

AS INFLUÊNCIAS CULTURAIS NA DOR DO PACIENTE CIRÚRGICO¹

THE CULTURAL INFLUENCE IN THE PAIN OF SURGICAL PATIENT

Ana Paula Silveira Pereira *
Márcia Maria Fontão Zago **

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.F. Z. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n.2, p. 144-52, ago. 1998.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é identificar aspectos da influência da cultura na dor do paciente cirúrgico. O estudo teve a participação de 12 pacientes e a coleta de dados foi realizada através de entrevistas. A análise fundamentou-se em pressupostos da metodologia qualitativa. A influência cultural na dor do paciente cirúrgico é descrita por quatro categorias: os tipos de dor, a expectativa pela dor, o significado da dor e os comportamentos de reação à dor. O significado apreendido é de sofrimento e verbalizado através de metáforas. Considera-se a importância da compreensão cultural do fenômeno da dor pelo enfermeiro.

UNITERMOS: Dor. Cultura. Paciente cirúrgico.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the influence of culture on 12 surgical patients. The data was collected by interviews and the analysis was based on the framework of the qualitative methodology. The results showed four categories of influence: the type of pain, the expectancy by pain, the meaning of the pain and the pain management. The meaning apprehended is suffering and was verbalized by metaphors. The study considers the importance of the cultural comprehension about pain by the nurse.

UNITERMS: Pain. Culture. Surgical patient.

1 INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno universal e é uma importante consideração na assistência de enfermagem, visto que este profissional tem, entre outras funções, a de avaliar a dor do paciente, intervir e avaliar a sua intervenção.

A dor, como fenômeno, pode estar presente em várias situações de doença, como no tratamento cirúrgico. Reconhecer a existência da situação de dor nos pacientes cirúrgicos é importante pois, encontramos pessoas experienciando e antecipando a sua dor.

Segundo BENOLIEL⁽¹⁾, o homem tem pesquisado sobre os modos de dar significado a dor, explicar suas causas e encontrar meios para a sua supressão. Através da história, diferentes visões têm

dominado as idéias sobre a dor e de sua origem. A dor como punição de Deus, tem sua origem no Velho Testamento e nos sistemas de crenças religiosas. A idéia de dor como emoção, originando-se no coração e não no cérebro, deriva do pensamento de Aristóteles. Descartes considerou a dor como sendo algo de errado com o corpo. Essas idéias continuam a influenciar atitudes e crenças sobre as causas de dor e o que pode ser feito para aliviar seus efeitos. Ao mesmo tempo, a ciência tornou-se uma força cultural que trouxe novos valores, novos credos e novos modos de estudar o fenômeno da dor. Para exemplificar citamos o estudo de ZBOROWSKI⁽²⁾ que mostra o quanto a expressão da dor está ligada a fatores culturais, e que serão explicitados posteriormente.

¹ Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, em 1996.

* Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Bolsista do Programa PIBIC/USP/CNPq.

** Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Orientadora do estudo.

Dor é considerada por muitos, como um fenômeno fisiológico e como tal tem sido estudado por fisiologistas e neurologistas. Entretanto, a fisiologia da dor e a compreensão da função biológica da dor não explica outros aspectos da experiência da dor. Na sociedade humana, a dor adquire importância social e cultural e certas reações à dor, podem ser compreendidas à luz dessa importância. Assim, a condição de dor persistente e crônica, com o passar do tempo, pode tornar-se o centro da vida do indivíduo (e de sua família) e passa, ela mesma, a constituir-se como doença: algopatia⁽⁸⁾.

A cultura de um indivíduo torna-se uma influência condicionadora na formação dos padrões de reação à dor e o conhecimento das atitudes grupais para a dor é extremamente importante para a compreensão da reação do indivíduo⁽¹³⁾.

Na situação cirúrgica, a dor é aguda devido a lesão dos tecidos pela incisão cirúrgica. Entretanto, o paciente pode referir, avaliar e reagir ao fenômeno de diferentes formas, intensidades, com atitudes e reações diferenciadas.

Ao cuidar de um paciente cirúrgico com dor, é essencial que o enfermeiro adote o ponto de vista do paciente em relação a ela. SMELTZER; BARE⁽¹¹⁾ destacam que a regra fundamental no cuidado com o paciente com dor é que toda dor é real. Esses autores conceituam a dor como sendo *“uma sensação corporal que o paciente diz ter, existindo sempre que assim o afirma”* (p. 209). PEREIRA⁽¹⁰⁾ relata que, em 1986, a Associação Internacional para o Estudo da Dor, apresenta a seguinte definição: *“dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesões reais e potenciais, ou descrita em termos dessas lesões. Na avaliação da dor, pelo enfermeiro, deve-se considerar dados físicos (frequência respiratória, frequência cardíaca, por exemplo), emocionais e os comportamentos culturais de dor. A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, na medida em que ela representa um evento ameaçador, é a ansiedade. A ansiedade estaria relacionada a temores no paciente e exteriorizadas por tremor, palpitação, sudorese, e outros. Esses dados podem ser considerados através da avaliação da intensidade da dor, tolerância do paciente em relação à sensação dolorosa, características da sensação dolorosa, efeitos da dor.”*

