcionada ao paciente ou aos cuidadores/ familiares;
- 2) o fisioterapeuta pode realizar o monitoramento da funcionalidade do movimento em todos os ciclos vitais, infância, adolescência, adultez e velhice avaliando quando há limitações para o autocuidado;
- 3) o autocuidado é uma atividade aprendida, realizada primeiramente através da observação e repetição; a sua necessidade e importância só se tornam compreendidas através das vivências pessoais ou de vivências de pessoas do seu convívio;
- 4) o modo como os indivíduos realizam o autocuidado influencia diretamente na sua qualidade de vida em curto, médio e longo prazo;
- 5) o comprometimento com o autocuidado é uma característica do indivíduo, o que faz com que as ações de autocuidado repercutam de forma diversa na população;
- 6) a cultura e o ambiente influenciam o autocuidado do indivíduo, fazendo com que este indivíduo possa ter que se distanciar de seus antigos valores culturais para aprender o autocuidado de outra forma em seu benefício.

4.3 Apresentando os Conceitos

Segundo Minayo (2004, p.92), “os conceitos são as vigas mestras que sustentam a construção teórica, são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria”. Ao elaborar os conceitos busquei refletir e teorizar sobre o que cada um deles significava para mim.

Os conceitos que formarão o eixo de sustentação deste estudo são: ser humano com dor miofascial, processo de viver saudável, autocuidado, e fisioterapeuta. Os conceitos de pessoa, saúde e autocuidado são da teoria de Orem (1995).

Ser humano

Segundo Orem (1995):

o ser humano é um organismo biológico, racional e pensante. Como tal é afetado pelo meio ambiente e é capaz de ações predeterminadas que lhe afetem, ou a outros ao seu redor, condições que lhe fazem capaz de seguir a risca o autocuidado. É uma pessoa com capacidade para conhecer-se, com faculdades para utilizar as idéias, as palavras e os símbolos para pensar, comunicar e guiar seus esforços, capacidade para refletir sobre sua própria experiência e efeitos colaterais, a fim de realizar as ações de autocuidado e cuidado dependente (OREM, 1995).

O ser humano com dor miofascial é único, e a seu modo realiza o autocuidado buscando um caminho para o alívio da sua dor. Carrega consigo uma carga cultural, vivendo em um contexto social em que a dor não é bem vista, e por muitas vezes o torna incapaz para o trabalho e um fardo para a sociedade e para a família. Não devemos, no meu ponto de vista, olhar só para o ser humano que se encontra a nossa frente, mas para o contexto social em que ele vive e como a dor afeta esta relação.

Processo de viver e ser saudável

Segundo o marco teórico do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o processo de viver e ser saudável é um processo dinâmico desenvolvido pelo próprio indivíduo, assim como coletivamente,

influenciado pela sociedade e mediado por aspectos culturais e de gênero. Ser saudável, em um processo de viver, inclui a sensação de bem-estar e satisfação com a vida e o mundo.

Para a pessoa portadora de dor miofascial, ser saudável se relaciona com ausência de dor, ausência de limitações físicas. É sentir-se bem com seu corpo, sendo produtivo para si, sua família e no trabalho. É uma vida livre de medicações, de horários e consultas médicas, de uma peregrinação incessante por consultórios médicos em busca de alívio para a dor.

Autocuidado

Segundo Orem (1995):

autocuidado é uma contribuição constante do indivíduo a sua própria existência: “o autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo”. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas sobre si mesmas, para os demais e para o meio ambiente, para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento e funcionamento em benefício de sua vida, saúde ou bem estar.

Acredito que para este ser humano, autocuidado é sinônimo de autopreservação, é sua busca para minimizar o seu sofrimento físico e psíquico de quem vive em um tempo em que sempre falta tempo. Este ser humano luta para acompanhar as mudanças, para se manter saudável e ativo, para se alimentar bem, cuidar de si e, muitas vezes, de outros. Ter vida social, enfim, buscar o autocuidado dentro das possibilidades que lhe são oferecidas.

Fisioterapeuta

Segundo Rebelatto (1999),

o fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área da saúde, pleno, autônomo, que atua isoladamente ou em equipe, em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas, ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa do movimento humano em toda a sua plenitude, com objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integralidade dos órgãos, sistemas e funções corporais.

Para mim, o fisioterapeuta é um profissional da saúde que é responsável pelo monitoramento do movimento humano, que lida com o corpo do outro e que, para isso, deve ter qualidades como sensibilidade e ética, além de ter uma compreensão holística do ser humano para uma abordagem em que o corpo e a mente são indissociáveis.

5 METODOLOGIA

Para Minayo (2004, p.22),

entende-se por metodologia o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto das técnicas que possibilitam a construção de realidade e o potencial criativo do investigador.

Lênin³, em Minayo (2004, p.21) diz que:

a realidade social, que só se aprende por aproximação, é mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela, pois o pensamento tende a dividir, a separar, a fazer distinção sobre momentos e objetos que nos apresentam. Se falarmos de saúde ou doença, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida numa fórmula numérica ou um dado estatístico.

Neste estudo utilizamos a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a qual é uma modalidade de pesquisa que é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua, segundo citam Trentini e Paim (2004). Segundo as autoras, deste modo, o pesquisador se coloca em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado.

A mesma fonte acrescenta que a principal característica da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial, o que ocorre principalmente durante a coleta de informações quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa.

^{3 3} LENIN, W. Cahiers Philosophiques. Paris: Éd. Sociales.1965.

5.1 Participantes e Local do estudo

Participaram deste estudo três mulheres com idades entre 40 e 60 anos portadoras de pontos-gatilho miofasciais ativos e que se apresentavam em tratamento fisioterapêutico no consultório da autora durante a sua realização. Foram selecionadas pessoas com possibilidade de tempo para as entrevistas, vontade de participar e boa capacidade de comunicação e clareza.

Durante o período de coleta de dados, setembro de 2005 a julho de 2006, não se apresentou nenhum indivíduo do sexo masculino que satisfizesse estes critérios de inclusão. As entrevistas foram previamente agendadas com as participantes e realizadas individualmente após a sessão de tratamento semanal.

5.2 Coleta e registro dos dados

Os dados foram coletados durante o processo de cuidado às mulheres em que foi implementada uma metodologia assistencial e utilizou um roteiro com questões orientadoras com as quais, segundo Trentini e Paim (2004), busquei “captar, de forma detalhada, aspectos importantes em relação aos temas escolhidos”. Estes temas foram relacionados ao autocuidado, contemplando alguns aspectos: a) identificação da pessoa, b) questões orientadoras relacionadas aos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde que acreditamos estarem associados à pessoa adulta com dor miofascial (Apêndice 2). Construimos este roteiro para este estudo baseado nos requisitos básicos de autocuidado de Dorothea Orem, já apresentados no referencial teórico deste texto. Foram realizados três encontros com cada participante, com duração aproximada de uma hora cada encontro. A metodologia de cuidado foi desenvolvida como descrito a seguir:

1º. Encontro de apresentação da proposta e avaliação postural: como as participantes deste estudo já estavam em tratamento anteriormente ao início desta

pesquisa, estes dados já haviam sido coletados. Descrevo abaixo os passos de um encontro de avaliação postural e como é realizado rotineiramente no consultório da autora. Inicialmente é realizada uma anamnese, considerando a necessidade da identificação da realidade de cada uma das pessoas, a contextualização da dor e suas implicações. Após, é realizada uma avaliação postural que compreende um exame físico específico⁴ utilizado por fisioterapeutas com formação em RPG para diagnosticar alterações da biomecânica corporal. Neste primeiro encontro esclarecemos às participantes as questões éticas envolvidas no estudo, assim como a explicação da proposta, seus objetivos e a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

2º. Encontro de avaliação sobre o autocuidado : neste encontro realizamos as entrevistas, norteadas pelo roteiro de avaliação das ações e requisitos de autocuidado elaborado pela autora de acordo com os pressupostos de Orem (1995), (Apêndice 2) visando diagnosticar os déficits de autocuidado. O objetivo deste encontro foi proporcionar a estas pessoas um momento de “escuta”, onde elas pudessem se expressar livremente em relação às questões abordadas, não havendo interferência ou posicionamento de minha parte apontando os déficits observados. Tive também a intenção de que elas próprias identificassem as lacunas no seu cuidado.

Após cada um dos encontros realizei a análise das entrevistas e a identificação dos déficits.

3º. Encontro de reflexão sobre o processo: neste encontro apresentei a análise realizada e provoquei uma reflexão com a pessoa sobre os déficits de autocuidado por ela identificados no primeiro encontro. A partir deste reconhecimento compartilhado, busquei despertar nelas um processo reflexivo sobre seus déficits de autocuidado que convergisse para a implementação de ações delas próprias para suprir as lacunas observadas. Neste momento voltei minha atenção a observar qual a proporção de reconhecimento sobre os déficits ocorreu, ou seja, o quanto elas conseguiram identificar seus déficits de autocuidado. Analisamos também o quanto esta pesquisa provocou mudanças relacionadas a minha atuação profissional. Penso que o modelo

⁴ Este exame físico específico não é apresentado como anexo neste texto por ter direitos autorais do criador do método.

de assistência em que apontamos as lacunas no autocuidado da pessoa gera um processo de apoio-educação vertical sem que haja a participação do sujeito no processo de aprendizagem.

A minha ação, neste estudo, baseou-se no Sistema de Apoio-Educação de Orem (1991), e consistiu em apoiar os clientes no aprendizado necessário para a tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado, favorecendo às participantes a opção e decisão por serem agentes ativas do autocuidado.

4°. Encontro de avaliação do processo: neste quarto encontro realizei a avaliação final do processo, questionando as participantes sobre a relevância destes encontros e a implementação de ações de autocuidado que promoveram melhora de sua qualidade de vida e a percepção sobre a importância do autocuidado. Meu objetivo, neste momento, foi analisar o quanto de aprendizado esta prática promoveu a estas pessoas e se este aprendizado convergiu para ações transformadoras a fim de melhorar o autocuidado. Procurei, também, analisar o quanto aumentou a segurança delas quanto à sua competência em realizar ações a favor de seu cuidado. Busquei, então, proporcionar-lhes um momento no qual pudessem se reafirmar como agentes ativas do autocuidado, com a intenção de torná-las mais seguras de suas competências.

O registro dos dados foi feito em fita cassete com a preocupação de transcrever estas gravações o mais brevemente possível para que não se perdessem informações importantes ou observações relacionadas ao contexto da entrevista. Foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade real dos sujeitos da pesquisa. Após cada um dos encontros e de sua transcrição, os dados foram organizados em tabelas analíticas.

Na tabela abaixo, estão ilustradas as fases da metodologia utilizada apresentando, na primeira coluna, os dados coletados durante a avaliação sobre as alterações de saúde das participantes. Na segunda coluna são apresentados os requisitos de autocuidado, segundo Orem (1995), identificados após análise das entrevistas pela pesquisadora. A terceira coluna apresenta os dados mais relevantes que surgiram durante o encontro de avaliação sobre o autocuidado, que são os déficits

identificados pelas pessoas. Na última coluna apresento os resultados mais relevantes obtidos durante o encontro de reflexão do processo, buscando mostrar se houve ou não uma reflexão que se relacione ao encontro anterior sobre os déficits observados. Não constam nesta tabela os resultados do último encontro, que busca realizar a avaliação do processo. A partir da problematização observada nestes encontros de avaliação do autocuidado e da reflexão do processo é que estabelecemos as categorias de análise para a discussão dos resultados.

Orquídea			
ENCONTRO DE AVALIAÇÃO (Fase de Apreensão)	REQUISITOS/ EXIGÊNCIAS DE AUTOCUIDADO SEGUNDO OREM (Fase de Síntese)	ENCONTRO DE AVALIAÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO (Fase de Teorização)	ENCONTRO DE REFLEXÃO DO PROCESSO (Fase de Teorização)
Dados Brutos Referentes à exigência de autocuidado	Exigências de auto- cuidado universal	Dados Referentes às ações de autocuidado	Reflexão sobre as ações de Autocuidado
*Histórico de problema cardíaco relacionado ao abuso de anti-inflamatórios *É fumante	Exigência de autocuidados associados à oxigenação do organismo	...a dor interferir na respiração....	Não apresentou reflexão a respeito
*Necessidade de suporte hídrico adequado	Exigência de autocuidado relacionado à ingestão hídrica	...Tomo bastante líquido...	Não apresentou reflexão a respeito
...como eu já estou comprometida, meu estômago está comprometido e o coração também por causa do peso... *Histórico de problema renal associado ao uso de corticóides	Exigência de autocuidado relacionados a necessidade de dieta hipocalórica e hipossódica	...Eu simplesmente como de manhã um copo de café com leite, pão de sanduíche com margarina Becel, e um pouco de alguma coisa doce junto, umas três fatias. Almoçar, às vezes eu tenho vontade, às vezes eu não tenho. Tomo uma sopinha Maggi, de tarde fico sem comer a tarde inteira de noite como pão de novo... estou vinte quilos a mais desde que me deu problema muscular e não baixei mais meu peso, devido aos corticóides, anti-inflamatórios, medicamentos antidepressivos... ... Está faltando uma educação alimentar, mas que eu não tenho vontade de ir atrás disso porque eu fico desanimada com a dor...	...Como estou em estado depressivo, tu falou em alimentação, eu não tenho um auto controle, como na alimentação, às vezes como, às vezes não como, e estou tendo problema de intestino que nem te falei da outra vez, agora, refleti muito no que a gente tinha conversado.. ...alimentação não tem jeito. Isso eu tenho certeza que é por causa da depressão e que tudo que a dor provoca, tu sempre vai procurar alguma coisa. Eu já deixei de comer certas coisas, doces deixar totalmente, não diminuir, emagreci há uns dois meses atrás, agora engordei de novo, é aquele 'feito sanfona', porque antes de eu começar com a dor eu pesava 63 kg, hoje estou com 84 kg. Então, muito corticóide,

