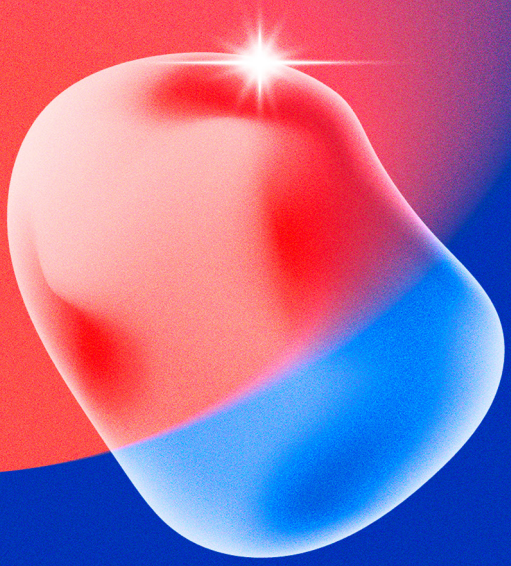
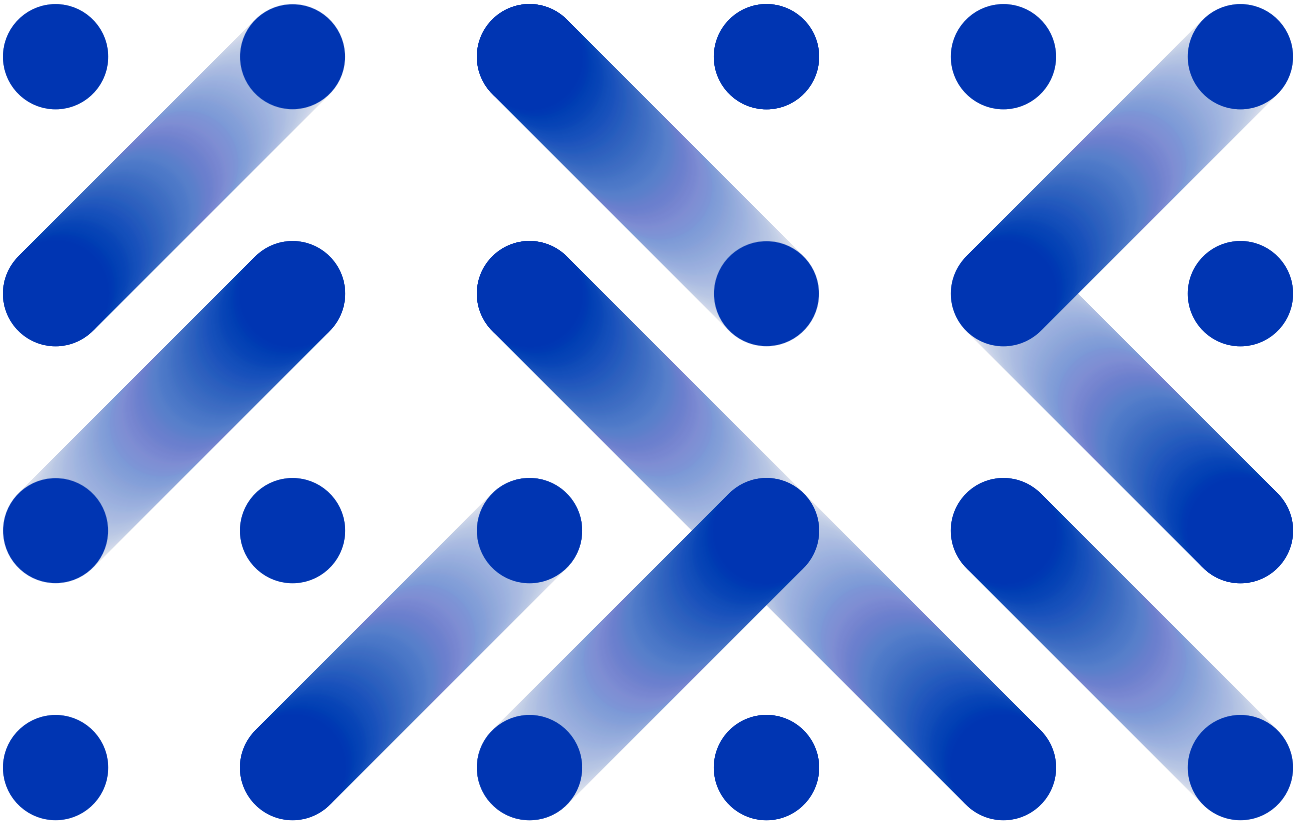
GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

Coordenação
Cristina Vaz de Almeida
Berta Augusto
Rita Veloso Mendes
Maria Teresa Flor de Lima



SPLS
SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE

Apoio
VIATRIS™



Editor: Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

ISBN: 978-989-33-4946-5

Título: Guia de Recursos Sobre a Dor. Um Caminho para Compreender Melhor a Dor Física, Psicológica, Social e Espiritual

Autor: Cristina Vaz de Almeida

Co-autor(es): Rita Veloso Mendes + Berta Augusto + Maria Teresa Flor de Lima

Suporte: Eletrónico

Formato: PDF / PDF/A

Índice

6 Lista de autores

7 Lista de apoios, organizações e contributos para o Guia

8 Prefácio

11 Ano Global da Dor

12 Os direitos dos doentes

18 A Carta Europeia dos Diretos dos Doentes

19 14 direitos

23 Os direitos de cidadania ativa

27 CARACTERIZAR O PERFIL DA DOR

28 O que é a dor?

28 Codificação da dor como doença:

29 O que é a dor?

29 Nova definição de dor (IASP)

30 Descrever a dor

35 A dor é toda má?

37 Sobre o sentir. Porque sentimos dor?

40 A diferença entre dor aguda e dor crónica.

40 O que diz a ciência

44 Dor aguda *versus* Dor crónica

46 Sintomas de dor crónica

51 O que diz a ciência sobre a minha dor?

53 Explicações da ciência sobre a dor

56 Os vários tipos de dor DOR FÍSICA e DOR PSICOLÓGICA

57 Lidar com a dor psicológica. Que atitudes para enfrentar a dor ?

59 O papel da emoção e crenças na perceção da dor crónica

64 O papel das cognições e pensamentos na dor crónica

66 O papel da vida social na dor crónica

68 O papel da espiritualidade na manutenção da nossa saúde

70 O luto

80 DOS HOSPITAIS AOS CUIDADORES

81 Como se trata a dor nos hospitais e qual o caminho (acessibilidade e tratamento)

82 O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais

84 Como se distinguem e como funcionam as Unidades de Dor?

85 Como posso aceder às Unidades de Dor?

89 Referenciação para as consultas de dor: a navegabilidade do doente no sistema

96 Cuidados paliativos. Como se trata a dor aqui?

100 As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e o controlo da dor

102 Cuidar da pessoa em domicílio quando estamos na fase dos cuidados paliativos

112 Tratar a dor nos serviços de proximidade. A importância do médico de família na prevenção da dor crónica

115 Escala da intensidade da dor

118 Os mitos sobre a dor

123 Os Cuidadores. Cuidar de uma pessoa com dor

133 Os Cuidadores Informais. Como ser e cuidar também de si, como cuidador

138 Cuide também de si

141 O QUE FAZER? DOR DA CABEÇA AOS PÉS

142 Quando o maxilar dói e afeta muito mais

151 A dor respiratória

156 O que fazer sobre as dores na gravidez e puerpério

158 Controlar e vigiar as dores na cirurgia ginecológica

159 Para, escuta e sente o teu corpo. A rapidez faz a diferença. O cancro do ovário na primeira pessoa

164 A dor oncológica. A dor total

169 Suporte Básico de Vida. Uma estratégia social de cidadania e sobrevivência

173 O que acontece no Suporte Básico de Vida?

174 A DOR SOCIAL

175 O impacto social da dor
176 A dor social. O caso da cegueira e da baixa visão na diabetes
180 Comunidade LGBT+. Pessoas trans e as “dores de alma”
186 Comunidade LGBT+. Existem estratégias para gerir a dor
188 Comunidade LGBT+. Dor na mulher lésbica — a visão do Clube Safo
191 Como entender a dor da pessoa com deficiência intelectual

198 AS VOZES DA MULTICULTURALIDADE

199 Migrants Suffer Social pain?
210 HINDI - पुर्तगाल में आप्रवासन
213 NEPALI - पोर्चुगलमा आप्रवासीहरू
216 Textos da NIALP em Português
221 Vozes sobre a dor, em ucraniano
223 Vozes sobre a dor, em português
225 Vozes sobre a dor. Em crioulo (Cabo Verde)
231 O cancro nas palavras de Caroline Simuchima Kundananji, Zambia

241 SOLUÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS OU PARA ALÉM DA MEDICAÇÃO

242 Para além dos medicamentos. Soluções não farmacológicas para controlo ou diminuição da dor

256 OS ESTILOS DE VIDA

257 A influência da alimentação

265 A REALIDADE: TESTEMUNHOS SOBRE A DOR

266 Conquistas
292 Metodologias de trabalho
292 Ouvir as pessoas
322 Os recursos na comunidade
323 Bibliografia
333 Resumos Curriculares

Lista de autores

No final do livro pode aceder aos curriculos dos autores de forma mais desenvolvida. Poderá conhecer cada um dos autores deste livro e contacta-los.

Alex Loureiro
Ana Paula Varela Reis
Ana Ribas Teixeira
Ana Valentim
Ana Veiga
Beatriz de Aranha Martins
Berta Augusto
Bruno Alves
Carlos Filipe
Caroline Simuchima Kundananji
Cátia Fernandes
Cláudia Fraga
Cristina Catana
Cristina Vaz de Almeida
Deolinda Pinto
Diana Pinheiro
Eliana Rocha
Elsa Santos
Filipe Serralva
Gerson Rodrigues
Juliana Paciência
Júlio Esteves (Julio A. G. Esteves)
Kamal Bhattarai
Laetitia
Márcia Alves
Maria Amélia Rebelo Quintans, Médica
Maria João Cunha
Maria Manuela Sampaio
Maria Teresa Flor de Lima
Nadia Sacoor
Nélia Isaac
Patrícia Susana Pinto Franco
Patrícia Guilherme
Patrícia Quintans
Raul Marques Pereira
Ricardo Fernandes
Rita Veloso Mendes
Sandra Laia Esteves
Sara Raquel Pedrosa da Cunha
Shanna Rodrigues Soares dos Santos
Susana Ramos
Vânia Costa
Vânia Lima

Lista de apoios, organizações e contributos para o guia

ANESC - Associação Nacional de Emergência, Socorro e Catástrofe
ADDCA - Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores
Associação 3 C's
Associação de Hungtigton
Associação Movimento Cancro do Ovário e Outros Cancros Ginecológicos — MOG
Associação Mundo Feliz
Associação Pinta a Vida
Be kind 4 U
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Clube SAFO
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (CHUC)
GAT - Grupo de Ativistas em Tratamento
Hospital Garcia de Orta
NIALP
Santa Casa da Misericórdia de Arronches
Sociedade Portuguesa de Literacia em saúde
Unidade de Saúde do Alto Minho

Prefácio

Falar de dor é falar de tolerância ao sofrimento.

A dor reflete uma vivência pessoal e intransmissível, varia de pessoa para pessoa e de momento para momento em função da agudização ou cronicidade de doenças ou de períodos de maior vulnerabilidade. Se a dor aguda tem tratamento na maior parte das situações, a dor crónica é considerada uma doença, codificada pela Organização Mundial da Saúde na ICD11 (Classificação Internacional de Doenças), e é considerada uma epidemia silenciosa, já que mais de 20% da população mundial sofre de dor crónica em qualquer período da sua vida e devido a várias causas.

Por resultar de fatores múltiplos e poder ser sentida de várias formas, impõe-se uma reflexão holística sobre as várias formas que a dor pode assumir. Este exercício tem sido pouco divulgado, mas é importante quando se quer aprofundar a compreensão sobre a temática e construir conhecimento nesta área, sobretudo para que se possam gizar estratégias que permitam aliviar a dor, independentemente da sua forma ou intensidade.

Neste sentido, o desafio lançado a todos os participantes nesta obra foi completamente inovador e resultou numa sistematização teórica prática, exaustiva, articulando contributos

pessoais, relatos da vivência da dor na primeira pessoa, mas também, e como não podia deixar de ser, de profissionais de saúde que "lutam" diariamente para promover o conforto e qualidade de vida de quem sofre.
A acessibilidade a esta coletânea de informação visa aumentar o nível de literacia em saúde do cidadão, particularmente neste domínio da dor, permitindo tomar decisões mais sustentadas, porquanto também mais partilhadas e refletidas entre os vários intervenientes, em prol da utilização adequada dos recursos disponíveis para a prevenção e controlo da dor e promoção do bem-estar.

Pretendemos olhar para a dor nas suas várias vertentes: biológica/fisiológica, psicológica e emocional, social e espiritual.
E foram surpreendentes os comentários e as participações nos vários grupos de foco a que nos propusemos a fazer e fizemos para recolher, em primeira mão e ainda antes de avançar para o terreno, as "vozes da dor", numa perspetiva realista, mas ao mesmo tempo construtiva, de soluções.

Ouvimos com atenção e, a partir daí, lançamo-nos ao desafio. Estes convites foram os certos. Sabemos que poderíamos ter convidado mais pessoas, mais organizações.
Para nós, a dor tem um caminho de debate contínuo. E, por isso, não fica por aqui.

O resultado é uma obra extremamente rica, diversificada nos discursos e abordagens. Permite entender melhor a discussão multidisciplinar em torno de um mesmo conceito, multifacetando-o e revestindo-o das várias camadas essenciais à sua prevenção, se possível, e promoção do seu controlo.

Que possa servir de base e de reflexão a todos os que podem beneficiar deste documento escrito com tantas mãos.

A todos os autores e às organizações participantes, o nosso enorme agradecimento pelas mais valias inequívocas que prestaram à comunidade e à sociedade para compreender este tema tão profundo.

À Viatris, um grande agradecimento, pela sua responsabilidade social, que nos permitiu, através do seu apoio desde a primeira hora, conseguir executar o projeto que tínhamos em mente.

Obrigada, sem exceção, a todos os que aqui estão e os que estão para vir e continuar a enriquecer o debate e a reflexão de cidadania que fizemos hoje, mas com a porta aberta para o amanhã.

As Coordenadoras
Cristina Vaz de Almeida
Berta Augusto
Maria Teresa Flor de Lima
Rita Veloso Mendes

Ano Global da Dor

Setembro é o Mês Internacional da Sensibilização para a Dor.

Setembro foi o mês escolhido para divulgar a problemática da dor. Esta campanha, em que se juntaram várias organizações, foi lançada em 2001 pela Sociedade Americana de Dor Crónica, com muitos parceiros em todo o mundo.

A cada ano, a Internacional *Association for the Study of Pain* – IASP divulga um aspeto diferente da dor, explorando as suas implicações globais.

Todos os anos, a ciência avança para aprofundar os conhecimentos e são produzidas revisões, textos traduzidos em várias línguas e organizados vários eventos relacionados com o tema escolhido.

Quando se fala em **prevenção da dor**, os temas abordados incluem:

- **Proteger contra o aparecimento da dor;**
- **Impedir que a dor se torne crónica ou recorrente;**
- **Minimizar as consequências e o impacto social da dor crónica;**
- **Prevenção primária, secundária e terciária da dor; o papel da nutrição, exercício físico e fármacos; prevenção da dor crónica pós-operatória e da dor em populações vulneráveis; prevenção da lombalgia.**

Os direitos dos doentes

Maria Teresa Flor de Lima,
Médica anestesiologista, com
Competência em Medicina da Dor e
Mestrado em Cuidados Paliativos

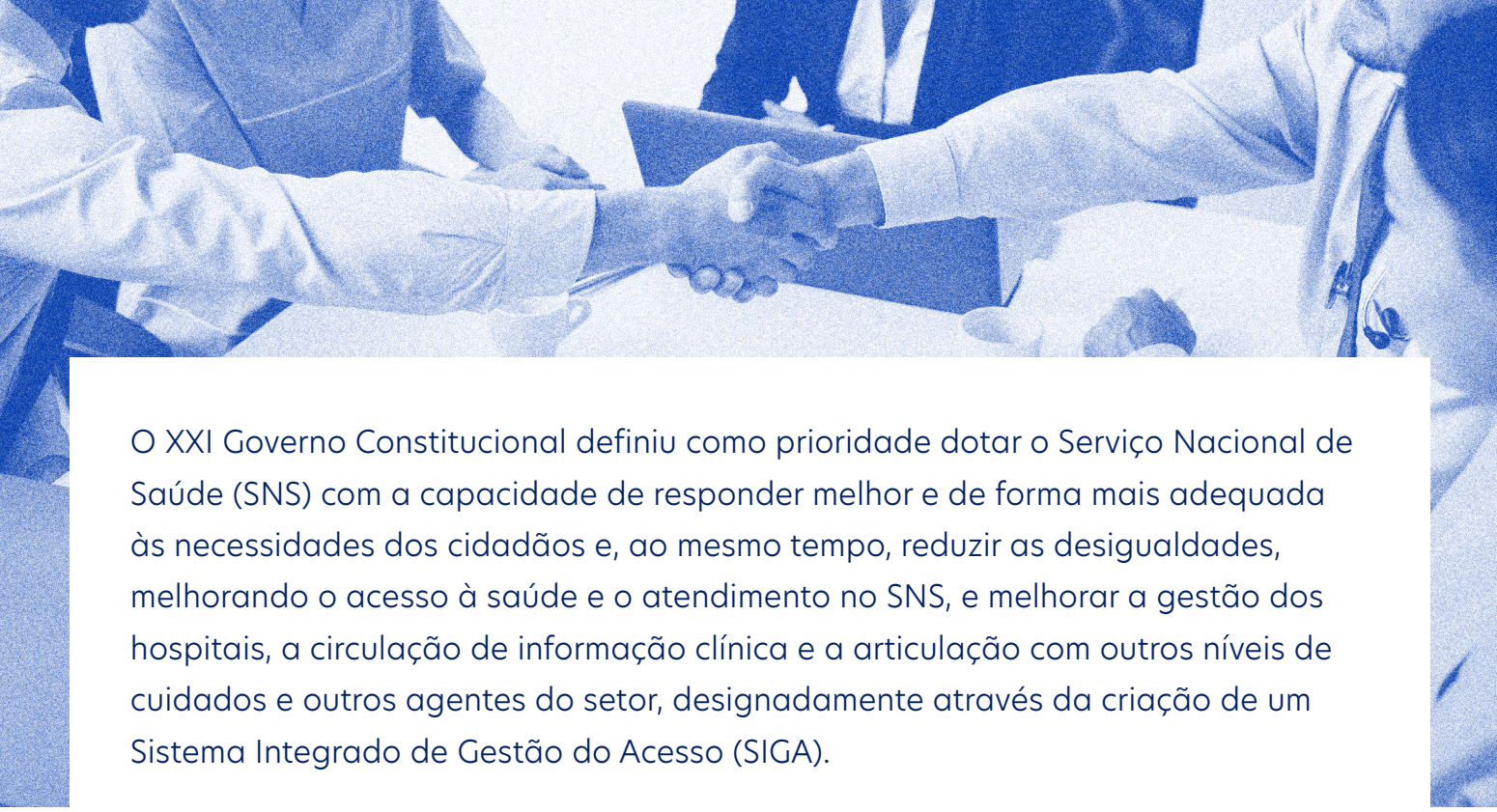
Os direitos dos doentes encontram-se em vários documentos (cartas) nacionais e internacionais.
Há muitos direitos que são comuns, pelo que vamos referir os considerados muito importantes, como os que são definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela Carta Europeia.

Como atos de cidadania, os direitos devem ser articulados com os deveres.

Recomendações da DGS:

Em Portugal, encontramos os direitos e deveres dos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em várias leis e portarias. É importante conhecer um pouco este caminho legal. Assim, pode consultar https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/

Lei n.º 15/2014, de 21 de março alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril
Portaria n.º 87/2015, de 23 de março
Portaria 153/2017, de 4 de maio
Despacho n.º 5344-A/2016, de 14 de abril, publicado no DR n.º 76/2016, 1.º suplemento, Série II de 19 de abril.



O XXI Governo Constitucional definiu como prioridade dotar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a capacidade de responder melhor e de forma mais adequada às necessidades dos cidadãos e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades, melhorando o acesso à saúde e o atendimento no SNS, e melhorar a gestão dos hospitais, a circulação de informação clínica e a articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor, designadamente através da criação de um Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA).

São definidos os seguintes direitos:

Direito de escolha

- O utente tem direito à escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes e das respetivas regras de organização.

Direito a consentimento e recusa

- O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei;
- O utente pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.

Direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde

- O utente tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita;
- O utente tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos;
- Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente.

Direito aos dados pessoais e proteção da vida privada

- O utente é titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada;
- Os dados recolhidos devem ser adequados, pertinentes e não excessivos para as finalidades pretendidas, nos termos da legislação aplicável;
- O utente é titular do direito de acesso aos dados pessoais recolhidos e pode exigir a retificação de informações não exatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas.

Direito ao sigilo

- O utente tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais;
- Os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.

Direito à informação

- O utente tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e compreensível.

Direito à assistência espiritual e religiosa

- O utente tem direito à assistência religiosa, independentemente da religião que professe;
- Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS, que a solicitem, nos termos da lei em vigor.

Direito a apresentar queixas e reclamações

- O utente tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indeminização por prejuízos sofridos;
- As reclamações e queixas podem ser apresentadas em livro de reclamações ou de modo avulso, sendo obrigatória a resposta, nos termos da lei;
- Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

Direito de associação

- O utente tem direito a constituir entidades que o representem e que defendam os seus interesses;
- O utente pode constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Direito dos menores e incapazes

- A lei deve prever as condições em que os representantes legais dos menores e incapazes podem exercer os direitos que lhes cabem, nomeadamente, o de recusarem assistência, com observância dos princípios constitucionais.



E quais são os deveres do utente nos serviços de saúde?

Embora pareçam ser menos que os direitos, estes deveres são de grande importância.

- Respeitar os direitos de outros utentes, bem como os dos profissionais de saúde com os quais se relacione;
- Respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde;
- Colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relativos à sua situação;
- Pagar os encargos que derivem da prestação de cuidados.

A Carta Europeia dos Diretos dos Doentes

O que podemos saber um pouco mais?

Garantir um alto nível de proteção da saúde humana

Esta carta propõe a proclamação de **catorze direitos dos doentes,** os quais, juntos, visam promover um **"alto nível de proteção da saúde humana"** (artigo 35 da Carta dos Direitos Fundamentais de Nice), para garantir a alta qualidade dos serviços prestados pelos vários serviços nacionais de saúde e devem ser protegidos em todo o território da União Europeia.

A **Carta Europeia dos Diretos dos Doentes** nasceu em 2002 através da *Active Citizenship Network* (ACN), associação cívica italiana, juntamente com várias associações de países europeus.

2018

A **Carta Europeia dos Diretos dos Doentes** foi traduzida e apresentada, pela primeira vez em Portugal, no I Congresso Internacional da Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores (ADDCA), em Ponta Delgada, em 27 e 28 de setembro de 2018.

Consulte: https://www.activecitizenship.net/charter-of-rights.html

Como é a base da implementação do Dia Europeu dos Direitos dos Doentes (instituído a 18 de abril, desde 2007) e este é comemorado em Portugal pela Associação Europeia de Saúde Educativa e Preventiva em Epigenética (AESEP) e pela ADDCA (membros do Grupo do Parlamento Europeu dos Direitos dos Doentes), foi elaborada a nova versão da Carta, autorizada pela ACN, e sob a responsabilidade do Hospital de St. Louis de Lisboa.

Quem deve implementar a Carta?

A implementação da Carta deve ser confiada principalmente às organizações de cidadania ativa que trabalham com os direitos dos doentes a nível nacional, aos profissionais de saúde, bem como gestores, governos, legisladores e órgãos administrativos.

Que direitos podemos conhecer nesta Carta? São consagrados 14 direitos

14 direitos

- **1 - Direito a medidas preventivas**
  Todo o indivíduo tem o direito a serviços adequados com o objetivo de prevenir doenças.

- **2 - Direito de acesso**
  Todo o indivíduo tem o direito de aceder aos serviços de saúde de que a sua saúde necessita. Os serviços de saúde devem garantir igual acesso a todos, sem discriminação relativa a recursos financeiros, local de residência, tipo de doença ou a hora a que se acede aos serviços.



3 - Direito à informação

Todo o indivíduo tem o direito de aceder a todo o tipo de informação que se refere ao seu estado de saúde, aos serviços de saúde e como usá-los, assim como a toda a investigação científica e inovação tecnológica que esteja disponível.

4 - Direito ao consentimento

Todo o indivíduo tem o direito de acesso a todas as informações que possam permitir que ele ou ela participe ativamente das decisões relativas à sua saúde; esta informação é um pré-requisito para qualquer procedimento e tratamento, incluindo a participação em investigação científica.

5 - Direito de livre escolha

Cada indivíduo tem o direito de livre escolha de entre todos os procedimentos de tratamento diferentes e de prestadores de serviços com base em informação adequada.

6 - Direito de privacidade e de confidencialidade

Todo o indivíduo tem direito à confidencialidade das informações pessoais, incluindo informações sobre seu estado de saúde e potenciais procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como a proteção da sua privacidade durante a realização de exames de diagnóstico, visitas de especialistas e tratamentos médicos/cirúrgicos em geral.

7 - Direito de respeitar o tempo dos doentes

Todo o indivíduo tem o direito de receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo. Este direito aplica-se a todas as fases do tratamento.

8 - Direito à observância dos padrões de qualidade

Cada indivíduo tem o direito de acesso a serviços de saúde de alta qualidade com base na especificação e observância de padrões precisos.

9 - Direito à segurança

Todo o indivíduo tem o direito de estar isento dos prejuízos causados por mau funcionamento dos serviços de saúde, erros e más práticas médicas, e o direito de aceder a serviços de saúde e a tratamentos que atendam a elevados padrões de segurança.

10 - Direito à inovação

Todo o indivíduo tem o direito de acesso a procedimentos inovadores, incluindo procedimentos de diagnóstico, de acordo com padrões internacionais e independentemente de considerações económicas ou financeiras.



11 - Direito de evitar sofrimento e dor desnecessários

Todo o indivíduo tem o direito de não sentir, o mais possível, dor e sofrimento, em cada fase da sua doença.

12 - Direito a tratamento personalizado

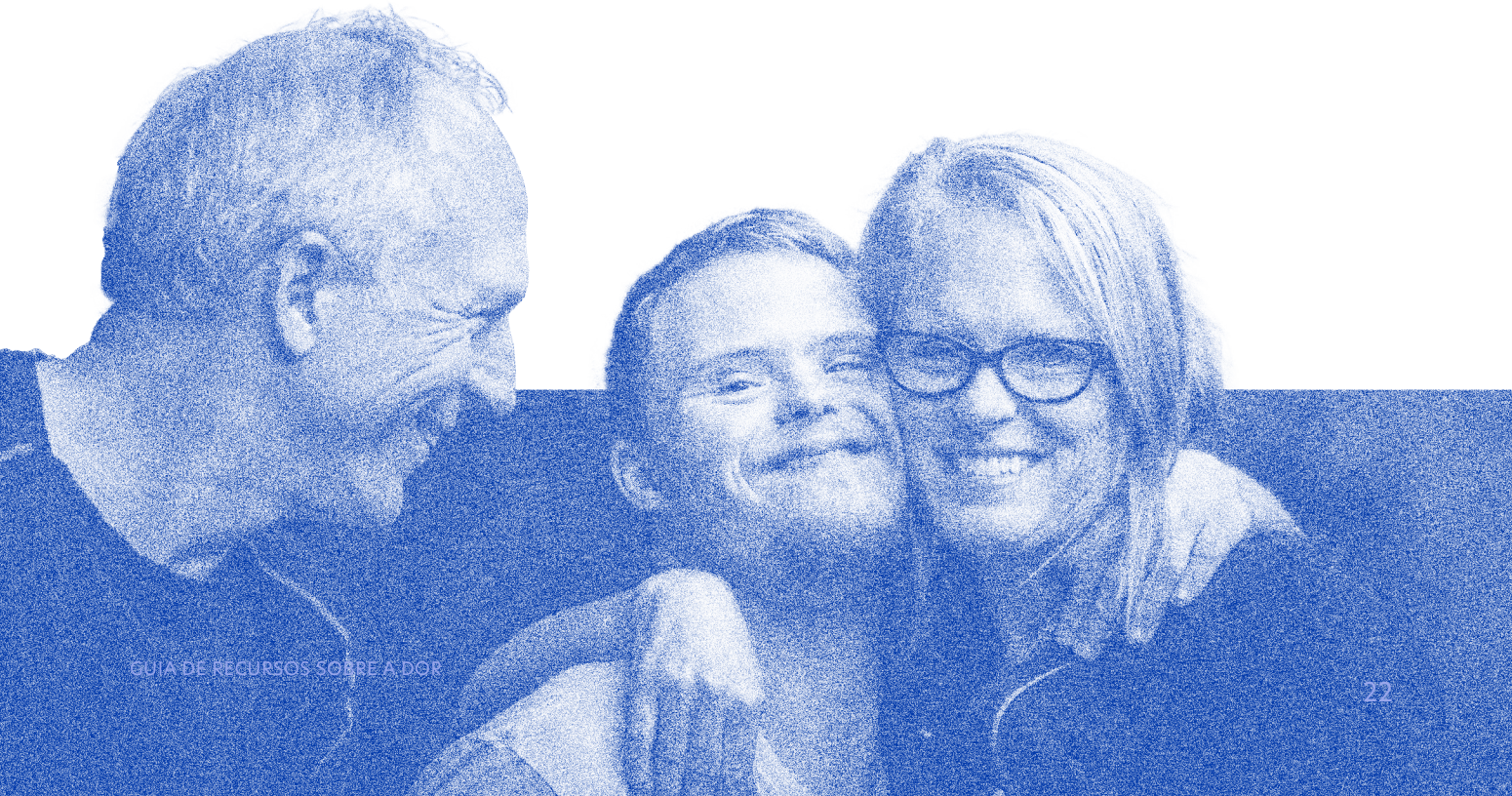
Todo o indivíduo tem o direito a programas de diagnóstico ou terapêuticos adaptados, o mais possível, às suas necessidades pessoais.