Todo indivíduo aprende na infância o que as pessoas a sua volta esperam e aceitam quanto às sensações dolorosas. Ele aprende com os outros quais os estímulos dolorosos e que tipo de atitude assumir frente a eles. Assim, todo indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos aprendidos, no seu contexto cultural, em relação à dor. Reconhecer os aspectos culturais na dor e apreender como eles diferem de outros, ajudam o enfermeiro a não avaliar o comportamento do

paciente com base em suas próprias expectativas e valores. O enfermeiro que reconhece as diferenças culturais compreenderá melhor a dor do paciente e terá parâmetros para avaliar a dor e as respostas comportamentais a ela, bem como poderá intervir no seu alívio de modo mais efetivo.

Com o intuito de apreendermos como um grupo de pacientes cirúrgicos descrevem e comportam-se em relação a dor, realizamos este estudo visando *“identificar aspectos da influência da cultura na dor dos pacientes cirúrgicos”*.

2 A INFLUÊNCIA DA CULTURA NA DOR

Os referenciais teóricos que abordam a influência da cultura na dor, fornecem-nos uma série de pressupostos, oriundos da antropologia médica, e que passaremos a abordar.

Primeiramente devemos apreender que cultura, segundo HELMAN⁽⁷⁾, é um sistema compartilhado de significados que é aprendido, revisado, mantido e defendido no contexto em que as pessoas interagem. Esse sistema de significados mostram aos indivíduos a forma de ver o mundo, vivenciá-lo e de comportar-se dentro dele, em relação às outras pessoas e ao meio ambiente natural. A cultura de um grupo é transmitida para a geração seguinte através de símbolos, linguagem, ritual e artes. Essa percepção compartilhada do mundo fornece a coesão, a continuidade de qualquer grupo humano.

O segundo aspecto a considerar é que a percepção da dor não pode ser definida simplesmente em termos de tipos particulares de estímulos. A dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado da situação e de outros fatores únicos ao indivíduo. O significado da dor pelos indivíduos, o modo como eles definem a sua situação e o impacto das experiências pessoais anteriores, determinarão a experiência de dor. Entretanto, os membros de várias culturas podem reagir diferentemente em termos do comportamento manifesto. Este comportamento é ditado pela cultura que fornece normas específicas de acordo com a idade, sexo e posição social do indivíduo⁽¹³⁾.

BEYMER⁽²⁾, revisando os resultados de pesquisas sobre a dor, apresenta que a cultura influencia o limiar da dor (ponto no qual o indivíduo reporta que um estímulo é doloroso), a tolerância a dor (ponto no qual o indivíduo retrai-se ou solicita para interromper o estímulo), a tolerância a dor encorajada (a quantidade de um estímulo doloroso que um indivíduo suporta quando encorajado a tolerar níveis altos de estimulação) e as expressões de dor. Os indivíduos tendem a focalizar o seu

ambiente social para a validação da dor. Sendo a dor um fenômeno pessoal, numa situação ambígua, ele tende a comparar-se com os outros do seu grupo cultural, para determinar que reações são apropriadas.

HELMAN⁽⁷⁾ descreve que as reações à dor podem ser de duas formas: uma reação involuntária instintiva (como o recuo diante de um objeto cortante) e uma reação voluntária (eliminação da fonte de dor e providências para o tratamento do sintoma e/ou requerer a ajuda de outra pessoa para aliviar o sintoma). As reações voluntárias que envolvem outras pessoas são particularmente influenciadas por fatores sociais e culturais. As reações à dor são denominadas de “comportamentos de dor” e incluem as expressões faciais, modificações na conduta, sons produzidos, palavras utilizadas.

O mesmo autor acima referido identifica dois tipos de comportamentos de dor ou reações: a dor privada e a dor pública. Para sabermos se uma pessoa tem dor, dependemos de uma demonstração verbal ou não-verbal, por parte da pessoa. Quando há essa demonstração, a experiência e a percepção privadas da dor tornam-se públicas. Porém, a dor pode permanecer privada em determinadas situações; por exemplo, em rituais de demonstração de virilidade ou prestígio social, entre alguns povos.

A cultura é um dos fatores que determina se a dor privada será traduzida em comportamento de dor e a forma que tal comportamento assume, bem como as condições sociais em que ocorre. Parte da decisão de tornar ou não pública a dor privada, depende da interpretação pessoal do significado da dor. Por exemplo, se a dor é considerada normal pelo indivíduo, ela pode ser mantida privada. Por outro lado, as definições de dor anormal dependem das definições culturais de imagem do corpo, da estrutura e função do corpo. As expectativas culturais e a aceitação da dor como parte “normal da vida”, determinam se esta é vista como um problema clínico que requer uma solução médica. Na cultura ocidental, a dor está relacionada à outras formas de sofrimento, como o estresse emocional, conflitos interpessoais e infortúnios inesperados. Tais formas de sofrimento são descritas por metáforas da dor física.