			<p>muito anti- inflamatório, e a tua cabeça também, vai a procura de alguma coisa...</p> <p>... quanto a alimentação, eu penso ‘a, deixa comer, não vou a nada, não faço isso ou aquilo’. Eu tive que deixar de fazer muita coisa, então me deixei comer, e a auto estima também, eu não vou ficar me olhando no espelho...</p> <p>... de muito tempo pra cá, eu tenho medo de me olhar, e quando eu me enxergo, minha auto-estima fica baixa e mesmo assim, não tenho a força total, pra dar aquela arrancada, pra cuidar da parte de alimentação...</p>
<p>*Risco de diminuição das atividades físicas decorrente do processo patológico e psicológico</p> <p>*Permanece muito tempo deitada ou assistindo a televisão em função da dor</p> <p>*Recomendação médica e fisioterápica para hidroterapia</p> <p>“Eu só sinto vontade de deitar, ficar no sofá, ver os artistas na televisão, não tenho vontade de conversar com as pessoas”</p>	<p>Exigência de cuidados associados à exercícios físicos adequados à dor miofascial e à condição cardíaca</p>	<p>... a dor me limita em caminhar, subir escada, fazer movimentos circulares com os braços, dirigir na estrada, todas as atividades normais como dançar...</p> <p>... eu sempre me comportei positivamente em relação à prescrição médica, a única coisa que estou resistindo é a tua opinião a fazer hidroterapia. Então, eu não sei se é porque eu já estou cansada, pois é desde 1996, foram seis anos de fisioterapia, dois anos de acupuntura, agora já estou a um ano contigo fazendo RPG, eu estou no meu limite, que está começando a me cansar porque a depressão está a toda também...</p> <p>... só que é muito difícil porque as pessoas te cobram coisas como dar uma caminhada, fazer alguma coisa, mas tu tem receio de fazer algo pelo fato de que vão te tocar nas partes doloridas do teu corpo, da tua musculatura...</p>	<p>... Exercício físico eu não tenho vontade também. Não me sinto a vontade em fazer, até tu me explicou certos exercícios pra fazer em casa, mas eu não tenho forças.</p> <p>... tem pessoas que tem problemas muito maiores que os meus e usam disso para ir adiante, mas eu vou fazer um exercício, aí começa a dor e eu paro. É como se eu me protegesse de alguma coisa diferente que eu fizesse...</p> <p>... Não sei o porquê disso, mas eu tenho medo, por exemplo de limpar uma mesa fazendo movimentos circulares, levantar um peso, ou ficar de joelhos e fazer os exercícios que tu me explicou, então pra mim é difícil e tenho medo da reação que vou ter após o que eu faço. Então, me afasto disso...</p> <p>... mesmo que tu me diga pra fazer isso ou aquilo, eu tenho um escudo me protegendo e dizendo; cuidado. Se tu fizeres isso, amanhã tu vai estar desse jeito, eu sei que vai passar depois, mas amanhã, tu vai estar daquele jeito, então eu fico numa confusão total...</p>
*Risco de diminuir o	Exigência de cuidados	... eu acho que eu deixei de	

<p>exercício intelectual</p> <p>*Interrompeu o curso superior de direito que estava fazendo</p> <p>*Está encostada pelo INSS</p>	<p>relacionados a atividade intelectual.</p>	<p>crescer porque eu me guardo na toca. Eu tentei fazer o curso de Direito, mas por questões de força maior eu parei. Mas eu acho que estou um pouco parada no tempo... ... eu só sinto vontade de deitar, ficar no sofá, ver os artistas na televisão, não tenho vontade de conversar com as pessoas... ... quando eu estava aprendendo e me sentia mais dinâmica, apesar de não escrever em sala de aula por causa da LER por me faltar forças, eu gravava a maioria das aulas, pegava a matéria e fazia xerox... ... mas pelo menos eu tinha uma atividade, eu não me sentia tão inútil... ... eu me sentia um pouco melhor quando estava na universidade. Eu consegui ver mais pessoas, mas muitas vezes não tinha vontade de estar com elas. Mas me sentia um pouco mais importante pelos meus pais, por causa da minha família, pra eles pensarem que eu estava bem...</p>	
<p>*Mora com o filho que fica pouco em casa e vai casar este ano.</p> <p>*É viúva.</p> <p>*Está encostada pelo INSS.</p> <p>*Em depressão crônica segundo o psiquiatra.</p> <p>“...Meu convívio social é fracassado...”</p>	<p>Exigência de autocuidados relacionados à atividade: vida social e lazer.</p>	<p>... me limito de tudo em relação a vida social... ...De repente até uma hora de lazer, por exemplo, as pessoas me convidam pra tomar um chá, um café, um shopping, alguma coisa e eu não vou. Simplesmente, fujo de tudo...</p>	<p>...pensei, mas eu não vou atrás de ter contatos, eu não tenho vontade, não adianta. Eu me coloco no meu casulo, como se diz, casulo é o ‘útero’ na psicologia, então eu me coloco no meu casulo, e é lá que eu me sinto bem. Refleti sobre isso, mas eu não tenho forcas na hora de conversar... ...por exemplo com certas pessoas, as conversas são rápidas, eu não paro pra visitar alguém, pra dar uma volta de carro, simplesmente eu me fecho no meu canto. Pensei em tudo que a gente conversou, mas eu vi que não é o momento, eu espero que isso seja revertido, mas ainda não é o momento.. ...se estou na rua, estou sempre me protegendo se alguém me bate no braço, por exemplo. Sempre pensando</p>

			naquilo ali porque está latejando, sempre dolorido, então fico me protegendo de algum acidente, alguma coisa assim, e também me protegendo da parte emocional...
<p>*Foi à praia com a família orientada pela psicóloga.</p> <p>*Mora com o filho que fica pouco em casa e vai casar este ano.</p> <p>*É viúva.</p> <p>*Não tem um relacionamento aberto com a família e com o filho.</p> <p>“Eu sou uma mulher sozinha, viúva, eu tenho um filho que já está se casando esse ano, eu vou ficar sozinha”.</p>	Exigência de cuidados relacionados à interação social	<p>... então eu não sei do meu futuro. É como se eu estivesse empacada, eu não sei o que sou, o que vou fazer, o que vai me acontecer, a solidão não me incomoda...</p> <p>... claro que o carinho de um filho em casa sim, mas ele tem outra personalidade. Eu gosto de ficar quietinha no meu canto...</p> <p>... não sei o que me faria feliz. Eu acho que de repente um carinho de um filho. Ele é muito frio, não é de me abraçar, me beijar, conversar, mas filho a gente faz para o mundo...</p> <p>... os momentos mais felizes que eu passei nesses quase oito anos foram nesse verão agora, onde tentei, orientada pela psicóloga a ter uma certa postura, agüentar firme a dor, observar outras coisas, ter amor pela minha família. Eu me mostrei com outro comportamento, sem me queixar, fazendo as coisas com dor, chorando escondido, fazendo almoço para os meus pais, varrendo e limpando a casa, coisas que eu não deveria fazer...</p> <p>... eu fazia as coisas como se estivesse normal, muito bem, mas sofrendo por dentro e rindo por fora, brincando, é um sofrimento muito grande...</p> <p>...então eu me afasto das pessoas, eu não tenho vontade de estar com as pessoas, fico curtindo a minha dor sozinha porque me dá momentos de raiva no qual eu começo até agredir pessoas da família que não tem nada a ver, porque a dor muscular é uma dor que não aparece, não é evidente aos</p>	<p>...pensei, mas eu não vou atrás de ter contatos, eu não tenho vontade, não adianta. Eu me coloco no meu casulo, como se diz, casulo é o ‘útero’ na psicologia, então eu me coloco no meu casulo, e é lá que eu me sinto bem. Refleti sobre isso, mas eu não tenho forças na hora de conversar...</p>

		olhos, então para as pessoas que me rodeiam, fica difícil entender o que eu estou sentindo no meu corpo, então isso me revolta muitas vezes, eu fico com raiva, me recolho e faço de tudo para não sair da minha toca...	
Dados Brutos Referentes à exigência de autocuidado	Definição da exigência de autocuidado terapêutico- Exigências de autocuidado de desenvolvimento	Dados referentes às ações de autocuidado	Reflexão sobre as ações de Autocuidado
*Necessidade de diminuir/controlar a dor e de acompanhamento.	Episódios de dor, frequência e intensidade.	...eu estou constantemente com a dor muscular. Ela é suave em certos momentos, mas pode se agravar de um momento pra outro. Influência o tempo, o lugar onde estou... ... então teve momentos felizes, momentos bons, mas eu nunca fiquei sem dor...	Não apresentou reflexão a respeito.
*Controle de ansiedade, depressão e identificação e prevenção de situações de stress	Exigência de autocuidado relacionado à situações que promovam aumento de dor e sentimentos em relação à dor.	...eu reajo com mais dor em situações emocionais... ...se eu estou com dor na hora de momento feliz, eu não vou estar bem, então não vai corresponder a altura. Eu posso disfarçar, mas a gente cansa de disfarçar, então a gente quer ser a gente mesmo, isso independente da situação... ...o problema é tu educar esses momentos e sentir que tu pode fazer alguma coisa pra melhorar ou esconder o que tu está sentindo em certos momentos... ...eu choro muito, então eu prefiro ficar recolhida. É como se eu tivesse levando a vida, e sentindo a dor eu vou levando...	Não apresentou reflexão a respeito.
* Necessidade de conhecimento da família da patologia para ampliar a rede de suporte.	Exigência de cuidados relacionados à percepção dos amigos e da família em relação à doença.	...eles não enxergam, pra eles é difícil, eu até entendo, porque não é uma coisa visível, então eles não comentam sobre isso, nunca se interessaram de saber realmente o que acontece comigo, então eu fico na minha, eles ficam na deles como se fosse uma coisa normal que estivesse acontecendo comigo. Eu me	Não apresentou reflexão a respeito.

		sinto desamparada, eu me sinto muitas vezes sem suporte...	
--	--	--	--

Dados Brutos Referentes à exigência de autocuidado	Definição de Exigência de auto-cuidado de desvio de saúde	Dados referentes às ações de autocuidado	Reflexão sobre as ações de Autocuidado
<p>*Comprometimento com o programa terapêutico prescrito pela equipe de saúde.</p> <p>*Necessidade de medicação.</p> <p>*Necessidade de atividade física.</p> <p>*Necessidade de suporte psicológico.</p>	Exigência de autocuidado relacionado à assistência à doença	<p>...eu sempre me comportei positivamente neste sentido. A única coisa que estou resistindo é a tua opinião a fazer hidroterapia. Então, eu não sei se é porque eu já estou cansada, pois é desde 1996, foram seis anos de fisioterapia, dois anos de acupuntura, agora já estou a um ano contigo fazendo RPG, eu estou no meu limite, que está começando a me cansar porque a depressão está a toda também...</p> <p>... hoje inclusive fui no psiquiatra e ela disse que estou numa depressão crônica, estou com psicóloga uma vez por semana para tentar resolver uma coisa que parece que não estou conseguindo resolver, estou fraca emocionalmente...</p> <p>...a RPG, eu não sei se estou um pouco cansada, mas eu não tenho mais aquele ânimo de ir adiante. Me parece que eu quero ficar sozinha, na minha solidão porque eu não quero que as pessoas me vejam assim. Não estou tendo mais aquela força que eu tinha porque são quase oito anos de tratamento o qual eu melhorei bastante. Mas o meu problema são as recidivas...</p>	Não apresentou reflexão a respeito.
*Compreensão sobre a necessidade contínua de tratamento.	Exigência de cuidado relacionado à sua condição de dor crônica.	<p>... a acupuntura me aliviava a dor, mas é uma coisa que não cura...</p> <p>...pois é desde 1996, foram seis anos de fisioterapia, dois anos de acupuntura, agora já estou a um ano contigo fazendo RPG, eu estou no meu limite, que está começando a me cansar porque a depressão está a toda também...</p>	<p>... é, eu não tenho motivação, porque são quase oito anos como eu te disse, e quando eu vejo, tenho mais alguma coisa somando, acrescentando, então eu vou ficando enfraquecida, apesar de fazer tratamento psicológico, psiquiátrico, que vem me acompanhando nisso, mas eu não tenho alegria, motivação...</p>

		...não estou tendo mais aquela força que eu tinha porque são quase oito anos de tratamento o qual eu melhorei bastante. Mas o meu problema são as recidivas. Então teve momentos felizes, momentos bons, mas eu nunca fiquei sem dor...	
	Percepção e sentimentos em relação ao programa terapêutico.	...esse programa terapêutico tem sido muito bom, porque eu não deixei de fazer nada que me foi prescrito. Acho que tudo foi muito bem feito, a parte medicamentosa, à parte da fibromialgia com a doutora que achou o problema há três anos atrás...	Não apresentou reflexão a respeito.
	Percepção e significado das alterações que a doença provocou na sua vida.	... antes eu era uma mulher de trinta anos hoje uma mulher de oitenta... ... é como se eu fosse outra pessoa hoje. Antes eu era uma pessoa, e agora sou outra...	...eu não me conformo muito com a dor porque ela é bem desgastante, te dá muito cansaço, tu não tem vontade de fazer exercícios, tu tem medo de fazer algum exercícios, então é uma dor que vem inesperadamente...

5.3 Procedimentos éticos de proteção dos direitos humanos

As participantes desta pesquisa foram convidadas a integrar a proposta e receberam todas as informações conforme determina a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito as pesquisas com seres humanos. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Foi solicitado a cada participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), em que lhes foi assegurado o sigilo e o anonimato de suas manifestações ao longo do estudo ou a retirada do consentimento a qualquer

momento, sem prejuízo no cuidado , já que há um vínculo terapêutico com a pesquisadora.

Partindo do pressuposto que toda a pesquisa tem riscos, devemos atentar que além dos riscos biológicos e físicos possam também ocorrer prejuízos emocionais e sociais do indivíduo pesquisado, o que conferiu à pesquisadora ainda maior responsabilidade sobre a condução da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e após o término da pesquisa serão arquivadas ficando sob responsabilidade da pesquisadora. As participantes do estudo têm livre acesso ao material e aos resultados desta pesquisa.

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo liberado para desenvolvimento.

5.4 Análise dos dados – Análise proposta pela PCA

Os processos de assistência, de coleta e análise de dados na PCA ocorrem simultaneamente o que, segundo Trentini e Paim (2004), facilita a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo.

A avaliação da proposta foi contínua e sistemática ao longo do processo, respeitando as fases de apreensão, síntese, teorização e recontextualização, que ocorrem de maneira seqüencial, conforme esquema apresentado no Apêndice 2. A fase de apreensão foi iniciada com a coleta de informações que, conforme Trentini e Paim (2004), foram posteriormente transcritas e codificadas a fim de reconhecer, no relato das informações, palavras, frases, parágrafos ou temas chaves, que persistiam nos relatos dos participantes.

A fase de síntese, ainda segundo as autoras acima citadas, caracteriza-se por ser parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações, necessitando de uma imersão nas informações trabalhadas na fase de

apreensão para familiarização.

A fase de teorização, segundo as mesmas autoras, foi a fase na qual o pesquisador desenvolveu um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas/conceitos foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente. Estas autoras sugerem que o primeiro passo da teorização consiste em descobrir os valores contidos nas informações, o que auxiliará na formulação de pressupostos e conceitos, sendo que a interpretação foi feita à luz da fundamentação teórico-filosófica escolhida para proceder a associação desta com os dados analisados.

Os déficits de autocuidado foram relacionados com a temática da dor miofascial e, após a leitura das entrevistas, foram divididos em categorias. Estas categorias foram escolhidas por terem maior relevância no tratamento da dor miofascial e também pela importância e pela problematização das próprias participantes durante o processo reflexivo que se seguiu as entrevistas.