13 - Direito de queixa

Todo o indivíduo tem o direito de se queixar quando tiver sofrido danos e o direito de receber uma resposta ou outro esclarecimento.

14 - Direito de compensação

Todo o indivíduo tem o direito de receber suficiente compensação dentro de um curto prazo razoável de tempo quando tiver sofrido danos físicos ou morais e psicológicos causados por um tratamento dos serviços saúde.



Os direitos de cidadania ativa

A Carta estabelece **três direitos de cidadania ativa**. Eles permitem que indivíduos e grupos de cidadãos organizados promovam e verifiquem a implementação dos direitos dos doentes e, como tal, são o corolário necessário da Carta.

Direito de realizar atividades de interesse geral.

Direito de realizar atividades de advocacia.

Direito de participar na elaboração de políticas na área da saúde.

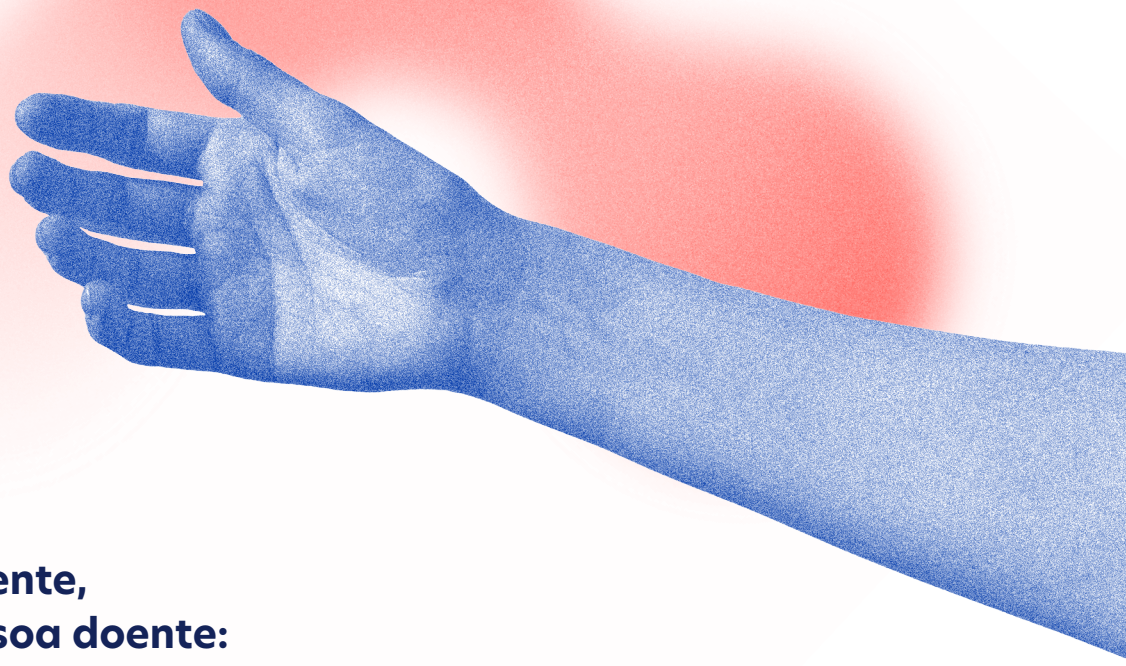
Proposta pela Associação Portuguesa de Bioética:

A Carta dos Direitos do Utente (enquanto pessoa que se encontra em situação de doença) dos Serviços de Saúde contribui para uma sociedade mais justa, equitativa e solidária. Realça a extraordinária importância da afirmação de que o doente é uma pessoa, é uma pessoa que se encontra numa situação de vulnerabilidade – resultante da doença – mas que, por esse simples facto, não deixa de ser titular de direitos e de deveres, desde logo os decorrentes do respeito devido à sua dignidade de pessoa humana. Também acautela as especificidades dos direitos de populações específicas, tais como as crianças, as grávidas, os seropositivos, os deficientes ou os idosos.

Direitos fundamentais do utente, enquanto pessoa:

- Direito à vida;
- Direito à integridade moral e física;
- Direito à liberdade;
- Direito à liberdade de pensamento, de consciência, religião, opinião e expressão;
- Direito à identidade pessoal;
- Direito ao livre desenvolvimento da personalidade;
- Direito à privacidade;
- Direito à educação;
- Direito a um nível de vida suficiente para si e para a sua família;
- Direito ao trabalho;
- Direito à segurança social;
- Direito à proteção da saúde;
- Direito de beneficiar do progresso científico e das suas aplicações.





Deveres do utente, enquanto pessoa doente:

- Defender e promover a saúde;
- Respeitar quem o trata;
- Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação (designadamente fornecendo-lhes toda a informação que lhe pareça ser relevante sobre o seu estado de saúde e cumprindo as prescrições médicas que livremente aceitou);
- Respeitar os direitos dos outros utentes;
- Cumprir as regras sobre a organização e o funcionamento do estabelecimento onde se encontra a receber tratamento;
- Pagar os encargos que derivam da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso;
- Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar ativamente na redução dos gastos desnecessários.

Existem outros documentos, cuja leitura aconselhamos, para melhor entender os direitos e deveres das pessoas doentes:

- **Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde**, que define os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos;
- **Direito ao Acompanhamento do Utente nos Serviços de Saúde Direitos Gerais dos Doentes Oncológicos;**
- **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, CAPÍTULO III – Direitos, Deveres e Responsabilidades Base V – Direitos dos Doentes;**
- **Cuidados de Saúde Transfronteiriços.** A Comissão Europeia publicou um relatório sobre os direitos dos doentes ao abrigo da Diretiva Cuidados de Saúde Transfronteiriços, bem como uma avaliação do seu impacto, uma década após a adoção da Diretiva, em 2011;
- **Divulgação na Região Autónoma dos Açores;**
- **Os Direitos das Pessoas com Deficiência na União Europeia.**

CARACTERIZAR O PERFIL DA DOR



O que é a dor?

Dr. Raul Marques Pereira,
médico de Medicina Geral e Familiar

Dra. Maria Teresa Flor de Lima,
médica anestesiologista

Codificação da dor como doença:

Em 2018, a Classificação Internacional de Doenças (ICD 11) foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e conseguiu-se a uniformização das síndromes dolorosas. Esta uniformização permitiu uma melhor programação de regras e orientações, estudos científicos mais relevantes e uma melhoria significativa na divulgação e formação dos profissionais de saúde.

Foram definidos os seguintes grupos de dor:

- Dor crónica primária;
- Dor crónica relacionada com cancro;
- Dor crónica pós-cirúrgica ou pós-traumática;
- Dor crónica secundária, músculo-esquelética;
- Dor crónica secundária, visceral;
- Dor neuropática;
- Dor secundária, oro-facial e cefaleia crónica.

Nova definição de dor (IASP)

Em agosto de 2020, foi publicada uma definição atualizada da dor:

"Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a, ou semelhante à associada a dano tecidual real ou potencial"

Pela primeira vez, desde 1979, a Internacional *Association for the Study of Pain* (IASP) — Associação Internacional para o Estudo da Dor introduziu uma definição revista, que resultou de um processo de dois anos de um acordo entre países e entre várias disciplinas, com a contribuição de todas as partes interessadas, incluindo pessoas com dor e os seus cuidadores.
A importância desta definição vem ajustar-se aos conceitos divulgados nos últimos anos:

A pessoa é importante no contexto de dor, pois refere a sua dor de forma **individual**, deve ser acreditada e permite uma melhor avaliação e orientação;

A dor tem um significativo **impacto** na vida da pessoa e família e isso deve sempre ser considerado;

A necessidade da **multidisciplinaridade** na avaliação e no tratamento da dor.

Descrever a dor

- A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em vários graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais;

- Dor e nociceção (em que esta última é o processo de perceção e transmissão de estímulo que causam dor) são fenómenos diferentes. A dor não pode ser percebida apenas a partir da atividade nos neurónios sensoriais;

- Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de Dor;

- O relato de uma pessoa com experiência da Dor deve ser respeitado;

- Embora a dor, geralmente, tenha um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.

- A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar dor; a incapacidade de se comunicar não nega a possibilidade de um ser humano sentir dor.

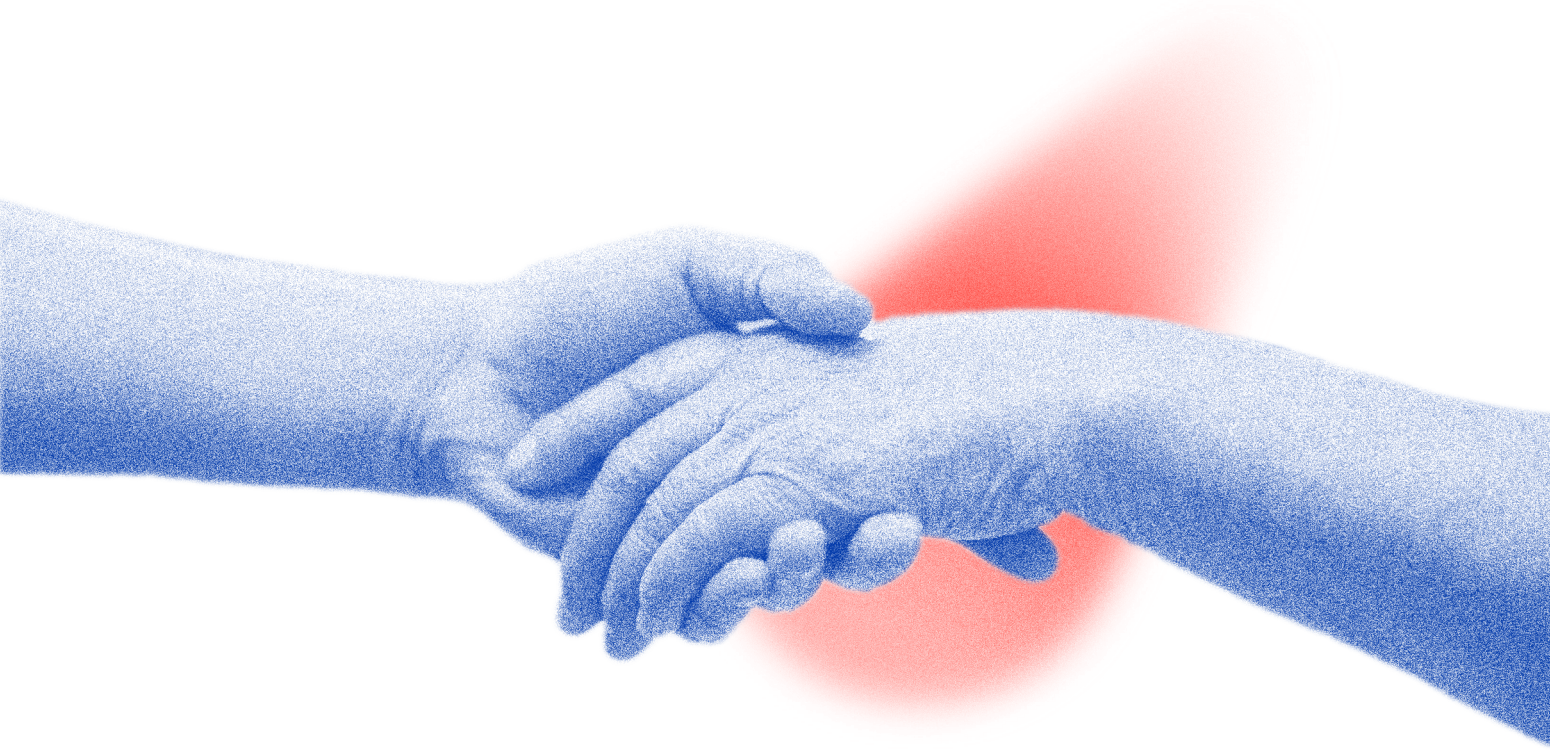
A dor como defesa do organismo



A dor é considerada um instinto humano primário e pode ser definida como uma sensação angustiante, bem como uma experiência emocional, que está ligada a danos reais ou potenciais ao organismo, com o único propósito de avisar o mecanismo de defesa do corpo para que este reaja de modo a evitar maiores danos.

A descrição verbal, isto é, falar sobre a dor, é apenas um dos vários comportamentos para mostrar a dor, pois a incapacidade da pessoa (ou de um animal) não conseguir descrever ou comunicar a sua dor, não quer dizer que não a tenha ou que não a sinta.

A dor é um importante condicionante da saúde com impacto no dia-a-dia daqueles que sofrem com esta condição, merecendo atenção e estabelecendo-se **como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade e humanos.**



É importante saber que se trata de uma **condição subjetiva (a minha dor é diferente da dor do outro)**, não existindo um exame ou marcador que possa medir a dor, **sendo a intensidade aquela que o doente refere.**

Apesar de, em várias situações, a dor ser consequência de outras doenças, **representa o 5º sinal vital a ser vigiado**, e constitui por si própria, uma causa de angústia, devendo ser avaliada e controlada

Todos têm direito a um adequado controlo da dor evitando o sofrimento e reduzindo o seu impacto na qualidade de vida.

É por isso um **dever de todos os profissionais** a adoção de estratégias para prevenir e diminuir a dor dos seus doentes, oferecendo-lhe tratamento e atenção diferenciada, desde os Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde até aos Cuidados Hospitalares.

Precisamos de entender as causas da dor

Uma variedade de síndromes e condições pode causar dor crónica. É essencial identificar a origem da dor, bem como tratar a própria dor. Diferentes condições requerem diferentes tipos de tratamento — o que pode funcionar bem para uma enxaqueca pode agravar outra doença.

Envolver a pessoa

Temos de incluir as pessoas no seu próprio processo de controlo da dor, pedindo-lhes que definam metas, contribuam com o planeamento e acompanhem o seu progresso, pois a dor crónica é vivenciada de maneira diferente por cada um de nós.



Tratar a dor e outros sintomas

Embora os medicamentos sejam ferramentas úteis para proporcionar alívio, eles não devem ser a única parte da equação da dor crónica. Isso é especialmente verdadeiro quando se consideram medicamentos analgésicos fortes. O seu médico também pode recomendar fisioterapia, massagem, exercícios, práticas de meditação e relaxamento e trabalhar com um psicólogo para ajudar na autogestão dos sintomas de dor.

Monitorizar os resultados e o acompanhamento

O doente deverá ter consultas regulares de acompanhamento com o seu médico para gerir o seu progresso, fazer alterações no plano de tratamento e apoiar a sua recuperação.



A dor é toda má?

Dr. Raul Marques Pereira,
médico de Medicina Geral e Familiar

O que diz a ciência?

"Toda a dor é má, ou significa algo de mau? Afinal, não devíamos estar num ponto da evolução da humanidade em que já não sentíssemos dor? Como pode algo que só traz sofrimento ter algo de bom?"

A dor "má"

A dor persistente é diferente da dor aguda, de curta duração e que dura algumas semanas e desaparece. Muitas vezes não responde aos tratamentos habituais.

Hoje sabemos que o problema está no próprio sistema de deteção da dor, em vez de ser um problema específico do próprio corpo.

Uma maneira de entender a dor persistente é pensar num alarme de carro muito sensível. Os alarmes bons, quando alguém está a tentar assaltar o seu carro, chamam a sua atenção instantaneamente para dizer que o carro está sob ameaça de roubo. No entanto, os alarmes de carro são irritantes, porque quer alguém se



encoste ao carro ou uma borboleta pouse no teto, a sirene soa e as luzes piscam, mas não há ameaça de invasão.

O sistema nervoso do corpo também é assim. Na dor persistente, os nervos que percebem a dor enviam os mesmos sinais como se houvesse uma ameaça instantânea de lesão ou dano quando não existe nenhuma. Não é apenas irritante, mas também dói.

Sobre o sentir. Porque sentimos dor?

"Porque sentimos dor? Será que sentimos dor porque estamos neste mundo para sofrer?"

"Como é que uma perna partida acaba comigo a sentir insetos a passear na minha pele?"

O que diz a filosofia sobre porque sentimos dor?

Uma definição de dor não pode ser baseada apenas na compreensão neurológica da mesma, mas deve integrar outros fatores relevantes, como a nossa consciência cognitiva, a interpretação, as disposições comportamentais, bem como fatores culturais e educacionais, para além da esfera médica.

O sofrimento é uma experiência desagradável ou mesmo angustiante que pode afetar gravemente uma pessoa num nível psicofísico e, até, existencial.



Tal como o sofrimento, a dor também é desagradável. Ambas são experiências que afetam a pessoa como um todo (não apenas o seu "corpo" ou "mente"). Um aspeto crucial delas é a atitude e as escolhas pessoais que, por sua vez, são influenciadas por padrões culturais e sociais.

Não apenas as ciências naturais, mas também as ciências sociais e humanas desempenham um papel crucial na compreensão de todas as dimensões desses fenómenos.

Por isso, a visão de uma pessoa como um ser psicofísico em vez de um ser dualístico exige uma mudança total de paradigma na medicina e novas abordagens de pesquisa que são capazes de desafiar os limites de várias disciplinas.

O que diz a medicina sobre o porquê de sentirmos dor?

A perceção da dor surge por meio de uma complexa ligação de locais do sistema nervoso, começando com recetores periféricos (que funcionam com interruptores "à flor da pele") e continuando por meio de sinapses (que são os caminhos por onde a informação de dor circula) na medula espinal e vários locais do cérebro.

A perceção da dor ocorre por meio de uma cascata complexa de eventos, começando na periferia (os tais interruptores nas extremidades do nosso corpo), subindo pela medula espinal e tronco cerebral, passando depois do tálamo (no cérebro) para uma rede complexa de áreas corticais que são ativadas ao mesmo tempo.

Cada uma dessas etapas na cascata de perceção da dor pode tornar-se disfuncionalmente ativada, isto é, de forma desorganizada, e leva à dor persistente.

Essa ativação disfuncional pode ser bastante persistente, produzindo dor crónica em pessoas em que não há evidência que tenham estado ou estejam doentes.

Compreender a neurobiologia da perceção da dor pode ajudar a melhorar a empatia entre os cuidadores e fornece um ambiente rico de alvos para os investigadores em síndromes de dor crónica.



A diferença entre dor aguda e dor crónica. O que diz a ciência

Dra. Cristina Catana
Dra. Maria Teresa Flor de Lima
Dr. Raul Marques Pereira

Dor aguda e dor crónica são entidades clínicas diferentes.

A **dor aguda** é provocada por uma doença ou lesão específica e tem um propósito biológico útil, que é a de proteção de uma agressão ao nosso corpo. Está, essencialmente, associada ao espasmo do músculo esquelético e à ativação do sistema nervoso simpático e é autolimitada.

A **dor crónica**, pelo contrário, pode ser considerada um estado de doença por direito próprio. É uma dor que dura mais de três meses e mais do que o tempo normal de cura, se associada a uma doença ou lesão. A dor crónica pode surgir de estados psicológicos, não serve a nenhum propósito biológico e não tem um ponto de cura previsível.

A dor aguda é o tipo de dor mais comum, geralmente associada a doenças ou lesões comuns, como cortes e entorses, ou trauma de um acidente grave ou cirurgia.

Dor aguda de trauma e dor aguda ligeira

A dor aguda de trauma

A dor aguda de trauma ou cirurgia de grande porte pode exigir medicamentos mais fortes ou terapias mais intensivas. Se não for tratada adequadamente, a dor aguda pode transformar-se em dor crónica.

A dor aguda ligeira

A dor aguda ligeira pode ser facilmente tratada com medicamentos de venda livre, com fisioterapia ou exercícios médicos ou terapias complementares.

Dor Crónica – Uma Dor Global

Sem dúvida, que o tratamento da dor crónica é um Direito Humano.

Estimamos que quase 1 em cada 3 adultos em Portugal sofre de dores crónicas.

Sabia que mais de 30% da população portuguesa sofre de dor crónica?

A dor é sempre individual e a sua abordagem também o será.

Para tratar e aliviar será necessário, em primeiro lugar, compreender a sua complexidade.

A dor crónica atinge globalmente o corpo, a vida psíquica, as relações sociofamiliares e a espiritualidade da pessoa que a sofre. É uma dor global.

Em primeiro lugar, a pessoa com dor crónica tende a sofrer três grandes problemas



Estes problemas poderão alterar a forma de sentir e pensar a relação com o próprio, com os outros, com a sociedade e com o seu propósito de vida.

Nota

Por um lado, a dor é invisível aos olhos dos outros, mas, por outro lado, a dor capta toda a atenção da pessoa que a sofre.

Dados de alerta para a dor crónica

Se a sua dor durar mais de três meses, é considerada uma dor crónica ou persistente e pode precisar da ajuda do seu médico para entender a causa e determinar o tratamento.

Dor aguda *versus* Dor crónica

Dor aguda

- A dor aguda é a dor que se resolve de forma razoavelmente rápida, que dura menos de três meses ou que desaparece quando a causa que lhe deu origem fica resolvida (dor pós-operatória, dor de parto).
- A dor aguda é vista como um mecanismo de sobrevivência útil que desempenha uma função protetora e curativa e leva o doente ao médico.
- A dor aguda ocorre repentinamente e geralmente desaparece à medida que lesão que lhe deu origem cura.

Dor crónica

- A dor crónica é a dor que dura muito tempo, é persistente, de forma contínua ou recorrente. É mais definida como dor que dura mais de três meses.
- A dor crónica é um fenómeno complexo que envolve uma interação dinâmica entre vários fatores biológicos, psicológicos e sociais.
- Em 2004, a dor crónica foi considerada um problema de saúde pública, e a International Pain Society e a Global Health Community declararam que "a falha no tratamento da dor é vista mundialmente como uma prática errada, uma atitude antiética e uma revogação de um direito humano fundamental".

Fonte: Elaboração própria baseada na *International Pain Society; Global Health Community*.

A dor pode ser o principal ou único problema clínico em alguns doentes, não sendo identificada a causa que a originou.

A dor crónica pode ser catalogada de acordo com as várias doenças que se acompanham de dor (Internacional Association for the Study of Pain — IASP 1).

Quanto ao mecanismo, classifica-se em:

Dor nocicetiva

Tem um mecanismo de inflamação como origem; dor e nociceção são fenómenos diferentes.

A nociceção é um processo de perceção e transmissão de estímulo que causam dor (in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa)

Dor neuropática

Quando há uma lesão do sistema nervoso, periférico ou central.

Sintomas de dor crónica

Só na Europa, um em cada cinco indivíduos ou 20% da população adulta relata ter dor crónica moderada ou grave. Isso significa que 150 milhões de pessoas na Europa sofrem de dor crónica.

A dor-doença significa que há grupos de sintomas que são consequência da dor, quer sejam condições físicas ou mentais, e contribui para altos custos com a saúde, por aposentação precoce e/ou perda de produtividade.

A **Dor Crónica**, enquanto doença constitui uma condição que para além deste sofrimento causado e consequências na saúde física e mental, altera **e interfere na qualidade de vida das pessoas, podendo envolver a família, cuidadores e amigos e que, pela sua complexidade representa um desafio de tratamento.**

Doente, família e sociedade são afetados

Cria-se um círculo vicioso que afeta o doente e a família em aspetos económicos e sociais.

Sintomas da dor crónica

As perturbações de sono e a perda de apetite podem começar mais cedo, mas a **depressão** é o sintoma que acontece mais vezes e que é diagnosticado nas pessoas com dor.



A atenção deve ir para outros sintomas associados:

- Ansiedade, medos, amargura, ressentimentos, frustração;
- Aumento da necessidade de medicamentos;
- Dependência da família/ cuidadores;
- Depressão do sistema imunitário;
- Depressão e até suicídio;
- Desnutrição;
- Dificuldades no desempenho/ trabalho;
- Imobilidade;
- Incapacidade;
- Isolamento da sociedade e família;
- Perda de massa muscular;
- Rigidez nas articulações;
- Suscetibilidade aumentada às doenças;
- Tendência a ficar em casa;
- Uso e abuso dos sistemas de saúde.

Dados sobre a dor crónica

- **A dor crónica é a dor que persiste ou dura por mais de três meses.**
- A dor crónica é uma condição frequente que afeta cerca de 20 em cada 100 pessoas em todo o mundo;
- Em Portugal, um estudo recente mostra que 40 em cada 100 pessoas (37%) da população adulta portuguesa sofrem de dor crónica;
- A dor crónica é a segunda doença mais prevalente em Portugal;
- 14% dos portugueses têm dor crónica recorrente com intensidade moderada ou intensa (que obrigatoriamente requer tratamento);
- A dor crónica (2.7% do PIB nacional) custa ao Estado 4.610 milhões de euros por ano.

Porque não compreendem a minha dor?

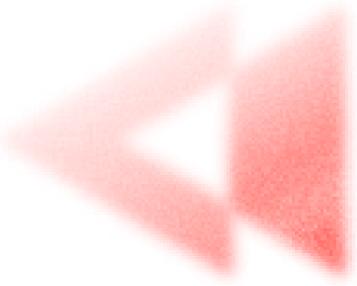
"Filho, já te disse que não consigo andar, não consigo ir contigo, não insistas!"

"Se o pai se esforçasse e quisesse, conseguia. Com essa medicação que toma não é possível ter dor, afirmou o filho na consulta com o médico de família".



O que diz a ciência sobre a minha dor?

- **A dor crónica é invisível**
- **Difícil identificar a lesão**
- **A experiência subjetiva (de cada um de nós)**
- **O estigma da dor**
- **O necessário apoio da família**



Há várias razões para que os familiares, amigos e colegas de trabalho não compreendam a dor crónica.

A invisibilidade da dor crónica e o facto de nem sempre ser possível identificar uma lesão podem levar a que as pessoas que rodeiam o doente não acreditem na dor e façam alegações de fingimento.

Como a dor é uma experiência subjetiva, quando persiste na cronicidade, as pessoas geralmente precisam de justificar e defender a sua experiência, muitas vezes levando a sentimentos de não reconhecimento.

Vários estudos ilustram que uma grande percentagem de pessoas que vivem com dor crónica vivem a experiência de estigma em relação à sua dor.

Isto leva a sentimentos de alienação, retraimento social e experiências discriminatórias baseadas na dor, como sentir-se deslocado no mundo ou que a sua legitimidade está a ser questionada.

Desde há vários anos que está demonstrado que o apoio da família à pessoa que sofre com dor é fundamental.

As pessoas que relataram ter famílias que não os apoiavam na gestão da dor tenderam a ter maior número de acidentes de trabalho e a usar mais medicamentos. Relataram, também, ter mais locais de dor e usaram mais descritores de dor para descrever sua dor.

Estas pessoas também tendem a mostrar mais comportamentos de dor e mais sofrimento emocional em comparação com pessoas com dor inseridos em famílias que os apoiavam.

Explicações da ciência sobre a dor

Encontra aqui algumas explicações sobre a dor. Aproveite para explicar a dor àqueles que o/a rodeiam:

1. Houve mudanças no sistema nervoso

A dor crónica geralmente desenvolve-se quando a dor é sentida por mais de três meses. Após três meses, ocorrem alterações no sistema nervoso. O sistema nervoso estabelece um padrão de dor. Sentimos dor porque o nosso corpo é tão eficiente em processar a dor, fazendo-o automaticamente.

Da mesma forma que se aprende a conduzir um carro sem pensar conscientemente nisso, o nosso sistema nervoso aprendeu a processar a dor. Isso não significa que a dor que se sente não seja real.

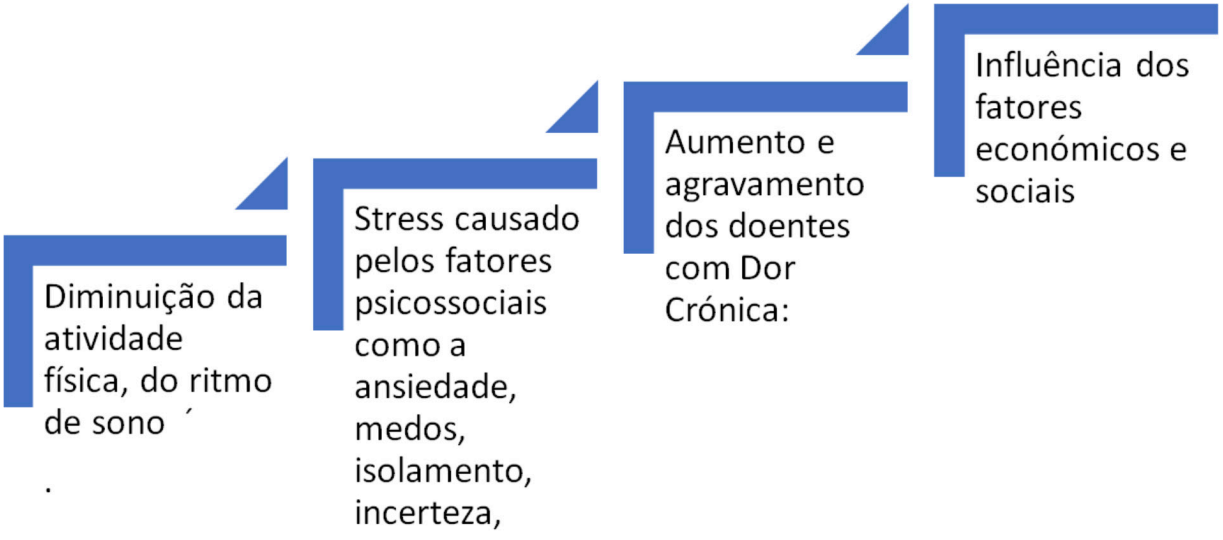
2. Os produtos químicos do nosso corpo podem adicionar combustível ao fogo da sua dor

O corpo necessita de substâncias químicas, como neurotransmissores e hormonas, para processar a dor. Certos produtos químicos corporais aumentam a experiência de dor, amplificando a mensagem da dor. Alguns dos produtos químicos do corpo que aumentam a sua experiência de dor, como o cortisol, também estão associados a sentimentos como stress e ansiedade, formando um círculo vicioso. Elas são produzidas quando se sente dor e, por sua vez, aumentam a quantidade de dor que se sente. É por isso que a dor crónica muitas vezes anda de mãos dadas com emoções como ansiedade e depressão.