Outro fator determinante na transformação da dor privada em pública é a intensidade percebida. A intensidade de uma sensação de dor não corresponde automaticamente à extensão e natureza do ferimento. Crenças sobre o significado e a importância da dor, bem como o contexto em que ocorre e as emoções associadas a este, podem afetar a sensação de dor; como medo de implicações futuras pode intensificar a consciência de dor de um paciente cirúrgico; a esperança e a possibilidade de escapar da morte em uma batalha podem diminuir as queixas e a sensação de dor de um soldado.

As atitudes e as expectativas do indivíduo, em relação ao profissional de saúde ou tratamento, também podem influenciar a intensidade da dor, o que explica o modo de ação do “placebo”.

Na descrição da dor pelo indivíduo ou paciente, HELMAN⁽⁷⁾ chama a atenção que, as informações veiculadas pelos meios de comunicação, a familiaridade com os termos médicos, as experiências pessoais de dor e as crenças leigas sobre a estrutura e o funcionamento de organismo, podem interferir na descrição da dor, induzindo o profissional de saúde a um falso diagnóstico.

ZBOROWSKI⁽¹⁹⁾ foi um antropologista que forneceu grande contribuição para a compreensão das respostas culturais à dor e à natureza subjetiva da experiência da dor. Esse pesquisador comparou a interpretação, o significado, a intensidade, a duração e a qualidade da dor, entre quatro grupos culturais. Pelos resultados, o autor conclui que existem atitudes padronizadas em relação à dor em toda cultura. As expressões apropriadas e inapropriadas da dor (normal e anormal) são culturalmente prescritas e as tradições culturais ditam se em certas situações a dor é esperada e tolerada, e de como agir durante uma experiência dolorosa. Além disso, os grupos culturais esperam que os indivíduos comportem-se dentro dessas regras e normas culturais. O autor pressupõe que diferentes culturas podem assumir diferentes atitudes em relação aos tipos de dor. Essas atitudes são descritas como: expectativa da dor, aceitação da dor, apreensão com a dor e ansiedade pela dor.

BEYMER⁽²⁾ apresenta resultados de estudos que sugeriram que as percepções dos enfermeiros quanto a dor, não coincidem com as percepções dos pacientes, resultando em aumento de sofrimento; que muitos enfermeiros intervêm com o objetivo de reduzir a dor e não eliminá-la; que os enfermeiros tendem a inferir, em maior grau, sobre os aspectos psicológicos do que os físicos; que há insatisfação dos pacientes com as ações de controle da dor, pelos enfermeiros. Compreender as concepções relacionadas à dor no paciente cirúrgico é fundamental, pois, facilitará intervenções adequadas, que envolvam o cuidado holístico.

BENOLIEL⁽¹⁾ baseando-se no estudo de Fagerhaugh e Strauss, descreve que a dor tem diferentes significados em diferentes unidades hospitalares e que diferentes formas de dor levam a diferentes padrões de trabalho e problemas. Independentemente do ambiente organizacional, os autores encontraram que o lidar com a dor, era um processo cíclico de interações e de negociações políticas entre os profissionais envolvidos e que algumas vezes incluíam confrontação e conflito.

O enfermeiro tem que avaliar os diferentes fatores envolvidos na dor, obtendo dados objetivos e

subjetivos, para que possa selecionar estratégias efetivas para suprir a sensação da dor do paciente.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado com pacientes da unidade cirúrgica de um hospital de ensino, após a obtenção do consentimento da Comissão de Ética da instituição e dos próprios pacientes.

Participaram como informantes doze pacientes que encontravam-se no período pós-operatório e que, em algum momento desse período, referiram dor. A todos foi oferecida informações sobre o objetivo do estudo e da metodologia de coleta de dados; frente a concordância em participar pelos informantes, foi solicitado-lhes que assinassem o termo de consentimento. A coleta de dados, com a utilização do gravador, não foi consentida por dois pacientes.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 1996. Os dados foram coletados através de entrevistas e estas foram gravadas. Nas entrevistas com os pacientes que recusaram a gravação, os dados foram posteriormente registrados. As entrevistas foram semi-estruturadas e constaram de 2 questões direcionadoras:

- O que é dor?
- O que o senhor faz quando tem dor e porque?

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com o auxílio de um programa redator de computador. A seguir realizamos a organização dos dados no software "The Ethnograph"⁽⁴⁾.

A etapa seguinte foi a de análise dos dados fundamentada em LUDKE; ANDRÉ⁽⁹⁾ e BOGDAN; BIKLEN⁽³⁾.