A fase de recontextualização, ou processo de transferência, segundo Trentini e Paim (2004), buscou dar significado aos achados e contextualizá-los em situações similares para que os resultados possam ser socializados e utilizados em outros processos similares. Neste estudo, a recontextualização é realizada não somente nos resultados, mas também ao longo do processo junto às reflexões realizadas com as clientes. É neste momento que avaliei se o instrumento criado com base no Referencial Teórico possibilitou uma comunicação eficiente e se possibilitou que eu pudesse identificar os déficits de autocuidado. Avaliei também, se o Referencial Teórico deu suporte suficiente para este novo olhar sobre a minha práxis e se a metodologia aplicada com os quatro encontros foi o suficiente para implementar o processo, identificar os déficits e promover um processo reflexivo e educativo. Além de avaliar o processo, avaliei também a minha prática antes e durante o percurso deste estudo e, após, busquei identificar se as mudanças foram relevantes para modificar o meu modo de fazer o processo de cuidado em fisioterapia.

6 OS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DOR MIOFASCIAL

6.1 Conhecendo as Participantes

Descrevo o perfil das pessoas envolvidas na pesquisa para facilitar a compreensão do contexto social em que vivem.

a) Orquídea

Orquídea tem 52 anos e realizou Licenciatura em Artes, prestando posteriormente concurso público, do qual está afastada desde 1998 por lesão por esforços repetitivos, que inicialmente acometeu o membro superior direito. “Tive uma doença adquirida no trabalho, a LER, eu tive radiculite em C8 com hérnias de disco, cervical”. Está encostada enquanto aguarda perícia médica para aposentadoria. Atualmente, realiza atividades domésticas em casa. Limitou-se progressivamente da realização de diversas atividades em função da dor.

Me limito a dirigir na estrada, e a todas as atividades normais como dançar, por exemplo. Eu sou uma mulher sozinha, viúva, eu tenho um filho que já está se casando esse ano, eu vou ficar sozinha. Limito-me também na parte amorosa, eu não quero saber de nada porque eu acho que eu não tenho condições.

Orquídea também se isolou da família e dos amigos em função da depressão e da falta de compreensão destes sobre a dor.

Eu me afasto das pessoas, eu não tenho vontade de estar com as pessoas, fico curtindo a minha dor sozinha porque me dá momentos de raiva no qual eu começo até agredir pessoas da família que não tem nada a ver, porque a dor muscular é uma dor que não aparece, não é evidente aos olhos.

Ressente-se da falta de atenção do filho único quando fala de felicidade. “Não sei o que me faria feliz. Eu acho que de repente um carinho de um filho [...] ele é muito frio, não é de abraçar, beijar, conversar, mas filho a gente faz para o mundo”.

b) Jasmim

Jasmim, 49 anos, tem segundo grau completo e exerceu a função de professora e diretora de escola municipal por 18 anos sendo, após, transferida para a biblioteca pública municipal onde trabalhou até março de 2005. É muito ativa e comunicativa, mas se sente impotente e incapacitada em relação à dor.

A gente trabalha uma vida inteira, agora que estou prestes a me aposentar, será que vou chegar até me aposentar, e me aposentar pra quê? As vezes tenho a impressão de que vou ficar aqui só pra incomodar meus filhos porque é uma impotência tão grande que a gente sente, tu se sente incapaz.

Refere o início dos sintomas desde os 15 anos. Relata que a dor e as atividades que realiza a limitam de ter uma vida normal e prejudicam seu convívio social.

Vejo as minhas amigas dizendo que estão fazendo cursos, até hoje eu comentei com meu filho, que gostaria de fazer um curso de Inglês, algumas outras coisas diferentes, mas eu não posso fazer nada, porque tal hora, tal dia, eu tenho isso, depois eu tenho aquilo, e é sempre em função do meu corpo que tenho que trabalhar.

Atualmente, realiza atividades domésticas em casa, pois está “encostada” aguardando perícia. É casada e possui três filhos, sendo que um não reside com ela. “É uma vida normal, como qualquer outra mulher, eu trabalho fora, eu cuido da casa, dos filhos, meus filhos já são adultos, eu tenho muita dificuldade em fazer o serviço da casa”. Refere ter um bom relacionamento familiar, porém se queixa da falta de compreensão da família sobre seu problema.

Eu acho que a família deveria ter um conhecimento maior do que é lidar com alguém com dor crônica, assim como, por exemplo, quem tem um alcoólatra na família, eles têm alguma preparação de como tratar um alcoólatra. Quem tem alguém com câncer na família também tem aquela preparação.

c) Rosa Amarela

Rosa Amarela, 52 anos, possui segundo grau completo. Trabalhou no campo por 20 anos, “até os 20 anos, morei na colônia e lá a gente trabalhava no batente. Era nosso, então a gente cuidava dos animais, fazia um pouco de tudo, cuidava dos meus irmãos porque antigamente tinha que ter um filho por ano”. Após, trabalhou como dona de casa por mais de 10 anos e, então, foi trabalhar no comércio por mais 20 anos. Relata que gostava do trabalho, porém o excesso de responsabilidade e o pouco tempo para realizar as suas atividades lhe motivaram a se aposentar.

Eu sou uma pessoa sensível no fundo, meu jeito de ser. Eu quero resolver as coisas logo, não tenho muita paciência de ficar esperando, porque antigamente a gente dizia “não deixe o que pode fazer hoje, para o dia de amanhã”. Depois eu sou muito preocupada, fico me preocupando se eu faço direito, se não faço, fico me cobrando e isso não é muito bom, porque quanto mais tu te preocupa, mais tu sofre com isso.

Atualmente está aposentada por tempo de serviço e realiza somente atividades domésticas e cursos que lhe interessam. Não possui filhos e mora somente com o marido. Relata que desde muito jovem já apresentava enxaquecas e dores no corpo, o que lhe impediu de seguir estudando.

Quando eu estudava e vim pra cá, essa dor de cabeça me impedia de fazer muitas coisas porque eu não podia forçar muito porque piorava. Então se eu ficasse fixando uma coisa, não conseguia desenvolver como queria porque eu estava sempre com aquela dor. Isso impediu muita coisa que eu não fiz até hoje. Depois, vai fazer três anos que minhas dores começaram a piorar, acho que consequência da idade.

Além da piora desta sintomatologia há três anos, relata aumento das limitações para algumas atividades “de dois ou três anos pra cá, diminuiu 50% da minha capacidade de fazer certas coisas que eu fazia, porque eu não me apertava em nada, não tinha medo de batalhar, podia ser pesado ou leve, eu ia a luta”. Relata melhora após incrementar suas ações de autocuidado e refletir sobre o seu papel nas ações de autocuidado.

Fico tentando levar mais na esportiva porque eu levava muito a serio tudo.

Acho que com o tempo, a gente consegue amenizar, claro que a gente depende de tratamento e, além disso, tu tem que fazer outras terapias pra te ajudar, tu sozinha não consegue.

6.2 Conhecendo os déficits de autocuidado das pessoas com dor miofascial

Os déficits mais observados durante as entrevistas e que provocaram maior problematização foram agrupados em cinco categorias: déficit de autocuidado relacionado à alimentação; déficits de autocuidado relacionados à realização de atividades físicas; déficit de autocuidado relacionado à manutenção de atividade intelectual, interação e vida social; déficit de autocuidado relacionado ao significado da doença para a família ; e déficit de autocuidado relacionado à assistência à doença.

6.2.1 Déficit de autocuidado relacionado à alimentação

Podemos perceber nas falas das participantes a identificação dos déficits para o autocuidado em relação à alimentação. As questões relacionadas com a ingesta alimentar foram referidas com frequência, associadas a modos inadequados (excesso ou falta de regularidade, desequilíbrio). Consideramos neste item os requisitos universais de autocuidado relacionados à alimentação que incluíram, além de alimentação, dúvidas em relação à probabilidade de a medicação interferir no ganho ponderal e a participação da depressão e a ansiedade no ganho de peso.

O uso de medicação de modo contínuo e, muitas vezes, em doses elevadas é uma realidade na rotina diária das participantes portadoras de dor miofascial e é apontada como determinante do ganho ponderal, como podemos observar na fala abaixo:

Eu não sei porque engordo tanto, acho que engordo mais por causa da medicação do que da alimentação, até porque procuro controlar a alimentação em função de toda a família. Então, eu nunca me aceitei gorda e esses dez quilos que ganhei de presente estão me torturando (Jasmim).

Para Orem (1995), a manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimentos fornece aos indivíduos os materiais necessários para o metabolismo e produção de energia, assim como o fornecimento do cuidado efetivo associado aos processos de eliminação e excreção assegura a integridade destes processos e a sua regulação. Nos indivíduos portadores de dor miofascial, a manutenção de uma ingesta alimentar e hídrica adequada é de extrema importância, haja vista a quantidade e natureza da medicação utilizada e seus efeitos sobre o organismo. Além disso, um processo metabólico prejudicado pode contribuir para o agravamento do quadro de dor, ou por sobrepeso, ou por insuficiência nutricional. Todavia, as participantes parecem não atribuir valor significativo aos déficits relacionados com a alimentação como percebemos na afirmação de Rosa Amarela:

Não, acho que não tem nada a ver as dores que tenho com a água [...] o meu intestino é um assunto a parte porque eu fui aos pés sábado e fui de novo hoje que é quarta, então olha quantos dias eu fiquei sem ir aos pés.

Travell e Simons (1998) também citam que vários fatores podem provocar insuficiência de vitaminas, como por exemplo: ingesta insuficiente, absorção prejudicada, utilização inadequada, aumento da necessidade metabólica, aumento da excreção ou aumento da destruição das vitaminas pelo corpo. Tais fatores precisam ser evitados pelas pessoas portadoras de dor miofascial, embora o que se percebe é uma rotina alimentar desequilibrada e muitas vezes compensatória do isolamento, da depressão, do cansaço.

[...] Na alimentação, tem certos momentos que eu me alimento demais e logo depois que eu me alimento, vamos dizer no almoço, que eu sobrecarrego muito, eu tenho que logo após ir ao banheiro porque me dá diarreia rápida (Orquídea).

Segundo os autores citados acima, há vários grupos de pessoas vulneráveis a deficiência de vitaminas, assim como os idosos, mulheres gestantes ou amamentando, pessoas que aderem a alguns costumes dietéticos culturais, os que abusam de substâncias como o álcool, os que fazem dietas radicais de emagrecimento, as pessoas

em desvantagem econômica, as emocionalmente deprimidas, as seriamente doentes. Nesse grupo, certamente, podemos incluir as portadoras de dor miofascial haja vista a natureza crônica de sua dor, muito frequentemente associada com quadros de depressão, como se confirma na afirmação de Orquídea:

Alimentação não tem jeito. Isso eu tenho certeza que é por causa da depressão e que tudo que a dor provoca, tu sempre vai procurar alguma coisa. Eu já deixei de comer certas coisas, doces deixar totalmente, não diminuir, emagreci há uns dois meses atrás, agora engordei de novo.

Essas dores que eu sinto, tenho que cuidar também, se não elas vão se agravando e provavelmente seja pior, quanto mais o organismo enfraquece, mais debilitada tu fica e a depressão também vem independente de tu não querer. Às vezes estou bem e de repente de uma hora pra outra percebo que estou desanimada. Ai eu fico analisando o motivo, às vezes nem tem motivo (Rosa Amarela).

Cailliet (1999) cita que a relação causal entre depressão e dor crônica ainda é obscura, não se podendo ainda confirmar se depressão provoca ou é seqüela da dor crônica, sendo importante tratar a sintomatologia que se apresentou primeiro. Nesse sentido, durante o segundo encontro, percebemos que houve uma reflexão a respeito desta relação causal entre dor e depressão e qual a sintomatologia inicial.

[...] então a dor pra mim surgiu em primeiro lugar e depois disso veio a parte emocional (Orquídea).

A parte emocional afeta muito no meu caso. Eu fico muito abalada, tanto com alegrias como com tristezas e me ataca a cabeça. Então eu acho que é de fundo emocional esse problema porque aos poucos eu estou me conhecendo (Rosa Amarela).

Outros autores como Scudds *et al.* (1989), Martinez *et al.* (1996), Harden *et al.* (2000) também correlacionam a dor miofascial crônica e depressão.

Essa associação entre a depressão e a dor crônica também é apontada por Travell e Simons (1998), quando citam que estão intimamente associadas especialmente em pessoas que não possuem explicação satisfatória para a causa das

dores e que tem medo de quão piores estas dores podem ficar. Segundo estes autores, o alívio da depressão permite que o paciente tenha mais responsabilidade sobre o cuidado da sua musculatura, assim como se engaje em uma rotina de autocuidado. Isto fica evidenciado na fala de Orquídea:

[...] não tenho a força total, pra dar aquela arrancada, pra cuidar da parte de alimentação, e nem na parte de fazer exercícios, porque na realidade, a minha cabeça embaralha tanto, que não sei o que posso fazer, o que não posso, acabo me protegendo, mesmo que tu me diga pra fazer isso ou aquilo (Orquídea).

Segal (1998) diz que em determinados casos alguns quadros emocionais, como a depressão, podem vir acompanhados de um aumento de apetite ou de até um descontrole alimentar. Também Faith *et al.* (1997) e Match (1999), ao descreverem a Teoria do Modelo Psicossomático da Obesidade, afirmam que as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza, raiva. Isso parece que também acontece com as mulheres com dor miofascial:

[...] só que tem dias que dá uma ansiedade de comer tudo que tu não poderia comer, mas tu sabe que não pode, então tu tem que se cuidar (Rosa Amarela).

A dor é que mais faz comer de repente e há mais certas horas (Orquídea).

Além da depressão, também observamos uma inter-relação entre o sobrepeso e a baixa da auto-estima, provocando ainda mais o isolamento social.

Eu não quero que as pessoas vejam como estou, já fui uma mulher que foi miss, vou fazer 54 anos e estou vinte quilos a mais desde que me deu problema muscular e não baixei mais meu peso, devido aos corticóides, antiinflamatórios e medicamentos antidepressivos (Orquídea).

[...] eu nunca me aceitei gorda e esses dez quilos que ganhei de presente estão me torturando tanto que tirei todos os espelhos da casa de novo (Jasmim).

Em todos os relatos podemos perceber queixas de estar acima do peso ideal. Observamos, também, que há um fator de ansiedade relacionado ao sobrepeso. Há uma espécie de “compensação” onde o excesso de dor é transformado em fonte de ansiedade e conseqüente ganho de peso. O excesso de peso nestas pessoas acaba levando a uma sobrecarga articular que gera mais dor e temos um ciclo onde mais peso resulta em menos mobilidade e mais dor.

Estes déficits foram trabalhados pelas próprias mulheres ao refletirem, em um segundo momento, que necessitariam de acompanhamento nutricional e suporte psicológico para controlar a ansiedade e melhorar a qualidade e a quantidade da alimentação, porém a dor continuou sendo apontada como limitante para a melhora da educação alimentar.

[...] não, ela não é completa, não é educada, não tenho uma nutricionista... está faltando uma educação alimentar, mas que eu não tenho vontade de ir atrás disso porque eu fico desanimada com a dor (Orquídea).