3. Efeitos da medicação para a dor

Os analgésicos podem ser incrivelmente eficazes no alívio dos sintomas da dor (principalmente a curto prazo), mas a medicação para a dor pode ter efeitos secundários colaterais como náusea, obstipação, sonolência e tonturas. Existem vários tratamentos, não medicamentosos, que podem diminuir a necessidade de medicamentos e que, comprovadamente, são altamente eficazes a longo prazo, mas exigem persistência.

Que efeitos tem uma pandemia na pessoa com dor ?



Fonte: Adaptado de Pain 161, n.º 8.

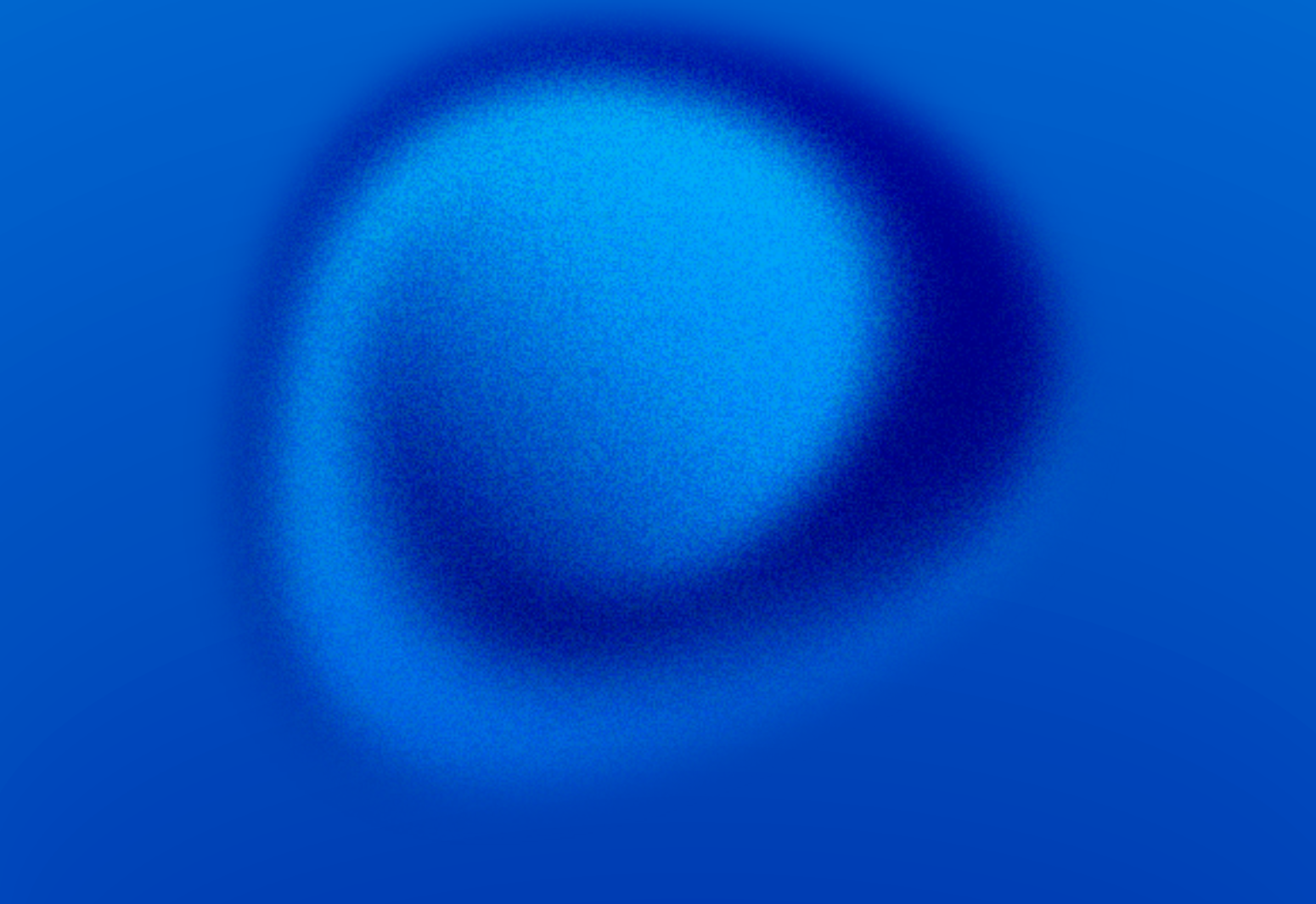
Têm sido desenvolvidas muitas atividades, quer por organizações, quer por governos, destinadas à sensibilização para a necessidade de melhorar o bem-estar das pessoas com dor.

As Associações de Doentes com Dor Crónica têm um papel importante em fazer ouvir a voz dos doentes, cuidadores e famílias.

Nos últimos anos, houve, a nível internacional, importantes decisões para melhorar o tratamento das pessoas com dor e o seu bem-estar.

Os vários tipos de dor

DOR FÍSICA e DOR PSICOLÓGICA



Lidar com a dor psicológica. Que atitudes para enfrentar a dor ?

Dra. Cristina Catana
Psicóloga

A dor existe desde o início da história da humanidade. Foi sendo tratada e interpretada conforme os tempos, as significações atribuídas pela cultura familiar, religiosa, simbólica e científicas envolventes.

Ninguém se escapa à experiência da dor, ao longo da sua história de vida. Vamos lidando com maior ou menor tolerância à mesma. De um modo geral, nós, humanos, desejamos amparo, compaixão de alguém que a reconheça, a valorize e a trate.

A dor não é só uma sensação, também é sofrimento por provocar dor emocional, psicológica, social e espiritual.

A dor dói no corpo, mas é sofrida na alma de quem a padece, seja qual for a sua idade e contexto social.

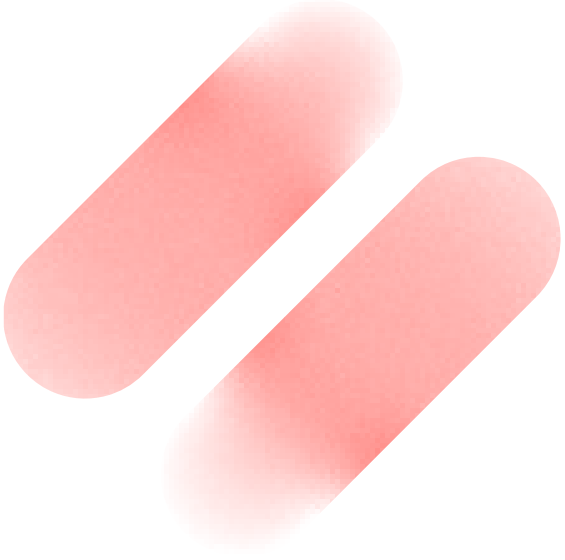
A reação à dor varia de pessoa para pessoa e ao longo da sua própria vida.

Não vivemos a dor da mesma maneira. Veja-se, se a dor for resultante de uma escolha própria e tiver significado de superação ou de beleza (por exemplo, atleta que, apesar de sentir dor, continua a sua corrida, as intervenções estéticas dolorosas que não são interrompidas pela dor...) a tolerância à mesma será maior; mas se a dor for resultante de uma doença, a sua tolerância é menor porque os significados e emoções envolventes serão com certeza diferentes.

Sabemos que a dor também tem um papel protetor quando sinaliza que a integridade do nosso corpo se encontra ameaçada, em menor ou maior grau, e mobiliza a procura do profissional de saúde para avaliar, tratar e recuperar.

Mas também sabemos que a realidade da dor crónica não se inscreve nem na função protetora nem na escolha consciente da pessoa. A dor crónica é percecionada como "inútil", incapacitante e como uma doença complexa com duração superior a três meses.

Terá de ser encarada numa perspetiva multifatorial, por envolver as várias dimensões da vida.



O papel da emoção e crenças na perceção da dor crónica

Dimensão emocional reativa à dor crónica

Todas as emoções humanas são extraordinárias ferramentas que nos dão conhecimento sobre nós e os outros.

As emoções são pontes entre o nosso corpo e a nossa mente. Tudo o que percecionamos tem um lado emocional e cognitivo que está ligado à experiência da história da nossa vida.

As emoções mais frequentes reativas à dor são: o medo, a tristeza, a zanga, revolta e a vergonha. Mas iremos focar, de imediato, nas duas primeiras emoções acima citadas.

O medo costuma ser uma emoção protetora. No caso da dor crónica, está associado ao sentimento de insegurança, de impotência face ao seu caráter ameaçador.

Medos reativos à dor crónica

- Agravamento da dor;
- Não ser capaz de resolver as coisas do dia a dia;
- Ficar dependente dos outros;
- Perder a funcionalidade física;
- Movimento físico;
- Não haver tratamento para a dor;
- Perder o trabalho;
- Ser excluído;
- Etc.

Atenção: Se a emoção do medo perdurar algum tempo, intoxica a mente e amplia-se para uma perturbação de ansiedade.

Perturbação de ansiedade é uma emoção de ameaça antecipatória constante. A pessoa ansiosa não pensa no agora, mas, sim, no futuro. Quer controlar todos os imprevistos do amanhã. Geralmente, os conteúdos dos pensamentos são negativos, diminui a capacidade de concentração, provoca exaustão psíquica e física, distúrbio do sono (insónia inicial, ou seja, a pessoa leva muito tempo a adormecer), tensão psíquica e física e irritabilidade fácil.

Na ansiedade, é frequente o pensamento do "tenho que" e a vontade de controlar o sentimento de ameaça projetado no amanhã. O futuro é visto com suspeição.

Sugestões:

- Não acreditar em tudo o que a mente ansiosa interpreta;
- Tentar perceber o significado dos seus pensamentos e a sua origem;
- Implementar atividades regulares de relaxamento, como o *mindfulness*;
- Não ampliar com a lupa do medo o que está a acontecer no momento ou no futuro;
- Procurar ajuda ao profissional de saúde mental, se persistir este sofrimento;
- A tristeza é uma emoção universal, que faz parte da vida humana, e, na maior parte das vezes, liga-se ao sentimento de perda, a situações de impotência, à desilusão, separação das pessoas que nos são importantes, por exemplo;
- No caso da dor crónica, a tristeza está associada ao sentimento de perda da saúde, das competências próprias, da autonomia, do padrão de vida anterior à dor e à perda da autoestima;

- A depressão é a persistência da emoção da tristeza e de perda, como, por exemplo, perda de interesse nas atividades que se gostava, humor pessimista, perda da autoestima, perda do reconhecimento e amor dos outros, perda do desejo sexual, falta de esperança, isolamento, fadiga, passividade, desistência fácil, alteração do sono e apetite e forte tendência à fixação no passado;

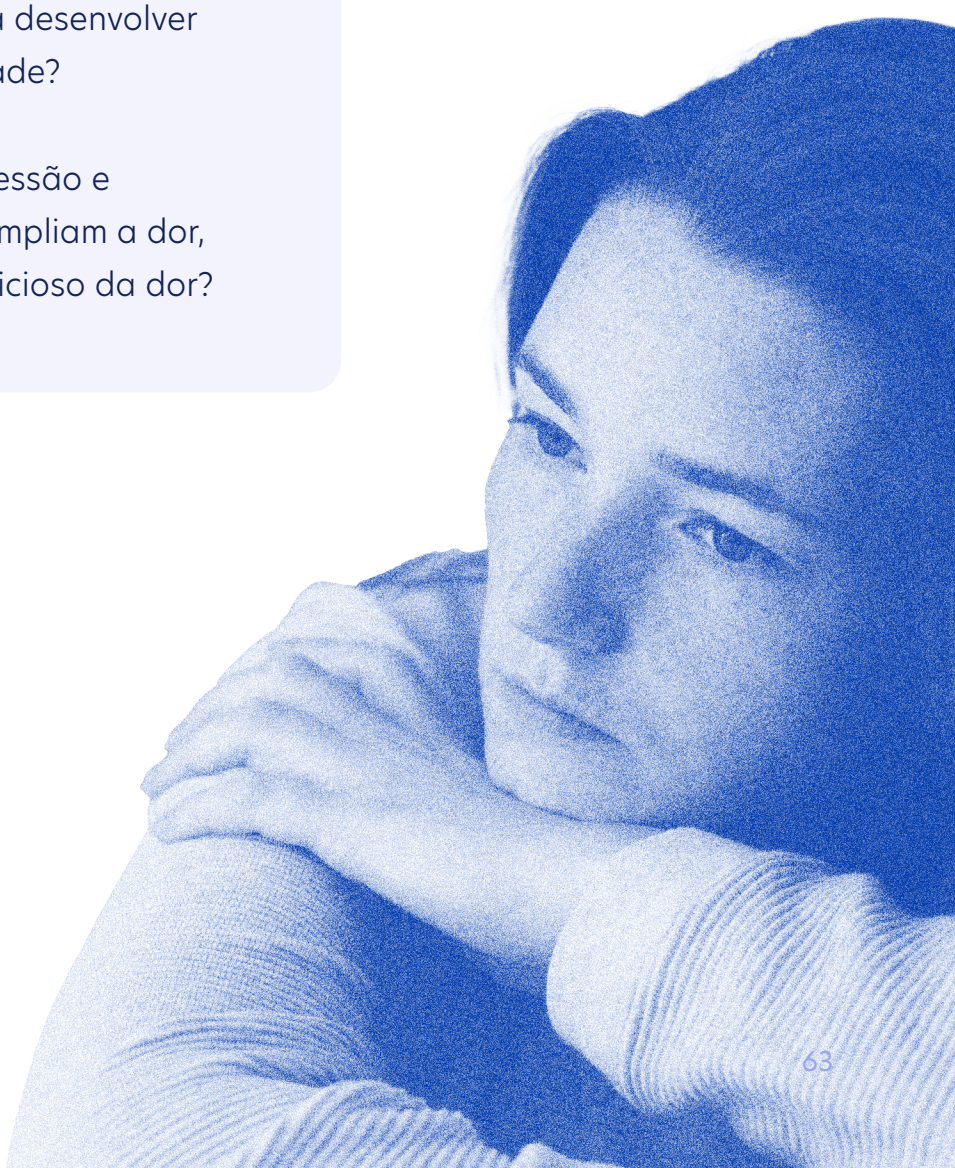
- Durante a depressão, é como se víssemos a vida com lentes escuras e embaciadas. A vida perde a cor da alegria e do entusiasmo.



A pessoa deprimida vê-se sem valor, incapaz e sem esperança.

Sabia que:

- 60% a 70% das pessoas que sofrem de dor crónica vêm a desenvolver depressão e ansiedade?
- E a ansiedade, depressão e alteração do sono ampliam a dor, formando o círculo vicioso da dor?



O papel das cognições e pensamentos na dor crónica

O nosso corpo não está à parte da emoção, do nosso foco e do nosso pensamento. Tudo está interligado.

A forma de interpretar a vida e o nosso corpo é influenciada pelas nossas emoções e pensamentos, que se foram organizando conforme a nossa história pessoal.

Atenção

Se a dor crónica se mantiver muito tempo sem tratamento adequado, existe a grande probabilidade de desenvolver excesso de pensamentos pessimistas e distorcidos. Podem ser os seguintes:

- Exclusão;
- Solidão;
- Desespero;
- Agravar a ansiedade;
- Depressão;
- Perturbação do sono.

Perante as emoções e pensamentos com conteúdos negativos, a dor aumenta.

Este círculo vicioso atinge negativamente o corpo, a mente e a espiritualidade.

Os pensamentos originados pela ansiedade e depressão distorcem a realidade.

A aceitação da dor é o primeiro passo para não se ficar preso nas emoções e pensamentos negativos e irrealistas.

Os passos seguintes são a procura de ajuda ao profissional de saúde e fazer parte do projeto do tratamento e mudança. Aceitar, conhecer e intervir.

O papel da vida social na dor crónica

O Homem não vive sozinho.

A espécie humana é uma espécie de relação. Precisamos uns dos outros. A nossa saúde mental tem por base os laços que nos dão segurança e confiança.

A dor social liga-se aos sentimentos de abandono, exclusão e solidão.

É natural que quando adoecemos possamos recolher-nos, contudo, é fundamental manter próximas as pessoas que nos são importantes e promover a expressão dos afetos.

Na doença, receamos a exclusão e incompreensão, ficamos mais vulneráveis. Por isso, desejamos a presença daqueles que fazem parte da nossa vida, mesmo que se encontrem distantes fisicamente.

Mais do que esperarmos, somente, a satisfação das nossas necessidades emocionais, será necessário falar delas, partilhar os sentimentos a todos que nos são próximos.

Não se retire dos outros nem do mundo, porque se o fizer estará a retirar-se de si próprio.

Quanto maior for o isolamento social, mais vulnerável se fica para o agravamento da dor crónica.

Se sentir solidão, tente percebê-la e partilhá-la com as pessoas da sua confiança.



O papel da espiritualidade na manutenção da nossa saúde

Podemos pensar a espiritualidade como um farol que nos faz encontrar o propósito da nossa vida. Por outro lado, a capacidade humana de superação, mesmo em condições de adversidade, ajuda a tolerar as dificuldades e a realizar valores maiores.

É fundamental acreditar na sua capacidade de se reconstruir como a pessoa capaz de mudança e com sentido de vida.

Procure ajuda

Todos somos frágeis e fortalecemo-nos quando o reconhecemos e procuramos ajuda.

Não se sinta inibido em procurar ajuda para recuperar a sua saúde mental.

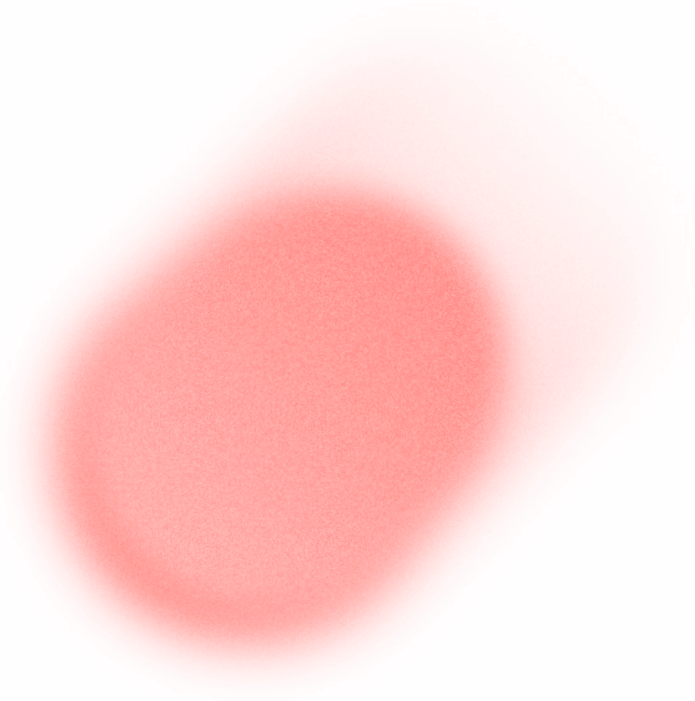
Poderá iniciar o processo com o seu médico de família e aceitar a sua referenciação para os profissionais de saúde mental.

Tenha disponibilidade para receber ajuda.

O facto de a pessoa ter dor crónica... Ela não é a dor.

- Muitas vezes, a dor serve como um sintoma de alerta de uma condição médica ou uma lesão. Nesses casos, o tratamento dessa condição médica é muito importante e pode resolver a dor.

- No entanto, a dor pode continuar, apesar do tratamento bem-sucedido da condição (da doença, mal-estar, perturbação) que a causou inicialmente ou porque a condição médica que a pessoa tem não pode ser tratada com sucesso.



Apesar da realidade do seu adoecer, a pessoa terá recursos e potencialidades saudáveis que serão promovidos pela melhor e verdadeira relação consigo própria, com os outros e com o mundo envolvente.

A dor crónica é uma realidade que todos os profissionais de saúde, comunidade envolvente e você próprio terão de acreditar, lutar e cuidar.

O luto

Dra. Cristina Catana
Psicóloga

O que é o luto?

O luto é um processo de adaptação, complexo e normal face a situação de perda de algo importante da nossa vida, como o final de um relacionamento, e, no seu limite, a perda de um ente querido. Neste caso, o luto está associado à dor da perda irreversível, ao confronto com a morte que, por sua vez, provoca um profundo abalo na vida humana: parece que o mundo para e fica do avesso.

Quando perdemos alguém que amamos, a quem dedicamos os nossos afetos, ideais, sonhos, projetos de vida e de partilha, sentimos que algo de muito importante nos foi arrancado da nossa parte mais profunda. Ficamos fragilizados, desorientados e inconsoláveis.

A mente humana, quase sempre, não está preparada para lidar com a perda de um ente querido, mesmo que se pense o contrário. Trata-se de uma experiência dolorosa radical que mobiliza uma luta de emoções e sentimentos.

Para sempre, deixamos de ouvir aquela voz, de ver aquele rosto, de ter aquele abraço, e deixamos de ter a presença daquela pessoa no nosso dia a dia.

É necessário tempo para se fazer um processo de luto que, por sua vez, é uma reação natural à dor da perda

O luto é um caminho natural de adaptação, de aprendizagem e transformação para se alcançar a aceitação da perda e, assim, levar a vida em frente, apesar do reconhecido sofrimento.



Identificar e reconhecer o luto normal

Todo o processo de luto é influenciado pela personalidade, cultura, idade, tipo de perda e circunstâncias. Por exemplo, uma perda previsível poderá ser mais bem aceite do que a perda inesperada.

Mas, a seu tempo, o processo normal do luto dará lugar a uma nova adaptação e aceitação da realidade, com a reconstrução do indivíduo.

Inicialmente, a pessoa enlutada poderá ter a necessidade de recolhimento, não tendo disponibilidade para conviver e manter as rotinas habituais. Existe a tendência para se focar no vínculo afetivo estabelecido com a pessoa que morreu. Esta passa a ocupar, temporariamente, o centro da atenção, pensamentos e emoções.

No processo de luto normal, várias respostas emocionais poderão ser desencadeadas, como, por exemplo, negação, revolta, confusão, culpa e tristeza.

Todas as emoções são legítimas e são a base de várias fases do processo adaptativo do luto:

Choque e negação

Geralmente, a fase inicial é marcada pelo choque e negação. A pessoa sente-se anestesiada, confusa e em negação face à realidade da morte do seu ente querido.

Parece, aos olhos da pessoa enlutada, que foi um terrível pesadelo e que a todo o momento irá acordar dele.

É a fase em que se espera que a pessoa entre em casa à hora do costume, em que se coloca o seu prato no mesmo lugar da mesa, em que espera o telefonema habitual, em que se cheira o aroma do seu perfume preferido.

Este primeiro tempo liga-se ao mecanismo de defesa da negação que, gradualmente, irá oscilar com o teste da realidade da perda e a sua verificação.

Revolta

Quando se vai fazendo o movimento da posição da negação para a constatação da perda, manifestam-se as emoções da linha da zanga, revolta e ressentimento. "A vida é injusta, porque é que morreu esta pessoa, que era tão boa?", "porque é que me aconteceu isto a mim?", "como vou conseguir viver sem esta pessoa?".

A pessoa sente que lhe foi roubada uma relação importante da sua vida. É uma fase de luta contra a realidade da perda e abatimento psicológico do próprio.

Depressão e culpa

A tristeza, o isolamento, o desinvestimento das coisas que se apreciava e a negligência do autocuidado poderão evoluir para um quadro depressivo.

O sentimento da culpa também poderá ocorrer no processo de luto, com pensamentos desta linha: "será que fiz o suficiente?", "o que poderia ter dito e não disse?".

Se for recorrente, a culpabilidade poderá potenciar pensamentos depressivos e, em consequência, um luto crónico.

Contudo, nesta fase, a pessoa tem a possibilidade de criar a tolerância à tristeza e à sua impotência e reconhecer que estas emoções fazem parte do processo de rutura e dor da perda.

É importante aceitar a abertura para o luto e para as suas lágrimas.

Aceitação

Num luto saudável, a pessoa não cultiva a morte do outro como sendo a sua própria morte.

Vai-se retomando a rotina e a vida própria. Reconhece-se que a vida continua, apesar da dor da perda.

É uma fase de transformação e da aceitação.

Não controlamos tudo nem a finitude.

É na aceitação que escolhemos as boas memórias, as boas qualidades do ente querido que faleceu, e reconstruímos o laço afetivo que se pretende guardar no nosso mundo interior. Assim, criamos mais espaço para o nosso projeto de vida e para as relações afetivas que nos envolvem e outras que possam vir a acontecer.

Como identificar e reconhecer o luto crónico

No luto crónico ou patológico, a pessoa tende a entrar num estado melancólico e viver a morte da outra pessoa como sendo a sua própria morte, num período de tempo prolongado e com sério impacto na sua vida global.

Quais os principais indicadores?

A pessoa tende a culpabilizar-se, a engolir a raiva e a revolta, com manifesta incapacidade de aceitação da perda, num período distendido.

A pessoa está fixada na pessoa que perdeu e, por outro lado, de costas voltadas para a sua vida e para as pessoas que dela fazem parte.

Sentimentos predominantes no luto crónico

- Desespero;
- Perda de prazer nas atividades anteriores à perda;
- Isolamento;
- Distúrbio do sono (insónia ou estar sempre a dormir);
- Distúrbio alimentar;
- Prejuízos cognitivos (dificuldades na concentração);
- Negligência (falta) do autocuidado;
- Indisponibilidade para novos eventos de vida.

Neste contexto, existe a vulnerabilidade para o adoecer (diminuição das defesas imunitárias e descuido no autocuidado) e eventuais acidentes (mecanismo da distração pela atenção estar só focada na pessoa que perdeu).

A pessoa que se encontra no luto crónico não se dá ao direito de viver e, se o fizer, tende a culpabilizar-se — fica presa nos sentimentos da revolta, depressão e culpa.

O que fazer para ultrapassar o luto crónico

- Procurar relações de confiança para poder sentir-se ligado e não se sentir só;
- Não recusar o afeto das pessoas que se preocupam consigo;
- Não se culpabilizar e cuidar bem de si;
- Procurar um lugar simbólico de luto, como, por exemplo: escrever uma carta à pessoa que perdeu. Homenageá-la com as coisas boas que ela própria gostava, criar um álbum de fotografias, registar as pequenas histórias vividas, concluir um projeto que ficou suspenso;
- Procurar ajuda junto de um profissional de saúde mental;
- Resgatar a sua vida apesar da dor da perda.

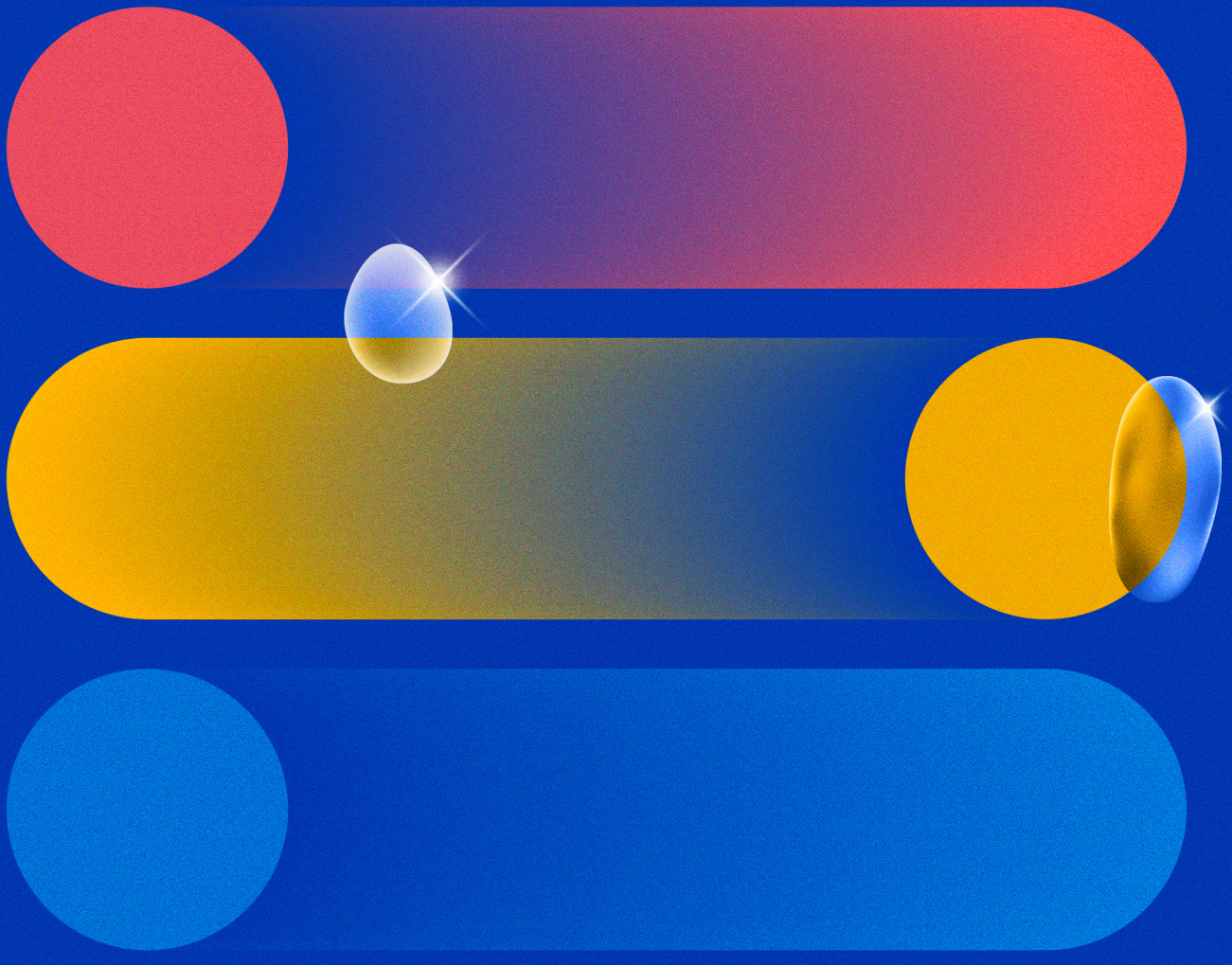
O processo do luto é um processo natural de luta e de adaptação à perda e à nova realidade. A nossa condição humana passa pela consciência da finitude e pela importância das relações afetivas.