Após várias leituras dos dados, identificamos segmentos e nomeamos esses segmentos com códigos. Esses códigos deram origem a quatro categorias: os tipos de dor, a expectativa da dor, o significado da dor e os comportamentos de reação à dor.

Essas categorias fornecem a descrição da influência cultural na dor do paciente cirúrgico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES

Como já nos referimos, os pacientes-informantes do estudo encontravam-se em uma unidade de internação cirúrgica, no período pós-operatório. Todos eram do sexo masculino e suas

idades variavam de 33 a 69 anos. Esses pacientes haviam sido submetidos as seguintes cirurgias: gastrectomia total, ressecção de mioma, revascularização do miocárdio, colecistectomia, retossigmoidectomia, esofagectomia parcial, amputação do colo retal e hérnia inguinal.

4.2 AS CATEGORIAS

A análise dos dados levou-nos a identificar quatro categorias relacionadas com o objetivo do estudo. Essas categorias serão apresentadas e discutidas. Os informantes são identificados por letras maiúsculas.

OS TIPOS DE DOR

Nesta categoria, os dados referem-se ao local e à classificação da dor apresentada pelos pacientes e quanto a sua intensidade. Em relação ao local da dor, fica explícito que a dor não se limita ao local da incisão cirúrgica. A dor pode estar relacionada a procedimentos associados à cirurgia:

AL: Passei bem, mas fiquei com dor na garganta depois que terminou.

SI: ... dormi muito. Quando acordei tinha cólica, bastante cólica. Me deram uma injeção e dormia. Depois passou... Tem muitos tipos de dor: tem dor fraca, tem dor forte, dor geral.

JO: Senti mais dor nos drenos. Tinha um dreno de cada lado. Na cirurgia senti muito pouca dor e continuo sentindo muito pouca dor. O que mais me incomoda é a dor dos drenos. Na operação tive uma dor leve, no corte, parecia uma agulhada, mas nos drenos....

PE: Sei lá, parecia que era na região da barriga. Alguma coisa ... parecia que estava queimando... mas era pouca dor, doendo um pouquinho só...

O paciente que submete-se a um procedimento cirúrgico fatalmente estará exposto à situações de dor, devido à incisão cirúrgica que lesa os tecidos. A dor no pós-operatório é considerada aguda e apresenta-se em episódios. O nível e a intensidade da dor pós-operatória dependem da constituição fisiológica e psicológica do paciente, do nível de tolerância subsequente, do local da incisão, da natureza da cirurgia, da extensão do traumatismo cirúrgico e do tipo de substância anestésica e do modo como esta foi administrada. Segundo WELLS⁽¹²⁾, o alívio completo da dor, no local da incisão cirúrgica, raramente é conseguido nas primeiras semanas, dependendo do local e tipo de cirurgia realizada.

Os relatos dos pacientes mostram que a localização da incisão cirúrgica e a dor decorrente desta localização, não é a condição essencial e nem simbolicamente valorizada na experiência da dor.

Pelo contrário, para estes pacientes, algumas condições pós-operatórias podem eliciar e/ou acentuar a sensação de dor como: náuseas e vômitos, repouso prolongado, movimentação passiva e ativa, distensão gástrica, presença de sondas e drenos, punção venosa e outros procedimentos médicos ou de enfermagem.

Em relação à descrição da dor, os pacientes referem-na segundo um critério de classificação que varia num continuum de normalidade a anormalidade e com características específicas, ou seja, normal, pouca, leve, forte, cólica, agulhada, e queimação. Devemos lembrar que, a intensidade da dor é influenciada pelas crenças, importância, emoções associadas e expectativas. Chama a atenção o fato de que a dor, após a cirurgia, é um fenômeno esperado, aprendido no meio cultural, e que portanto, pode ser considerado como "normal", mesmo quando o paciente a sente pela primeira vez, ou seja, que não tenha tido uma experiência cirúrgica anterior. Por outro lado, os relatos dos pacientes mostram que eles já estão influenciados pela linguagem médica, utilizando termos específicos como "cólica" e "queimação", utilizando um sistema próprio de diferenciação, fundamentado em experiências de doenças anteriores, ou seja, culturalmente aprendido. Nesse sentido, fica-nos a dúvida se a compreensão de uma dor em cólica para o paciente, tem a mesma compreensão para os profissionais de saúde.

A EXPECTATIVA PELA DOR

Essa categoria expõe como os pacientes prepararam-se para a dor do pós-operatório:

AG: Sim, paradidíssimo. Esperava sentir muita dor.

AL: Ah, sim... como eu já fiz outras operações e sei que é horrível, me preparei para sentir dor!

AN: Me preparei! Ah, eu falei que DEUS é grande, seja o que ele quiser. Eu vou pensar que DEUS está junto comigo, vai pra mesa comigo e, também, junto com os médicos. E deu tudo certo!

AG: Eu esperava que doesse mais, mas não doeu nada, mesmo depois da cirurgia. Senti a dor normal de cirurgia, mas que não mata!