Agora eu tenho que tratar do meu corpo, tenho que correr pra tirar meus onze quilos a mais porque eu não gosto de ficar gorda, dói muito mais (Jasmim).

Esse círculo vicioso é apontado por Vindigni *et al.* (2005) em seu estudo sobre dor lombar, onde aponta a obesidade, o sobrepeso e a inatividade como fatores causadores de dor e o aconselhamento para perda de peso é dado por Quiropatas e Osteopatas freqüentemente nas consultas. Também Wing (2001) correlaciona a obesidade e o sobrepeso como causas ou fatores de risco para dores nas costas.

Travell e Simons (1998) citam que muitas pessoas com a SDM que acreditam ter uma dieta balanceada muitas vezes não sabem o que é uma dieta balanceada e confundem o significado do termo “dieta balanceada”, com “ter apetite” e relatam estar sempre com fome.

Agora eu me propus a fazer uma dieta por minha conta, mas a alimentação acho que está bem controlada, com frutas, verduras, carne, leite, ovos [...] (Jasmim).

A qualidade, segundo os autores, não é determinada somente pelo que é ingerido, mas de como o alimento é preparado, pois muitos alimentos perdem suas propriedades vitamínicas se fervidos em água ou fritos. Segundo estes autores, as deficiências nutricionais, especialmente as relacionadas a vitaminas solúveis, são especialmente comuns quando se referem a indivíduos com maus hábitos dietéticos, alta ingestão de álcool, ou com co-morbidades crônicas.

Eu simplesmente como de manhã um copo de café com leite, pão de sanduíche com margarina Becel, e um pouco de alguma coisa doce junto, umas três fatias [...] almoçar, às vezes eu tenho vontade, às vezes eu não tenho terno uma sopinha Maggi, de tarde fico sem comer a tarde inteira de noite como pão de novo (Orquídea).

Neste requisito, o baixo nível de autocuidado com relação às exigências referentes aos nutrientes essenciais para o organismo e aquelas relacionadas aos processos de eliminação, compromete sobremaneira o desempenho de autocuidado destas pessoas. Segundo Orem (1995), o mau atendimento de tais exigências podem levar a comprometimentos a níveis mais complexos de autocuidado de desenvolvimento ou de desvio de saúde. Pelos depoimentos das mulheres nesse estudo, os déficits relacionados à alimentação são importantes e precisam ser trabalhados para que se obtenha resultados mais positivos no tratamento e alívio da dor.

6.2.2 Déficit de autocuidado relacionados à realização de atividades físicas

O autocuidado relativo à realização de atividades foi, também, uma das questões mais abordadas pelas participantes. Identificamos claramente a percepção dos sujeitos sobre a importância da atividade física como requisito fundamental no autocuidado relacionado aos desvios de saúde e também a identificação dos limitantes para a realização de atividade física pelas mesmas.

Quando questionadas sobre os limitantes físicos que a dor provoca podemos

observar o seu impacto no cotidiano das participantes, a qual determina importantes reflexos em seu contexto social.

Evito caminhar, subir escada, fazer movimentos circulares com os braços, dirigir na estrada, todas as atividades normais como dançar, por exemplo, limito-me também na parte amorosa, eu não quero saber de nada porque eu acho que eu não tenho condições (Orquídea).

No segundo encontro, onde observei as reflexões a respeito da importância do exercício físico como ferramenta para o controle da dor, duas mulheres se mostraram pouco receptivas a incluir a atividade física em sua rotina.

Exercício físico eu não tenho vontade também. Não me sinto à vontade em fazer, até tu me explicou certos exercícios pra fazer em casa, mas eu não tenho forças (Orquídea).

[...] eu odeio fazer hidro, mas sei que preciso fazer (Jasmim).

Observando as falas de Rosa Amarela, podemos perceber que mesmo com a presença da dor crônica há uma ação de enfrentamento das limitações da doença assim como um comprometimento com seu autocuidado.

Ontem fui para a hidro e fiz todos os exercícios. Mas essas dores aparecem quando tu menos espera. De repente, tu está tranqüila e começa uma dor numa perna, às vezes te dói um dedo (Rosa Amarela).

A mesma motivação que promove as ações de enfrentamento pode provocar dificuldade de se preservar de esforços que desencadeiam a dor, tendo problemas para estabelecer suas próprias limitações, como diz Rosa Amarela:

[...] sim, começou a me doer, e eu tive que me sentar. Doeu a lombar, os braços e ontem eu estava muito cansada, Então nem dei muita atenção pra essa dor porque depois que eu lembrei que no dia anterior, havia juntado uns sete baldes de água [...].

Segundo Orem (1995, p.192):

a manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso controla o gasto de energia voluntário, regula estímulos ambientais e fornece uma variedade de saídas para interesses e talentos e o senso de bem-estar que vem de ambos.

A necessidade da prática regular e freqüente de atividade física é citada por diversos autores como uma alternativa para melhorar o tônus muscular e minimizar a sobrecarga articular. O exercício físico é também citado por Travell e Simons (1998, p.171) como promovendo a melhora do condicionamento e aumento da força muscular em um grupo muscular, reduzindo a probabilidade destas pessoas desenvolverem pontos gatilhos.

Porém, em pessoas com pontos-gatilho ativos, alguns exercícios de condicionamento podem ativá-los, provocando movimentos compensatórios e agravando os sintomas. Por outro lado, estes exercícios promovem que os PG latentes estejam menos propensos a reativação se forem realizados em ritmo e freqüências de progressão gradual. Segundo os autores, os exercícios trarão benefícios se prescritos rigorosamente e, assim como medicações com dose e tempo de execução, sua compreensão necessita ser confirmada pela pessoa.

Segundo Orem (1995), o autocuidado é uma contínua contribuição do adulto para a sua própria existência, saúde e bem estar e é uma ação que tem padrão seqüencial e, quando é efetivamente realizada, contribui de maneira específica para a integridade, funcionamento e desenvolvimento humano. Padrão e seqüência não parecem presentes nas ações deste grupo, pois as variações dos níveis de autocuidado se relacionam com os hábitos bons ou ruins adquiridos ao longo de suas vidas.

Os exercícios de alongamento, segundo Travell e Simons (1998), são muito importantes para a recuperação da dor e da disfunção causadas pelos pontos-gatilho ativos e porque eles são freqüentemente a única modalidade de exercícios bem tolerada pelos PG hiperirritáveis. Um programa de alongamento passivo que visa ganho de amplitude de movimento nos músculos afetados ajuda a garantir alívio contínuo.

Observamos nas falas abaixo o apontamento da condição financeira como limitante para o autocuidado relacionado à realização de atividades físicas

Eu me cuidaria mais se eu tivesse um carro, e se eu tivesse mais dinheiro, a situação financeira também limita muito a gente nessa questão. Porque se eu tivesse um carro, claro que eu ia gostar mais de fazer hidro, porque tu imagina, junta tua mochila, tuas coisas, vai pra parada de ônibus, aí chega correndo, sai de cabelo molhado. Se eu pudesse fazer hidro três vezes por semana seria o ideal, mas precisa de dinheiro, poderia fazer muitas outras coisas se eu tivesse uma situação financeira melhor porque a situação financeira melhor te daria um carro, era muito mais rápido, tuas idas e vindas (Jasmim).

[...] aí não conseguia conciliar tudo porque tudo tem custo, fisioterapia, hidroginástica [...] (Rosa Amarela).

Percebemos através das falas que há um misto de insegurança, depressão e falta de motivação para a aquisição do hábito de realizar exercícios físicos como requisitos de autocuidado. Acredito que todas as pessoas entrevistadas têm competência para a realização de exercícios físicos mesmo que estes se limitem a pequenas séries de movimentos realizadas várias vezes ao dia, o que pode ser realizado em casa. Porém, observo que elas necessitam de suporte e incentivo constantes, para que se sintam seguras e amparadas, assim como alguém que possa orientá-las, pois estas relatam ter medo de realizar algum movimento de forma errada que possa piorar a sintomatologia.

[...] eu sei que tenho bloqueios de movimentos, de postura, sei que tenho que ir adiante para tratar isso, mas eu não tenho mais o mesmo ânimo (Orquídea).

Esta afirmação corrobora a afirmação de Orem (1995) de que o medo e a ansiedade associados são limitantes para o equilíbrio entre atividade e descanso.

Estabelecer uma rotina diária de exercícios parece ser um grande desafio das pessoas com dor miofascial e que há fatores limitantes desse processo, como a falta de motivação.

Exercício físico eu não tenho vontade também. Não me sinto a vontade em fazer, até tu me explicou certos exercícios pra fazer em casa, mas eu não

tenho forças. Tem pessoas que tem problemas muito maiores que os meus e usam disso para ir adiante, mas eu vou fazer um exercício, aí começa a dor e eu paro (Orquídea).

Em estudo com pessoas portadoras de outras condições crônicas também aparecem fatores limitantes para a adoção de uma rotina de atividades físicas e a motivação como importante fator de estímulo. Cade (2001), ao utilizar a teoria do déficit de autocuidado para quatro indivíduos hipertensos, identificou em duas pessoas a motivação como facilitadora para a realização de atividades físicas mesmo que não relacionada à doença. O desconhecimento dos benefícios da atividade física, a educação dos filhos, a manutenção da casa e outros foram citados como fator limitante para a realização de atividades físicas .

A má indicação de doses e frequências explica as queixas destas pessoas de que os exercícios as deixam “quebradas” e, por isso, se sentem menos motivadas a realizá-los. Os programas, segundo Travell e Simons (1998, p.171), devem começar sempre pelo alongamento para depois evoluir para o fortalecimento.

O que observamos comumente é a falta de compreensão sobre como os exercícios devem ser realizados, tanto pelas pessoas com DM como por profissionais da área da saúde em relação à frequência, a intensidade, a velocidade.

O medo na realização de exercícios é relacionado diretamente com as baixas expectativas de eficácia, ou convicção de que elas não têm habilidade pessoal para a realização dos exercícios domiciliares. A experiência pessoal e a prática influenciam diretamente no aumento da auto-eficácia na realização de exercícios físicos.

É como se eu me protegesse de alguma coisa diferente que eu fizesse. Não sei o porquê disso, mas eu tenho medo, por exemplo, de limpar uma mesa fazendo movimentos circulares, levantar um peso, ou ficar de joelhos e fazer os exercícios que tu me explicou, então pra mim é difícil e tenho medo da reação que vou ter após o que eu faço. Então, me afasto disso [...] (Orquídea).

Orem (1995) divide os fatores que interferem no equilíbrio entre atividade e

descanso tem origem em fatores humanos e fatores ambientais. Entre os fatores humanos esta autora cita a dor incontrolada, o desconforto contínuo e a ansiedade como limitante para o equilíbrio entre estes requisitos. Como fatores ambientais cita a obtenção de suficiente sono e descanso.

Burks (1999) desenvolveu um modelo prático de assistência de Enfermagem para doentes crônicos baseado na Teoria de Orem. Segundo esta autora, há três áreas de influência no processo de ação de autocuidado: o cognitivo (necessidade de conhecimento da doença, assim como aprendizagem das competências necessárias para realizar os requisitos de autocuidado), o fisiológico (manejo de fatores como a dor, limitação de movimento e alongamento) e o emocional/espiritual (características pessoais como auto-estima, auto-eficácia e competências necessárias para planejar e avaliar as ações da autocuidado).

Segundo Orem (1995), os requisitos de autocuidado conflitantes podem afetar a tomada de decisões. Para fazer julgamentos e tomar decisões sobre ações de autocuidado é necessário se ter especificações sobre as vantagens de um requisito sobre os outros. Esta autora cita que os estados de saúde como agitação e inexperiência podem interferir nos julgamentos e tomadas de decisão.

O aumento na auto-eficácia percebida no desempenho de qualquer tarefa dependem da percepção da pessoa de sua própria competência no desempenho daquela tarefa. Fracasso para executar uma tarefa (inabilidade total para executar um exercício) ou desempenho incompetente da tarefa (fracasso para alcançar um nível exigido de desempenho) conduz a uma queda na auto-eficácia percebida, como podemos observar na fala abaixo.

[...] eu tenho um escudo me protegendo e dizendo: cuidado, se tu fizeres isso, amanhã tu vai estar desse jeito, eu sei que vai passar depois, mas amanhã, tu vai estar daquele jeito, então eu fico numa confusão total (Orquídea).

Orem (1995) cita que o potencial que foi desenvolvido e que poderia ser operacionalizado pelos indivíduos muitas vezes não é exercitado e que isto pode

ocorrer por ação deliberada, pelo esquecimento, por questões de tempo e lugar ou por não haverem os recursos requeridos para desempenhar as operações de autocuidado. Esta autora ressalta que estas situações devem ser diferenciadas daquelas em que a capacidade para o autocuidado foi desenvolvida, mas não pôde ser operacionalizada ao todo ou em algum grau devido a condições estruturais ou funcionais associadas a patologias específicas, estados de doença, ferimento, ou invalidez.

A única coisa que estou resistindo é a tua opinião a fazer hidroterapia. Então, eu não sei se é porque eu já estou cansada, pois é desde 1996, foram seis anos de fisioterapia, dois anos de acupuntura, agora já estou a um ano contigo fazendo RPG, eu estou no meu limite, que está começando a me cansar porque a depressão está a toda também (Orquídea).

Realização de uma tarefa ou competência em uma tarefa resultará em um aumento da auto-eficácia percebida e em uma vontade de explorar outras possibilidades (mais exercícios ou uma tarefa mais exigente).

Para provocar nestas pessoas o aumento da competência na realização de exercícios, seria necessário incentivar a aprendizagem com os profissionais responsáveis pela reabilitação, ou com outras pessoas, ou finalmente por sua experiência pessoal e prática.

Monteiro *et al.* (2002) observou melhora da autoconfiança pela aquisição de conhecimentos essenciais em um indivíduo portador de asma brônquica submetido às ações de apoio-educação de Orem.

Segundo Orem (1995), adquirir a compreensão sobre o autocuidado é uma atividade aprendida continuamente ao longo da vida e que demanda motivação para a tomada de decisões.

6.2.3 Déficit de autocuidado relacionado à manutenção de atividade intelectual, interação e vida social

Nesta categoria são apresentados os déficits relacionados a requisitos universais de autocuidado mesmo que alguns deles se relacionem com os requisitos de

desenvolvimento, já que o objetivo era perceber a influência da doença no desenvolvimento pessoal. Para Travell e Simons (1998), socialmente estas pessoas apresentam necessidade de ficar sozinhas, desinteresse para atividades que antes consideravam interessantes e queda na produtividade no trabalho.

Observamos, nas questões levantadas pelas participantes, a frustração em relação ao desenvolvimento pessoal que foi limitado pela patologia e pela sensação de “inutilidade” em relação a ser produtivo para a sociedade e a tendência ao isolamento social relacionado a dor.

Eu acho que eu deixei de crescer porque eu me guardo na toca. Eu tentei fazer o curso de Direito, mas por questões de força maior eu parei [...] mas eu acho que estou um pouco parada no tempo (Orquídea).