Todos somos confrontados pela morte e perda ao longo da nossa história, mas, ainda assim, poderemos viver e reconstruir o sentido da nossa vida.



DOS HOSPITAIS AOS CUIDADORES

Os hospitais, serviços e pessoas de proximidade



Como se trata a dor nos hospitais e qual o caminho (acessibilidade e tratamento)

A dor, em particular a dor crónica, tem um impacto muito significativo na vida da pessoa, família/cuidador, causando sofrimento e sequelas a nível físico, psicológico e social, traduzidos na perda de qualidade de vida e bem-estar.

Para o tratamento da dor aguda e crónica (oncológica e não oncológica), os hospitais dispõem de respostas especializadas, das quais salientamos as Unidades de Dor e as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.

O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais

Autores: **Elsa Figueiredo Santos[1]; Juliana Paciência[2]**

Coautores: **Ana Valentim[3]; Maria Manuela Sampaio[4]**

O que são Unidades de Dor?

As Unidade de Dor são estruturas organizadas dentro de hospitais, que tem por fim dar alívio da dor e apoiar na reabilitação do funcionamento físico, psicológico, social e laboral da pessoa com dor, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

[1] Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem.

[2] Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Comunitária.

[3] Coordenadora da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Assistente Graduada de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

[4] Enfermeira Gestora da Unidade de Dor Crónica, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e Bloco Operatório Central/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Que tipo de Unidades de Dor existem?

Consoante os hospitais em que estão inseridas, podemos ter as seguintes Unidades de Dor:

- Consultas de Dor nos Hospitais Locais;
- Unidades Terapêuticas de Dor nos Hospitais Médico-Cirúrgicos;
- Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Polivalentes;
- Centros Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Universitários;
- Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Especializados Oncológicos.

Estas Unidades da Dor, espalhadas por todo o território nacional, possibilitam o acesso a um tratamento adaptado e humanizado, tendo por base a melhor evidência científica. Significa que se baseiam nas boas práticas nos avanços da ciência e nas partilhas entre vários profissionais e organizações.

Como se distinguem e como funcionam as Unidades de Dor?

A distinção entre as Unidades de Dor faz-se tendo em conta a sua capacidade de resposta à pessoa com situações complexas de dor aguda e/ou crónica, oncológica e não oncológica, em contexto de urgência, ambulatório, hospital de dia e/ou internamento. Podem funcionar em espaço próprio, ter atividade diária organizada e coordenador. A prestação de cuidados é centrada na pessoa, família/cuidador, e é multidisciplinar, isto é, tem a intervenção de diferentes profissionais que podem variar em número e especialidade.



Como posso aceder às Unidades de Dor?

A complexidade da dor, a dificuldade no seu alívio e a necessidade de tratamentos específicos são fatores que podem levar à necessidade de recorrer a uma Unidade de Dor.

O acesso à primeira consulta de especialidade nas Unidades de Dor é realizado através de referenciação do médico:

- Dos cuidados de saúde primários (Medicina Geral e Familiar);
- De especialidades internas do hospital (consulta externa, internamento, hospital de dia e urgência);
- De outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Quanto tempo tenho de aguardar pela consulta?

O tempo que tem de aguardar até à marcação da primeira consulta depende da existência ou não de doença oncológica e do nível de prioridade clínica atribuída pelo médico que recebeu o pedido.

Pessoa com doença oncológica

Muito prioritário	7 dias
Prioritário	15 dias
Normal	30 dias

Pessoa com doença não oncológica

Muito prioritário	30 dias
Prioritário	60 dias
Normal	120 dias

Legenda: Tempo de espera até marcação de primeira consulta da especialidade

Que tratamentos são realizados numa Unidade de Dor?

Os tratamentos realizados dependem do grau de especialização das unidades e passam pela utilização de várias estratégias farmacológicas (tratamentos com medicamentos) e não farmacológicas (outros tratamentos), podendo também ser utilizadas técnicas analgésicas especiais (infiltrações).

Estratégias farmacológicas

Estratégias não farmacológicas
Ver por favor página 240

Estratégias farmacológicas

Utilização de diferentes tipos de medicamentos (analgésicos e adjuvantes), com o objetivo de aliviar a dor e os sintomas que lhe estão associados.

Analgésicos

Medicamentos que reduzem ou aliviam a dor.

- Opióides – utilizam-se para controlar a dor moderada a intensa, provocada pelo cancro ou outros tipos de dor de causa não oncológica (ex. morfina);
- Não opióides – utilizam-se para controlar a dor ligeira a moderada (ex. ibuprofeno, paracetamol e metamizol magnésico).

Adjuvantes

Medicamentos que, embora não sendo verdadeiros analgésicos, permitem tratar a dor (ex. neuropática) e alguns dos sintomas que lhe estão associados (ex. antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticosteroides e relaxantes musculares).

Técnicas analgésicas especiais (infiltrações)

Injeção de medicamentos particulares (ex. anestésicos locais, corticoides) ou utilização de calor/frio (radiofrequência/crioablação) próximo do local que provoca a dor, ou ao longo dos nervos que a conduzem, com a intenção de provocar a sua interrupção.

À pessoa com dor crónica não controlada deve ser-lhe reconhecido o direito de ser adequadamente tratada, tendo como objetivo controlar a dor, melhorar a adesão aos tratamentos, a capacidade de realizar as atividades de vida diária e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida.

Referenciação para as consultas de dor: a navegabilidade do doente no sistema

Nélia Isaac
Médica Interna da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Equipa da Consulta de Dor Crónica dos Cuidados de Saúde Primários do ACES Cascais

Membro do Grupo de Estudos da Dor da Associação de Medicina Geral e Familiar

Sabendo que a dor implica uma abordagem complexa, com realização de exames de diagnóstico e tratamentos diferenciados, em 2008 a Direção-Geral da Saúde apresentou o seu Programa Nacional de Controlo de Dor. Este programa veio reforçar a necessidade da existência de Unidades de Dor onde estes doentes pudessem ser referenciados e orientados por equipas de profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo desta condição.

As **Consultas e Unidades de Dor Crónica** possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme as equipas e recursos que as constituem e as estruturas de saúde onde se localizam.

Todas as unidades contam com profissionais capacitados para a gestão e orientação destes doentes, evoluindo para unidades cada vez mais complexas e com equipas constituídas por vários profissionais de saúde com experiência e formação na avaliação e tratamento de dor, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, podendo ou não estar integradas em serviços de Hospital de Dia.

As Unidades de Dor mais diferenciadas constituem o final da linha de referenciação destinadas a situações clínicas mais complexas ou de difícil controlo.

Todas as Consultas e Unidades de Dor Crónica têm como objetivo reabilitar os doentes com dor, devolvendo ou melhorando o seu funcionamento físico, psicológico, social e laboral, baseando-se na compreensão do doente e na sua humanização e respeitando a sua individualidade enquanto pessoa.

Os doentes com dor podem ser encaminhados para consultas e unidades especializadas no tratamento de dor: cada unidade dispõe de critérios de referenciação específicos e definidos nos seus regulamentos internos e protocolos de atuação.

O acesso às Consultas e Unidades de Dor Crónica é realizado através de referenciação médica interna ou externa, cumprindo os seguintes pressupostos:

1. Referenciação Externa

a. Através dos médicos de medicina geral e familiar, nos cuidados de saúde primários a nível dos centros de saúde.
b. Unidades do Sistema Nacional de Saúde, que não disponham de Consulta ou Unidades destinadas ao tratamento de dor crónica, mas que disponham de protocolos de articulação e referenciação para instituições de saúde da rede de cuidados.

1. Referenciação Interna

a. Através de médicos assistentes de outras especialidades do local onde estas Consultas e Unidades estão inseridas, seja proveniente da consulta externa, internamento, hospital de dia ou urgência.

Uma vez feita a referenciação, os doentes são encaminhados para consulta de Dor Crónica, sendo que a abordagem inicial pode ser realizada pela equipa de enfermagem ou médica, com aplicação de instrumentos de avaliação global da condição clínica, com escalas validadas para caracterização da dor, avaliação do impacto na qualidade de vida, atividades da vida diária e laboral, entre outras.

É realizada uma **avaliação médica com observação física, diagnóstico, prescrição de tratamento, aconselhamento ou verificação da evolução da condição clínica.**

O **plano de tratamento** pode implicar medicação, medidas de intervenção, tais como psicologia, de modo a atuar no sofrimento psicológico, medo, ansiedade e angústia dos doentes com dor e/ou suas famílias, durante o processo de doença e nos períodos de luto nos casos de doença terminal, fisioterapia nas situações em que são necessários planos de reabilitação para recuperação da funcionalidade, terapia ocupacional, planos de nutrição ou apoio da enfermagem no acompanhamento e integração ao longo das intervenções, no processo do tratamento e funcionando como uma ponte de contacto para apoio ao doente com dor e/ou família.

Os Hospitais de Dia com integração nas Consultas e Unidades de Dor, permitem um local onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde e onde se promove o alívo rápido e adequado dos doentes com dor mal controlada, através do uso de medicação ou outras medidas não medicamentosas.

Durante **o seguimento nas Consultas e Unidades de Dor Crónica,** os doentes podem ser referenciados a outras especialidades, nos casos em que se verifica agravamento da situação ou caso se justifique tratamento por parte de profissionais de outras áreas. São exemplos disto: encaminhamento para consultas de Neurocirurgia, Fisiatria, Reumatologia, Ortopedia, Oncologia, Cirurgia, Anestesiologia, entre outras.

Nos casos em que se atinge **estabilização da condição médica e alívio significativo e controlado da dor, os doentes podem ter alta das Consultas ou Unidades de Dor para os médicos de Medicina Geral e Familiar**, que farão a vigilância e renovação da medicação necessária para manter a dor controlada, sendo que qualquer agravamento ou descompensação poderá ser novamente orientada e encaminhada para retomar seguimento na consulta de Dor Crónica.

Em algumas situações, poderá conseguir-se completa melhortia ou resolução do quadro de dor, seja por via dos medicamentos ou tratamentos instituídos, seja pela resolução da condição médica que deu início ao quadro de dor, sendo que nestes casos os doentes poderão ter alta clínica da Consulta ou Unidade de Dor Crónica.

As Consultas e Unidades de Dor existem com vista a um nobre propósito: o alívio da dor enquanto direito do doente, sendo dever da sociedade, dos serviços de saúde e da governação dar o contributo para que este direito seja alcançado.



Referênciação Interna

Especialidades médicas
- Consulta externa;
- Internamento;
- Hospital de dia;
- Urgência.

Referenciação outras especialidades

Neurocirurgia, Fisiatria, Reumatologia, Ortopedia, Oncologia, Cirurgia, Anestesiologia

Consulta ou Unidades de Dor Crónica

Alta

Referênciação Externa

- Médicos de Medicina Geral e Familiar;
- Unidades do SNS sem Consulta de Dor Crónica.

Médico de Medicina Geral e Familiar

Cuidados paliativos. Como se trata a dor aqui?

Cátia Maria Acúrcio Fernandes[1]
Patrícia Susana Pinto Franco[2]
Sara Raquel Pedrosa da Cunha[3]

[1] Enfermeira na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Mestre em Cuidados Paliativos.

[2] Enfermeira na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos. Conselheira de Luto.

[3] Enfermeira coordenadora na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Pós-graduada em Intervenção Clínica em Cuidados Paliativos e em Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Mestre em Sociopsicologia da Saúde.

Missão das Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

Equipa multiprofissional que pretende aliviar a sua dor nas diferentes dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Conforto, bem-estar e qualidade de vida são, para nós, pilares cruciais no cuidar.

No contexto hospitalar, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos desempenha um papel fundamental no alívio e controlo da dor, particularmente em doentes que necessitam de cuidados paliativos.

O que são cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores. Previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais[1].

A quem se destinam os cuidados paliativos?

Destinam-se a doentes com doenças graves, crónicas, complexas, avançadas e/ou progressivas em todos os ambientes de cuidados[2], qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou fase da doença. Centram-se nas necessidades do doente e família e não no prognóstico da doença.

Pilares dos cuidados paliativos



Como estão organizados os cuidados paliativos?

Existem diferentes tipos de unidades e de equipas especializadas de cuidados paliativos:

- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP);
- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) — para dar resposta a situações paliativas complexas.

Estas diferentes equipas articulam-se entre si e com as outras equipas do Serviço Nacional de Saúde, otimizando a resposta às necessidades do doente e família.



As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP):

- Estão integradas preferencialmente nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou Unidades Locais de Saúde (ULS).
- Exercem a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar onde se encontram integradas;
- Desenvolvem consulta de cuidados paliativos e hospital de dia, assegurando o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares ou cuidados continuados integrados;
- Disponibilizam atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde[4].

As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP):

- São serviços específicos de cuidados paliativos em unidades hospitalares e destinam-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador[4].

As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e o controlo da dor

No **controlo e gestão da dor física, social, emocional e espiritual**, a EIHSCP, tendo por base os seus princípios de atuação e a sua filosofia dirigida à intervenção na pessoa/família, procura intervir o mais precocemente possível, assegurando:

- Avaliação inicial das necessidades — avaliando o impacto da dor na pessoa e nas suas atividades de vida;
- Estabelecimento, em conjunto com o doente/família/cuidador, de um plano de cuidados que vá ao encontro das suas necessidades e preferências;
- Controlo da dor através de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas;
- Apoio ao doente e família nesta vivência partilhada;

- Capacitação da pessoa para a avaliação e monitorização da sua dor (identificar fatores de alívio e agravamento);

- Capacitação da pessoa para a gestão da terapêutica (os mecanismos de atuação, efeitos secundários), melhorando a adesão à terapêutica e evitando o seu abandono;

- Esclarecimento de dúvidas e mitos que possam comprometer a adesão ao regime terapêutico;

- Capacitação da família para o desafio de assumir o papel de cuidador.

O sucesso da estratégia no controlo da dor passa por uma articulação honesta, permanente e de confiança entre a pessoa/família e a sua equipa multidisciplinar.

Que profissionais integram as equipas de cuidados paliativos?

São equipas multiprofissionais, integrando médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes religiosos e/ou outros profissionais ou voluntários.

Cuidar da pessoa em domicílio quando estamos na fase dos cuidados paliativos

Enfermeira **Sandra Laia Esteves**

Qual o objetivo dos cuidados paliativos

O objetivo dos cuidados paliativos é **prevenir o sofrimento** que determinadas doenças graves, prolongadas e/ou progressivas condicionam e disponibilizar **cuidados essenciais de conforto, bem-estar e máxima qualidade de vida à pessoa doente e à sua família/cuidador**, independentemente do tempo de vida (APCP, 2022).

Quem pode necessitar de cuidados paliativos?

Nos **adultos**, as patologias que podem exigir cuidados paliativos com maior frequência são:

- Doenças oncológicas;
- Insuficiência de órgão: cardíaca, renal, hepática, respiratória;
- Doenças autoimunes (artrite reumatóide, doenças do interstício pulmonar);
- Doença neurológica (neurodegenerativas, neuromusculares, desmielinizantes e demências);
- Doenças vasculares;
- Anomalias congénitas e outras patologias.

Quem pode necessitar de cuidados paliativos?

Na **população pediátrica**, as doenças que requerem cuidados paliativos são, entre outras:

- Doenças progressivas sem opções de tratamento curativo, em que o tratamento é exclusivamente paliativo e pode frequentemente durar anos;
- Situações de doença irreversível com necessidades de saúde complexas, que causam complicações frequentes e aumentam a probabilidade de morte prematura;
- Condição limitante de vida diagnosticada na idade pré-natal ou no nascimento;
- Outras doenças potencialmente fatais (SNS, 2021).

Importante saber

O acesso aos cuidados paliativos deve ser determinado pelas necessidades do doente e família/ cuidador, e não apenas pelo prognóstico.

Porquê prestar cuidados paliativos no domícilio?

Os cuidados paliativos centram-se no apoio dado ao doente, à família e ao cuidador, e não na doença, dando resposta às necessidades e preferências e privilegiando o tratamento no domicílio (em casa) (Davies; Higginson, 2004).

Os cuidados paliativos no domicílio são considerados como um lugar privilegiado, pois o ambiente familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária e estar rodeado das pessoas e objetos significantes.

Em domicílio, existe um maior controlo da situação e participação nas decisões, **e contribui para que a pessoa se sinta menos isolada**. O hospital é um local de passagem transitória no processo de doença, e só quando o doente assim o necessite.

Os cuidados paliativos no domicílio têm como objetivo proporcionar cuidados de saúde globais (físicos, psíquicos e sociais) e não apenas responder às necessidades biológicas do doente.

Que cuidados podem ser prestados ao doente paliativo em contexto domiciliário?

Os cuidados ao doente paliativo no domicílio ficam a cargo de um cuidador informal, família (gestão e reorganização familiar) ou cuidador formal, sob o apoio e acompanhamento das equipas de cuidados paliativos.

Estes cuidados são assegurados 24h por dia, sete dias na semana, pela família/cuidador. Quando a situação clínica do doente o preconiza, é reajustado o acompanhamento físico e diário da equipa de cuidados paliativos.

Alguns dos cuidados a serem prestados no domicílio.
Necessidades Biológicas - Apoio aos Cuidados Pessoais:

- Alimentação;
- Higiene pessoal;
- Eliminação (vesical e intestinal — cuidados com incontinência);
- Vestuário (ajuda para vestir/despir);
- Apoio na mobilidade (reorganizar e adaptar o interior da casa para facilitar a mobilidade).

Gestão de controlo de sintomas

Sintomas	O que pode ser feito?
Físicos **Dor, náuseas e vómitos, delírio, agitação, cansaço, anorexia, falta de ar.**	• Apoio na gestão da terapêutica, nomeadamente dirigida à dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas); • Ensinos nos posicionamentos (em situações de doentes dependentes) de prevenção à ocorrência de úlceras por pressão.
Psicológicos **Depressão, isolamento, ansiedade, antecipação do luto, entre outros.**	• Apoio psicológico (emocional) para o doente e a família (cuidador informal/formal) — gestão de emoções; • Cuidados psicológicos que promovem redução de stress, treino de relaxamento, musicoterapia, *storytelling*, melhoria no envolvimento social e funcional (Finnerup, 2019).

Gestão de controlo de sintomas

Sintomas	O que pode ser feito?
Sociais **Perda da imagem e da autonomia social, desestruturação da rede de suporte social.**	• Fomentar as relações de amizade (de longa data).
Espirituais **Desesperança, perda do sentido vital, terapia da dignidade.**	• Apoio às necessidades espirituais (reflexão sobre crenças, valores, fé ou sentido da vida); • Gestão de expectativas e resolução de conflitos éticos (em fim de vida); • Ajuda na tomada de decisões e na planificação antecipada de cuidados.

Os sintomas físicos são devidos a muitos fatores. São dinâmicos e têm muitas dimensões.

A sua gestão é uma das áreas de atuação de base dos cuidados paliativos, já que é muito importante conseguir controlar os sintomas para melhorar a qualidade de vida do doente, da sua família/cuidador.

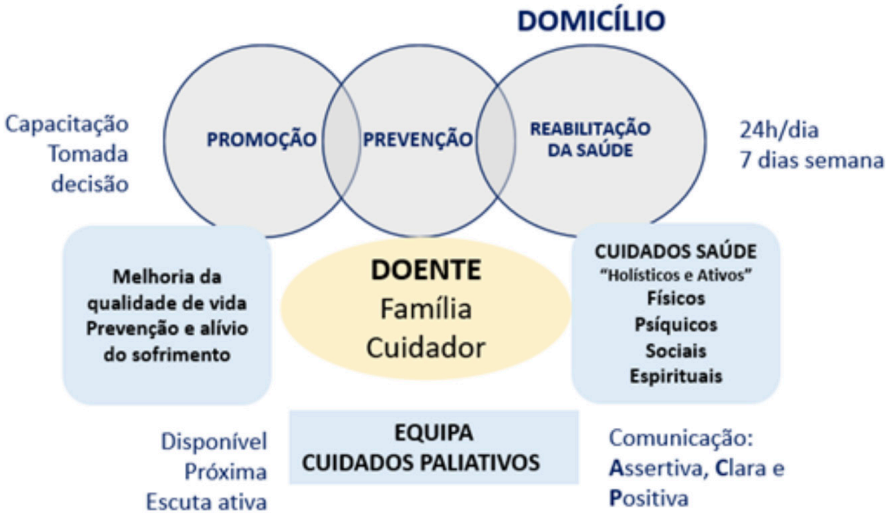
Para aumentar o conforto e dignidade destes doentes, é importante uma adequada gestão terapêutica (farmacológica e não farmacológica) (Freire; et al, 2021; SNS, 2021). Ver por favor **pág. 240** (soluções não farmacológicas)

Há que cuidar também de quem cuida, também neste aspeto a equipa de saúde de cuidados paliativos protege e acautela possíveis quadros de exaustão familiar, através de recursos de apoio, como estratégias promotoras de suporte psico-socio-educativos, capacitação e acompanhamento.

É precico valorizar positivamente todo o processo de cuidar (Silva; et al., 2022).

Estes cuidados (gerais) aqui descritos são apenas alguns dos inúmeros cuidados a serem possíveis em contexto domiciliário, sendo que devem ser adaptados à situação clínica do doente.





Fonte: Elaboração Própria, baseada em Almeida, 2020; Freire; et al 2021; WHO, 2020; SNS, 2021

Com o apoio e acompanhamento da equipa de cuidados paliativos, é possível apoiar o doente, a família e os cuidadores nos seus receios e dúvidas.

Esta equipa especializada capacita a família/cuidador com mais conhecimentos, de forma a conseguirem decidir acertadamente em prol de melhoria da qualidade de vida, promoção de conforto e bem-estar do doente paliativo.

Tratar a dor nos serviços de proximidade. A importância do médico de família na prevenção da dor crónica

Raul Marques Pereira
Médico

Não haverá, na medicina, situação que afaste e aproxime mais as pessoas que a dor. Sendo o médico de família o grande parceiro de todos os dias na gestão da dor, torna-se importante refletir sobre alguns aspetos que podem ajudar a pessoa com a dor e o seu médico a terem sucesso nesta caminhada.

Para ajudar a elencar alguns dos problemas sentidos pelas pessoas com dor, optamos por tornar este texto numa série de respostas a perguntas habitualmente colocadas aos médicos de família.

Sobre o médico - um caminho ou um fim?

Há alguma coisa que os doentes possam dizer sobre a sua dor, de uma forma sistemática, que possa ajudar o médico? Será que há alguma forma de o doente compreender melhor o que o médico diz?

Sobre o médico - um caminho ou um fim? O que diz a ciência?

Descrever a dor

Tendo em conta que, muitas vezes, o doente só tem uma avaliação completa da sua dor vários anos depois de esta ter começado, há alguns pontos que podem ser pensados (e escritos) antes da consulta.

Esta informação será preciosa para o médico fazer um diagnóstico e um plano de tratamento adequados.

Os pontos fundamentais são:

Timing

Esta é a chave para um diagnóstico adequado.

Não presuma que o médico sabe que luta contra a dor há um ano, um mês ou uma década.

Diga:

Tenho esta dor há x tempo.

Com que frequência e quanto tempo dura?

O que aumenta ou diminui a sua dor e por quanto tempo?

Localização

Onde dói? O seu médico pode mostrar-lhe um gráfico de uma figura humana com uma vista de trás e uma vista frontal.

Pode pedir-lhe para marcar a(s) área(s) onde sua dor está concentrada. Pode também pedir que observe a diferença entre a dor que está na superfície e a dor que está sob a superfície.

Escala da intensidade da dor

A maioria dos médicos, independentemente da sua especialidade médica, usa uma escala de dor simples de 1 a 10 pontos para a primeira avaliação da dor.

Simplificando, pense onde o seu nível de dor se encontra na maioria das vezes — a menos que sinta flutuações extremas de dor.

Sem dor

0 — Sem dor

Dor controlável

1 — A dor é muito leve, quase impercetível. Na maioria das vezes, não pensa nisso.

2 — Dor menor. Irritante e pode ter pontadas mais fortes ocasionais.

3 — A dor é percetível e distrai, mas consegue adaptar-se.

Dor moderada — interrompe as atividades normais da vida diária

4 — Dor moderada. Se estiver profundamente envolvido numa atividade, pode ser ignorada por um período de tempo, mas ainda incomoda.

5 — Dor moderadamente forte. Não pode ser ignorada por mais do que alguns minutos, mas ainda pode conseguir trabalhar ou participar em algumas atividades sociais.

6 — Dor moderadamente forte que interfere nas atividades diárias normais. Dificuldade de concentração.

Dor intensa, incapacitante, debilitante. Reduz a qualidade de vida diária, não consegue viver de forma independente

7 — Dor intensa que domina os seus sentidos e limita significativamente a sua capacidade de realizar atividades diárias normais ou manter relacionamentos sociais. Interfere no sono.

8 — Dor intensa. A atividade física é severamente limitada. Conversar requer muito esforço.

9 — Dor insuportável. Incapaz de conversar. Grita ou geme incontrolavelmente.

10 — Dor indescritível. Acamado e possivelmente delirando. A mobilidade pode estar comprometida.

“A minha dor parece...”

Na maioria das vezes, os pacientes sentem uma ou duas “sensações” de dor consistentes, mas alguns podem sentir uma grande variedade de sensações.

Isto é importante porque pode apontar para um tipo de dor — **dor neuropática** — que requer tratamentos específicos.

Os descritores de dor mais comuns são:

- Dor em facada, aguda;
- Calor extremo ou sensação de queimadura;
- Frio extremo;
- Tecido latejante, “inchado” e inflamado;
- Sensibilidade ao contacto/ toque;
- Comichão;
- Dormência, formigueiro, “alfinetadas”.

Os mitos sobre a dor

Raul Marques Pereira
Médico

Mito 1

A dor é o resultado natural do envelhecimento

A verdade

Embora a dor às vezes venha com a idade, há uma diferença entre a dor incómoda do desgaste físico e a dor crónica. A dor crónica pode ser o resultado de uma doença ou lesão e também está relacionada a dores nas costas, cancro, artrite, dor de cabeça e nevralgia.

A dor crónica não está concentrada numa faixa etária, ela varia com a idade.

Mito 2

É melhor resistir e apenas viver com a dor

A verdade

Nunca tente apenas aguentar a sua dor e sofrer. Há um tratamento disponível para todos os que sofrem com dor. Ignorar a sua dor pode ter consequências sérias, especialmente se optar por se automedicar de maneiras não saudáveis em vez de consultar um profissional de saúde.

Mito 3

Fazer exercícios quando estiver com dor causa ainda mais dor

A verdade

Exercícios como fisioterapia podem ser essenciais para o sucesso da reabilitação. Exercícios leves a moderados podem até ajudar a reduzir o stress, melhorar o fluxo sanguíneo e de oxigénio para os músculos.

Os benefícios do exercício não param apenas no nível físico — o exercício é conhecido por melhorar o humor e é considerado um tratamento eficaz para a depressão, frequentemente associada à dor crónica.

Mito 4

Podemo-nos tornar dependentes de analgésicos se os tomarmos durante muito tempo

A verdade

A incidência de dependências entre pacientes com dor crónica é quase a mesma que na população em geral.

A melhor maneira de se proteger contra a dependência? O seu médico irá trabalhar consigo para garantir que recebe a dose certa no período de tempo certo.

Mito 5

A dor crónica pode matar

A verdade

A dor crónica não pode matar, mas pode ter um efeito profundo na qualidade de vida. Pessoas que sofrem de dor crónica têm duas vezes mais probabilidade de relatar comportamentos suicidas ou cometer suicídio. A luta constante contra a dor crónica pode ser suficiente para que algumas pessoas se sintam sem esperança e, infelizmente, pensem no suicídio.

Mito 6

Pensar demasiado na dor não a tornará pior do que já é

A verdade

O sofrimento psicológico que acompanha a dor física pode certamente torná-lo mais infeliz, e insistir nos pensamentos sobre a dor pode servir para a enfatizar.

Lembre-se de que controlar em vez de curar a dor crónica é o objetivo do tratamento.

Mito 7

A medicação é a única coisa que ajuda

A verdade

Quando as pessoas ouvem “dor crónica” e nunca sofreram com isso tendem a pensar que é tão fácil quanto tomar alguns analgésicos e relaxar por alguns dias. Isto não é verdade. A dor crónica difere de outros tipos de dor por não ser tão facilmente tratada. Embora a medicação possa definitivamente ajudar no tratamento da dor crónica, não é suficiente no longo prazo.

Mito 8

A dor é proporcional ao dano

A verdade

Este é outro mito comum que pode ser prejudicial aos pacientes. Se os níveis de dor forem altos, pode-se pensar que o dano deve ser alto também, mas não é o caso.

A dor crónica é altamente complexa e muitos pacientes podem-se deparar com uma dor intensa decorrente de um problema relativamente benigno. Da mesma forma, os pacientes podem sentir uma pequena quantidade de dor a ocorrer com problemas mais graves. Já notou um hematoma que não se lembra de ter sofrido? Esse é um exemplo de dano ao tecido sem dor.

Mito 9

A dor crónica está na sua cabeça

A verdade

"Está tudo na mente". Quantas vezes isto foi dito a alguém com dor crónica? Bem, infelizmente, há muitas pessoas que acreditam que, como a dor crónica muitas vezes não pode ser vista, deve estar apenas na cabeça do paciente. É verdade que há um aspeto mental da dor crónica e a mentalidade pode ter muito a ver com a gravidade, mas, em última análise, a dor crónica não é criada pela mente. Insinuar isso pode ser um insulto para aqueles que sofrem com ela.

Mito 10

Tem de haver uma causa física para a dor crónica

A verdade

Quando se ouve o termo dor crónica, é comum pensar imediatamente em coisas como artrose e dor nas costas, em que a dor afeta uma área física, que afeta e não se estende a lugar nenhum além disso.

Mas a dor crónica não é tão simples. Muitas vezes referida como "a deficiência invisível", este tipo de dor nem sempre tem uma área física que afeta.