AN: Eu tinha medo de sentir dor, até de morrer. Porque tem muita gente que morre até na mesa de operação.

JO: Não. Ninguém explicou não! Eu não sabia!

Os dados mostram que apenas um paciente não tinha expectativas quanto a dor pós-operatória. Todos os outros referiram a expectativa sobre ela.

A experiência de dor pós-operatória é comum, e como já comentamos, pode ser uma consequência esperada na intervenção cirúrgica. Embora esperada, ela pode ser assustadora.

A expectativa da dor é uma atitude e como tal tem origem nos valores e significados dos indivíduos, para o fenômeno. Ela representa a antecipação da dor em situações determinadas, como na cirurgia. Entre alguns pacientes ela é esperada e aceita (considerada como normal); entre outros, ela é esperada, porém, não aceita (anormal). Na primeira situação, a atitude do paciente seria a de não apresentar reações ou apresentar reações pouco intensas. Na segunda situação, as reações do paciente são intensas e este pode solicitar ou procurar por intervenções imediatas

A aceitação da dor é caracterizada pela disposição à experiência da dor. Esta atitude é manifestada frequentemente como um componente inevitável das experiências culturalmente aceitas, como a cirurgia. A atitude de apreensão com a dor reflete a tendência em evitar-se a sensação à dor como tal, indiferentemente se ela é espontânea (como na situação cirúrgica) ou não, se é aceita ou não. Nesta situação, a cultura do paciente estabelece a natureza valorativa e lesiva da dor⁽¹³⁾.

No paciente cirúrgico, o impacto psicológico da dor apresenta-se pelos comportamentos de ansiedade, incluindo o medo da cirurgia, o medo da dor ou o medo do desconhecido.

O estado de ansiedade à dor é provocado pela experiência dolorosa, focalizada sobre vários aspectos das causas da dor, do significado da dor e sua importância para o bem-estar do indivíduo. Entretanto, a ansiedade decorrente da dor aguda, por si só, é um componente não desejável na situação pós-operatória, devido às suas consequências fisiológicas. Devemos lembrar que o estresse cirúrgico elicia toda uma alteração nas respostas metabólicas do organismo e que podem prejudicar o processo de recuperação pós-operatória.

Entendemos que quando os pacientes expõem suas expectativas sobre a dor cirúrgica, eles já nos dão pistas de como interpretarão o significado para o fenômeno.

O SIGNIFICADO DA DOR

Em resposta a questão direcionadora "O que é dor?", os pacientes interpretam o significado da sua dor pós-operatória:

AG: Ai fica difícil. Se fosse no caso de quando está chovendo, uma nuvem tromba com a outra e dá

aquele trovão. No caso poderia ser que a doença aperta a peça do corpo da pessoa e daí dói. Não sei bem explicar. Dor é muito ruim, não deveria existir dor... quando o indivíduo nasce, a vida já está traçada e a dor também.

AL: É uma coisa que vem pra perturbar a gente. Nós estamos sujeito a dor e temos que procurar um médico para descobrir o que é, pois, às vezes, parece uma coisa e é outra. É sinal de que alguma coisa não vai bem. Não acredito que seja aprovação. Acredito que a dor vem pelo próprio corpo. Eu vivi a vida toda com saúde e agora estou sujeito a isto. Dor é uma coisa natural.

AN: Ah, é uma dor... Sei lá, é uma dor ruim. Tem hora que aperta. Mas essa noite, eu não dormi por causa da dor. A dor é ruim, muito ruim. Sofre... Eu acho que dor é sinal de que algo vai errado.

AB: Dor é um negócio..., um tipo de uma campanha que quando qualquer coisa no corpo não vai bem, ela toca. A dor é desagradável, quando você sente dor, seu astral baixa muito. Você não tem aquela disposição de andar, conversar, trabalhar, rir.

SI: Dor pra mim é uma fraqueza do espírito!

JO: A dor..., a dor é uma apuração do espírito da gente. Existe a necessidade da gente sofrer, pra ser aliviado. Bendito seja a dor. Com a dor, a gente conhece DEUS. Com a dor a gente conhece JESUS. Hoje é difícil, a pessoa lembrar de DEUS, sem estar sofrendo. Como o ouro, o cobre, um metal, tem de apurar; o nosso espírito também.

LU: Dor... dor? Tem jeito de definir a dor? Dor é uma coisa... Não tem resposta certa pra isso! Primeiro, ela vai te acabando, poxa... É uma coisa que deixa a gente quase louco!

PE: Sei lá! No meu ponto de vista, explicaria como alguma coisa muito ruim... muito impossível, horrível, sei lá... Vai ficando impossível a medida que vai prolongando. É uma coisa muito difícil de tolerar. Eu não queria sentir nunca, é muito triste a dor! Dor é sofrimento e preocupação.