Quando eu estudava e vim pra cá, essa dor de cabeça me impedia de fazer muitas coisas porque eu não podia forçar muito porque piorava. Então se eu ficasse fixando uma coisa, não conseguia desenvolver como queria porque eu estava sempre com aquela dor. Isso impediu muita coisa que eu não fiz até hoje (Rosa Amarela).

A dor crônica, segundo Travell e Simons (1998), é reconhecida como uma das maiores contribuições para a depressão, mas por outro lado, a depressão pode diminuir o limiar da dor, intensificando a dor e diminuindo a resposta aos tratamentos. Estes autores citam algumas mudanças clínicas observadas em associação à depressão como inabilidade para se concentrar, dificuldades de memorização, indecisão e dificuldade para falar, o que piora o relacionamento profissional e interpessoal.

Observamos que, mesmo com a dor crônica, todas as pessoas deste estudo verbalizaram a necessidade de maior desenvolvimento pessoal e o relacionaram positivamente com as sensações de ser útil, de aprendizado e de não permanecer em casa “alimentando a dor”.

Quando eu estava aprendendo e me sentia mais dinâmica, apesar de não escrever em sala de aula por causa da LER por me faltar forças, eu gravava a maioria das aulas, pegava a matéria e fazia xerox [...] mas pelo menos eu tinha uma atividade, eu não me sentia tão inútil (Orquídea).

Hoje mesmo na hora do almoço eu disse pro meu filho pra fazermos um curso de inglês juntos, aí nós vamos dar um show de bola falando em inglês (Jasmim).

[...] eu ia parar, mas eu resolvi fazer outras coisas, algum curso pra mim não ficar em casa alimentando dor porque não adianta, se a gente tem dor, tu tem que suportar (Rosa Amarela).

Outro aspecto que se destaca com relação às exigências de autocuidado universal, neste grupo, é a manutenção de equilíbrio entre recolhimento/solidão e interação social. Com relação a este requisito de autocuidado, Orem (1995, p.192) refere que:

a manutenção de um equilíbrio entre recolhimento e interação social possibilita condições essenciais para os processos desenvolvimentais, nas quais conhecimentos são adquiridos, valores e perspectivas são formadas e medidas de segurança e satisfação são adquiridas.

Neste grupo, algumas pessoas apresentam uma atitude positiva em relação ao equilíbrio entre recolhimento e interação social, que se relaciona diretamente com a facilidade de interação social, formando uma rede de apoio ao seu redor.

Eu gosto muito também de ir em festas, quando o pessoal convida, acho que fazem questão que a gente vá, aí sempre digo para o meu marido que quando as pessoas convidam a gente não pode faltar, tem que ir [...] (Rosa Amarela).

Em relação ao restante do grupo, observamos uma maior necessidade de isolamento/recolhimento relacionado a dor e a necessidade de maior tempo de repouso. Podemos observar nestas falas a interferência da dor e da depressão em relação à manutenção de uma vida socialmente ativa, o que demonstra o peso destes fatores como limitantes da competência para o autocuidado.

Eu só sinto vontade de deitar, ficar no sofá, ver os artistas na televisão, não tenho vontade de conversar com as pessoas (Orquídea).

[...] de repente até uma hora de lazer, por exemplo, as pessoas me convidam pra tomar um chá, um café, um shopping, alguma coisa e eu não vou.

Simplesmente, fujo de tudo (Orquídea).

A gente diminuiu bastante essa vida social fora, até em função de que a gente ia muito a bailes, porém no outro dia, eu tinha que passar o dia na cama [...] eu perdi um pouco a vontade de sair porque quando chega de noite, estou tão cansada, louca por uma cama, assistir uma televisão, se acomodar. Eu acho que estou querendo me acomodar (Jasmim).

[...] até os meus amigos reclamam que eu não visito mais ninguém (Jasmim).

No segundo momento de reencontro para reflexão com estas pessoas, observei que o potencial para reequilibrar o autocuidado relacionado à interação social e a vida social continuava sendo limitado pela depressão e dor que formam um ciclo vicioso dificultando a mudança de atitude.

Cade (2001), em seu estudo sobre o déficit de autocuidado de pessoas hipertensas, observou que das quatro investigadas somente uma apresentava um grupo de amigos, estabelecendo uma relação tanto de lazer quanto de apoio para as situações difíceis.

Orem (1995) subdivide as condições de vida, os fatores humanos e ambientais como obstáculos que afetam o equilíbrio entre interação social e recolhimento. Em relação às condições de vida, menciona o contínuo envolvimento na provisão de cuidados associados a doenças agudas e crônicas ou lesões como obstáculos ao autocuidado. Em relação aos fatores humanos, faz referência as características temperamentais, de personalidade, e a ansiedade em relação a estar sozinho ou com outras pessoas.

Outra questão que foi referida com frequência pelas pessoas com dor miofascial foi o tempo como limitante para o autocuidado, para a manutenção de uma vida socialmente ativa e para o desenvolvimento pessoal. Estas mulheres verbalizaram que com mais tempo para se cuidar elas implementariam seu autocuidado em vários outros requisitos.

[...] eu acho bastante cansativo o autocuidado que a gente tem que ter, porque na verdade, uma pessoa que tem dor, torna-se uma pessoa que vive apenas para ela própria. A gente quase não tem tempo para os outros, pra família,

amigos, até mesmo para o trabalho, porque se tu for fazer tudo certinho como tem que ser, tu passa as 24 horas do dia em função de ti (Jasmim).

[...] eu larguei de trabalhar meio turno, justamente pra me cuidar (Rosa Amarela).

[...] estou fazendo outras coisas pra mim poder ser mais consciente com tudo, incluindo eu mesma, e se a gente quer, a gente consegue conciliar o tempo (Rosa Amarela).

Cade (2001) observou, no estudo já referido, que a falta de tempo foi apontada como fator limitante para o autocuidado em mulheres portadoras de hipertensão arterial.

Observei, também, que todas estas mulheres identificam que as situações de instabilidade emocional e *stress*, tanto no trabalho como no ambiente familiar, levam a um aumento da tensão muscular, o que provoca aumento da sintomatologia dolorosa e a correlacionam com a patologia, como podemos verificar nas falas abaixo.

A parte emocional afeta muito no meu caso. Eu fico muito abalada, tanto com alegrias como com tristezas e me ataca a cabeça. Então eu acho que é de fundo emocional esse problema porque aos poucos eu estou me conhecendo. [...] eu não posso ficar nervosa porque me ataca a cabeça. O dia que eu fico nervosa me ataca muito a cabeça [...]. Às vezes eu fico muito tensa, e aí que ataca a dor (Rosa Amarela).

Se eu estou com dor na hora de momento feliz, eu não vou estar bem, então não vai corresponder a altura [...] O meu problema são as recidivas, eu acho que influi nas dores a parte emocional. Por isso que tenho que estar sempre com atendimento psicológico e psiquiátrico para resistir e suportar (Orquídea).

[...] tem noites em que eu me acordo e a minha musculatura está tão contraída que não encosto nem a cabeça no travesseiro, fica um espaço entre a cabeça e o travesseiro, eu não consigo relaxar e quando está tudo mais tranqüilo é diferente, a gente sente menos dor (Jasmim).

A influência do equilíbrio emocional diante das diversas situações vivenciadas

no cotidiano destas pessoas com dor miofascial nos indica que há um déficit de autocuidado relacionado à forma com que estas pessoas lidam com situações estressantes. Dificuldades de relacionamento no ambiente de trabalho, a rotina, a flexibilidade na adaptação e aceitação das diferentes personalidades dos colegas de trabalho também são citadas como geradores de tensão, como podemos observar na colocação de Rosa Amarela.

Eu estou me sentindo menos nervosa, menos tensa, não sei se é porque eu parei de trabalhar meio turno, mas eu acho que tem a ver também porque tu fica o dia inteiro num ambiente, aí vira rotina, e tu tem mais tempo para estar em contato com os problemas do trabalho, então estressa mais, tanto que eu queria parar de trabalhar um tempo porque conviver com as pessoas é difícil, cada um tem uma personalidade, cada um reage de uma maneira diferente, então isso é da pessoa, tu que tem que se adaptar e aceita-las como são, não adianta querer mudar. Podemos mudar alguma atitude, mas a personalidade, jamais (Rosa Amarela).

O aumento da tensão muscular geral leva, segundo Travell e Simons (1998), a um aumento da irritabilidade e a ativação de pontos-gatilho. Também Auleciems (1995) cita que o *stress* provoca aumento da dor nos pontos-gatilho miofasciais.

Neste grupo de pessoas com dor miofascial, duas tem suporte psicológico e psiquiátrico para auxiliar na redução dos níveis de tensão e *stress*, assim como para buscar equilíbrio emocional para lidar com a doença. Rosa Amarela não tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, porém tem muito interesse em fazer um curso de psicologia para, segundo ela, “se ajudar melhor”.

A minha profissão não era essa que eu queria. Eu queria ter estudado, ter me formado, ter uma profissão própria. [...] sempre quis fazer Psicologia, mas não tive condições [...] e agora que estou entrando na terceira idade, eu quero fazer, independente de exercer a profissão, mas para o meu conhecimento, pra poder me ajudar interiormente e ajudar as pessoas que necessitam (Rosa Amarela).

Graff (2001), Gil *et al.* (1998) e Rudin (2003), em seu artigo sobre dor miofascial, trazem como uma das abordagens de tratamento psicológico o treinamento

cognitivo comportamental que envolve condutas como desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações geradoras de *stress* e tensão, depressão e dor.

Auleciems (1995) e Harris *et al.* (2002) mencionam o uso do *Biofeedback* eletromiográfico para ensinar aos indivíduos com dor miofascial a reduzir os níveis de tensão muscular e, conseqüentemente, de dor através de um esforço consciente com auxílio do *feedback* visual e auditivo.

Podemos observar que, mesmo com suporte psiquiátrico e psicológico, não foi verbalizada por estas pessoas a utilização de técnicas de relaxamento para redução dos níveis de tensão e *stress*, o que indica que as ações de autocuidado neste nível parecem ter sido inefetivas.

Nestas mulheres com dor miofascial, a insegurança em relação a como a doença irá evoluir gera uma instabilidade emocional que, quando associada à depressão, provoca medo da dependência física e da incapacidade.

[...] eu tenho consciência que as dores tem motivo emocional junto, influência psicológica, influência nas atitudes, então eu não sei do meu futuro. É como se eu estivesse empacada, eu não sei o que sou, o que vou fazer, o que vai me acontecer (Orquídea).

[...] eu me questiono tanto, porque a gente trabalha uma vida inteira, agora que estou prestes a me aposentar, será que vou chegar até me aposentar, e me aposentar pra quê? Às vezes tenho a impressão de que vou ficar aqui só pra incomodar meus filhos porque é uma impotência tão grande que a gente sente, tu se sente incapaz (Jasmim).

Burks (1999) criou um modelo prático de Enfermagem para doentes crônicos baseado na Teoria do déficit de autocuidado de Orem, e cita que os cronicamente doentes apresentam, além de doenças físicas, o *stress* emocional, a mudança nos relacionamentos, a incapacidade e a incerteza.

Este mesmo medo que gera estas inseguranças é também utilizado como motivador para executarem as ações de autocuidado, o que, do ponto de vista de Orem (1995), deve ser uma contribuição contínua do adulto para sua própria existência, saúde e bem estar e, quando é efetivamente realizada, contribui de maneira específica para a integridade, funcionamento e desenvolvimento humano.

Burks (1999), diz que as ações da enfermeira nas questões emocionais e espirituais incluem guiar no sentido do desenvolvimento de competências necessárias ao empoderamento, à tomada de decisões, a reflexão e suporte no meio em que vive.

Segundo Orem (1995), adquirir a compreensão sobre o autocuidado é uma atividade aprendida continuamente ao longo da vida e que demanda motivação para a tomada de decisões.

[...] eu perdi uma mãe que foi encolhendo e nenhum médico disse o que ela tinha, deu um diagnóstico real do que ela tinha, mas ela ficou medindo um metro quando ela morreu, ela encolheu toda, se dobrou, e isso me causou pânico, por isso que eu faço tudo, então eu tento não me acomodar (Jasmim).

[...] eu comecei a me tratar por ter medo de ficar paralisada, ficar numa cadeira de rodas (Rosa Amarela).

Em relação a esta categoria, percebemos que as três pessoas com dor miofascial identificaram claramente a influência da dor crônica como limitante para o desenvolvimento pessoal e para uma melhor interação social com amigos e grupos de convívio. As relações sociais muitas vezes se limitam somente à família, e esta acaba tendo que se adaptar as rotinas e necessidades das pessoas portadoras de uma doença crônica.

A falta de tempo é citada como limitante de autocuidado. Na realidade observamos que há uma dificuldade de conciliar no tempo diário as diferentes atividades necessárias para o autocuidado. O trabalho em turno integral é citado por Rosa Amarela e Jasmim como um limitante para a realização de outras atividades como as diversas consultas semanais com profissionais de saúde, a manutenção de atividades de desenvolvimento pessoal e social, além da realização de atividades físicas.

Percebemos que as principais ações de autocuidado na perspectiva de Orquídea e Jasmim são interpretadas como as necessidades de ir a diferentes especialistas de saúde e conciliar estas atividades no tempo. As atividades de desenvolvimento pessoal, como o trabalho, cursos, relacionamentos sociais e familiares e realização de atividades físicas são postas em segundo plano, não sendo identificadas como ações de

autocuidado. Tal atitude acreditamos estar relacionada ao pouco crédito que parece ser dado à competência delas em se cuidar. O poder de engajamento delas como agentes do seu cuidado é subjugado em detrimento a ação de cuidado dos demais profissionais da saúde para com elas.

Já Rosa Amarela, se afastou do trabalho somente meio turno para realizar as atividades de autocuidado. Observamos que ela adota uma postura mais ativa em relação ao seu papel como agente de autocuidado.

Podemos observar, então, que este déficit no desenvolvimento social e pessoal, relacionado com os requisitos universais de autocuidado, afeta diretamente os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, limitando a promoção das condições necessárias para a vida e para o crescimento.

6.2.4 Déficit de autocuidado relacionado ao significado da doença para a família

Este déficit identificado pelas pacientes tem um significado muito importante relacionado à patologia porque a dor não é visível, porém é limitante tanto para o autocuidado quanto para o desenvolvimento de atividades sociais juntamente com a família ou grupo de convívio.

Percebe-se, também claramente, uma falta de informação da família sobre a patologia dificultando a compreensão das limitações impostas pela mesma. Refletindo sobre o tema trabalhado, elas próprias perceberam que seria necessário implementar grupos de apoio para familiares.

[...] então eu acho que principalmente a família teria que ter um preparo maior pra conviver com alguém com isso. [...] às vezes digo que hoje não vou me queixar de nada, mas quando tu vê, tu está dizendo 'ai que dor, dói meu pé, dói minhas costas', e às vezes tu incomoda a família, porque eles não têm noção (Jasmim).