Para quem sofre de doenças como a fibromialgia, esse mito é especialmente desconcertante. A fibromialgia é definida por "dor generalizada e rigidez muscular" que pode ser sentida uma variedade de áreas diferentes do corpo, o que significa que não existe uma causa física específica.

Os Cuidadores. Cuidar de uma pessoa com dor

Bruno Alves*

Ana Ribas Teixeira*

*Escola Superior Saúde do Instituto Jean Piaget, Vila Nova de Gaia

Cuidar é dos papéis mais nobres, mas também dos mais exigentes. Os cuidadores informais (CI) são a coluna vertebral dos sistemas sociais e de saúde.

Estima-se que 800 mil a 1 milhão de pessoas em Portugal sejam cuidadoras de um familiar ou amigo, em situação de doença física ou mental, incapacidade, fragilidade ou abuso de substâncias (Alves, 2023).

Os cuidadores informais desempenham um papel vital, de extrema relevância, para a pessoa cuidada e para o bem-estar social.

O que caracteriza a humanidade é esta capacidade de cuidarmos do outro. Se, para alguns, é uma experiência amplamente positiva e gratificante, para outros também está associada a maior sobrecarga, a exigências físicas e mentais, com potencial impacto negativo na sua saúde e qualidade de vida.

A promoção da saúde e bem-estar da pessoa cuidada pode ser de facto desafiante e, neste contexto, a gestão da dor nem sempre é linear, pois a própria natureza da dor depende de muitos fatores e não apenas da sua natureza biológica. Muitas são as histórias de vida, cada uma singular, na forma como é vivida e experienciada.

História de um cuidador

"A minha esposa sofreu um AVC grave e ficou internada por três meses. Em poucas horas ela perdeu tudo, deixou de falar, ler e de se movimentar. Após três meses de fisioterapia, ela continua numa cadeira de rodas e com dor que os médicos referem como neuropática. Definem esta dor por persistir há mais de três meses... Uma dor que se mantém, para mim e para ela, já por demasiado tempo.

Existem dias nos quais a minha esposa sente cansaço e dor que quase bloqueiam quaisquer pensamentos positivos.

Assumi, entretanto, uma série de tarefas que não realizava regularmente. Sem filhos e sem parentes próximos, se algo precisa de ser feito, eu faço.

Há dias de arrependimento por ela ter sofrido um AVC. Mas a distração é importante e manter-me ocupado e concentrado numa tarefa, música ou conversar com vizinhos, costuma ser útil".

Cuidador RA, 72 anos.

Cuidar de alguém com dor é difícil e pode-se tornar um verdadeiro desafio, comprometendo a qualidade de vida tanto de quem cuida, como de quem é cuidado. Os cuidadores desempenham um papel vital em garantir que a dor do seu ente querido seja tratada corretamente. São eles que estão presentes, 24h durante sete dias por semana, e, muitas das vezes, sem pausas.

Como “fala” a dor?

A dor pode ser expressa de variadíssimas maneiras. Enquanto cuidador, está em melhor posição para saber quando a pessoa de quem cuida está com dor, porque a conhece melhor do que ninguém.

Na gestão da dor, importa avaliar regularmente o seu ente querido, familiar ou amigo, e estar desperto para sinais sugestivos de dor.

A perda da capacidade de se movimentar e realizar as suas atividades do dia a dia, as alterações de sono, o “mau humor” e mesmo diminuição da autoestima podem ser realidades provocadas pela dor.

Além disso, a perda de peso, a falta de concentração associada a dor, os riscos de queda e falta de tolerância, ansiedade e depressão podem também estar presentes (Health in Aging, 2023).

Lágrimas, gemer enquanto é movimentado, diminuição de atividade, diminuição do apetite, problemas de sono, punhos cerrados e choro podem ser sugestivos de dor.
Esteja a alerta! Valorize a dor!

Do lado positivo, a maioria das dores melhorará com o tratamento que usa de forma complementar, estratégias medicamentosas e não medicamentosas.

Estratégias não medicamentosas para alívio da dor

Existem várias maneiras de controlar a dor sem medicamentos, como o uso de *biofeedback*, fisioterapia, hipnose, relaxamento, TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea).

Muitas vezes, essas estratégias sozinhas aliviam por si a dor.

A dor que precisa de profissionais de saúde

Existem dores que precisam de apoio de um profissional de saúde e um olhar atento pelos seus cuidadores, tornando-se ambos parceiros estratégicos na gestão da dor e promoção da qualidade de vida.
Toda a pessoa tem direito a um bom controlo da dor. A dor é tudo o que uma pessoa diz que é e existe sempre quando ela diz que existe.

Enquanto cuidador deve mobilizar todos os esforços para garantir que haja um bom controlo da dor. Informe o profissional de saúde se a dor não diminuir com o tratamento e peça que tentem novos tratamentos, até que a dor seja controlada.
Também importa reconhecer que o alívio completo da dor pode não ser possível em todos os casos.

Confie no seu médico e enfermeiro de família. Às vezes, pode ser necessário um encaminhamento para a consulta da dor nos hospitais, para que uma equipa de profissionais de saúde especializados, com médicos anestesiologistas e outros profissionais treinados, ajudem no controlo da mesma.

Os objetivos para um cuidador:

Como cuidador, os seus objetivos são ajudar a avaliar, aliviar a dor e manter o profissional de saúde de referência informado sobre os níveis de dor e das suas respostas aos tratamentos.

Quando deve obter ajuda de um profissional de saúde:

Sinais de alerta:

- Há uma mudança repentina na capacidade de andar ou realizar outras atividades importantes por causa da dor;
- Há uma nova dor que é severa;
- Há uma nova dor que não é intensa, mas está a causar sofrimento significativo à pessoa;
- Fala em não querer mais viver;
- Não apresenta nenhum alívio após o uso de analgésicos conforme recomendado;
- Apresenta uma dor nova ou diferente;
- Refere efeitos colaterais de medicamentos para dor;
- Apresenta alterações no sono;
- Revela dificuldade em lidar com a dor.

Fonte: *Health in Aging* (2023)

As perguntas que posso fazer como cuidador

A experiência de dor é única e individual. Pergunte ao seu familiar ou amigo com dor:

- Como está a tua dor hoje?
- A tua dor afeta o que vais fazer hoje?
- Que coisas agravam a tua dor?
- O que te pode ajudar no alívio da dor?

Fonte: *Carers Australia* (2023)

Não fazer julgamentos

Quando a pessoa com dor precisa parar o que está a fazer, como, por exemplo, deitar, ir para casa ou apenas se sentar, respeite essa vontade, sem o julgar.

Fazer atividades em conjunto

Manter-se positivo pode ajudar a pessoa de quem cuida. Procure planear atividades em conjunto, como fazer compras, refeições, cozinhar alimentos juntos ou mesmo fazer caminhadas, viagens ou outras atividades.

O apoio emocional

A ida às consultas médicas com a pessoa de quem cuida ajuda a ouvir todas as informações dadas e é uma oportunidade de lhe dar apoio emocional — e, melhor, de comunicar as dúvidas e preocupações.

Valorize a pessoa com dor

Lembre a pessoa com dor que ela também tem muitas qualidades. Este apoio ajuda a promover a sua autoestima.

Quando está com um profissional de saúde. O que dizer?

Prepare-se antes de falar com o profissional de saúde sobre a dor do seu familiar:

- Consegue descrever a dor da pessoa que cuida?
- Há quanto tempo a dor tem sido um problema?
- É uma dor nova ou já aconteceu antes?
- Onde está localizada? É em mais de que uma área? Em caso afirmativo, qual é o local que mais o incomoda? Ela move-se de um lugar para outro?
- Quão severa é a dor? É leve, moderada, grave ou insuportável?
- Qual é a sensação da dor? É afiada, ardente, localizada, irradia para outra parte do corpo ou parece um choque elétrico?
- Há dormência ou formigueiro na área da dor?
- De que modo a dor muda com a realização das atividades normais? Que atividades ou condições pioram a dor?

Adaptado de *Health in Aging* (2023)

Os Cuidadores Informais. Como ser e cuidar também de si, como cuidador

Bruno Alves*
Ana Ribas Teixeira*
*Escola Superior Saúde do Instituto Jean Piaget, Vila Nova de Gaia

O que preciso de saber e fazer para ter o estatuto de cuidador informal

De acordo com Instituto da Segurança Social e o Serviço Nacional de Saúde (2023), tem condições de ser cuidador informal reconhecido se (ISS e SNS, 2023):

- Viver legalmente em território nacional;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Apresentar disponibilidade e condições de saúde adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada;
- For casada/o ou unido/a de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada (filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos);
- Não receber pensão de invalidez absoluta, pensão de invalidez do regime especial de proteção na invalidez ou prestações de dependência.

Reconhecimento como cuidador informal

Será reconhecido como cuidador informal principal se:

- Viver com a pessoa cuidada e for o seu único cuidador;
- Prestar cuidados permanentes, ainda que a pessoa cuidada frequente estabelecimento escolar ou resposta social não residencial;
- Não trabalhar (atividade remunerada, voluntariado ou estágio);
- Não receber subsídio de desemprego;
- Não receber pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Para ser reconhecido como cuidador informal, a pessoa cuidada:

- Recebe complemento por dependência de 1.º grau (transitoriamente acamado/a ou a necessitar de cuidados permanentes);

OU

- Recebe complemento por dependência de 2.º grau ou subsídio por assistência de 3.ª pessoa;
- Está dependente de terceiros e a necessitar de cuidados permanentes e ainda não recebe os apoios acima indicados, devendo pedi-los;
- Não está numa Estrutura Residencial para Idosos, Lar Residencial ou Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Consente que o cuidador lhe preste cuidados.

Onde entrego o pedido para ser cuidador informal?

Pode entregar o seu pedido junto do site da Segurança Social Direta ou agendar um atendimento presencial ou videochamada no site da Segurança Social: www.seg-social.pt, ou telefonar para a Linha da Segurança Social **(210 545 400 ou 300 502 502, das 09h00 às 18h00)**.

Que benefícios posso ter como cuidador informal?

Com o reconhecimento do estatuto, pode beneficiar também de outras medidas, tais como (ISS e SNS, 2023):

- Regime Trabalhador-Estudante, com apresentação do cartão do cuidador informal;
- Medidas de conciliação profissional com a prestação de cuidados, mediante acordo com a entidade empregadora;
- O cuidador informal não principal pode trabalhar em regime de teletrabalho num total de quatro anos;
- Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal;
- Acesso ao Seguro Social Voluntário (SSV);
- Seguro Social Voluntário;
- Acompanhamento por Profissionais de Referência da Segurança Social e da Saúde;
- Descanso do Cuidador – a pessoa cuidada fica temporariamente em resposta social (Família de Acolhimento a Adultos, Estrutura Residencial para Idosos, Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário) ou na RNCCI (Unidade de Longa Duração e Manutenção) e no âmbito dos cuidados;
- Continuados Integrados de Saúde Mental, na residência de apoio máximo ou residência de apoio moderado, com redução do valor a pagar.
- Apoio psicossocial;
- Formação, informação, aconselhamento, acompanhamento e orientação.

Cuide também de si

Cuide-se e dedique o tempo e o espaço necessários para se recuperar.

Muitos cuidadores estão sobrecarregados, vivem com níveis elevados de stress e depressão, os quais podem conduzir a sentimentos de irritabilidade ou tensão e prejudicar as suas relações. Isto pode fazê-lo sentir que está a perder o controlo da sua vida.

Reconhecer os sinais de stress

Todos nós temos formas diferentes de reagir ao stress. O primeiro passo é reconhecer os sinais de stress (ex. dores de cabeça, de estômago, dores no peito, falta de ar, aperto no peito, pensamentos acelerados, raiva, depressão, falta de apetite, dificuldade de concentração, choro frequente, insónias). Por vezes, falar apenas sobre o que sente pode fazer uma grande diferença. A longo prazo, o stress pode prejudicar a sua saúde física.

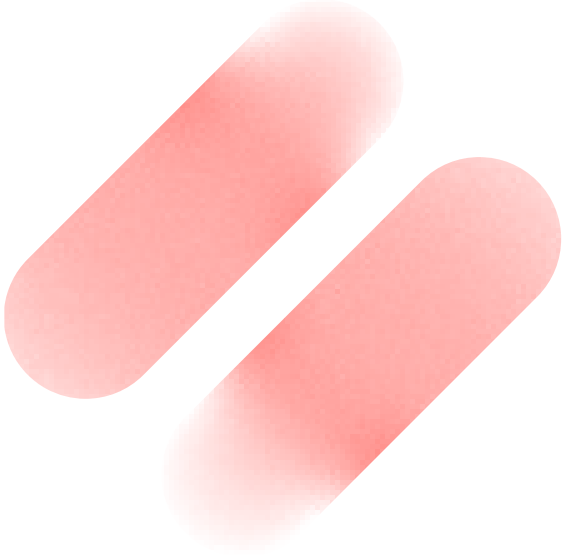
Esteja com outras pessoas. Não se isole

Procure ajude e não se isole (Alves, 2023).
Falar com amigos, vizinhos, a sua família ou outras pessoas em situação semelhante ou participar num grupo de cuidadores local pode ajudar. Partilhe com elas os seus problemas e sentimentos e faça com que percebam que precisa de ajuda.

- O que eles podem fazer para o ajudar?
- Quais as tarefas que pode partilhar?
- Lembre-se, se não cuidar de si, como cuida do seu familiar ou amigo?
- Quem cuida de si?
- Não se culpabilize se fizer uma pausa de 1h por dia ou mais.

Pratique exercício físico e alimente-se bem

É muito importante a prática de exercício físico, uma alimentação saudável e variada.



Os apoios na comunidade

O suporte existe para si. Procure também apoio junto do seu enfermeiro ou médico de família.

Existem apoios igualmente na comunidade. Procure informação na sua Junta de Freguesia e no site da Segurança Social Direta.

A lei nº100/2019 prevê um conjunto de direitos e deveres dos cuidadores informais.

O QUE FAZER?

DOR DA CABEÇA AOS PÉS

Quando o maxilar dói e afeta muito mais

O que podemos fazer? A fisioterapia para o maxilar.

Shanna Rodrigues Soares dos Santos
Fisioterapeuta
N.º de cédula profissional **C-045723079**
N.º da Ordem dos Fisioterapeutas **10505**



Nas consultas, conseguimos perceber a surpresa das pessoas através de algumas perguntas que nos colocam, como: "o que é a ATM?"; "o que é a DTM?"; "a fisioterapia ajuda nas dores de cabeça?"; "esta dor que tenho no ouvido vem da articulação?"; "esta dor de cabeça pode, afinal, ser por causa da minha DTM?"; ou expressões, como: "sofro há tantos anos com estas dores"; "já não me lembro desde quando tenho estalos na boca"; "já fui a tantos médicos e já fiz tantos tratamentos"; "nunca tinha ouvido falar de fisioterapia para o maxilar".

Observamos cada vez mais um aumento dos casos de Disfunção Temporandibular (DTM) — localiza-se no maxilar e significa que a função do maxilar está limitada, provocando, em muitos casos, dor e consequências diversas para a saúde e bem-estar das pessoas.

Se, por um lado, isto poderia significar que há cada vez mais pessoas a sofrer com estas disfunções, também significa que cada vez mais profissionais de saúde estão atentos aos sinais e sintomas dos seus pacientes, neste campo.

No entanto, é curioso perceber que, em pleno século XXI, em que a informação está à distância de um clique, ainda há desconhecimento por parte do cidadão, mas também de profissionais de saúde:

1. Do que se trata esta ATM ou DTM;
2. Quais os profissionais que atuam nesta área (como o caso de fisioterapeutas de outras áreas de intervenção);
3. Qual é o papel da fisioterapia.

Para mim, como fisioterapeuta especializada na área da Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, e também como paciente diagnosticada com DTM e enxaqueca, acho fulcral os meus pacientes perceberem o porquê do que sentem e o que podemos fazer para os ajudar.

Qual a diferença entre DTM e a ATM?

A DTM é a sigla para Disfunção Temporomandibular e é caracterizada pelo conjunto de alterações que afetam as articulações da boca (ATM), os músculos mastigatórios e as estruturas envolventes, como, por exemplo, o pescoço.

A ATM é a Articulação Temporomandibular e, como o próprio nome indica, é a articulação entre o osso temporal (um dos ossos do crânio) e a cabeça da mandíbula (maxilar inferior), como mostra na figura 1.

Um pouco de anatomia para conhecer melhor o que se passa quando o maxilar dói.

Existem duas articulações, uma de cada lado da face, e têm como principal função os movimentos da boca, ou seja, abrir e fechar a boca, mover o maxilar para a esquerda e para a direita, para a frente e para trás. Também são responsáveis pelas funções de mastigar, falar e engolir.

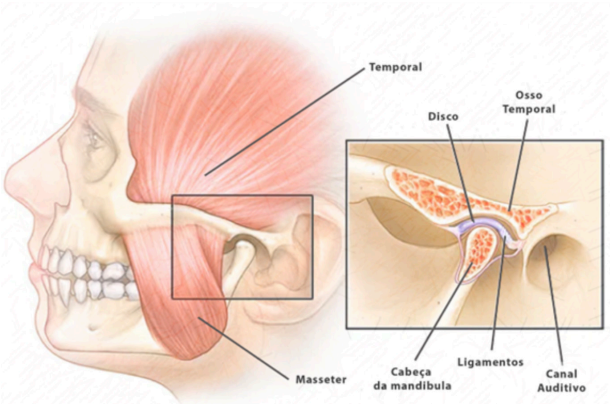


Figura 1 adaptada da Mayo Foundation

Onde ficam as articulações na nossa boca?

Para perceber onde ficam as articulações da nossa boca — exercício que vos convido a fazer — basta colocarmos dois dedos à frente dos ouvidos e, ao abrir e fechar a boca, sente-se o movimento de um osso a passar por baixo dos nossos dedos, que é a cabeça da mandíbula para a frente e para trás.

Dentro da ATM existe um disco articular composto por fibrocartilagem (tecido) e este localiza-se sobre a cabeça da mandíbula. Este disco tem como função proteger os ossos, que constituem a articulação, durante os movimentos da boca e amortecer as forças exercidas durante a mastigação e o apertamento dentário. Quando há uma alteração da posição desse disco articular dentro da articulação, pode começar a sentir/ouvir um estalido articular e/ou limitações/alterações nos movimentos da boca.

A ATM (**Articulação Temporomandibular**) funciona pela ação de vários músculos, como os músculos principais da mastigação: masséter, temporal, pterigóideo medial e lateral, como mostra na figura 1.

Qual o músculo mais forte do corpo?

A título de curiosidade, o **masséter** é o músculo mais forte do nosso corpo e serve para mastigar, fechar a boca e falar. Para sentirmos a sua contração, basta colocar as mãos nas bochechas e apertar os dentes.

A Disfunção Temporomandibular (DTM) pode manifestar-se de várias formas.

Quais os sintomas mais comuns da DTM?

A dor

- Dor na ATM;
- Dores de cabeça;
- Dores no ouvido;
- Dores no pescoço.
- Desconforto na face.

Podem ainda haver:

- Zumbidos;
- Sensação de ouvido tapado;
- Tonturas.

Fonte: Elaboração própria

Que limitações provoca?

As limitações acontecem:

- Na abertura da boca, principalmente quando impedem, por exemplo, de colocar um alimento dentro da boca;
- Quando estamos muito tempo de boca aberta durante uma ida ao dentista;
- Quando temos dificuldades na mastigação;
- Quando sentimos estalos nas ATMs.

A estatística da DTM: a idade, o género e os fatores emocionais

A DTM afeta principalmente mulheres dos 20 aos 50 anos, sendo o fator hormonal o responsável por essa prevalência.
Mas na consulta da especialidade tem vindo a aumentar os casos em pacientes mais novos e também nos de mais idade.
Vários estudos mostram que os fatores emocionais, como o stress, ansiedade e depressão, têm um contributo extremo para o aparecimento de DTM.

As causas da DTM

São multifatoriais, ou seja, existem vários fatores que contribuem para o seu aparecimento, nomeadamente:

- Fatores emocionais;
- Tensão muscular;
- Traumatismos;
- Patologias articulares;
- Alterações do sono;
- Posturas incorretas;
- Hábitos comportamentais, como roer objetos, unhas, apertar e/ou ranger os dentes.

O diagnóstico

Para o diagnóstico da DTM é indispensável **ouvir a história do paciente**, as suas queixas, os fatores que pioram os seus sintomas e as suas expectativas, porque normalmente o paciente com DTM já passou por várias consultas para perceber o seu problema. E esse processo pode gerar ansiedade.

De seguida, é necessário **realizar um exame físico**, que consiste na palpação da ATM e de toda a musculatura cervical e mastigatória, analisar não só todos os movimentos da boca, bem como os ruídos articulares. O uso de meios auxiliares de diagnóstico, como Raio-X, Tomografia Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RM), podem complementar a avaliação clínica, quando necessário.

O tratamento

Quando falamos de tratamento da DTM, vários são os estudos que apontam o tratamento conservador como a escolha mais eficaz para o controlo de sinais e sintomas de uma grande maioria dos casos. A utilização de medicação, goteiras de relaxamento, fisioterapia, terapia miofuncional e terapia cognitivo-comportamental fazem parte de um plano de tratamento completo e individualizado, que pode envolver vários profissionais de diferentes áreas de intervenção (médico dentista, cirurgião maxilo-facial, fisioterapeuta, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, psicólogo, entre outros).

Em casos mais complexos em que exista alterações graves da ATM pode ser necessária uma intervenção cirúrgica.

A fisioterapia tem um papel fundamental no tratamento da DTM

Os exercícios e técnicas utilizados podem ajudar a aliviar a dor, reduzir a inflamação e a tensão muscular, melhorar as amplitudes articulares da ATM e da coluna cervical, aliviar as dores de cabeça e, consequentemente, reduzir ou eliminar a necessidade de medicamentos.

O fisioterapeuta pode ajudar a identificar e corrigir os fatores que contribuem para o desenvolvimento ou agravamento de uma DTM, a reduzir a frequência e intensidade dos sintomas, através do ensino de exercícios domiciliares e técnicas cognitivo-comportamentais.

É de extrema importância o paciente ter um papel ativo na sua reabilitação e ter consciência de que, com a sua colaboração e mudança de hábitos, pode prevenir problemas futuros.

O que inclui o tratamento fisioterapêutico na DTM

A fisioterapia inclui educação para a condição, exercícios de alongamento, relaxamento e/ou fortalecimento muscular da musculatura da cabeça e pescoço, mobilização articular da ATM e coluna cervical, liberação miofascial e agulhamento seco (acupuntura clínica). Também pode envolver o uso de terapia térmica, como aplicação de calor ou gelo, e laser para aliviar a dor e reduzir a inflamação.

É crucial lembrar que o tratamento fisioterapêutico na ATM deve ser personalizado e adaptado às necessidades individuais de cada paciente. Por isso, é essencial consultar um fisioterapeuta especializado em disfunção da ATM para obter um plano de tratamento eficaz e seguro.

A dor respiratória

Dra. Patrícia Guilherme
APTEC, Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas

A cavidade torácica é o espaço interior do tórax (peito) e está dividido em: duas cavidades pleurais e o mediastino, que estão protegidos pela caixa torácica. As cavidades pleurais são completamente separadas uma da outra.



Fonte: Adaptado de Atlas de Anatomia Cardíaca, 2014

A importância da dor torácica

A dor torácica tem particular importância porque, entre este tipo de sintoma, encontram-se doenças que implicam risco de vida, como o Enfarte Agudo do Miocárdio (enfarto do coração).

Para além do enfarte do miocárdio (coração), há outras causas de dor torácica, como:

- Doenças gástricas e esofágicas;
- Doenças pulmonares;
- Doenças musculares;
- Doenças osteoarticulares.

O que se sente nesta dor?

É fundamental perceber as características da dor, como o desconforto, opressão ou constrição (descrita muitas vezes como uma facada ou picada).

Pode ainda ter sintomas como a falta de ar, as náuseas ou vómitos, sudorese (transpirar), tonturas, desmaio ou azia.

Onde se localiza a dor?

A sua localização é na zona média do peito, à esquerda do peito com irradiação (espalha-se) ao membro superior, mandíbula e dorso.

O que pode provocar esta dor?

Os fatores que provocam esta dor são os seguintes:

- Situação de esforço;
- Movimento brusco;
- Ingestão de algum alimento.

Origem da dor torácica

A dor torácica pode ser de origem cardíaca ou não. Esta distinção é fundamental.



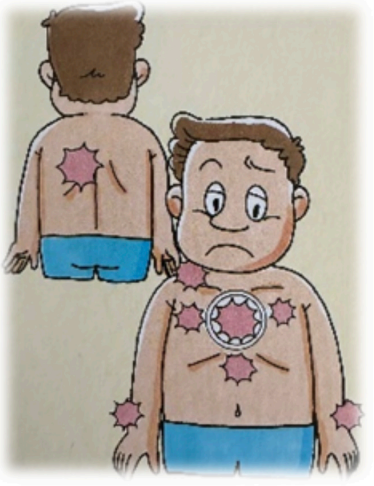
Fonte: Adaptado de Enfarte Agudo do Miocárdio, Prevenção secundária, 2001

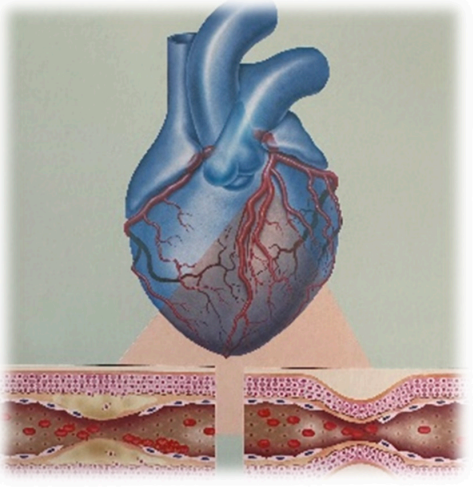
Dor torácica de origem cardíaca

Na dor torácica de origem cardíaca, o coração, que é o órgão vital para a nossa sobrevivência, funciona como uma bomba que permite impelir o sangue pelos vasos de forma a fornecer o oxigénio e outros nutrientes a todas as células do organismo, e remover destas todos os produtos que resultam do metabolismo, cuja acumulação poderia tornar-se tóxica.

> Uma dor cardíaca representa uma situação em que o miocárdio (músculo) não está a receber a quantidade de oxigénio suficiente para as suas necessidades do momento.

A dor torácica de origem cardíaca está associada, por um lado, ao aumento da necessidade de oxigénio (por exemplo, num esforço, numa emoção), e, por outro, à diminuição do aporte de sangue a este músculo cardíaco.





Fonte: Adaptado de Enfarte Agudo do Miocárdio, Prevenção secundária, 2001

A diminuição da chegada do oxigénio deve-se normalmente a uma doença denominada aterosclerose, que representa uma alteração nas artérias que:

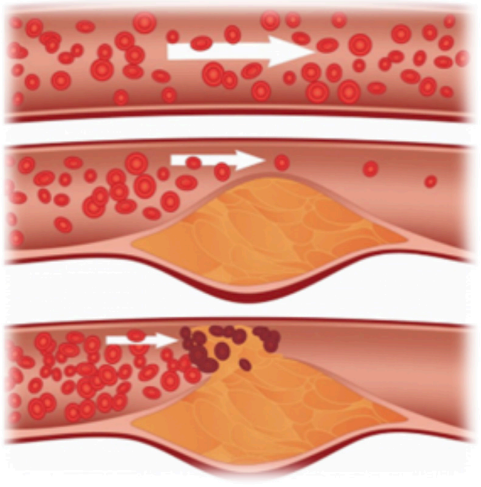
1 – **Vão acumulando placas de gordura** e outras substâncias no interior da artéria (entopem a artéria), não deixando passar bem o sangue;

2 – Este processo leva a que as paredes das **artérias percam a sua elasticidade** e vão diminuindo o seu tamanho.

Estes dois fatores em conjunto – placas de gordura e falta de elasticidade – levam a uma diminuição do volume de sangue, ou seja, com a diminuição da parte interior da artéria, o sangue tem uma barreira ao passar.

Isto aumenta a pressão no interior das artérias, ou seja, a mesma quantidade de sangue é obrigada a passar por um espaço mais pequeno.

Quando este mecanismo ocorre nas coronárias (que são as artérias que irrigam o coração), estamos perante uma situação de dor torácica de origem cardíaca que representa uma situação grave.



Fonte: Adaptado de Aterosclerose: o que é, sintomas, riscos e diagnósticos, 2007

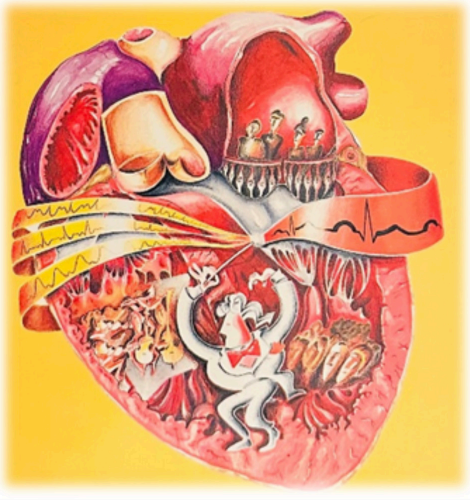
Deverá rapidamente contactar-se o INEM, ligando o 112, sendo ativada a VIA VERDE para que o doente chegue o mais rápido a uma unidade hospitalar.

Dor torácica de origem não cardíaca

A dor torácica de origem não cardíaca pode dever-se a diferentes motivos, como, por exemplo, traumatismo na região do tórax. Este tipo de dor é diferente da dor cardíaca, variando de intensidade com a posição e os movimentos respiratórios. Devido a infeções pulmonares, esta dor torácica raramente tem um início súbito e quase sempre se faz acompanhar de outros sintomas (como febre, expetoração). Temos ainda, muito embora menos frequente, os casos de dissecção da aorta, o pneumotórax e outros (como dores/lesões musculares).
É importante referir que o diagnóstico clínico (médico) de um enfarte agudo do miocárdio depende:

1 —Dos sinais e sintomas da vítima;

2 — Do eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), que deverá ser realizado pelo profissional de saúde credenciado, o Técnico de Cardiopneumologia, e dos valores laboratoriais (análise sanguínea).