W: Dor pra mim é tudo, tudo, tudo... Dor é uma coisa incrível. Eu não sei bem dizer para você o que significa... é um desespero, é tudo, não me sinto bem, é ...uma tristeza, a dor é uma coisa assim... Eu sei que a gente passa muito mal, não dorme, não come, uma coisa terrível.

Nas falas acima, detectamos que os pacientes relatam sobre o efeito deletério da dor, no seu cotidiano, no sono, na alimentação, nas atividades diárias na enfermaria. Para esses pacientes, mesmo tendo uma expectativa, a convivência com a dor pós-operatória é uma situação de sofrimento que perturba a sua condição física e psicológica. O significado de sofrimento são apresentados de modo simbólico, por metáforas (... uma nuvem tromba com

a outra e dá aquele trovão). Sendo assim, há uma sensação de impotência, entre os pacientes, para lidarem com ela, implícitas nos seus gestos e expressões faciais. Por outro lado, podemos apreender nas palavras dos pacientes o temor que ela acarreta, seja relacionado à sua duração ou a sua real condição de doença.

Os efeitos da dor no pós-operatório foi objeto de estudo de CLOSS⁽⁶⁾, que demonstrou que o sono de pacientes no pós-operatório é freqüentemente perturbado e a causa mais freqüente desta perturbação é a dor. CHRISTOPH⁽⁶⁾ salienta que a dor pós-operatória pode ser deletéria.

Os aspectos culturais comuns nessas falas, estão relacionados ao dar significado à dor através de idéias de que há algo de errado com o corpo e de que a dor é uma punição de Deus (... a dor é uma apuração do espírito da gente. Existe a necessidade da gente sofrer, pra ser aliviado). Essas influências já foram apresentadas na introdução deste trabalho.

OS COMPORTAMENTOS DE REAÇÃO À DOR

Nesta categoria, os pacientes revelam os seus comportamentos quando sentem a dor. Estes são dirigidos pelo seu conhecimento cultural ou experiências anteriores, em relação às diversas estratégias que podem levar à supressão dos sintomas. Na maioria dos relatos, os pacientes revelam crenças originadas no convívio familiar e social, sobre medicações caseiras e que são associadas à crença religiosa e a medicina alopática. Em muitas falas, os pacientes relatam comportamentos diferentes e contraditórios.

AG: Fiquei quieto e pedi remédio... A enfermeira sempre fala para ficar quieto que a dor passa. Outras vezes dá uma viradinha, conserta o corpo, aí volta de novo... eu acredito em chás. Por exemplo: quando chegar em casa, vou banhar minha perna para desinchar com beladona. Ferve e faz um emplasto com pano em água quente. Ajuda muito! Um chá caseiro também ajuda. Já usei e resolveu. Mas no meu caso, nem banho, nem remédio caseiro iria adiantar, só a medicina mesmo! Primeiro lugar é DEUS, segundo é a medicina e depois vem essas coisinhas: banho, cházinho...

AL: Me deram um remédio e foi passando aos poucos. A dor apertava tanto que a moça da recuperação falou para eu ficar calmo... Eu falei que estava com a dor e eles me deram remédio e passou. Acredito em remédio, mas chá, essas coisas não resolve. Nunca me ensinaram nada e mesmo que ensine eu não vou fazer, porque não tenho confiança. Eu rezo, mas eu procuro um médico...

Nos dois relatos acima, os pacientes referem-se à intervenção utilizada pela enfermeira de “os manterem imobilizados”. Embora não tenhamos observado essas ações, parece-nos que elas não foram consistentes com a compreensão do fenômeno da dor discutido neste estudo.

O paciente com dor apresenta comportamentos não-verbais de reação à dor: a expressão facial, o choro e a mudança da posição corporal. Esses comportamentos são associados a comportamentos verbais, como a solicitação por medicação.

Os relatos seguintes parecerem surpreendentes num primeiro momento. Entretanto, os pacientes relatam terem utilizados uma estratégia medicamentosa bem característica da crença em soluções depuradoras, no caso, a creolina. Lembrando, antigamente essa solução era comumente utilizada como desinfetante. As falas desses pacientes explicitam de forma ampla como as crenças em medicações caseiras são utilizadas para o alívio da dor, no cotidiano.

PE: Pra dor de estômago me ensinaram tomar creolina. Tomei creolina por seis dias. Eram três gotas com água. Tomei...

W: ... quando a dor na úlcera aperta... eu passei muito mal... tudo que me ensinaram eu fazia. Me ensinaram a tomar dois pingos de creolina no leite que fica bom e eu fiz. Deu uma boa melhorada, só que quando você solta aqueles gases por cima, sabe você arrotar, vem o gosto de creolina na boca..

AN: Se eu fecho o olho, eu penso que tenho que agüentar. O que eu faço é careta. Parece que não adianta... dá vontade de chorar. Parece que alivia... chorando e desabafando... Além disso eu rezo, peço pra DEUS. Ah, pra melhorar... eu acho que não tem... só o remédio e o tempo. Em casa faço chá de estomalina, de boldo, erva cidreira... ajuda alguma coisinha. Se der dor em casa eu vou na farmácia. É igual eu estou medicado aqui no hospital. Agora, pra dor da cirurgia... eu não sei o que iria fazer. Às vezes eu acho uma posição na cama e melhora, mas depois começa a doer de novo.