Sato *et al.* (1993) abordam o sofrimento psicossocial relacionado as dificuldades que estas pessoas enfrentam para ter reconhecido o seu adoecimento quando se tratam de quadros clínicos em que a dor não é visível.

Os portadores de dor, para não serem rotulados, suportam cargas para cumprirem compromissos e responsabilidades não reconhecendo seus próprios limites.

Durante os encontros com as mulheres objetos deste estudo, foi possível observar como o envolvimento com a família interfere no processo saúde-doença, beneficiando ou prejudicando, como podemos observar nas falas abaixo:

[...] a dor muscular é uma dor que não aparece, não é evidente aos olhos, então para as pessoas que me rodeiam, fica difícil entender o que eu estou sentindo no meu corpo, então isso me revolta muitas vezes, eu fico com raiva, me recolho e faço de tudo para não sair da minha toca. Meu convívio social é fracassado [...] eles não enxergam, pra eles é difícil, eu até entendo, porque não é uma coisa visível, então eles não comentam sobre isso, nunca se interessaram de saber realmente o que acontece comigo, então eu fico na minha, eles ficam na deles como se fosse uma coisa normal que estivesse acontecendo comigo. Eu me sinto desamparada, eu me sinto muitas vezes sem suporte [...] as pessoas não enxergam, as pessoas não vêem meu problema, então só quem acredita na dor ou que sente, pode dizer alguma coisa (Orquídea).

[...] os próprios médicos me pedem exames e eu tenho que explicar pra eles que a minha doença não aparece nos exames, isso me deixa muito pra baixo (Jasmim).

A dor também provoca hostilidade destas pessoas em relação à própria família, principalmente quando esta não compreende e conhece a doença, levando o indivíduo a um isolamento progressivo e a uma angústia crescente devido a não compreensão de seu estado.

[...] eu tenho muita dificuldade em fazer o serviço da casa, tenho muita preguiça pelos olhos dos outros (Jasmim).

Tem parentes que comento algo e eles dizem que minha mãe é assim, e eu sou igual a ela [...] não querem nem saber, não te dão muita bola porque eles acham que é mania (Rosa Amarela).

Orquídea recebeu orientação da psicóloga que a acompanha a buscar a interação social com seus familiares, como vemos abaixo:

[...] os momentos mais felizes que eu passei nesses quase oito anos foram nesse verão agora, onde tentei, orientada pela psicóloga a ter uma certa postura, agüentar firme a dor, observar outras coisas, ter amor pela minha

família. Eu me mostrei com outro comportamento, sem me queixar, fazendo as coisas com dor, chorando escondido, fazendo almoço para os meus pais, varrendo e limpando a casa, coisas que eu não deveria fazer, então eu chorava de dor escondida de noite (Orquídea).

A ação de autocuidado implementada por Orquídea, buscando maior interação com a família, a colocou novamente no papel de agente de autocuidado, enfrentando a dor e procurando desviar seu foco de atenção para observar outras coisas.

Observa-se, também, que muitas destas mulheres apresentam ressentimentos em relação aos antigos postos de trabalho, os quais muitas vezes foram os causadores iniciais dos pontos-gatilho relacionados a movimentos repetitivos. A exposição a trabalhos pesados na infância relacionada à necessidade de auxiliar a família, também é citada como provável causadora da dor.

[...] eu carreguei muita água (Rosa Amarela).

Segundo Winfield (2000), a saúde precária dos pais, histórico de dor nos pais, e ambiente familiar pobre, frequentemente é presságio de dor e sintomas inexplicáveis em crianças quando estas se tornam adultas. Isso é expresso por Rosa Amarela no depoimento abaixo:

[...]acho que quando eu era pequena, eu não tinha dor. Até os 20 anos, morei na colônia e lá a gente trabalhava no batente. Era nosso, então a gente cuidava dos animais, fazia um pouco de tudo, cuidava dos meus irmãos porque antigamente tinha que ter um filho por ano. E minha mãe sempre foi uma pessoa meio fraca, ela estava sempre se queixando de dor, eu não sei se aquilo não ajudou a incutir certas coisas na minha mente em relação às dores. Por isso que tem gente que diz que minha mãe afetou meu cérebro, porque como eu era a menina mais velha, a mãe confiava e eu sempre ajudei desde pequena.

Tornar-se uma carga para a família é fonte de preocupação nítida nas falas destas pessoas, assim como o medo da dependência e do julgamento dos familiares.

[...] eu comecei a me tratar por ter medo de ficar paralisada, ficar numa cadeira de rodas (Rosa Amarela).

[...] então eu me questiono se eu tenho que explicar para um médico que é especialista em saúde que a dor não aparece em exame, como vou explicar para o meu marido que hoje não tive condições de lavar a louça de casa? Ou pedir para o meu filho fazer porque eu não consigo fazer nada (Jasmim).

A necessidade de suporte familiar para pessoa com dor é fundamental para que haja colaboração e incentivo às ações de autocuidado, assim como a criação de um ambiente de compreensão e acolhimento. A pessoa portadora de dor miofascial deve ser o principal agente de cuidado, mas a família se torna um importante ponto de apoio, não só como auxílio no regime terapêutico, mas também para manter a motivação necessária para a manutenção do tratamento.

[...] será que vou chegar até me aposentar, e me aposentar pra quê? Às vezes tenho a impressão de que vou ficar aqui só pra incomodar meus filhos porque é uma impotência tão grande que a gente sente, tu se sente incapaz (Jasmim).

[...] eu me sinto desamparada, eu me sinto muitas vezes sem suporte. [...] Eles não enxergam, pra eles é difícil, eu até entendo, porque não é uma coisa visível, então eles não comentam sobre isso, nunca se interessaram de saber realmente o que acontece comigo (Orquídea).

[...] a família em si até aceita e eu não sou muito de falar, até porque eu sei que todo mundo tem os seus problemas e cada um tenta amenizar o seu como pode (Rosa Amarela).

Estas situações são relacionadas aos déficits de autocuidado de desenvolvimento, pois estão associadas a condições e eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital destas pessoas e exigem ações de autocuidado que previnam situações destrutivas que afetem o desenvolvimento humano. Observamos que a atitude destas mulheres em relação ao desconhecimento da família sobre a doença é passiva, pois as mesmas apresentam iniciativas para buscar saídas para a situação. No caso de Orquídea, que relata buscar o isolamento social, percebemos nitidamente uma ação

destrutiva que, em longo prazo, poderá provocar mais depressão e a acentuação da dor, perpetuando o ciclo vicioso da dor crônica.

6.2.5 Déficit de autocuidado relacionado à assistência à doença

Este déficit está relacionado com os requisitos universais de desvio de saúde. Percebi que estas pessoas necessitam de um suporte multidisciplinar, o que demanda muitas vezes um custo elevado, disponibilidade de tempo para cuidar-se, além das queixas relacionadas com a angústia devido ao prognóstico e ao cansaço pela necessidade de dar continuidade ao tratamento.

[...] então eu me passava Cataflan, fazia alguns movimentos, alguns exercícios, mas relaxei porque eu não tinha vontade de fazer os exercícios, então chorava e tomava um remédio pra dormir que tomo até hoje assim foi e passou o tempo. Mas eu continuei tendo as recidivas (Orquídea).

A angústia em relação a constante demanda de comprovação da patologia para os planos de saúde e até para a equipe de saúde, assim como a peregrinação por consultórios médicos em busca de laudos e receitas para obter a medicação geram uma necessidade de tempo e paciência, e restringem o cotidiano destas pessoas a atividades relacionadas a sua patologia, o que as limita para outras vivências.

[...] além do dia normal, tenho que fazer hidro, RPG, fisioterapia, acupuntura, tenho a reumatologista, que tenho que fazer uma visita pra ela uma vez por mês, tem o ortopedista, o ginecologista, que tenho que visitar no mínimo a cada três meses, porque já tive problema no seio, então no mínimo, um médico desses por semana eu tenho que visitar, aí, somando com outras atividades, eu vivo em consultórios [...] eu saio de casa sempre em função do meu corpo, eu nunca saio de casa pra fazer uma coisa agradável (Jasmim).

[...] foram seis anos de fisioterapia, dois anos de acupuntura, agora já estou a um ano contigo fazendo RPG, eu estou no meu limite, que está começando a me cansar porque a depressão está a toda também (Orquídea).

Quando há presença de co-morbidades relacionadas a dor miofascial, existe

uma necessidade muito maior de suporte e tratamento.

[...] eu tenho dor já de outros problemas, como a LER (lesões por esforços repetitivos), problemas de musculatura na cervical e problema de coluna [...] como eu já estou comprometida, meu estômago está comprometido e o coração também por causa do peso. Então é a dor que influi em todos esses setores. Tomei muito antiinflamatório, muito medicamento, corticóide para a dor, parou a menstruação já faz sete anos quando eu tomei 19 injeções de corticóide para a dor, então eu tenho que agüentar mais essa dor (Orquídea).

As informações em relação à medicação e seus efeitos adversos são fundamentais para que estas pessoas possam interagir com a equipe de saúde. Como podemos ler nas falas abaixo, há um bom conhecimento e interesse tanto em relação à patologia como em relação à medicação prescrita.

Eu leio a bula, aí eu discuto com psiquiatra, só que entre a bula e o psiquiatra, tem uma grande diferença, mas algumas eu não tomo, discuto, brigo, digo que não quero, aí eles optam, por outro porque se eu digo que não tomo eu não tomo. Mas tem uns que me obrigam a tomar porque a dor é muita, então tu tem que acabar tomando (Jasmim).

Ao longo das entrevistas, quando discutimos sobre a assistência à doença, percebemos que havia uma tendência muito grande a considerar o autocuidado somente com o “ir buscar” assistência, não considerando a possibilidade de se tornarem agentes ativas de seu cuidado para minimizar a sintomatologia, o que interfere na sua independência.

Atividades como o equilíbrio nutricional, o cuidado com a postura correta e a manutenção de atividades físicas leves, assim como procurar interagir com a família e grupos sociais são cuidados ensinados pelos profissionais de saúde, mas que dependem da vontade destas mulheres para serem realizadas.

A partir dessas observações, buscamos analisar estas estratégias de enfrentamento da doença, quais são e se são ativas ou passivas, ou seja, se estas mulheres procuram *receber* ações de cuidado de outros profissionais ou se procuram

realizar ações de autocuidado como uma ação deliberada delas para com elas próprias, seguindo as orientações prescritas.

Percebemos, então, que as ações de enfrentamento mais freqüentemente observadas são relacionadas ao *buscar/receber* tratamentos como a fisioterapia, a psicoterapia, a acupuntura e a medicação, sugerindo que para estas mulheres é mais importante o que os profissionais de saúde podem fazer por elas do que o que elas podem fazer em seu benefício. Esta postura é fortemente determinada pelo modelo assistencialista dominante no modelo de atenção à saúde, no Brasil e no mundo, no qual a determinação biológica das doenças e a intervenção terapêutica são suas características. Para reverter isso, e restituir a essas mulheres o poder e autonomia sobre seus corpos e suas vidas, se faz necessário uma resignificação desses modelos assistenciais (também dos profissionais), o que pode ser favorecido por um processo educativo, capaz de estimular a independência, provocar motivação e confiança na eficácia de suas ações de autocuidado, devolvendo a gerência do autocuidado para a pessoa com dor.

O isolamento social é uma estratégia de fuga, também utilizada como mecanismos de proteção, evitando o afrontamento da doença e piorando o prognóstico e a assistência a doença, como cita Orquídea na fala abaixo:

[...] eu me coloco no meu casulo, como se diz, casulo é o 'útero' na psicologia, então eu me coloco no meu casulo, e é lá que eu me sinto bem.

A baixa auto-estima associada à depressão e ao sobrepeso também limitam as atitudes voluntárias destas pessoas em favor delas mesmas corroborando com isolamento social, que é uma das atitudes a serem evitadas para melhor assistência à doença.

[...] fico curtindo a minha dor sozinha porque me dá momentos de raiva no qual eu começo até agredir pessoas da família que não tem nada a ver [...]. Não estou tendo mais aquela força que eu tinha porque são quase oito anos de tratamento o qual eu melhorei bastante. Mas o meu problema são as recidivas (Orquídea).

Hoje minha auto-estima está baixíssima, é muito difícil. Até porque às vezes, as pessoas dizem que isso é mania de doença, impossível alguém estar sempre

com dor (Jasmim).

[...] antes eu era uma mulher de trinta anos, hoje sou uma mulher de oitenta (Orquídea).

Conforme Orem (1995), um requisito de autocuidado de desvio de saúde é que o indivíduo deve modificar o autoconceito e a auto-imagem e aceitar a si mesmo como estando em um estado particular de saúde. Observamos, neste grupo, grande dificuldade em se ver e se aceitar como portadoras de uma patologia crônica.

Já na colocação de Orquídea, percebemos que há, por parte da psicóloga que a assiste, a intenção de motivá-la para ações *ativas* de enfrentamento da dor e do isolamento social e a tentativa de Orquídea a enfrentar suas limitações.

Os momentos mais felizes que eu passei nesses quase oito anos foram nesse verão agora, onde tentei, orientada pela psicóloga a ter uma certa postura, agüentar firme a dor, observar outras coisas, ter amor pela minha família (Orquídea).

A intenção do “tentar viver diferente”, aprendendo a conviver com a dor, demonstra também a tentativa de quebrar padrões de comportamento e sugere mudanças de atitude.

[...] por isso que eu tenho que ter esse acompanhamento psicológico, talvez seja até demorado, mas pra fazer com que eu possa viver diferente (Orquídea).

Pimenta (2001), em seu artigo sobre os objetivos e estratégias dos programas cognitivo-comportamentais para doentes com dor crônica e a responsabilidade dos enfermeiros, cita que na perspectiva cognitivo-comportamental o interesse é auxiliar os doentes a identificarem seus pensamentos, atitudes, crenças e comportamentos

pouco adaptativos, assim como reconhecer o impacto dos pensamentos, atitudes e emoções sobre a dor e estabelecer correlações entre cognição, afeto e comportamento.

Percebe-se, nesta colocação de Jasmim, uma perspectiva de se tornar agente *ativa* do autocuidado por ter aprendido a lidar com a dor.

[...] acho que logo vou poder parar com o psicólogo, psiquiatra, na verdade eu precisei deles pra aprender a lidar com a dor e aí, aos poucos eu vou eliminando algumas coisas, porque eu sei que vou ter que conviver com essa dor até que descubram alguma coisa.

Também nestas falas de Rosa Amarela, percebemos as atitudes de enfrentamento da patologia superarem as de vitimização.

[...] eu ia parar, mas eu resolvi fazer outras coisas, algum curso pra mim não ficar em casa alimentando dor porque não adianta, se a gente tem dor, tu tem que suportar [...]. Aí comecei a pensar que teria que ir à luta, ter que me cuidar, me tratar, para amenizar meus problemas, se não tem cura, pelo menos amenizar.