Esteja alerta.
Dê música ao seu coração!

Fonte: Adaptado de Estratégia Diagnóstica para avaliação da Importância Clínica, 2000

O que fazer sobre as dores na gravidez e puerpério

Maria Amélia Rebelo Quintans
Médica

As dores na gravidez têm início, habitualmente, no terceiro trimestre devido a alterações fisiológicas maternas, levando a um desconforto mais a nível lombar.

Nesse período, podem aparecer também cefaleias (dores de cabeça), que devem ser avaliadas pelo médico de obstetrícia para excluir aumentos da tensão arterial. No caso de se verificar aumento de tensão arterial, terá de ser medicada de imediato, prevenindo complicações maternas (eclampsia e pré-eclampsia).

Se a mulher grávida sentir dores abdominais fortes, dores lombares com frequência ritmada (10 em 10 minutos), perda de líquidos ou perdas de sangue, possivelmente estará a dar início ao trabalho de parto, pelo que deve contactar o médico assistente ou dirigir-se ao hospital mais próximo.

Após observação pelo médico obstetra, e se já tiver dado início ao trabalho de parto, o médico anestesista é contactado.

O médico anestesista esclarece a mulher grávida sobre as opções de analgesia e sobre as vantagens da técnica epidural (mais segura e sem efeitos secundários na fisiologia da mãe e do feto, contribuindo para o bem-estar materno quer físico, quer psíquico, permitindo à mãe maior colaboração no trabalho de parto quer seja via vaginal, quer seja cesariana).

A epidural. Uma técnica para aliviar a dor

A médica anestesista faz a história clínica da mulher grávida de modo a excluir contraindicações da epidural ou epi-raqui, tais como hérnias discais, doenças da pele no local de incisão e outras.

Para se executar a técnica, o médico anestesista observa a coluna lombar da mulher grávida, pedindo para se colocar em decúbito lateral (posição fetal) ou sentada e propondo a colaboração para se manter imobilizada durante toda a técnica.

A punção é realizada com uma agulha nos espaços L2L3 ou L3L4 (região lombar) pela facilidade de introduzir um cateter onde será injetado anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto, seja via vaginal ou cesariana.

Esse cateter manter-se-á durante 12h/24h, sendo um acesso rápido para reforço da medicação analgésica durante o puerpério e dando conforto à mãe para se movimentar sem dores.

No caso de haver contraindicações ou recusa da mulher grávida na técnica epidural ou epi-raqui, opta-se pelo uso de analgésicos por via endovenosa no parto vaginal e anestesia geral no parto de cesariana.

Os medicamentos utilizados na analgesia e anestesia da técnica epidural ou epi-raqui na mulher grávida não passam a barreira placentária, conferindo o uso seguro no feto no trabalho de parto.

Controlar e vigiar as dores na cirurgia ginecológica

Maria Amélia Rebelo Quintans
Médica

Na ginecologia também é usada a mesma técnica acima descrita (epidural ou epi-raqui) com o mesmo procedimento (história clínica e observação de coluna lombal). A técnica epidural ou epi-raqui será a mais segura e confortável para a doente durante a cirurgia. Com esta técnica também se mantém o cateter durante 12h/24h para reforço analgésico.

No caso de contraindicação ou recusa da doente da técnica epidural, opta-se por anestesia geral seguido de analgesia endovenosa pós-operatório.

Os medicamentos utilizados na analgesia e anestesia na epidural e epi-raqui em cirurgias ginecológicas podem ser os mesmos que na mulher grávida, podendo ser adicionados outros se o médico anestesista assim o entender.

Não há qualquer necessidade de haver sofrimento para as mulheres, tanto no parto como em cirurgias ginecológicas, visto que existem opções anestésicas seguras e eficazes.

Para, escuta e sente o teu corpo. A rapidez faz a diferença. O cancro do ovário na primeira pessoa

Cláudia Fraga
Presidente da MOG

O cancro do ovário é silencioso e, muitas vezes, quando há uma manifestação, já é tarde.
No meu caso, o primeiro sinal de alerta aconteceu a 31 de Agosto de 2015 e fui operada a 6 de outubro do mesmo ano. Se assim não fosse, já não estaria cá para contar esta história. Uma equipa médica especializada e um rápido encaminhamento é essencial, uma vez que estes tumores são de crescimento muito rápido.

O que comecei a sentir?

Comecei por sentir um cansaço fora do normal, mas não liguei até ter umas dores tipo facadas do tórax até às virilhas, depois de jogar duas horas de ténis. Tenho noção de que os sinais são ténues e facilmente desvalorizados. No caso do cancro do ovário, se for detetado tardiamente, pode ter uma evolução galopante. Se o cancro for detetado precocemente, a taxa de sobrevivência, aos cinco anos, situa-se entre os 80% a 90%. No entanto, em estádios avançados, está entre os 15% a 30%.

Esta doença é maioritariamente diagnosticada tarde.
O cancro do ovário evolui de forma silenciosa e assintomática. E, na maioria das vezes, as mulheres só começam a ter sintomas quando a doença já está numa fase avançada. Além disso, os sintomas não são específicos e podem ser confundidos com outras condições clínicas.

Estar atenta aos sintomas

Enquanto sobrevivente desta doença, ponho a tónica na importância de as mulheres estarem atentas ao corpo e de se dirigirem ao hospital, centro de saúde ou ginecologista sempre que notem que algo não está bem. Para além da falta de conhecimento, 84,2% das pessoas desconhece os sintomas deste cancro.

O problema do cancro do ovário é que quase não dá sintomas. Inchaço abdominal e cansaço podem ser os primeiros sinais de alerta, uma dor de barriga pode ser ignorada porque aparentemente não é motivo para uma mulher ir a correr para o hospital. Obstipação, sensação de inchaço, necessidade mais frequente em urinar, aumento ou perda de peso, falta de ar, náuseas e fadiga são alguns dos sinais que podem surgir. São sinais que, muito normalmente, são desvalorizados.
Todas as mulheres, e desde cedo, têm que ouvir e sentir muito bem o corpo e nunca descurar nenhum sintoma.

Aparecimento do período tardio, o facto de não ter tido filhos, menopausa precoce, e, em algumas mulheres, o facto de sofrerem de endometriose (nódulos que aparecem, normalmente, no útero), assim como a componente genética, são os principais fatores de risco.

Este cancro geralmente aparece depois dos 50 anos, mas cada vez mais há em jovens com 20 e 30 anos.

Morrem muitas mulheres por ano em Portugal de cancro.

Há muitas mulheres a morrer de cancro ginecológico que nem sequer tiveram um diagnóstico. A diversidade de sintomas inespecíficos pode ser um dos motivos que explicam que, todos os anos, morram cerca de 600 mulheres em Portugal.

Eu era professora de Educação Física com mestrado na área da saúde, mas a doença antecipou-me a reforma. Em 2018, tive uma recidiva localizada no intestino, fiz mais quatro cirurgias e, atualmente, tomo medicação para tentar prolongar a vida e com qualidade.

A falta de acessibilidade aos tratamentos

A medicação é um dos grandes combates da associação para que todas as mulheres tenham acesso a tratamentos com comparticipação do Estado, sem a qual é impossível ter acesso pelo seu custo. Infelizmente, ainda hoje, esta realidade não se verifica para as mulheres que não tenham tido uma recidiva (uma célula do cancro do ovário que cresce num outro órgão) a não ser que tenham uma mutação genética, o que só acontece em 15% dos casos. Este é um fator de desigualdade, atualmente, pois tem de haver a mesma oportunidade para as outras 85% mulheres que sofrem de cancro do ovário, mas que ainda não tiveram uma recidiva ou não sofrem de uma mutação genética.

Quem decide tem que fazer bem contas, pois a vida não pode ter preço e a medicação, apesar de cara, sai mais barata do que no futuro ter de haver mais gastos em operações e mais quimioterapia.

Somos todas únicas, cada caso é um caso, pessoalmente acho muito importante canalizarmos as energias para a cura e envolver a nossa família chegada.

A importância do apoio

Quando soube que tinha um tumor, contei ao meu atual marido, Elísio, e depois aos meus filhos (João com 11 anos e Francisco acabado de fazer 16 anos) e ao pai deles, Filipe.

Foram os meus filhos que me raparam o cabelo e gostei da experiência de estar careca. O meu filho Francisco disse-me que queria ir para medicina e aproveitei para testar se tinha perfil para ser bom médico, pois mais vale ser bom sapateiro do que mau médico. Achei que sim, pelo seu comportamento perante a minha doença. Hoje, está no 6.º ano de medicina, com muito sucesso, e faz parte da nossa associação.

A Associação MOG

Movimento Cancro do Ovário e outros Cancros Ginecológicos (MOG), associação sem fins lucrativos, foi criada formalmente a 18 de dezembro de 2019. Na MOG estamos empenhadas em melhorar a qualidade de vida de todas as mulheres que lidam com estas patologias. Pretendemos aumentar a consciencialização sobre o impacto dos cancros ginecológicos na vida das doentes e dos seus familiares e amigos, acompanhando-os ao longo do processo e colaborando com várias entidades para garantir o diagnóstico e tratamento. Ajudamos e acompanhamos em todo o processo, temos um grupo de interajuda. Promovemos vários tipos de atividade física, muito importante durante todo o processo, quer a nível físico, quer mental.

A condição física é muito importante para uma boa recuperação. Lutamos por todos os nossos direitos.

Informação é poder

Apesar de ser um cancro de mulheres, um dos objetivos da associação também é apoiar os homens, companheiros, filhos, pais, amigos, pois, se uma mulher fica desnorteada, os homens têm que aprender a lidar com a doença. Para conseguirem superar todas as dificuldades, precisam de muito apoio. A associação é para todos. Faz-te sócia/o. Visita o nosso site https://mogportugal.pt/

Temos que aumentar a literacia em saúde

Acho que ainda existe uma grande falta de conhecimento e literacia em saúde, sobretudo, na área do cancro do ovário. As mulheres que já foram diagnosticadas com este tipo de cancro, por vezes, sentem-se sozinhas e a informação é escassa. Há quem recorra à internet. Para quem não tem um bom grau de conhecimento da doença, a informação disponível na internet pode gerar confusão e, em alguns casos, desinformação.
É fundamental existirem fontes de informação atualizadas e credíveis, que contem com a colaboração de médicos especialistas. Para contribuir para aumentar a literacia das doentes e dos seus cuidadores, a Associação MOG juntou-se a outras associações a fim de criar o guia "Cancro do Ovário, como lidar com a doença?". Um manual de apoio a mulheres com cancro do ovário e aos seus cuidadores e já está disponível no nosso website através do **link**.

A dor oncológica. A dor total

Dra. Márcia Alves
SESARAM

No que diz respeito à doença oncológica, a demora temporal em torno do diagnóstico é stressante e causa problemas no foro físico e psicológico.
A dor tem muitas dimensões. A autora Cicely fala sobre a "dor total" e, aquando da exposição, mencionou que as pessoas com doenças crónicas não se limitam à dor física, mas que estas também provocam dor emocional, social e espiritual, e que influenciavam muito a qualidade de vida do doente. Vamos aqui apresentar algumas das reflexões de Cicely.

Dor física

A dor física está relacionada com a doença, com o tratamento, com a debilidade geral e com outros problemas (náuseas, vómitos, falta de apetite, distúrbios do sono, diarreia, retenção urinária, febre).

Dor emocional

Os fatores como o isolamento, a solidão, o medo/temor, a ansiedade, os sintomas de depressão, a redução da atenção, da concentração, da autoestima e da autoconfiança associam-se fortemente à dor emocional.

Dor social

Já no âmbito da dor social expõe as ruturas familiares, tensão, problemas económico-financeiros. A perda e/ou alteração de papéis provoca impotência e tristeza no âmbito familiar e a angústia da proximidade da morte pode promover sentimentos de medo, de tristeza, de revolta, questões sobre a vida/morte e finitude, sendo relevante proporcionar crescimento interior.

Dor espiritual

No estudo da dor de cariz espiritual, aborda pontos relacionados com o vazio, culpabilização, arrependimento, incapacidade de comunicar e receber ajuda que, por consequência, dão início a uma demanda em busca por significado, reconciliação e conexão do seu "Eu" à vida. Ou seja, em busca de objetivos a alcançar de forma a manter a esperança e a luta pela vida.

A importância da esperança

A esperança desencadeia a capacidade de transcendência e os pensamentos positivos, influenciando o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.
As pessoas com doenças oncológicas devem ser acompanhadas, desde o seu diagnóstico, por uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeira, psicóloga, nutricionista, assistente social) de forma a aumentar o seu controlo interno e, assim, potenciar o controlo sintomático, nomeadamente da dor total.

Autoavaliar a dor

A autoavaliação da dor é fundamental, mas esta deve abranger não só a intensidade da dor, mas também a severidade, a localização, a interferência funcional, as estratégias terapêuticas e a sua eficácia para obtermos uma tomada de decisão mais consistente.



A intensidade da dor

A intensidade da dor em pessoas com doença oncológica pode relacionar-se com questões demográficas, emocionais, psicológicas, sociais e de índole laboral/ profissional. A previsão da dor tem sido efetuada pela autoeficácia, com recurso a uma análise ao comportamento, ao funcionamento físico e à incapacidade na dor musculosquelética crónica.

A interferência da dor

A interferência da dor associa a interposição de uma ação, em que ocorrem limitações e interrupções no sono ou no funcionamento diário na pessoa.

A interferência em vários sinais do comportamento como o desconforto ou o sofrimento.

A interferência com atividades diárias: disposição, capacidade para andar a pé, trabalho, relações interpessoais, sono e prazer em viver.

Como estratégias utilizadas está recomendado o repouso, a distração e a massagem terapêutica.

Com vista à resolução do problema de saúde pública caracterizado pela dor provocada pelo cancro mal controlado em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, evidenciava que devemos:

- Atribuir maior credibilidade às queixas das pessoas com dor;
- Avaliar as suas características;
- Recorrer a uma supervisão periódica, por forma a adotar estratégias terapêuticas mistas (farmacológicas e não-farmacológicas);
- Registar todas as flutuações da avaliação, às medidas implementadas, reações, dúvidas dos doentes e dos seus cuidadores informais e resultados.

Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que refere que estes enfermeiros, como elementos de uma equipa multidisciplinar, devem:

- Intervir ativamente no plano de intervenção para o controlo da dor;
- Despistar os componentes psicológicos, fisiológicas e emocionais de mal-estar da dor, nomeadamente ansiedade e depressão, experiência anterior com a dor, perceção pessoal e individual e as influências culturais e espirituais;
- Utilizar intervenções não-farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, conhecendo as suas indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais;
- Garantir a gestão das medidas farmacológicas.

Suporte Básico de Vida. Uma estratégia social de cidadania e sobrevivência

Filipe Serralva
Diretor médico do projeto "SOMOS UM®" da ANESC

Uma das manifestações comuns da dor no ser humano, na sua componente emocional e psicossocial, é o medo despertado pelo sentimento de incerteza e desconhecimento relativo à morte.

Seja pelo receio de uma morte inesperada e precoce provocada por situações acidentais ou por alguns tipos de doença súbita, com significativos índices de mortalidade, como as doenças cardiovasculares, seja pelo receio associado a todas as outras questões que envolvem a morte, tais como o processo de perda, luto e pesar ou a dor refletida na angústia sentida pela constatação da finitude da vida.

Na natureza existem várias espécies cooperativas que desenvolveram estratégias comunitárias para aumentar as probabilidades de sobrevivência individual.

Algumas espécies de aves, quando voam em grupo, esboçam formas intimidatórias para com os possíveis predadores para conseguirem evitar os seus ataques. Também algumas espécies de peixes, quando se

movem em cardume, adotam formas que confundem os predadores, aumentando, assim, a probabilidade de sobrevivência. Já para não falar nas abelhas ou nas formigas, que possuem sociedades extremamente organizadas e hierarquizadas, em que as tarefas são distribuídas de forma meticulosa, aumentando, assim, a sua eficiência e a probabilidade de sobrevivência do grupo.

O Ser Humano, graças à sua elevada capacidade intelectual e ao desenvolvimento de estruturas sociais complexas e cooperativas, tornou-se a espécie dominante do nosso planeta, com uma grande capacidade de adaptação aos vários habitats.

É no decorrer do domínio erudito das ciências da vida que o homem consegue adotar comportamentos diferentes e adaptativos, face à interpretação de acontecimentos da sua vivência quotidiana em sociedade.

Um exemplo perfeito do descrito, que aumenta a sobrevida individual de cada cidadão, é o Suporte Básico de Vida (SBV), que se traduz num conjunto de ações e interações, previamente definidas, como resposta a problemas específicos que podem ameaçar a vida no imediato.

Vamos salvar mais vidas

O suporte básico de vida salva mesmo vidas

Em Portugal, dados[1] do INEM/Registo Nacional de PCR mostram que, aquando da chegada das equipas de emergência, relativamente às vítimas em paragem cardiorrespiratória em que não estava a ser realizado SBV, apenas 3,4% apresentavam sinais de vida.

No entanto, esses mesmos dados, que foram registados entre 2014 e 2021, mostram que, no que diz respeito às vítimas em paragem cardiorrespiratória em que estava a ser realizado SBV, o número de vítimas que apresentavam sinais de vida passa para 7,4%, o que se traduz por uma significativa diferença estatística.

Podemos até mesmo afirmar que a probabilidade de sobrevida das vítimas em que estavam a ser realizadas manobras de SBV é mais do dobro comparativamente com aquelas em que ninguém estava a fazer SBV, o que está de acordo com os dados2 dos estudos europeus.

Conheça o projeto "SOMOS UM®", da Associação Nacional de Emergência, Socorro e Catástrofe – ANESC

"SOMOS UM" é um programa que pretende ajudar a tornar o mundo mais seguro através da massificação do ensino em Suporte Básico de Vida, atenuando e esbatendo, assim, a dor sentida pelo receio de uma morte inesperada e precoce.

O "SOMOS UM" incentiva a perspetiva humana inteligente de compreender que a bondade e compaixão pelo cidadão que está perto de nós aumenta a probabilidade de sobrevida de cada um individualmente e a qualidade de vida da comunidade como um todo, pelo sentimento de segurança de um socorro próximo.

Um grupo de profissionais de saúde da região do Vale do Sousa preocupado com a baixa literacia em saúde na área da reanimação e baixa taxa de praticantes de SBV em Portugal fundou a Associação Nacional de Emergência, Socorro e Catástrofe – ANESC e desenvolveu o projeto "SOMOS UM".

"SOMOS UM®"

É um programa pioneiro de formação em Suporte Básico de Vida (SBV), que visa capacitar alunos do ensino secundário, assim como professores e funcionários. Além do curso de SBV certificado pelo INEM, o projeto contempla formação sobre reconhecimento precoce de sinais de Acidente Vascular Cerebral e Enfarte Agudo do Miocárdio.

Termino este texto, sobre vida e sobrevivência citando a escritora Ana Luísa Amaral, num dos seus mais belos poemas:

"...eu não existo sem o outro e o outro sou eu."

O que acontece no Suporte Básico de Vida?

1.º cadeia de sobrevivência

"A cada minuto que passa em Paragem Cardiorrespiratória (não se sente o coração nem respiração), a vítima perde cerca de 10% de hipótese de sobrevivência".

O que deve fazer?

O algoritmo de SBV

O que acontece no SBV?

1 — Por a pessoa em condições de segurança;

2 — Verificar o estado de consciência;

3 — Permeabilizar (abrir) a via aérea (por o pescoço para trás para abrir a garganta para passar o ar);

4 — Ver, ouvir e sentir o coração e a respiração (10seg);

5 — Ligar 112;

6 — 30 compressões torácicas (força sobre o peito com as duas mãos);

7 — 2 insuflações (soprar ar para dentro da boca da pessoa para encher os seus pulmões);

8 — Manter Suporte Básico de Vida.

A DOR SOCIAL



O impacto social da dor

Na Europa, a **European Pain Federation (EFIC) — Federação Europeia de Dor** engloba todas as associações científicas dos países europeus e luta pelo estudo e controlo da dor, bem como pela redução do impacto social da dor.

A Plataforma Societal Impact of Pain (SIP) oferece oportunidades de debate para profissionais de saúde, associações cívicas, associações de doentes, políticos, fornecedores de seguros de saúde, representantes de autoridades de saúde, reguladores e gestores de orçamentos relacionados com este tema.

A **Plataforma Societal Impact of Pain (SIP)** apoia as plataformas nacionais em vários países europeus (nove em 2022), entre os quais Portugal, e envolve 13 associações de doentes e a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED).

A plataforma SIP é uma parceria com várias partes interessadas liderada pela **European Pain Federation** (EFIC) e pela **Pain Alliance Europe** (PAE) e pretende aumentar a consciencialização sobre a dor e mudar as políticas da dor.

A dor social. O caso da cegueira e da baixa visão na diabetes

Mestre Ana Veiga

A visão é, provavelmente, o sentido com maior importância, pois através dele recebemos a maior parte dos estímulos a que estamos expostos.

Na verdade, estima-se que mais de 80% da informação que o ser humano capta do exterior e que é transportada até ao cérebro é obtida visualmente.

A visão é, então, por excelência, o meio de comunicação com o mundo que nos rodeia. Desta forma, uma perda acentuada da funcionalidade deste sentido vem causar uma quebra grande nos padrões que já tinham sido estabelecidos de comunicação, de mobilidade, do trabalho, do lazer e até dos sentimentos acerca de si próprio.

Perder a visão representa uma experiência muito traumática para a pessoa, que implica um período de luto, com sentimentos difíceis de gerir, como a tristeza, a revolta e abandono.

A pessoa com cegueira adquirida sente que a comunicação entre si e o exterior fica quebrada, abalada.

A pessoa passa por situações de dependência de terceiros para a realização das atividades de vida diária. Sente que é excluída do meio/grupo/ambiente ou que existe essa possibilidade e, por estes motivos, pode isolar-se. Emerge um quadro de sofrimento que decorre da perda ou da ameaça à integridade das relações sociais significativas, que se define como dor social.

Compreender a dor social e a diferença da dor física

A dor social pode ser compreendida como sensações dolorosas relacionadas com o sofrimento que decorre da perda ou ameaça à integridade das relações sociais que são significativas para a pessoa.

É diferente da dor física, na medida em que os sentimentos que surgem da dor social podem ser revividos mesmo que o evento doloroso tenha acontecido há muito tempo.

Esta dor social é tão relevante quanto as outras dores e não deve ser desvalorizada. A pessoa consegue sentir uma dor real ao perceber que está a ser excluída do meio/grupo/ambiente ou que existe essa possibilidade.

Quais são os sinais de dor social?

A dor social promove o medo do isolamento e do abandono, dificuldade de comunicação, além das perdas económicas e perda do papel social exercido junto à família e amigos. Alerta sobre ameaças ao nosso bem-estar social, desta forma é importante estar desperto para os seus sinais, tais como sentir-se:

- Rejeitado;
- Sozinho;
- Condenado ao ostracismo;
- Desvalorizado;
- Abandonado;
- Desconectado;
- Apático;
- Depressivo;
- Angustiado;
- Sem prazer em realizar atividades;
- Dependente do outro;
- Inferior aos outros.

No que diz respeito ao contexto de saúde, a dor social encontra-se muitas vezes presente nos doentes crónicos e relaciona-se com o lugar que estes têm dentro da sociedade, com a cultura, com os problemas financeiros, com a perda do emprego, com a perda de papel e status social, com a dependência e com o impacto que a dor tem na família/cuidadores.

Como aliviar a dor social?

- Conviva com as pessoas de quem gosta (amigos/ família). Faça contactos, como enviar um email, uma mensagem de texto, de voz ou de imagem, comentários nas redes sociais. Qualquer tipo de conexão vai certamente aliviar esta dor;
- Sempre que surjam pensamentos/sentimentos negativos, como solidão, abandono ou rejeição, não aceite como algo adquirido. Realize atividades que goste e que mantenha a mente ocupada;
- Tenha períodos de descanso de qualidade (sono reparador);
- Mantenha uma vida ativa (fazer exercício físico, ouvir música, passear, tomar café ou chá numa esplanada).

De entre as doenças crónicas que têm como característica a dor social, uma delas é a diabetes mellitus tipo 2, responsável pela baixa visão ou cegueira nas pessoas portadoras desta doença.

Estratégia para a pessoa com baixa visão ou cegueira ativa na gestão da diabetes:

- Glicómetros e tensíometros com voz;
- Sensor de avaliação de glicose. Permite a avaliação sem ter de realizar a punção e a possibilidade da leitura audível do valor da glicose;
- Canetas de insulina com cliques audíveis para contagem das unidades;
- Usar canetas de diferentes formatos para distinguir as diferentes insulinas. Poderá ser útil, no caso de difícil distinção, a sinalização destas com algum relevo, fita adesiva ou a organização em bolsas diferentes;
- Uso de lupas ou ampliadores portáteis.

Onde pode recorrer para ter apoio:

- Unidade de Reabilitação Funcional de Cegos e Amblíopes (Cr.areosa@net.vodafone.pt);
- Centro de Reabilitação Nossa Senhora dos Anjos (secretaria.crnsa@scml.pt);
- Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal – (ACAPO) (dn.@acapo.pt);
- Associação de Apoio e Informação a Cegos e Amblíopes – (AAICA) (geral@aaica.pt);
- Associação de Retinopatia de Portugal ARP (info@retinaportugal.org.pt);
- Consulte ainda o site: http://www.deficienciavisual.pt/contactos.htm

Comunidade LGBT+. Pessoas trans e as “dores de alma”

Dr. Ricardo Fernandes
Diretor executivo do GAT

Júlio Esteves

Laetitia
GAT



Habitualmente, quando ouvimos falar na dor crónica pensamos na dor física. A verdade é que também há “dores de alma” crónicas. Sabemos há muito que a relação entre a saúde social, saúde mental e saúde física é dinâmica, influenciando-se esses aspetos continuamente e sendo, em rigor, impossíveis de destrinçar completamente. One Health, sem dúvida.

Sabemos também que há experiências que provocam trauma, uma forma de dor emocional crónica, se nos é permitido chamar assim. A perda de um ente querido, ser agente forçado de atos de guerra, ser vítima de violência sexualizada ou de assédio moral no trabalho são só alguns exemplos. Há também o trauma vicariante, claro, que decorre não de episódios, mas de uma sequência de experiências continuadas no tempo.

Existem ainda, claro, sequências de experiências cuja duração temporal é "desde (quase) sempre". É o caso de pessoas não-neurotípicas com experiência de navegar, desde tenra idade, a sociedade normativa, discriminatória e patologizante da neurodiversidade. É também o caso, ainda no campo da organização social e das relações de poder, das pessoas trans e não-binárias (doravante apenas "trans", em sentido lato e inclusivo).

Nesta última situação podemos apontar, por mera conveniência de organização textual, duas classes de experiências dolorosas: aquelas que reportam estritamente ao campo social entendido enquanto espaço das relações interpessoais, e as que reportam às questões "internas" relacionadas com a autoimagem (ainda que esta seja auto e heteroconstruída).

Forçando uma "arrumação" mais ou menos alinhada com as fases da vida, podemos listar várias experiências possíveis. Não só cada uma delas é dolorosa em si mesma, como o acumular de várias delas alimenta uma dor crónica. Ainda que nem todas as pessoas trans experienciem todas as situações que elencamos, muitos serão seguramente os percursos de vida que partilham uma apreciável quantidade delas.

Na infância dependemos de outras pessoas para construir e ampliar a nossa mundivisão, a nossa capacidade de autoanálise e a nossa capacidade de expressão (tanto em termos de vocabulário como de processos e de espaços de comunicação). Se não tivermos instrumentos adequados para dar sentido ao que experienciamos na navegação do mundo — palavras, informação, interlocutores —, facilmente são alimentados sentimentos de alienação, de não-pertença, de incompreensão, de "avaria"; mais dificilmente se conseguem identificar armadilhas e gerir interações nefastas e os seus efeitos.

Com a puberdade avoluma-se a angústia de percecionar a diferença

relativamente ao modelo normativo de género, de desejo e de vivência das relações afetivas e sexuais — e as suas consequências sociais. Caso na infância se tenha escapado ao *bullying* e à predação por adultos ou adolescentes que sabem detetar a "diferença" e instrumentalizá-la, a "malha" aperta-se na puberdade. Nesta altura não há ainda, por exemplo, "raparigas trans ginofílicas". Aumenta o número de potenciais abusadores, que sabem jogar com os ensaios da autonomia e com a incapacidade da escola para desmontar "informação" incorreta e para educar adequadamente sobre sentimentos, práticas, interações e estratégias de validação de informação e de gestão de riscos.

Agrava-se a censura social ao "desvio", seja entre pares, na família ou na rede social alargada; a expressão da homo e transfobia, do sexismo, do racismo e da xenofobia torna-se mais violenta; aumenta o risco de expulsão do seio familiar. Entre a constatação da hipocrisia moralista e a descoberta de novos prazeres, é fácil ser-se vítima de fraudes, de manipulação dos afetos e de abusos sexuais.

A dificuldade de acesso das pessoas jovens a serviços formais aumenta a desconfiança relativamente a um "sistema" que já falhou antes. A falta de preparação de profissionais torna quase impossível gerir adequadamente o delicado equilíbrio entre a prestação de um serviço de qualidade, o cultivar uma relação de confiança e o dever legal de sinalizar menores em perigo. O tratamento pelo nome do documento de identificação é ainda regra e ocorre, muitas vezes, sem maldade, apenas por má conceção dos sistemas informáticos e pela dimensão dos serviços, mas tem "faz mossa" em quem não o alterou, provavelmente porque não pode ou porque ainda não pode.

Quem fica sem rede de apoio frequentemente acaba, com alguma sorte, nas redes de apoio informais interpares, onde grassa informação incorreta e onde a pressão para "encaixar" ajuda a tomar decisões com consequências indesejáveis. São inúmeros os casos de uso informal de hormonas e de "bombagem" (injeção subcutânea, separando literalmente "à pressão" a pele do tecido muscular) de silicone industrial — mais cedo ou mais tarde com consequências nefastas. A dor de não ter um corpo adequado a uma autoimagem construída também a partir de "fora", assimilando ideais de beleza e normas sociais, acaba por ser mitigada com recurso a soluções que trarão outras dores no futuro.