SI: Eu fiquei bem calmo na cama, fiquei bem quietinho. Aqui, eu chamo a enfermeira. Em casa converso com a minha mãe, ela faz um chá. Tomei chá de quebra pedra, chá de abacate, chá de picão. Tirava um pouco da dor, relaxava. Eu acreditava... pra dormir melhorava.

Como a dor é esperada, alguns pacientes tentam suportá-la. Porém, no ponto em que ela é considerada insuportável, a dor privada torna-se pública. A fé religiosa e a distração são evocadas para o alívio da dor.

JO: Estou tolerando! Eu vou agüentando. Estou só passando a mão. Se eu parar de mexer um pouco, a

dor fica mais calma. Depois que eu operei, a moça me aplicou uma injeção por causa da dor. Não era uma dor de gemer e depois da injeção aliviou. Eu faço pedir a DEUS, para melhorar. Faço uma prece e aquela dor passa. Procuro tolerar até aonde eu posso, vou agüentando... Se não melhorar, eu peço um analgésico. Aí eles me dão uma novalgina e aí melhora. Eu particularmente não sou muito de tomar analgésico. Eu prefiro que a dor vá embora sem tomar remédio. Quanto a dor nos drenos, quanto menos mexer melhor. Só que no meu caso, se eu ficar muito tempo parado, pode juntar gases e causar dor.

LU: Um pouco eu rezo, um pouco eu choro, um pouco eu fumo um cigarro e é isso. Eu sou um cara religioso, sempre fui. Eu nem sei mais pra que Santo eu apelo. Quando a coisa aperta tem que chorar, senão, o coração arrebenta. Eu fico pensando em outras coisas, coisas da rua, coisas que eu gosto. Tem que ter cabeça, acredito que vai passar, nem que morra, mais vai passar!

PE: A gente procura uma posição, encontra e dorme. Mas tem injeção, essas coisas. Depois o enfermeiro deu um remédio, e melhorou... A minha mãe tinha um remédio... é a conta de fazer aquele remédio, aquele chá, eu tomava, e refrescava tudo. Ela era baiana..., era remédio caseiro. Era de erva, hortaliça. Agora, uma coisa que eu fiz foi gemer e tolerar. Parece que alivia a gente.

W: Ah, eu suportava, eu...segurei a dor, sabe? Depois que eu não tava agüentando mais a dor, eu pedi um medicamento... Então, eu tive que pedir um medicamento, ou talvez um comprimido, ou uma injeção, não é? Eu não conseguia dormir de tanta dor, porque eu fiquei a semana inteira com dor, nessa cama depois da operação. Os medicamentos eu tenho tomado, assim, de farmácia e também planta medicinal. Às vezes eu deitava de lado e melhorava, né? Às vezes sentia dor, ia no banheiro e melhorava a dor. Mas depois que eu ia no banheiro... uma água gelada também melhorava... e vai de indivíduo para indivíduo. Já tomei vários tipos de remédios tanto caseiro como da farmácia. Mas eu faço o possível para agüentar.

Os pacientes revelam um critério pessoal de tolerância à dor e é dentro desse critério que eles tomam a decisão se a sua dor deve ser tornada pública. Assim, eles agüentam e toleram a dor até um limiar e esse limiar é individual. Esse aspecto pode ser considerado como coerente com o sistema de significados culturais dos pacientes, no qual a dor pós-operatória é “natural”.

O comportamento de reação à dor, na situação cirúrgica, torna-se sempre pública e é expresso através da verbalização e de comportamentos não verbais. CLOSS⁽⁶⁾ considera que a verbalização da

dor também depende da personalidade do indivíduo. Pessoas extrovertidas verbalizam com mais frequência do que as introvertidas.

Os relatos dos pacientes descrevem que na convivência com a dor pós-operatória, quando a sua intensidade atinge um pico, a dor que era considerada normal e esperada, desenvolve expectativas, apreensões, gera ansiedade e passa a ser não aceita. Os pacientes procuram diversas estratégias para tentar aliviá-la ou supri-la, buscando-as no seu referencial cultural. Quando não conseguem resolvê-la por si mesmos, eles procuram pela ajuda do enfermeiro, que é o profissional mais próximo a ele.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um fenômeno fisiológico, sensitivo, afetivo e cultural. Porém, a fisiologia, por si só, não consegue explicar as respostas do indivíduo à dor.

A antropologia médica tem desenvolvido o conhecimento da influência cultural no fenômeno da dor e apresenta conceitos e pressupostos. Entretanto, os estudos existentes foram desenvolvidos com grupos culturais não brasileiros. Assim, a nossa expectativa é de identificarmos alguns aspectos de como pacientes cirúrgicos brasileiros experienciam a sua dor, sob o enfoque cultural, limitando-nos a um período de tempo e a um grupo específico de informantes.