A fé como fonte de apoio e motivação é utilizada somente por Rosa Amarela, mesmo quando a sintomatologia é vista como castigo ou provação.

[...] eu acho que é alguma provação de Deus. Acredito que já vim nesse mundo para cumprir minha missão, então eu vou ter que aceitar.

Quando questionadas em relação ao significado da dor miofascial na vida destas mulheres, podemos observar que nenhuma delas aceita a patologia.

Eu acho que sou uma vítima [...] (Jasmim).

[...] é como se eu fosse outra pessoa hoje. Antes eu era uma pessoa, e agora sou outra (Orquídea).

A aceitação de uma doença crônica é necessária para que estas pessoas possam

parar de sofrer por se sentirem vítimas de uma situação e mudarem de atitude, “afrontando” a doença, como sugere Orem (1995).

Silva e col. (2005), em sua pesquisa convergente assistencial sobre a qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos, perceberam que havia dificuldade em aceitar conviver com os limites, em aprender a lidar com as situações, em especial com o medo da falta de ar. Estas autoras citam que o processo de aceitação da doença promove a melhora da qualidade de vida destas pessoas.

Percebemos que independente da patologia, a pessoa portadora de doença crônica partilha de situações e vivências comuns cheias de limitações e sofrimentos, mas que podem ser transformadas em fonte de crescimento pessoal que promova o enfrentamento das limitações em busca de uma melhor qualidade de vida. Para que haja este crescimento é necessário, inicialmente, que haja a aceitação em se encontrar em um estado especial de saúde.

Quanto às exigências referentes ao controle medicamentoso e ao acompanhamento de diversos profissionais da saúde, estas mulheres se apresentam comprometidas em agenciar seu cuidado, porém, quando comparamos este requisito com os requisitos universais, observamos que algumas ações que caberiam a elas realizar, como o controle alimentar, a atividade física e a interação social, se tornam inefetivas por não serem seqüenciais como sugere Orem (1995).

Nos casos de patologias crônicas há necessidades de suporte para algumas demandas, porém o objetivo maior deve ser sempre tornar esta pessoa o mais independente possível, assim como incentivar a continuidade das atividades de cuidado.

[...] claro que a gente depende de tratamento e, além disso, tu tem que fazer outras terapias pra te ajudar, tu sozinha não consegue [...] eu sinto necessidade de ajuda por causa das minhas dores. Não é fácil tu suportar a dor sempre (Rosa Amarela).

Percebemos que houve uma grande resistência por parte destas mulheres para a realização de atividades físicas, o que seria uma das atividades prescrita e ensinada

pelos profissionais da saúde e que requer participação mais ativa delas em relação ao seu cuidado. Dentre as três pessoas deste estudo, somente uma realmente estava realizando atividade física durante o período da pesquisa.

[...] então a gente tem que procurar ajuda, porque não adianta tu querer as vezes te curar sozinho que há horas que tu precisa de tratamento com um médico com a base de remédio, e outra de conversa, de fazer terapia, exercícios, tudo isso precisa, pro organismo envelhecer com mais qualidade de vida, porque se não, vai ser difícil [...] se bem que depois que comecei me tratar com acupuntura, fisioterapia, a hidrogenástica, os remédios eu melhorei (Rosa Amarela).

Na fala abaixo, percebemos que Orquídea não reconhece a atividade física como parte de sua terapêutica, tanto quanto a medicação:

[...] esse programa terapêutico tem sido muito bom, porque eu não deixei de fazer nada que me foi prescrito [...]. A única coisa que estou resistindo é a tua opinião a fazer hidroterapia. Então, eu não sei se é porque eu já estou cansada.

Assim como a atividade física, o cuidado nutricional também não tem sido sequencial para Jasmim e Rosa Amarela, conforme descrevem no requisito relacionado à alimentação, mesmo após a orientação de uma nutricionista para sanar estes déficits.

A interação social como parte da assistência à doença é incentivada pela equipe de saúde e pouco valorizada como prescrição, conforme já descrito nos requisitos relacionados à manutenção de atividade social e interação social. Das três mulheres, somente Rosa Amarela busca realmente suprir este déficit.

A necessidade de suporte psicológico e psiquiátrico como recurso de assistência à doença é identificado por todas as mulheres deste estudo e está relacionado à influência dos sintomas no equilíbrio emocional. Analisando a importância que estas mulheres dão para a assistência psicológica como recurso terapêutico no tratamento da dor crônica, percebemos a relevância de uma atuação conjunta de diferentes

profissionais da saúde no tratamento destas mulheres.

Segundo Goldemberg (2004), o apoio psicológico é uma das frentes de combate mais efetivas para complementar o tratamento da dor crônica, pois tem como objetivo verificar como o doente se comporta em relação ao seu desconforto. Este autor cita a Terapia Cognitivo-comportamental como uma ferramenta necessária para tentar fazer com que o indivíduo mude sua resposta emocional à dor e, conseqüentemente, passe a conviver melhor com ela.

[...] o meu problema são as recidivas, eu acho que influi nas dores a parte emocional. Por isso que tenho que estar sempre com atendimento psicológico e psiquiátrico para resistir e suportar (Orquídea).

Esta terapia, segundo Goldemberg (2004) e Pimenta (2001), estimula a pessoa a modificar as ações e atitudes negativas em relação à dor e incentiva o aprendizado de comportamentos mais adaptativos de pensar, sentir e se comportar, auxiliando-o a interagir mais efetivamente com o seu meio, visando estabelecer uma relação harmoniosa entre o ambiente físico e social de modo a satisfazer suas necessidades.

Fernandes (2003), em sua tese de mestrado, teve como objetivo conhecer a representação social da dor por mulheres doentes de fibromialgia e verificar a pertinência da intervenção da psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo para o tratamento da síndrome. Esta autora percebeu que esta intervenção teve impacto positivo nas representações sociais que envolvem estratégias adequadas de enfrentamento da dor em detrimento daquelas que envolvam distorções cognitivas ligadas a catastrofização.

Os objetivos desta terapia vão de encontro aos pressupostos de Orem (1995), quando fala sobre os princípios de sua Teoria de Autocuidado: “ajudar o indivíduo a seguir e manter por si mesmo as ações de autocuidado para conservar a saúde e a vida, recuperar-se da doença e/ou *afrontar* as conseqüências da doença”.

A busca de estratégias de enfrentamento da dor é fundamental para que estas sirvam de alavanca para o autocuidado. Observamos que devido ao processo de dor crônica estas mulheres buscam continuamente fontes de estímulo e motivação para

prosseguir com as ações de autocuidado.

Refletindo sobre as causas que levam à realização ou não das atividades que cabem a estas mulheres, ou seja, a ser ou não ativa no processo do cuidado, percebemos alguns pontos fundamentais que influenciam a motivação para a realização de uma assistência mais ativa destas pessoas em relação ao seu cuidado.

A confiança nos profissionais de saúde que dão suporte a estas mulheres é extremamente relevante para a continuidade do tratamento, pois a fragilidade desta relação pode comprometer o sucesso do tratamento, conforme descreve Jasmim na fala abaixo:

[...] então eu me questiono se eu tenho que explicar para um médico que é especialista em saúde que a dor não aparece em exame, como vou explicar para o meu marido que hoje não tive condições de lavar a louça e casa? Ou pedir para o meu filho fazer porque eu não consigo fazer nada.

Outro ponto que influencia diretamente a postura diante da doença está intimamente relacionado às características pessoais e ao estado emocional dos indivíduos. A dor e a depressão, já descritas anteriormente nos requisitos relacionados à alimentação e ao exercício físico, exercem uma força negativa na vida destas mulheres, desmotivando-as para a realização de diversas atividades, principalmente as que dependem da ação deliberada delas em relação ao seu cuidado.

Outra questão relevante se refere à maneira com que os profissionais de saúde tratam dos doentes crônicos, como estas mulheres com dor miofascial. Pensamos que a equipe de saúde deve estar preparada psicologicamente para tratar estas pessoas, evitando valorizar nestes sujeitos as atitudes que reforcem o comportamento doloroso de incapacidade e autopiedade, com o objetivo de não vitimizar ainda mais o sujeito. Este tipo de atitude reforça ainda mais uma atitude passiva do sujeito diante da patologia, reforçando a imagem deste como não competente para o autocuidado.

O papel de assistência dos profissionais da saúde na melhoria da qualidade de vida das pessoas com dor crônica consistem em, primordialmente, reduzir o sofrimento tanto físico como social e mental. Faz-se necessário um processo educativo

amplo para que estas mulheres saibam o que é a dor miofascial, quais são as prováveis causas, assim como as possibilidades de tratamento, incluindo-as e instrumentando-as para e no processo de cuidado. Também através da educação, é possível capacitar a equipe de saúde para que esta saiba quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas pessoas, a fim de estimular que elas aprendam a afrontar a doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de planejar e provocar mudanças no ambiente onde realizamos nossa práxis nos mostra que a construção do conhecimento se faz assim, renovando o fazer e pensando o fazer para re-fazer e reconstruir o conhecimento.

A implementação deste estudo junto a mulheres portadoras de dor miofascial foi motivada pelo questionamento de como se poderia promover um processo reflexivo sobre o papel de gestoras de seu cuidado e, se nesse processo, tais mulheres, seriam capazes de identificar estratégias necessárias para implementar o autocuidado.

Observamos que este processo conseguiu provocar um repensar pelas mulheres, sobre algumas ações de autocuidado realizadas por elas. Este repensar, nem sempre se fez necessário a partir da intervenção profissional, o que demonstra que não somente a partir da intervenção profissional isso é possível. Foi possível que elas identificassem algumas lacunas de autocuidado, assim como provocar um questionamento sobre os motivos que limitam a realização das ações de autocuidado já conhecidas, o que levou a um repensar sobre suas responsabilidades como agentes de seu cuidado.

Procurei evitar um processo de educação vertical, transferindo as orientações de autocuidado para a pessoa a quem se cuida, mas senti muitas vezes o impulso em impor as alterações necessárias a serem feitas. Acredito que mantive uma abordagem pedagógica mais aberta e menos impositiva como sugerida por Freire (1996), como adaptação à aplicação da Teoria de Orem.

Abordar assuntos como a dor crônica e toda correlação que esta tem com os aspectos emocionais e sociais relacionados ao autocuidado gerou nestas mulheres, já fragilizadas, um emergir de emoções e reflexões. Isto permitiu o conhecer não só dos déficits de autocuidado, mas também das estratégias que elas utilizam para enfrentar o desânimo e a falta de motivação que fazem parte do cotidiano de pessoas com dor crônica.

O conhecimento destas estratégias é de vital importância para que nós, como

profissionais do cuidado, possamos reforçar nestas pessoas atitudes positivas de enfrentamento e buscar uma via de atuação profissional que evite reforçar comportamentos e pensamentos negativos e que facilitem um estado depressivo. Isto provoca, como observamos nos resultados, impacto direto sobre a dor e também sobre a motivação, tão necessária para o autocuidado.

Percebe-se nas falas destas mulheres uma luta constante por fontes de motivação que possam reacender a possibilidade de uma vida sem dor. Segundo as falas dessas mulheres, as fontes de motivação são muitas vezes relacionadas com o aparecimento de novas tecnologias, recursos e tratamentos. Muito pouco crédito é dado para a motivação promovida pelas mudanças de atitude e pensamento a fim de aceitar a patologia, o que seria fundamental para a melhora da qualidade de vida.

Outro ponto relevante percebido nas falas foi a falta de suporte da família e amigos, que por não terem conhecimento da patologia questionam a real existência da dor e das limitações. Por isso, a inclusão da família no processo educativo é parte fundamental do processo de cuidado e deve fazer parte do plano de tratamento da equipe de saúde que dá suporte a estas mulheres, a fim de nutri-la com conhecimento sobre as repercussões que afetam a vida destas pessoas.

A maioria destas mulheres relacionou as ações de autocuidado como ações dos profissionais da saúde para com elas, subestimando seu papel como agentes de seu cuidado através de ações aprendidas com a equipe de saúde. A partir deste pensamento elas se posicionam como “pacientes”, dependentes do cuidado por não acreditarem em sua competência e na auto-eficácia de seus cuidados. Esta atitude é, muitas vezes, reflexo de um processo educativo verticalizado, diretivo e impositivo, predominante nas práticas de educação em saúde, decorrente da postura de alguns profissionais da saúde e também dos de familiares.

Trabalhar com o referencial de Orem me possibilitou resgatar a atuação do fisioterapeuta como agente da promoção de saúde realizando prevenção e educação. Estas são etapas importantíssimas do tratamento que muitas vezes são consideradas menos relevantes do que tratar e intervir. A Fisioterapia como profissão vem passando por um processo de mudança para atender o princípio da integralidade e, para isso,

necessita modificar também sua forma de atuação em programas de saúde pública junto com a equipe de saúde. Para isso, acredito que a integração da equipe de saúde no tratamento das mulheres com dor miofacial e das pessoas com dor crônica é de suma importância para que haja um trabalho coerente e **cooperativo** em benefício destas pessoas, refletindo diretamente na qualidade de vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o Sistema Único de Saúde – SUS, apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e a descentralização da atenção e da gestão, ainda hoje enfrenta um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, na precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. São necessários esforços maiores para que a Política Nacional de Humanização proposta possa realmente provocar mudanças no modelo de atenção. É necessária uma política pública de saúde voltada para a preocupação com o ser humano de forma integral, não apenas o classificando como um diagnóstico ou uma patologia, mas se preocupando com o contexto social onde vive esta pessoa e qual a influência deste meio na sua condição.

Garcia⁵ *apud* Minayo (2004, p.61-62),

diz que a partir destas idéias vai se desenvolvendo também uma linha holística na concepção da saúde/doença que se unifica nos seguintes pontos: (a) a saúde tem que ser pensada como um bem-estar integral: físico, mental, social e espiritual; (b) os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde; (c) as práticas da medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e prática que promovam seu bem estar integral; (d) o sistema de saúde deve ser reorientado para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença; (e) as pessoas devem se voltar para a harmonia com a natureza, utilizar práticas e meios naturais de tratamento.

Refletindo sobre os objetivos desta proposta, percebo que pude identificar os déficits de autocuidado destas mulheres, assim como criar e implementar uma metodologia do cuidado. Vejo que o processo reflexivo que se promoveu possibilitou a elas a identificação de algumas lacunas no autocuidado, porém deixou alguns déficits

⁵ Garcia, J. Medicina e Sociedade: As correntes de Pensamento no Campo da Saúde. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. Global, 1983.

não identificados. Estes seriam ricamente trabalhados por meio de encontros em grupo com estas pessoas para que houvesse um compartilhamento de vivências e experiências entre elas, possibilitando crescimento, superação de limitações e uma melhora na qualidade de vida.