Do que já se elencou decorre, sem surpresas, um maior risco de abandono escolar e de ter de lutar pela sobrevivência com poucas condições para o fazer. A empregabilidade na economia formal é reduzida, seja pela baixa escolarização, pela dificuldade em comprovar as habilitações, pela falta de formação profissional ou, simplesmente, pelo preconceito e discriminação. Os empregos que exigem poucas qualificações são mal pagos e/ou associados a culturas de masculinidade tóxica.

Seja enquanto o mais eficiente instrumento de empoderamento económico possível, seja enquanto exploração por terceiros, o sexo comercial não é raro, tal como não é rara a impreparação para que ocorra com menor risco. O sexo comercial é geralmente uma experiência marcante: mesmo quando realizado com autonomia, a necessidade de pagar contas obriga a aceitar clientes desagradáveis (palermas, fedorentos, com eczema...) e há sempre o risco de sofrer violência. Há quem experiencie violência sexual pelo cliente (da violação "clássica" ao stealthing ou à violência sexual baseada em imagens), violência física do chulo, fraude pela cafetina, que cobra por uma "praça" insalubre, roubo por quem aposta que "puta não se atreve a denunciar", violência verbal e simbólica pelo profissional de saúde, pelo polícia, pelo transeunte...

Se é certo que há uma espécie de "solidariedade de classe", esta convive com comportamentos egoístas — a pessoa é ajudada porque é uma "irmã na desgraça", mas, ao mesmo tempo, tenta-se mantê-la abaixo na hierarquia porque é concorrente, por exemplo, pelo mesmo nicho de clientes e/ou pelo "melhor" desempenho da feminilidade.

Mesmo em contexto supostamente "seguro", como o ativismo social, há que conseguir distinguir entre a verdadeira solidariedade interseccional (e o reconhecimento do lugar de fala) do *tokenism*, ou mera instrumentalização da pessoa trans para o suposto aliado (ou empregador) "ficar bem na foto" e passar por sensível e inclusivo.

O acesso a alguns cuidados formais de modificação corporal é muitas vezes possível, mesmo se adiado por uns anos, mas nem tudo são rosas. Muitas vezes a sua realização atempada obriga a custos elevados no setor privado, onde (ao menos isso!) as unidades tendem a ser mais pequenas, o serviço costuma ser mais humanizado e as pessoas tratadas sempre pelo nome social. As modificações corporais sonhadas podem não ser possíveis, são precisas várias intervenções, a cicatrização pode correr mal... As próteses de silicone têm de ser substituídas com alguma regularidade, com possibilidade de efeitos adversos em cada intervenção cirúrgica e com pior cicatrização com o avançar da idade. A "simples" depilação por laser é um processo demorado que tem de ser repetido muitas vezes e pode provocar queimaduras e cicatrizes se não for corretamente realizado.

Seja associado à modificação corporal ou não, o acesso a cuidados de saúde formais acarreta algum risco de mais situações dolorosas, associadas a estigma e discriminação. As hipóteses de algo correr mal são várias: a recusa de atendimento, "inventando" motivos e omitindo soluções; as assunções e insinuações durante o atendimento clínico (se é trans é

puta, se é trans tem infeção por VIH, se é trans "bate mal" da cabeça); os olhares na sala de espera (e ainda se admiram que homens trans evitem ir à ginecologista!); a ausência de discurso e imagens inclusivos nos folhetos.

Se sobreviverem até terem já alguma idade (as taxas de suicídio são mais elevadas nas pessoas trans) podem associar ao trauma acumulado novas dores: a deformidade provocada pela migração do silicone industrial (nos casos em que foi injetado), a perspetiva de solidão na velhice, os anos de informalidade a "esmagar" o valor de uma eventual pensão.

A vida das pessoas trans é, frequentemente, uma vida de "dor de alma" crónica, acumulando mais ou menos experiências emocionalmente dolorosas. Está também, muitas vezes, "salpicada" de episódios de dor física.

Comunidade LGBT+. Existem estratégias para gerir a dor

Cada pessoa, com maior ou menor apoio, procura descobrir as que melhor funcionam para si. Outras, infelizmente, não chegam a encontrar nenhuma que funcione suficientemente bem ou durante muito tempo. Algumas suicidam-se, outras vão-se arrastando pela vida em sofrimento constante. Perdemos, por exemplo, em pouco mais de três anos, as duas fundadoras do Grupo Transexual Portugal.

Procuramos, no GAT e nas entidades parceiras, dinamizar redes de apoio: para homens que têm sexo com homens e vivem com VIH, para mulheres seropositivas, para pessoas que prestam trabalho sexual.

Há coletivos de habitação partilhada solidária para pessoas trans migrantes e/ou racializadas; há associações que promovem encontros comunitários em momentos especialmente delicados (como a quadra natalícia), outras que dinamizam sessões informativas em escolas, outras ainda que produziram informação clínica complementar à que a DGS publicou (e que, infelizmente sem surpresas, inicialmente se esqueceu das especificidades de muitas pessoas trans).

A tremenda taxa de penetração dos equipamentos e aplicações de comunicação associadas à internet, em especial os smartphones e as redes sociais, facilitam imenso a pesquisa de informação e o encontro de comunidades de partilha de interesses ou experiências. Estes instrumentos são um apoio essencial

à construção de redes solidárias, que se revelaram valiosíssimas durante a crise económica e social associada à pandemia de COVID-19.

Foi possível manter contacto com pessoas fisicamente isoladas em vários pontos do país e mobilizar recursos para satisfazer necessidades básicas (comida, medicação, prescrições médicas) de quem estava longe.

Sempre que possível, disponibilizamos espaço para reuniões, que é outra forma de apoiar o ativismo de base comunitária. Uma associação de pessoas trans e não-binárias reuniu-se em instalações do GAT até formalizar a sua constituição e arranjar um espaço próprio, por exemplo.

Procuramos integrar nas equipas pessoas que, com a sua experiência e ligação comunitária, possam informar o trabalho do GAT acerca de necessidades não satisfeitas e nos ajudem a desenhar soluções, adaptando os serviços, testando respostas e comunicando melhor.

Outra estratégia passa, naturalmente, por manter o diálogo com conselheiros e com entidades parceiras, nacionais, estrangeiras e internacionais.

Este trabalho de base comunitária ajuda ainda a informar pessoas com responsabilidades de decisão técnica e política, e é referido em guias de boas práticas em saúde.

Também procuramos manter o diálogo com estruturas ligadas à formação de profissionais de saúde, como faculdades e associações de estudantes, para partilha de conhecimentos.

Esta reflexão, infelizmente, não é sobre o passado. Existe um longo caminho ainda a percorrer até que estas "dores de alma" deixem de fazer parte do percurso das pessoas trans.

Comunidade LGBT+. Dor na mulher lésbica — a visão do Clube Safo



Ao longo da vida, o ser humano depara-se com momentos em que experiencia algum tipo de dor.

A dor, seja de que origem for, é, em geral, uma resposta a algo, como uma queda, uma notícia má, uma frustração. É criada por fatores biológicos e sociais. Assim sendo, a vivência da dor pode ser "estudada" num dado grupo social, i.e., as mulheres.

Ser-se mulher confere ab initio uma dor social, um questionamento da realidade instituída, um confronto perante o contrato social e sexual no qual nasceu. Mais particular, isto é, e com mais especificidades na realidade da mulher lésbica, uma existência ainda mais disruptiva face à normatividade, ao padrão, ao "como deve ser".

Na prática, verifica-se uma invisibilidade desta minoria transversal a quase todos os setores da sociedade. Isto significa que, não raras vezes, não se contempla a possibilidade de nos cruzarmos ou conversarmos com uma mulher lésbica, a não ser que ela nos diga explicitamente que o é.

Um exemplo é o caso da saúde: numa entrevista clínica típica há questões como "tem algum parceiro?", "que método contracetivo usa?", "não há mesmo probabilidade de estar grávida?", todas as perguntas relacionadas com sexo que pressupõe que a paciente terá sexo com homens (pessoas com pénis) e com enfâse na prática sexual exclusivamente penetrativa, neste caso entre pénis-vagina.

Caso a entrevistada seja uma mulher lésbica, há que fazer o malabarismo de:

1. Responder à letra às questões (e omitir detalhes importantes da sua vida sexual);

2. Explicar que não se relaciona com homens (e esperar que haja profissionalismo e à-vontade da outra parte para não só retificar as perguntas, como aprender com a paciente/utente, mas também que não aconteça lesbofobia e que, como em vários casos, se aconselhem práticas de conversão "para uma vida normal").

Este tipo de invisibilidade faz parte do universo das microagressões, formas de violência (não) verbal subtil dirigidas a um grupo minoritário. **Alguns estudos recentes realizados com a população LGBTI+ mostram que a acumulação de microagressões ao longo do tempo tem efeitos mais nocivos no bem-estar individual do que macroagressões.**

As microagressões são um relembrar constante de que a mulher lésbica é vista como "outra", fora da norma, diferente, estranha. As consequências desta alienação remontam-nos ao conhecido esquema de efeitos do bullying: o ciclo dos 3 Is.

Neste, o insulto leva ao isolamento que cria invisibilidade e que leva a mais insulto, e assim, sucessivamente.

Como quebrar este ciclo? A importância da linguagem inclusiva

Há várias formas, uma delas é remover o insulto da equação.

Por exemplo, adotar uma linguagem inclusiva.

Frases como: "tem alguém especial na sua vida?", "é sexualmente ativa? Tem mais do que uma pessoa com quem se relacione sexualmente?", "os rastreios de IST são importantes para todas a gente, independentemente da orientação sexual" mostram que a pessoa a guiar a entrevista considera a possibilidade de ter uma pessoa LGBTI+ à sua frente e dá-lhe a validação e o à-vontade para esta expor as suas dúvidas e preocupações clínicas.

Uma segunda (que pode naturalmente atuar em paralelo com a anterior) forma seria **o aumento da visibilidade.**

O aumento da visibilidade pode passar por ter diferentes tipos de família. Na **comunicação dentro dos centros de saúde e hospitais,** encontrar **mais diversidade em posters, brochuras e outros materiais de comunicação,** mas também haver uma conversa **e parceria mais estreita com as organizações da sociedade civil, como, por exemplo, o Clube Safo.**

Por exemplo, o Clube Safo, associação de defesa dos direitos de lésbicas em Portugal que elaborou, durante o ano de 2022, três brochuras específicas para lésbicas, que abordam os temas da maternidade, saúde sexual e acesso à saúde.

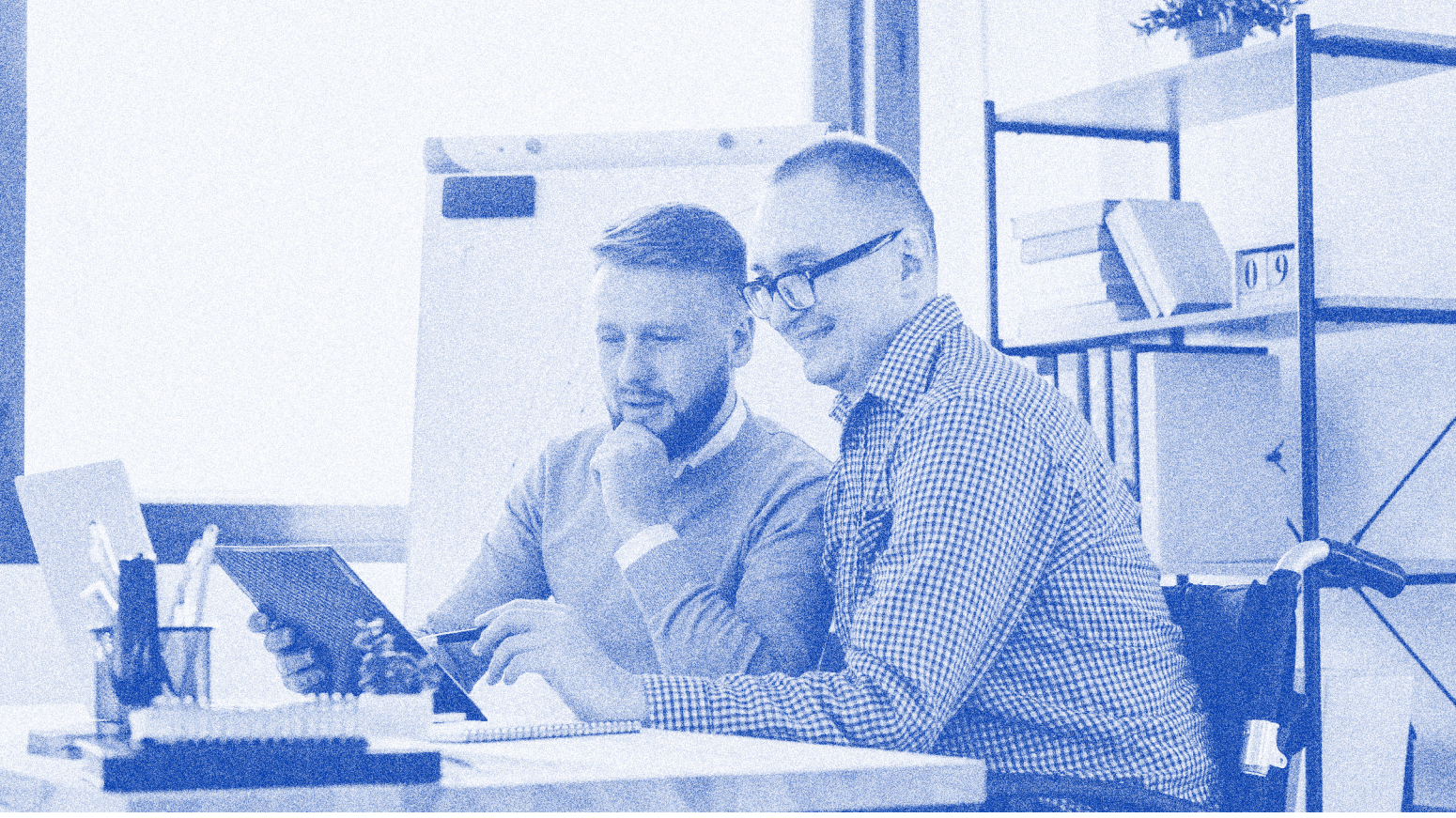
Ter consciência das diferenças é também criar espaços mais inclusivos. E espaços mais inclusivos são também espaços para todas as pessoas.

Como entender a dor da pessoa com deficiência intelectual

Deolinda Pinto,
Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Arronches

Fazer com que as pessoas com deficiência intelectual falem e descrevam a sua dor é um grande desafio. A quantificação feita por estas pessoas sobre a sua dor tem a influência da própria comunicação, da capacidade cognitiva dessa pessoa, do seu estado "de alma".

Em Portugal, existem 1.792.719 pessoas com deficiência, seja ela visual, motora, mental ou auditiva. Isto quer dizer que 17% da população portuguesa tem pelo menos uma dificuldade em ações do seu dia a dia, como andar, subir escadas, falar, ouvir, memorizar, alimentar-se ou outra. Do total revelado pelos Censos 2011, mais de metade (61%) são do género feminino.



Um estudo exploratório para descobrir a dor das pessoas com deficiência intelectual

Para contribuir para o conhecimento de identificação da dor, quantificação e estratégias de gestão, foi dada voz a cidadãos com deficiência cognitiva, que estão institucionalizados. O objetivo foi conseguir que estes participassem na descrição da sua própria dor (em Arronches, Portugal, 2022).

Perante as questões: 1) se já tinham experienciado dor e; 2) a localização mais frequente dessa dor, os seus relatos permitiram extrair uma interessante nuvem de palavras. O destaque é dado à palavra “dor”, com localização “cabeça”.

Como gerir a dor?

Os participantes — pessoas com deficiência intelectual — foram convidados a descreverem as atividades que faziam para gerir a dor que tinham.

Emergiu dos seus textos a árvore de palavras que associa a palavra “dor” a aspetos positivos, como passear, beber café, descansar; e a aspetos negativos, como chorar, tristeza, barulho.

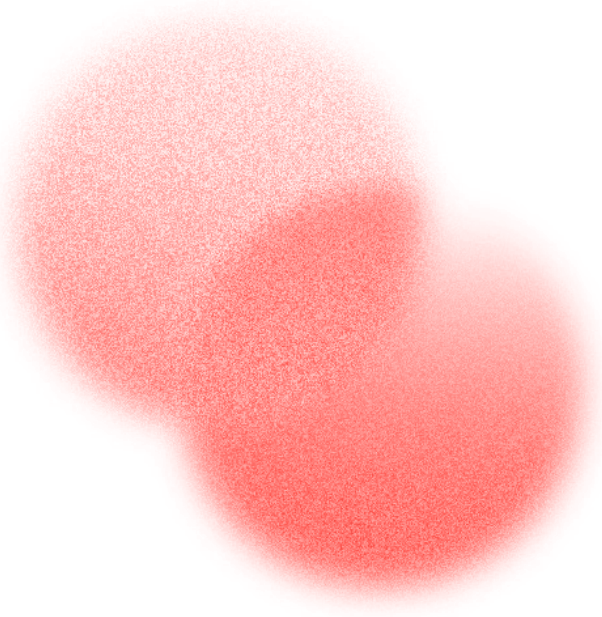
A dor é um evento vivenciado por todas as pessoas em algum momento da sua vida.

Mas como explicar a minha dor como pessoa com deficiência intelectual ou cognitiva? Como falar sobre a minha dor? Como avaliar a minha dor?



A dor como experiência pessoal

A dor é uma experiência pessoal, emocional e subjetiva. E, porque cada evento doloroso é único em termos de fisiologia subjacente, cognitiva e resposta emocional e contextos sociais e culturais (Saunders, 1967), é fundamental empoderar as pessoas com deficiência intelectual por forma a capacitá-las para o seu autorrelato.



Como empoderar/capacitar?

Empoderar baseia-se na autonomia e na participação da pessoa no processo e, se possível, na tomada de decisão.

Visa atribuir poder e capacidade às pessoas no sentido de controlar melhor a sua vida, e, no caso da dor, reduzir a sua vulnerabilidade ou fragilidade à exclusão social, económica, entre outras, através da descoberta de respostas e soluções para os seus problemas.

Como quantificar a dor da pessoa com deficiência intelectual?

É preciso saber perguntar.

Em dados recolhidos nesta intervenção (Sta. Casa da Misericórdia de Arronches), e quando convidados a quantificar a sua dor, a expressão facial das pessoas com deficiência intelectual mostrou que não sabiam o que se estava a perguntar. Não compreenderam a pergunta.

Esta população (pessoas com deficiência intelectual) tem noção de quantidade, mas não de valor, o que facilmente se entendeu quando foram colocadas as diferentes escalas de avaliação da dor.

A literacia em saúde permite, através do acesso, da compreensão e da adaptação aos vários públicos, desenvolver competências e empoderar as pessoas para a compreensão dos fatores que afetam as suas vidas.

Formas de melhorar a compreensão da pessoa com deficiência intelectual sobre a sua dor

- **Para uma maior compreensão, é preciso mostrar como se faz;**
- **É importante explicar porque se faz e envolver as pessoas;**
- **É preciso conhecer as preferências destas pessoas;**
- **É necessário envolver no processo a pessoa com deficiência na criação de recursos sobre saúde;**
- **É essencial a participação dos profissionais de áreas da saúde e do social;**
- **Exige-se uma comunicação adequada e adaptada a cada perfil;**
- **O cuidador deve participar e fazer parte do processo também.**

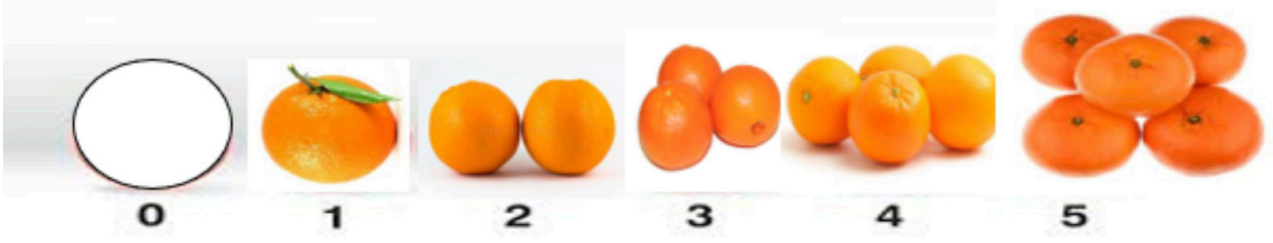
Fonte: elaboração própria baseado em (Mander, 2016).

Quantificar a dor é importante

A quantificação da dor é fundamental para definir estratégias de gestão farmacológica e não farmacológica, desta forma é possível uma resposta adequada baseada na evidência (Dillane & Doody, 2019).

Estratégia para avaliar a dor. Uma escala à medida

Podemos usar uma escala de avaliação da dor, simbólica. Por exemplo, neste estudo foi usada uma escala com laranjas, uma vez que era um alimento que não gostam. Escala feita com "laranjas".



Escala Quantitativa Da Dor Do Lar Residencial De Santo António
Elaboração Própria
Fonte: Circular Normativa nº9 DGS

AS VOZES DA MULTICULTURALIDADE



Migrants Suffer Social pain?



Portugal is a country which in this last decade has become a popular destination for migrants seeking better opportunities from all around the world. The Portuguese government has implemented policies to promote the integration of migrants, but language and cultural differences continue to be a challenge for many migrants.

Additionally, food culture and religious differences can also present challenges for migrants in Portugal. However, there are several solution strategies that can be implemented to help migrants overcome these challenges and help them integrate into the Portuguese society.

➤ One of the main challenges that migrants in Portugal face is language barriers

Portuguese is the official language in the country, and many migrants who come to Portugal do not speak the language.

This can create barriers in communication, education, and employment. Migrants may struggle to find jobs because they are not fluent in Portuguese, which makes it difficult for them to interact with colleagues, customers, or suppliers. The lack of fluency in Portuguese can also create social isolation, as communication is a crucial thing in day to day life making it harder for migrants to build relationships and feel integrated into the local community.

To address the challenge of language barriers, the Portuguese government has implemented **language courses for migrants.**

These courses are offered through the Portuguese National Immigrant Support Centre (CNAI) and are free of charge.

They are designed to help migrants learn the Portuguese language and provide them with the necessary tools to interact with Portuguese society. The courses are available at different levels, from beginner to advanced, and are tailored to the needs of each individual. The courses can be taken in person or online, making them accessible to migrants who may not be able to attend in person.

➤ Another challenge that migrants face in Portugal is cultural differences, especially regarding food and religion.

Portugal has a unique food culture, and migrants who are not used to the local cuisine may find it challenging to adjust. Religious differences can also create challenges due to the difference in religious practices such as Hindu migrants who want to go to temples or to pray and Muslim migrants who need to find halal food and prayer spaces and so on. These challenges can affect the quality of life for migrants and make it harder for them to feel integrated into the local community.

To address these challenges, several organizations have been working to create more inclusive environments for migrants.

For example, some restaurants have started to offer halal food, and some organizations provide prayer spaces for Muslims and also establishment of Hindu temples.

Additionally, the Portuguese government has implemented policies to promote cultural diversity and combat discrimination. The government has established the High Commission for Migration (ACM), which is responsible for promoting the integration of migrants and combating discrimination based on race, ethnicity, religion, or gender. The ACM provides legal support and promotes awareness campaigns to promote tolerance and respect for diversity.

In addition to government policies and initiatives, migrants' associations play a crucial role in supporting migrants in Portugal. One such association is the NIALP-Intercultural Association Lisboa.

NIALP was founded in 2019 and is a non-profit organization that aims to promote the integration of migrants in Portuguese society. The organization works with government entities & different immigrant associations to provide support to migrants in areas such as family reunification, language classes, employment, health, social welfare and so on and provides services to mainly south Asian immigrants and their communities where one can use the services in their own desired or mother tongue.

NIALP also works in cooperation with local authorities and government to raise awareness about the challenges that migrants face and promotes social inclusion and diversity through various projects such as providing informative sessions in Nepali, Hindi and English language on Workers' rights and responsibilities, cultural events, short term skilful trainings, creation of pregnancy club especially to help and provide support for pregnant women in Lisbon throughout their pregnancy, childbirth and post-partum and related activities.



➤ Another solution strategy for migrants in Portugal is to create support groups and networks

These networks can be based on shared experiences, cultural backgrounds, or interests. They can help migrants to meet other people who share similar experiences and challenges, which can create a sense of belonging and reduce isolation. Additionally, these groups can provide practical support, such as language classes or job opportunities.

Support groups and networks can also provide a platform for migrants to advocate for their rights and promote their interests in Portuguese society.

In addition to language barriers, cultural differences, and integration, migrants in Portugal face several other social issues that can make it challenging for them to adjust to life in a new country.

➤ One such issue is the feeling of being away from home.

Migrants may feel homesick or isolated, and they may struggle to find ways to connect with their families and communities back home. This can lead to feelings of loneliness and depression, which can affect their mental health and wellbeing.

➤ Another issue that migrants in Portugal face is discrimination and prejudice.

Some Portuguese people may have negative attitudes towards migrants, and this can create a hostile environment for them. Discrimination can affect migrants' ability to find employment, housing, or healthcare. Additionally, migrants may be more likely to experience harassment or violence due to their race, ethnicity, or religion.

➤ A third issue that migrants in Portugal face is a lack of access to resources and services.

Migrants may not be aware of the services and resources that are available to them, or they may have difficulty accessing them due to language barriers or bureaucratic processes. This can make it challenging for migrants to access essential services such as healthcare, education, and social welfare.



To address these social issues, several strategies can be implemented. The following table provides an overview of some of the main strategies that can be used to address the social issues facing migrants in Portugal.

Social issue	Strategies
Language barriers	Offer language courses, provide translation services, create language exchange programs.
Cultural diferences	Promote cultural diversity and awareness campaigns, intercultural program and sessions, provide halal food options, create cultural exchange programs.
Feeling of being away from home	Provide counselling and mental health support, create community events and celebrations, facilitate connections with families and communities back home

Social issue	Strategies
Discrimination and prejudice	Promote tolerance and respect for diversity, provide legal support through ACM, create awareness campaigns against discrimination
Lack of access to resources and services	Improve access to essential services through CNAI, provide information and resources in multiple languages, simplify bureaucratic processes

These strategies are not exhaustive, and there may be additional strategies that can be used to address the social issues facing migrants in Portugal.

However, they provide a starting point for creating more inclusive and supportive environments for migrants in the country. By implementing these strategies, Portugal can continue to promote the integration and well-being of migrants and create a more diverse and inclusive society.





In conclusion, migrants in Portugal face various challenges, including language barriers, cultural differences, and integration into Portuguese society. The Portuguese government has implemented policies to promote integration, but more needs to be done. Creating support groups and networks and strengthening migrant associations in public and national level can be a solution strategy for migrants.