Os resultados deste estudo englobam categorias de dados: os tipos de dor, a expectativa pela dor, o significado da dor e os comportamentos de reação à dor.

As categorias de dados mostram-nos que a dor pós-operatória é culturalmente prescrita e tradicionalmente esperada. A expectativa da dor como normal à situação cirúrgica pode também estar sendo desenvolvida no próprio contexto da enfermagem. Enquanto "normal", a dor é mantida como privada até atingir o limiar de tolerância do paciente, tornando-se então, pública.

Chama a nossa atenção que, mesmo considerando a dor pós-operatória como esperada, os pacientes tornam-a pública frente às suas dificuldades de enfrentamento. Ao mesmo tempo em que eles a verbalizam, solicitando por uma intervenção por parte do enfermeiro, ele procura associar outras estratégias que são do seu conhecimento cultural. Outro aspecto que ressaltamos é de que, embora haja idéias e expectativas para a dor pós-operatória, a dor tem o significado de sofrimento.

Os resultados desse estudo mostram que há um padrão nas atitudes e comportamentos de reação

a dor, entre os pacientes, compatível com a cultura ocidental, conceituados por ZBOROWSKI⁽¹³⁾ e HELMAN⁽⁷⁾. Possivelmente, esses elementos culturais têm sido difundidos pelos próprios pacientes cirúrgicos brasileiros. Entretanto, concordamos com a literatura relacionada de que, dentro de um mesmo grupo, os padrões de comportamentos de dor adquirem atitudes diferentes, fundamentadas na história da vida cultural dos pacientes.

Dentre os membros da equipe de saúde, os enfermeiros ocupam uma posição estratégica para avaliação da experiência dolorosa dos pacientes, visto que os assistem ininterruptamente.

Há autores que demonstraram as inadequações dos enfermeiros em lidar com o fenômeno da dor^(5,12). Embora não tenha sido foco deste estudo, acreditamos que os enfermeiros não consideram o fenômeno da dor em todos os seus aspectos, na situação cirúrgica. O enfermeiro cirúrgico deve considerar que toda verbalização de dor, pelo paciente, é real. Na avaliação da intensidade, da causa e da tolerância, os aspectos culturais não podem ser negligenciados. Por outro lado, a literatura aborda diferentes métodos para se avaliar a dor e estratégias que podem ser utilizadas para a cessação da dor^(1,5,6,10,11,12). O que não se pode menosprezar, são os efeitos fisiológicos e psicológicos da dor, para o paciente cirúrgico.

Finalizando, consideramos que o fenômeno da dor pós-operatória tem aspectos multidimensionais que devem ser considerados na assistência de enfermagem. Para compreender-se o fenômeno com profundidade, o tema deve continuar a ser estudado pelos enfermeiros, porém, considerando-se outros fatores como: a idade, sexo, condição sócio-educacional, tipo de cirurgia e envolvendo um grupo maior de pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01- BENOLIEL, J.Q. Multiple meanings of pain and complexities of pain management. *Nurs.Clin.North Am.* v. 30, n. 4, p. 583-96, 1995.
- 02- BEYMER, P.L. Transcultural aspects of pain. In: ANDREWS, M.M.; BOYLE, J.S. *Transcultural concepts in nursing care*. 2nd. ed. Philadelphia, Lippincott. 1995. p. 301-22.
- 03- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto. 1994.
- 04- CASSIANI, S.H.B.; ZAGO, M.M.F. A análise de dados qualitativos: a experiência no uso do "The Ethnograph". In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 8, Ribeirão Preto, 1995. *Programas e Resumos*. Ribeirão Preto, ABEn, 1995. p. 68.

- 05- CHRISTOPH, S.B. Assessment and management of postoperative pain. In: DRAIN, C.B. **The post anesthesia care unit: a critical care approach to post anesthesia nursing**. 3. ed. Philadelphia, Saunders, 1994. p. 314-24.
- 06- CLOSS, S.J. Patients's night-time, analgesic provision and sleep after surgery. *Int. J. Nurs.Stud.*, v. 29, n. 4, p. 381-92. 1992.
- 07- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas. 1994.
- 08- LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. cap. 16, p. 165-178.
- 09- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, E.P.U. 1986.
- 10- PEREIRA, L.V. **Estimação de categorias de descritos de dor pós-operatória: um enfoque experimental**. Ribeirão Preto, 1996. 155 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 11- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1993.
- 12- WELLS, N. Responses to acute pain and the nursing implications. *J. Adv. Nurs*. v. 9, n.1, p. 51-8. 1984.
- 13- ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. In: LOGAN, M.H.; HUNT, E.E.J. **Health and the human condition: perspectives on medical anthropology**. Massachusetts, Duxbury Press, 1978.