Percebi que é possível e viável a utilização de um referencial teórico de Enfermagem como o de Dorothea Orem para a utilização na área da Fisioterapia e da saúde. Isto foi possível pela abrangência do cuidado e do autocuidado a todos os profissionais da área da saúde, o que nos faz todos sujeitos do cuidado e da reabilitação. Considero que a Teoria de Orem é de grande importância, tanto na prática da enfermagem como em várias outras áreas da saúde. A relevância desta teoria para a realização desta pesquisa foi além da sustentação deste texto, pois abriu caminho para uma atuação diferenciada como profissional fisioterapeuta, que na maioria das vezes, visa prevenção sem sustentação teórica para tal. Como sugestão para trabalhos similares fica a importância de um tempo de convivência com o grupo de prática, o que se traduz na transparência e honestidade das respostas obtidas.

Percebi que provocar a reflexão no outro é muito mais difícil do que transferir o meu conhecimento, e esta foi uma luta travada constantemente neste processo. Durante esta trajetória, vi que a maioria das participantes é capaz de identificar seus déficits de autocuidado, os fatores limitantes da implementação do autocuidado, que foram muitas vezes relacionadas à cultura, a situação econômica e emocional, o que para elas limita o potencial para o autocuidado. Espero que este processo de reflexão sobre as ações de autocuidado tenha motivado e estimulado o desejo de que elas se tornem gestoras do seu cuidado.

Esta pesquisa me permitiu como fisioterapeuta ser capaz de compreender melhor os aspectos multifatoriais da dor e a influência desta na vida das pessoas, assim como vivenciar através de suas falas a complexidade e subjetividade envolvida no tratamento da dor. Este processo me possibilitou um “parar de tratar para ouvir” e refletir se o caminho que eu estou seguindo me levará realmente aonde quero chegar.

Por tudo isso, esta pesquisa permitiu construir e implementar uma metodologia de cuidado para as pessoas com DM, assim como refletir com estas pessoas sobre os

seus déficits de competência para o autocuidado, contribuiu para a reflexão/conscientização e empoderamento das mesmas em relação à importância de sua participação como agente de autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, R. W.; BRADLEY, L. A.; ALARCON, G. S.; TRIANA-ALEXANDER, M.; AARON, L. A.; ALBERTS, K. R., et al: Sexual abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. **Arthritis Care Res.** v.11, p.102-115, 1998.

AMBROSE, K.; LYDEN, A. K.; CLAUW, D. J. Applying Exercise to the Management of Fibromyalgia. **Cuurent Pain and Headache Reports**, v.7, p.348-354, 2001.

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. **Criteria for the classification of fibromyalgia**, Arthritis and Rheumatism .p.160-172, 1990.

ARAÚJO, Rejane Leal Conceição da Costa. **Doenças: construção e realidade na formação dos médicos**. Florianópolis, 2002. 168f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR: Pain Definitions. Disponível: <http://www.iasp-pain.org>. Acessado em 29 jan. 2006.

AULECIMS, L. N. Myofascial pain syndrome: a multidisciplinary approach. **Nurse Practitioner**, v.20, n.4, p.18-28, 1995.

BURKS, K. A. Nursing practice model for chronic illness. **Rehabilitation Nursing**, v.24, n.5, p.197- 200, 1999.

BUSKILA, D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. **Current Opinion in Rheumatology**, v.11, p. 119-126, 1999.

BUKELEW, S. P. et al. Biofeedback/ relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. **Arthritis Care Res.** v.11, p. 196-209, 1998.

BURCKHARDT, C. S. et al. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. **J.Rhumatol.** v. 21, p.714-720, 1994.

CADE, N. A teoria do déficit de autocuidado aplicado em hipertensas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.9, n.3, p.43-50, 2001.

CAILLIET, R. Dor mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 285-288.

CHAITOW, L.; **Síndrome da Fibromialgia**: um guia para o tratamento. São Paulo: Manole, 2002.

CHAVES, J. Biofeedback: a terapia do século 21. Disponível em: ><http://www.cerebromente.org.Br>>. Acesso em: 21 jan. 2006.

CONSENSUS DOCUMENT on FMS: the Copenhagen declaration. **Lancet**, p. 340, 1992.

CRISCUOLO, C.M. Interventional approaches to the management of myofascial pain syndrome. **Current Pain and Headache Reports**, v. 5, p.407-411, 2001.

DE LORENZO, F.; XIAO, H.; MUKHERGEE, M.; HARCUP, J.; SULEIMAN, S.; KADZIOLA, Z.; KAKKAR, V. V. Chronic fatigue syndrome: physical and cardiovascular deconditioning. **QJM**, v.91, p.475-481, 1998.

FAITH, M. S.; ALLISON, D. B.; GELIEBTER, A. **A emotional eating and obesity**: theoretical considerations and practical recommendations. *In*: Dalton, S. Overweight and weight management. Maryland: Aspen Publishers; 1997. p 439-465.

FERNANDES, Ângela Maria do Carmo. **Representação social da dor por doentes de fibromialgia**. São Paulo, 2003. 183f. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Universidade de São Paulo.

FISCHER A. A. Treatment of myofascial pain. **Journal of Musculoskeletal Pain**, v.7, p.131-142, 1999.

FOSTER, P. C.; BENETT, A. M.; Dorothea E. Orem. *In*: GEORGE, J. B. (Col.). **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 83-101.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 40.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GERWIN, R. D. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. **Current Pain and Headache Reports**, v.5, p.412-420, 2001.

GIL, I. A.; BARBOSA, C. M. R.; PEDRO, V. M.; SILVERIO, K. C. A. ; GOLDFARB, D. G.; FUSCO, V.; NAVARRO, C. M. Multidisciplinary approach to chronic pain from myofascial pain dysfunction syndrome: a four-year experience at a Brazilian center. **Journal of Craniomandibular Practice**, v.16, n.1, p.17-25, 1998.

GOLDEMBERG, J. **Coluna Ponto e Vírgula**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GOLDSTEIN, J. **Betrayal by the brain**: the neurological basis of CFS and FMS and related neural network disorders. Haworth Medical Press, New York, 1996.

GRAFF, B. S. Regional myofascial pain syndrome and headache: principles of diagnosis and management. **Current Pain and Headache Reports**, v. 5, p. 376-381, 2001.

HARRIS, R. E.; CLAUW, D. J. The use of complementary medical therapies in the management of myofascial pain disorders. **Current Pain and Headache Reports**, v.6, p.370-374, 2002.

HARDEN, R. N.; BRUEHI, S. P.; GASS, S. et al. Signs and symptoms of the myofascial pain syndrome: a national survey of pain management providers. **Clin J. Pain**, v.16, p.305-322, 2000.

HUBBARD, D. R.; BERKOFF, G. M. Myofascial trigger points show Spontaneous needle EMG activity. **Spine**, v.18, p.1803-1807, 1993.

KELEMAN, S. **Anatomia emocional**: a estrutura da experiência. São Paulo: Summus, 1992.

LANG, M. A. Botulin toxin therapy for myofascial pain disorders. **Current Pain Headache Reports**, v.6, p.355-360. 2002.

LITTLEJOHN, G. O.; WALKER, J. A. Realistic approach to managing patients with fibromyalgia. **Current Rheumatology Reports**, v.4, p.286-292. 2002.

MARTINEZ, E. J., FERRAZ, M. B. Fibromialgia e dor miofascial: extremos de uma mesma afecção? **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 36, n.4. 1996.

MATCH, M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. **Appetite**. v.33, p.129-139. 1999.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://www.Saúde.gov.br>. Acesso em 27 mar. 2006.

MONTEIRO, E.M.L.M.; NÓBREGA, M.M.L.; LIMA, L.S. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**.v.55, n.2, p.134-139. 2002.

OLIVEIRA, A . G. Aplicação da teoria do autocuidado de orem em adolescente em

- diálise peritoneal ambulatorial contínua. **R. Gaúcha de Enferm.** v.16, n.1/2, p.46-51. 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde.** Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/2001/main/portuguese.pdf>. Acesso em 04 jan. 2003.
- OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice.**Georgia: Mosby, 1995
- PEÑAS, C. F.; CAMPO, M. S.; CARNERO, J. F.; PAGE, J. C. M. Manual therapies in miofascial trigger point treatment: a systematic review. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 9, p. 27-34. 2003.
- PIMENTA, C. A. M. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 28, n.6, p.288-294. 2001.
- RIVNER, M. H. The neurophysiology of myofascial pain syndrome. **Current Pain and Headache Reports**, v.5, p.432-440. 2001.
- REBELATTO, J. R. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais.** São Paulo: Manole, 1999.
- RUDIN, N. J. Evaluation of treatments for myofascial pain syndrome and fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 7, n. 6, p.433-442. 2003.
- SATO, J. P. E. R. Adrenergic excitation of cutaneous pain-receptors induced by peripheral nerve injury. **Science**, v. 251, p. 1608-1610. 1991.
- SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do capo de trabalho e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.147-152. 1993.
- SCUDDS, R. A; TRACHSEL, C. E. L.; LUCKHURST, B. L.; PERCY, J. S. A comparative study of pain, sep quality and pain responsiveness in fibrositis and myofascial pain syndrome. **J. Rheumatol**, v. 19, n.16, p.120-126. 1989.
- SEGAL, A. **Obesidade não tem cura.** Lemos, 1998, p. 35.
- SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR: Brasil sem dor. Disponível: <http://www.dor.org.br> Acessado em 29 jan. 2006.
- SILVA, D. M. G. V; SOUZA, S. S.; FRANCISCONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.16, p.7-14. 2005.
- SKOOTSKY, S. A., JAEGER, B. OYE, R.K.: Prevalence of miofascial pain in general internal medicine practice. **West. J. Med.**, 151: 157-160. 1989.

SOLA, A. E.; RODEMBERG, M. L.; GETYS, B. B. Incidence of hyper-sensitive áreas in posterior shoulder muscles. **Am J Phys Med Rehabil**, v. 34, p.585-590. 1955.

SOUCHARD, P. E. **Reeducação postural global**: método do campo fechado. São Paulo: Ícone, 1998.

TRAVELL, J. G.; SIMONS, D. G.; SIMONS, P. T. **Myofascial pain and dysfunction**: the trigger point manual v.1: Upper Half of Body. 2. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.

TRAVELL, J. G.; SIMONS, D. G.; SIMONS, P. T. **Myofascial pain and dysfunction**: the trigger point manual. v. 2: The Lower Extremities. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.

TRENTINI, M. PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TÜZUN, E. H.; ALBAYRAK, G.; EKER, L.; SÖZAY, S.; DASKAPAN, A. A comparison study of quality of life in women with fibromialgia and miofascial pain syndrome. **Disability and Rehabilitation**. v. 26, n.4, p.198-202. 2004.

VINDIGNI, D.; WALKER, B. F.; JAMISION, J. R.; COSTA, C. da. PARKINSON, L.; BLUNDEN, S. Low back pain risk factors in large rural australian arboriginal community: an opportunity for managing co-morbidities? **Chiropractic and Osteopathy**, v.13, n. 21, p. 1-12. 2005.

WALKER, E. A.; KEEGAN, D.; GARDNER, G.; SULLIVAN, M.; BERNSTEIN, D.; KATSON, W. J. Psychosocial factors in fibromialgia compared with rheumatoid arthritis: sexual, physical, and emotional abuse and neglect. **Psychosomatic Medicine**, v. 59, p. 572-577. 1997.

WINFIELD, J. B. Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. **Current Review of Pain**, v.4, p. 276-286. 2000.

WING, P. C.; Rheumatology: 13. Minimizing disability in patients with low-back pain. **CMAJ**, v. 164, n.10, p.1459-1468.

WOLFE, F; SIMONS, D. et al. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes. **Journal of Rheumatology**, v. 19, n. 6, p.944-951. 1992

WORREL, L. . et al. Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: initial outcomes and predictors of response. **Mayo Clinic Proc.** v. 76, p.384-390. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo sobre como os pacientes portadores de fibromialgia realizam o autocuidado, que irei desenvolver na IDEAL CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA, propriedade da fisioterapeuta Julie Marenzi, nos meses de setembro a dezembro de 2005.

Estas entrevistas fazem parte de um estudo que pretendo desenvolver, no curso de Mestrado de Enfermagem e que tem por objetivo, avaliar o autocuidado nas pacientes portadoras de dor miofascial.

Após essa entrevista, seu relato lhe será entregue para parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinentes. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo, sem que isto represente qualquer prejuízo para o processo terapêutico que vem sendo desenvolvido por você .

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão revelados em nenhum momento, e os documentos ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Sua participação poderá contribuir na construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os paciente com síndrome da Dor Miofascial, assim como para uma melhor assistência para você e os demais usuários de nossos serviços.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na fisioterapia e demais áreas da saúde.

Se julgar necessário, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: 99720911 ou 214 38 27.

Julie Marenzi

Eu, _____, consinto em participar desta pesquisa, desde que se respeitem as condições acima.

APÊNDICE 2 – Roteiro de Identificação e Questões Orientadoras

AVALIAÇÃO DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO

Nome: _____ Idade: _____
Tempo de diagnóstico/tempo de dor: _____
Profissão: _____
Estado Civil: _____
Ocupação atual: _____
Sexo: _____ Cor: _____
Peso: _____ **Altura:** _____

Requisitos de autocuidado	Características	Questões
Universal	São comuns a todos os indivíduos e incluem a ingestão suficiente de ar, de água e de alimento, a profusão de cuidados associados a processos de eliminação e os excrementos, equilíbrio entre atividades e descanso, solidão e interação social, prevenção de riscos a vida humana, seu funcionamento e bem-estar e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos em grupos sociais.	Hábitos nutricionais e hídricos Hábitos de eliminação intestinal e urinária Atividades diárias Descanso e lazer Convívio social (com quem convive, com quem e onde mora, de que grupos participa)
De desenvolvimento	Promovem as condições necessárias para a vida e para o crescimento, prevenir o surgimento de condições adversas ou diminuir os efeitos destas situações, nos diferentes momentos do processo evolutivo ou do desenvolvimento do ser humano: infância, adolescência, fase adulta e a velhice.	Episódios de dor Frequência e intensidade da dor Ações, reações ou acontecimentos que deflagram a dor Atitudes frente a dor Sentimentos com relação à condição de dor Reação dos amigos, familiares frente às manifestações de dor Limitações provocadas pela sua condição de dor crônica

De alteração da saúde	Surgem ou estão vinculados aos desvios de saúde. São eles: busca e garantia de assistência médica adequada, conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições patológicas, execução efetiva de medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas e prescritas, atenção aos efeitos colaterais das prescrições, modificação do autoconceito (e auto-imagem), por estar num estado especial de saúde e necessitando de cuidados, e finalmente aprendizado da vida associado aos efeitos da patologia para continuar promovendo o desenvolvimento do indivíduo. (Orem, 1995).	Assistência à doença (modo, frequência, percepção) Sentimentos quanto a sua condição de dor crônica Percepção e sentimento em relação ao programa terapêutico Percepção como pessoa antes e depois do quadro de dor Significado da dor na sua vida (antes e depois)
-----------------------	--	---