All the migrants and their communities are welcomed to NIALP throughout the week from Monday to Saturday and we can be reached by various means;

NIALP-Intercultural Association Lisboa

Address: Rua do Arco do Marques de Alegrete 4, Escritorio 2.4, 1100-034, Martim Moniz, Lisboa

Contact: 218 864 503 / 920 322 502 / 965 610 491

info@nialp.pt

www.nialp.pt

Thank you

Kamal Bhattarai
President NIALP

HINDI - पुर्तगाल में आप्रवासन

NIALP
INTERCULTURAL ASSOCIATION LISBOA
(AN IMMIGRANT ASSOCIATION)

पुर्तगाल, दक्षणि-पश्चमिी यूरोप का एक छोटा सा देश है, बेहतर अवसरों की तलाश कर रहे प्रवासयिों के लिए एक लोकप्रयि गंतव्य बन गया है। पुर्तगाली सरकार ने अप्रवासयिों के एकीकरण को बढ़ावा देने के लिए नीतयिों को लागू कयिा है, लेकनि कई अप्रवासयिों के लिए भाषा और सांस्कृतकि अंतर एक चुनौती बनी हुई है। इसके अलावा, सांस्कृतकि और धार्मकि अंतर भी पुर्तगाल में अप्रवासयिों के लिए चुनौतयिां पेश कर सकते है। हालाँकि, ऐसी कई रणनीतयिाँ है जन्हिें अप्रवासयिों को इन चुनौतयिों से उबरने में मदद करने के लिए लागू कयिा जा सकता है।

पुर्तगाल में अप्रवासयिों के सामने भाषा भी मुख्य चुनौतयिों में से एक है। यहां की आधकिारकि भाषा पुर्तगाली है और पुर्तगाल के कई अप्रवासी भाषा नहीं बोलते है। यह संचार, शक्षिा और रोजगार के लिए बाधाएं पैदा कर सकता है। आप्रवासयिों को काम खोजने के लिए संघर्ष करना पड़ सकता है क्योंकि वे पुर्तगाली में धाराप्रवाह नहीं है, जसिसे उनके लिए सहकर्मयिों, ग्राहकों या आपूर्तकिर्ताओं के साथ बातचीत करना मुश्कलि हो जाता है। पुर्तगाली में प्रवाह की कमी भी सामाजकि अलगाव पैदा कर सकती है, जसिसे अप्रवासयिों के लिए संबंध बनाना और स्थानीय समुदाय में एकीकृत महसूस करना मुश्कलि हो जाता है।

पुर्तगाल में अप्रवासयिों के सामने एक और चुनौती सांस्कृतकि अंतर है, खासकर भोजन और धर्म के मामले में। पुर्तगाल में एक अनूठी खाद्य संस्कृति है, और जो प्रवासी स्थानीय व्यंजनों के लिए अभ्यस्त नहीं है, उन्हें समायोजति करना चुनौतीपूर्ण हो सकता है। धार्मकि प्रथाओं में अंतर के कारण धार्मकि मतभेद भी चुनौतयिाँ पैदा कर सकते है जैसे कि हिंदू अप्रवासी जो मंदरिों में जाना चाहते है या प्रार्थना करना चाहते है और मुस्लमि अप्रवासी जन्हिें हलाल भोजन और प्रार्थना करने के लिए स्थानों की आवश्यकता होती है। ये चुनौतयिाँ प्रवासयिों के जीवन की गुणवत्ता को प्रभावति कर सकती है और उनके लिए स्थानीय समुदाय में एकीकृत महसूस करना कठनि बना सकती है।

इन चुनौतियों का समाधान करने के लिए, कई संगठन अप्रवासियों के लिए अधिक समावेशी वातावरण बनाने के लिए काम कर रहे हैं। उदाहरण के लिए, कुछ रेस्तरां ने हलाल भोजन देना शुरू कर दिया है, और कुछ संगठनों ने मुसलमानों और यहां तक कि हिंदू मंदिरों के लिए प्रार्थना स्थल स्थापित करना शुरू कर दिया है। इसके अलावा, पुर्तगाली सरकार ने सांस्कृतिक विविधता और भेदभाव-विरोधी को बढ़ावा देने वाली नीतियों को लागू किया है। सरकार ने प्रवास के लिए उच्चायोग (ACM) की स्थापना की, जो प्रवासियों के एकीकरण को बढ़ावा देने और जाति, जातीयता, धर्म या लिंग के आधार पर भेदभाव का मुकाबला करने के लिए जिम्मेदार है। ACM कानूनी सहायता प्रदान करता है और सहिष्णुता और विविधता के प्रति सम्मान को बढ़ावा देने के लिए जागरूकता अभियानों को बढ़ावा देता है।

सरकार की नीतियों और पहलों के अलावा, प्रवासी संघ पुर्तगाल में प्रवासियों का समर्थन करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। ऐसा ही एक संघ Nialp पुर्तगाल है। Nialp पुर्तगाल की स्थापना 2019 में हुई थी और यह एक गैर-लाभकारी संगठन है जिसका उद्देश्य पुर्तगाली समाज में अप्रवासियों के एकीकरण को बढ़ावा देना है। यह संगठन सरकारी एजेंसियों और विभिन्न अप्रवासी संघों के साथ काम करता है ताकि अप्रवासियों को उनकी मातृभाषा में पारिवारिक पुनर्मिलन, भाषा वर्ग, रोजगार, स्वास्थ्य, सामाजिक कल्याण आदि जैसे क्षेत्रों में सहायता प्रदान की जा सके और मुख्य रूप से दक्षिण एशियाई प्रवासियों और उनके समुदायों।

भाषा बाधाओं, सांस्कृतिक मतभेदों और एकीकरण के अलावा, पुर्तगाली आप्रवासियों को कई अन्य सामाजिक समस्याओं का सामना करना पड़ता है जो उनके लिए एक नए देश में जीवन को समायोजित करने के लिए चुनौतीपूर्ण बना सकते हैं। ऐसी ही एक समस्या है घर से दूर होने का एहसास। प्रवासियों को घर की याद या अकेलापन महसूस हो सकता है, और वे अपने परिवारों और समुदायों से घर वापस आने के तरीके खोजने के लिए संघर्ष कर सकते हैं। इससे अलगाव और अवसाद की भावना पैदा हो सकती है, जो उनके मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण को प्रभावित कर सकती है।

पुर्तगाल में आप्रवासियों का एक और मुद्दा भेदभाव और पूर्वाग्रह है। कुछ पुर्तगाली लोगों का अप्रवासियों के प्रति नकारात्मक रवैया हो सकता है, और यह उनके लिए शत्रुतापूर्ण वातावरण पैदा कर सकता है। भेदभाव अप्रवासियों की रोजगार, आवास या स्वास्थ्य

देखभाल खोजने की क्षमता को प्रभावित कर सकता है। इसके अतिरिक्त, अप्रवासियों को उनकी जाति, जातीयता या धर्म के कारण उत्पीड़न या हिंसा का अनुभव होने की अधिक संभावना हो सकती है।

पुर्तगाल में प्रवासियों द्वारा सामना की जाने वाली तीसरी समस्या संसाधनों और सेवाओं तक पहुंच की कमी है। प्रवासियों को उनके लिए उपलब्ध सेवाओं और संसाधनों के बारे में पता नहीं हो सकता है, या भाषा बाधाओं या नौकरशाही प्रक्रियाओं के कारण उन्हें एक्सेस करना मुश्किल हो सकता है। यह प्रवासियों के लिए स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा और सामाजिक कल्याण जैसी आवश्यक सेवाओं तक पहुँच को चुनौतीपूर्ण बना सकता है।

ये रणनीतियाँ संपूर्ण नहीं हैं, और अतिरिक्त रणनीतियाँ हो सकती हैं जिनका उपयोग पुर्तगाल में अप्रवासियों के सामने आने वाली सामाजिक समस्याओं के समाधान के लिए किया जा सकता है। हालाँकि, वे देश में अप्रवासियों के लिए अधिक समावेशी और सहायक वातावरण बनाने के लिए एक प्रारंभिक बिंदु प्रदान करते हैं। इन रणनीतियों को लागू करके, पुर्तगाल अप्रवासियों के एकीकरण और कल्याण को बढ़ावा देना जारी रख सकता है और एक अधिक विविध और समावेशी समाज बना सकता है।

अंत में, पुर्तगाल में आप्रवासियों को विभिन्न चुनौतियों का सामना करना पड़ता है, जिसमें भाषा अवरोध, सांस्कृतिक अंतर और पुर्तगाली समाज में एकीकरण शामिल है। पुर्तगाली सरकार ने एकीकरण को बढ़ावा देने के लिए नीतियों को लागू किया है, लेकिन अभी और अधिक किए जाने की आवश्यकता है। सहायता समूह और नेटवर्क बनाना और सार्वजनिक और राष्ट्रीय स्तर पर प्रवासी संघों को मजबूत करना प्रवासियों के लिए एक समाधान रणनीति हो सकती है।

NEPALI - पोर्चुगलमा आप्रवासीहरू

NIALP
INTERCULTURAL ASSOCIATION LISBOA
(AN IMMIGRANT ASSOCIATION)

दक्षिणपश्चिमी युरोपको सानो देश पोर्चुगल राम्रो अवसर खोज्ने आप्रवासीहरूका लागि लोकप्रिय गन्तव्य बनेको छ। पोर्चुगल सरकारले आप्रवासीहरूको एकीकरणलाई प्रवर्द्धन गर्न नीतिहरू लागू गरेको छ, तर भाषा र सांस्कृतिक भिन्नताहरू धेरै आप्रवासीहरूका लागि चुनौती बनेको छ। थप रूपमा, संस्कृति र धार्मिक भिन्नताहरूले पनि पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूका लागि चुनौतीहरू प्रस्तुत गर्न सक्छन्। यद्यपि, यहाँ धेरै समाधान रणनीतिहरू छन् जुन आप्रवासीहरूलाई यी चुनौतीहरू पार गर्न मद्दत गर्न लागू गर्न सकिन्छ।

पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूले सामना गर्ने मुख्य चुनौतीहरू मध्ये एक भाषा पनि हो। यहाँको आधिकारिक भाषा पोर्तुगिज हो र पोर्चुगलमा आउने धेरै आप्रवासीहरूले भाषा बोल्दैनन्। यसले सञ्चार, शिक्षा र रोजगारीमा अवरोध सिर्जना गर्न सक्छ। आप्रवासीहरूले काम खोज्न संघर्ष गर्न सक्छन् किनभने तिनीहरू पोर्तुगाली भाषामा धाराप्रवाह छैनन्, जसले तिनीहरूलाई सहकर्मीहरू, ग्राहकहरू, वा आपूर्तिकर्ताहरूसँग अन्तरक्रिया गर्न गाह्रो बनाउँछ। पोर्तुगाली भाषामा प्रवाहको कमीले पनि सामाजिक अलगाव सिर्जना गर्न सक्छ, यसले आप्रवासीहरूलाई सम्बन्ध निर्माण गर्न र स्थानीय समुदायमा एकीकृत महसुस गर्न गाह्रो बनाउँछ।

पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूले सामना गर्ने अर्को चुनौती सांस्कृतिक भिन्नता हो, विशेष गरी खाना र धर्मको सन्दर्भमा। पोर्चुगलको एक अद्वितीय खाद्य संस्कृति छ, र स्थानीय खानामा अभ्यस्त नभएका आप्रवासीहरूले यसलाई समायोजन गर्न चुनौतीपूर्ण लाग्न सक्छन्। धार्मिक भिन्नताहरूले पनि चुनौतीहरू सिर्जना गर्न सक्छन् जस्तै धार्मिक अभ्यासहरूमा भिन्नताका कारण हिन्दू आप्रवासीहरू जो मन्दिरि जान चाहन्छन् वा प्रार्थना गर्न चाहन्छन् र मुस्लिम आप्रवासीहरू जसले हलाल खाना र प्रार्थना गर्ने ठाउँहरू खोज्न आवश्यक छ। यी चुनौतिहरूले प्रवासीहरूको जीवनको गुणस्तरलाई असर गर्न सक्छ र उनीहरूलाई स्थानीय समुदायमा एकीकृत भएको महसुस गर्न गाह्रो बनाउन सक्छ।

यी चुनौतीहरूलाई सम्बोधन गर्न, धेरै संस्थाहरूले आप्रवासीहरूका

लागि थप समावेशी वातावरण सिर्जना गर्न काम गरिरहेका छन्। उदाहरणका लागि, केही रेस्टुरेन्टहरूले हलाल खाना प्रस्ताव गर्न थालेका छन्, र केही संस्थाहरूले मुस्लिमहरूका लागि प्रार्थना गर्ने ठाउँहरू र हिन्दू मन्दिरहरूको स्थापना पनि गर्न थालेका छन्। थप रूपमा, पोर्चुगल सरकारले सांस्कृतिक विविधिता प्रवर्द्धन र भेदभाव विरुद्धको नीतिहरू लागू गरेको छ। सरकारले आप्रवासीहरूको एकीकरण प्रवर्द्धन गर्न र जाति, जातीय, धर्म, वा लिङ्गको आधारमा हुने भेदभाव विरुद्ध लड्न जिम्मेवार रहेको आप्रवासी उच्च आयोग (ACM) स्थापना गरेको छ। ACM ले कानूनी समर्थन प्रदान गर्दछ र विविधिताको लागि सहिष्णुता र सम्मान प्रवर्द्धन गर्न जागरूकता अभियानहरू प्रवर्द्धन गर्दछ।

सरकारी नीति रि पहलहरूको अतिरिक्त, आप्रवासी संघहरूले पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूलाई समर्थन गर्न महत्त्वपूर्ण भूमिका खेल्छन्। यस्तै एउटा संघ नियाल्प पोर्तुगल हो। नियाल्प पोर्तुगल २०१९ मा स्थापना भएको थियो र एक गैर-लाभकारी संस्था हो जसले पोर्चुगजि समाजमा आप्रवासीहरूको एकीकरणलाई प्रवर्द्धन गर्ने लक्ष्य राख्छ। संस्थाले आप्रवासीहरूलाई पारिवारिक पुनर्मिलन, भाषा वर्ग, रोजगारी, स्वास्थ्य, सामाजिक कल्याण र यस्तै अन्य क्षेत्रमा आफ्नै मातृभाषामा सहयोग उपलब्ध गराउन सरकारी निकायहरू र विभिन्न आप्रवासी संघहरूसँग काम गर्छ र मुख्यतया दक्षिण एसियाली आप्रवासीहरू र तिनीहरूका समुदायहरूलाई सेवाहरू प्रदान गर्दछ ।

भाषा अवरोधहरू, सांस्कृतिक भिन्नताहरू, र एकीकरणको अतिरिक्त, पोर्चुगलका आप्रवासीहरूले अन्य धेरै सामाजिक समस्याहरूको सामना गर्छन् जसले उनीहरूलाई नयाँ देशमा जीवन समायोजन गर्न चुनौतीपूर्ण बनाउन सक्छ। यस्तै एउटा समस्या भनेको घरबाट टाढा भएको अनुभूति हो। प्रवासीहरूले घरमा विरामी वा एक्लो महसुस गर्न सक्छन्, र उनीहरूले आफ्नो परिवार र समुदायहरूसँग घर फर्कने तरिकाहरू खोज्न संघर्ष गर्न सक्छन्। यसले एक्लोपन र डिप्रेसनको भावना निम्त्याउन सक्छ, जसले उनीहरूको मानसिक स्वास्थ्य र कल्याणलाई असर गर्न सक्छ।

पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूले सामना गर्ने अर्को मुद्दा भेदभाव र पूर्वाग्रह हो। केही पोर्चुगल मानिसहरूले आप्रवासीहरूप्रति नकारात्मक दृष्टिकोण राख्न सक्छन्, र यसले उनीहरूका लागि प्रतिकूल वातावरण सिर्जना गर्न सक्छ। भेदभावले आप्रवासीहरूको रोजगारी, आवास वा स्वास्थ्य सेवा खोज्ने क्षमतालाई असर गर्न सक्छ। थप रूपमा, आप्रवासीहरूले उनीहरूको जात, जाति वा धर्मको कारणले उत्पीडन वा हिंसाको अनुभव गर्ने सम्भावना बढी हुन सक्छ।

पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूले सामना गर्ने तेस्रो समस्या स्रोत र सेवाहरूमा पहुँचको कमी हो। प्रवासीहरूलाई उनीहरूलाई उपलब्ध सेवा र स्रोतहरू बारे थाहा नहुन सक्छ, वा उनीहरूलाई भाषा अवरोध वा नोकरशाही प्रक्रियाहरूका कारण पहुँच गर्न गाह्रो हुन सक्छ। यसले आप्रवासीहरूलाई स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा र सामाजिक कल्याण जस्ता आवश्यक सेवाहरूमा पहुँच गर्न चुनौतीपूर्ण बनाउन सक्छ।

यी रणनीतिहरू पूर्ण छैनन्, र त्यहाँ थप रणनीतिहरू हुन सक्छन् जुन पोर्चुगलमा आप्रवासीहरूले सामना गरिरहेका सामाजिक समस्याहरूलाई सम्बोधन गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ। यद्यपि, तिनीहरूले देशमा आप्रवासीहरूका लागि थप समावेशी र सहयोगी वातावरण सिर्जना गर्नको लागि सुरुवात बिन्दु प्रदान गर्छन्। यी रणनीतिहरू लागू गरेर, पोर्चुगलले आप्रवासीहरूको एकीकरण र कल्याणलाई बढावा दिन र थप विविध र समावेशी समाज सिर्जना गर्न जारी राख्न सक्छ।

निष्कर्षमा, पोर्चुगलका आप्रवासीहरूले भाषा अवरोधहरू, सांस्कृतिक भिन्नताहरू, र पोर्चुगल समाजमा एकीकरण सहित विभिन्न चुनौतीहरूको सामना गर्छन्। पोर्चुगल सरकारले एकीकरण प्रवर्द्धन गर्न नीतिहरू लागू गरेको छ, तर अझ धेरै गर्न आवश्यक छ। समर्थन समूह र नेटवर्कहरू सिर्जना गर्नु र सार्वजनिक र राष्ट्रिय स्तरमा आप्रवासी संघहरूलाई बलियो बनाउनु आप्रवासीहरूको लागि समाधान रणनीति हुन सक्छ।

Tradução dos dois textos HINDI e NEPALI:

Kamal Bhattarai

Médico de Saúde Pública

Presidente NIALP

Textos da NIALP em Português

Kamal Bhattarai
Médico de Saúde Pública
Presidente NIALP

Imigrantes para Portugal

Portugal, um pequeno país no sudoeste da Europa, tornou-se um destino popular para expatriados em busca de melhores oportunidades. O Governo português implementou políticas para promover a integração dos imigrantes, mas as diferenças linguísticas e culturais continuam a ser um desafio para muitos imigrantes. Além disso, as diferenças culturais e religiosas também podem apresentar desafios para os imigrantes em Portugal. No entanto, existem várias estratégias de enfrentamento que podem ser implementadas para ajudar os imigrantes a superar esses desafios.

A língua é também um dos principais desafios que os imigrantes enfrentam em Portugal. A língua oficial aqui é o português e muitos imigrantes em Portugal não falam a língua. Isso pode criar barreiras à comunicação, educação e emprego. Os imigrantes

podem ter dificuldades para encontrar trabalho porque não são fluentes em português, o que dificulta a interação com colegas, clientes ou fornecedores. A falta de fluência em português também pode criar isolamento social, dificultando que os imigrantes construam relacionamentos e se sintam integrados na comunidade local.

Outro desafio que os imigrantes enfrentam em Portugal são as diferenças culturais, especialmente em termos de comida e religião. Portugal tem uma cultura alimentar única e os expatriados que não estão acostumados com a culinária local podem achar difícil se adaptar. As diferenças religiosas também podem criar desafios devido às diferenças nas práticas religiosas, como imigrantes hindus que desejam visitar templos ou rezar e imigrantes muçulmanos que precisam encontrar comida halal e lugares para rezar. Esses desafios podem afetar a qualidade de vida dos migrantes e dificultar que eles se sintam integrados na comunidade local.

Para enfrentar esses desafios, muitas organizações trabalham para criar um ambiente mais inclusivo para os imigrantes. Por exemplo, alguns restaurantes começaram a oferecer comida halal e algumas organizações começaram a estabelecer locais de oração para muçulmanos e até templos hindus. Além disso, o Governo português implementou políticas de

promoção da diversidade cultural e antidiscriminação. O governo criou o Alto Comissariado para as Migrações (ACM), que é responsável por promover a integração dos migrantes e combater a discriminação baseada em casta, etnia, religião ou género. O ACM oferece suporte jurídico e promove campanhas de consciencialização para promover a tolerância e o respeito à diversidade.

Para além das políticas e iniciativas governamentais, as associações de migrantes desempenham um papel importante no apoio aos migrantes em Portugal. Uma dessas associações é a Nialp Portugal. A Nialp Portugal foi fundada em 2019 e é uma organização sem fins lucrativos que visa promover a integração dos imigrantes na sociedade portuguesa. A organização trabalha com agências governamentais e várias associações de imigrantes para fornecer apoio aos imigrantes na sua língua materna, em áreas como reunificação familiar, aulas de idiomas, emprego, saúde, bem-estar social e assim por diante, e fornece serviços principalmente para imigrantes do sul da Ásia e as suas comunidades.

Para além das barreiras linguísticas, diferenças culturais e integração, os imigrantes portugueses enfrentam muitos outros problemas sociais que podem dificultar a sua adaptação à vida num novo país. Um desses problemas é a sensação de estar longe de casa. Os migrantes podem sentir saudades de casa ou solidão e

podem lutar para encontrar maneiras de se conectar com as suas famílias e comunidades em casa. Isso pode levar a sentimentos de isolamento e depressão, que podem afetar sua saúde mental e bem-estar.

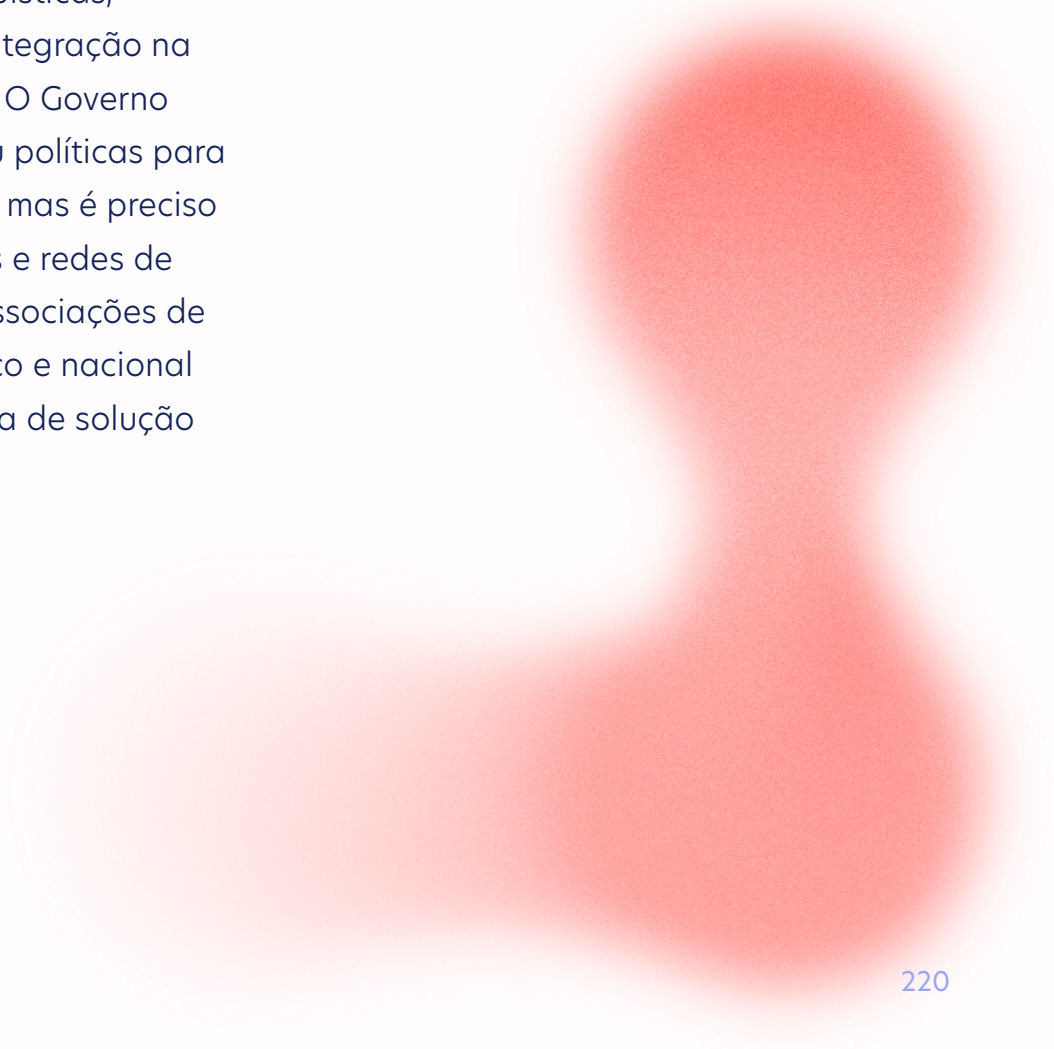
Outra questão que os imigrantes enfrentam em Portugal é a discriminação e o preconceito. Alguns portugueses podem ter uma atitude negativa em relação aos imigrantes, o que pode criar um ambiente hostil para eles. A discriminação pode afetar a capacidade dos imigrantes de encontrar emprego, moradia ou assistência médica. Além disso, os imigrantes podem ser mais propensos a sofrer de assédio ou violência por causa de sua raça, etnia ou religião.

Um terceiro problema enfrentado pelos migrantes em Portugal é a falta de acesso a recursos e serviços. Os migrantes podem não estar cientes dos serviços e recursos disponíveis para eles, ou podem ter dificuldade em acedê-los devido a barreiras linguísticas ou processos burocráticos. Isso pode dificultar o acesso dos migrantes a serviços essenciais, como saúde, educação e assistência social.

Estas estratégias não são exaustivas, podendo existir estratégias adicionais que possam ser utilizadas para abordar os problemas sociais enfrentados pelos imigrantes em Portugal. No entanto, eles fornecem um ponto de partida para a criação de um ambiente mais inclusivo e

solidário para os imigrantes no país. Ao implementar estas estratégias, Portugal pode continuar a promover a integração e o bem-estar dos imigrantes e a criar uma sociedade mais diversa e inclusiva.

Em conclusão, os imigrantes em Portugal enfrentam vários desafios, incluindo barreiras linguísticas, diferenças culturais e integração na sociedade portuguesa. O Governo português implementou políticas para promover a integração, mas é preciso fazer mais. Criar grupos e redes de apoio e fortalecer as associações de migrantes a nível público e nacional pode ser uma estratégia de solução para os migrantes.



Vozes sobre a dor, em ucraniano

Associação Mundo Feliz

Що робити, щоб поліпшити фізичний біль?

- потрібно проаналізувати рану, захворювання і зробити більше аналізів
- потрібно звернутися в медичні служби
- часто необхідна фізіотерапія для зміцнення м'язів
- необхідно часто приймати лікарські препарати
- Часто потрібна економічна підтримка, щоб мати можливість лікувати біль. перейдіть до соціального забезпечення, щоб побачити, яка підтримка є

Що робити, щоб поліпшити емоційний біль?

мати підтримку сім'ї
мати психологічну підтримку
Боріться за подолання хвороб і досягнення здоров'я
Оприлюдніть, що таке біль
покращити комунікацію
вчимося справлятися з болем
мати спостереження у психіатра
Займіться медитацією і навчіться дихати
Спілкуватися

Що робити, щоб поліпшити соціальний біль?

- соціальна вставка – група або сім'я
- Естра в асоціаціях
- базова підтримка - це сім'я
- мати юридичну підтримку, коли причиною стали нещасні випадки
- вашої інвалідності
- Не ізолюйтеся
- поширення форм товариськості
- Не бійтеся виходити на вулицю

Що можна зробити, щоб полегшити духовний біль?

розмова про духовний спокій
Медитувати
молитися
перехід на Месу або іншу службу
бути з людьми, які вам подобаються
Відчуйте природу
симпатії до себе



Vozes sobre a dor, em português

Associação Mundo Feliz

O que pode ser feito para melhorar a dor física?

- Você precisa analisar a ferida, a doença e fazer mais exames
- Você precisa entrar em contato com os serviços médicos
- A fisioterapia é frequentemente necessária para fortalecer os músculos
- É necessário tomar remédios com frequência
- Muitas vezes é necessário apoio económico para poder tratar a dor. Vá à Segurança Social para ver que apoios estão disponíveis

O que fazer para melhorar a dor emocional

Ter apoio familiar
Ter apoio psicológico
Lutar para superar doenças e alcançar a saúde
Torne a dor pública
Melhorar a comunicação
Aprenda a lidar com a dor
Ser observado por um psiquiatra
Faça meditação e aprenda a respirar
Comunicar

O que pode ser feito para melhorar a dor social?

- Inserção social - grupo ou família
- Estra em associações
- O suporte básico é a família
- Ter apoio jurídico quando a causa foram acidentes
- Sua deficiência
- Não se isole
- Difusão de formas de sociabilidade
- Não tenha medo de sair

O que pode ser feito para aliviar a dor espiritual?

Uma conversa sobre paz espiritual

Meditar

Rezar

Ir à missa ou outro serviço

Esteja com pessoas que você gosta

Sinta a natureza

Simpatia por si mesmo



Vozes sobre a dor. Em crioulo (Cabo Verde)

Maria João Cunha
PINTAVIDA — Associação Lusófona para a Promoção da Literacia em Saúde Oncológica

Kusé ki pode faze pa midjora dor físiku (na korpu)

- fisioterapia pa muskulu fika mas forti
- buska apoiu finanseru pa pode trata dor
- Toma midikamentu
- trata frida, duensa y faze izami
- Kontakta servisus di saúdi
- kontakta kumunidadi y asosiasons pa pidi djuda

Kusé ki pode faze pa midjora dor imosional (sentimentu)

- Prende ta lida ku dor
- kumunika ku otus algen
- Faze meditason y prende ta respira
- Luta kontra duensa pa alkansa saúdi
- Ten apoiu di família
- Ten apoiu psikulójiku
- ser observadu pa un psiquiatra
- Papia ku algen sobri kusé ki e dor

Kusé ki pode faze pa midjora dor sosial (relasionamentu ku otus algen)

- Prende mas sobri duensa
- faze parti di algun asosiason
- inserson sosial - faze parti di algun grupu o di família
- Ka izola- konvivi ku algen, papia ku es
- Ka ten medu di sai na rua
- ten apoiu báziku di família
- ten apoiu juridiku si duensa e ben di un asidenti ki provoka difisiénsia

Kusé ki pode faze pa midjora dor spritual (na alma)

- sinpatia pa nho mesmu
- sta ku algen ki nhu gosta
- papia sobri pás spritual
- medita
- reza
- kontenpla natureza
- prátika relijiozu

O que fazer para melhorar a dor física?



Dependendo do tipo de dor, existem várias possibilidades. Primeiro estude qual o tipo de dor de que sofre e questione o seu médico sobre a origem da mesma.

Em alguns casos, a fisioterapia é necessária para fortalecer os músculos e restabelecer as funções motoras, aliviando também a dor.

Sentir dor implica muitas vezes a necessidade de ter meios económicos para a tratar. Pode requerer apoios económicos quando não tem capacidade económica para fazer face às necessidades de cuidados, como necessitar de medicamentos e/ou tratamentos que aliviem a dor o coloquem mais confortável.

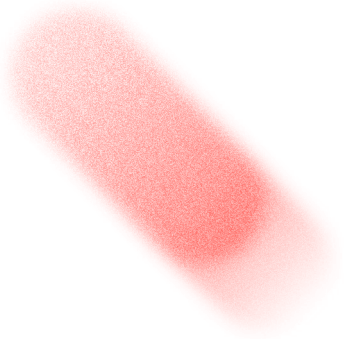
Pode ser necessário analisar a ferida, doenças e fazer testes e exames de diagnóstico.

É, por isso, essencial contactar os serviços médicos e, muitas vezes, recursos e ajudas que existem na comunidade (associações).

O que fazer para melhorar a dor emocional

- Aprender a lidar e gerir a dor.
- Comunicar de várias formas, incluindo escrevendo ou desenhando o que sente.
- Faça meditação, aprenda a fazer relaxamento progressivo e a inspirar e expirar o ar enquanto realiza os exercícios.
- O "espirito de luta" é uma das estratégias de confronto referidas na literatura científica como mais eficiente para vencer a doença, conseguir adaptar-se de forma positiva à mesma e ter saúde e bem-estar.
- Investir em diversas formas de comunicar o que sente.
- O suporte familiar percebido é um dos elementos securizantes para quem sente dor.
- Se sente necessidade, procure apoio psicológico especializado.
- Pode sempre recorrer a uma observação realizada por um psiquiatra que o pode apoiar com recurso a alguma medicação e fazer com que consiga ter um sono reparador.
- Tornar público o que é a dor.

O que fazer para melhorar a dor social?



- Aprender mais sobre a doença.

- Procurar associações onde encontre pessoas que vivem também com dor e partilhar com elas formas de a superar. Estas associações dispõem geralmente de um conjunto de informações que lhe podem ser úteis para tratar de assuntos relacionados com as suas incapacidades provocadas por acidentes ou doenças (Patient Advocat).

- Inserção social — grupo ou família. Não se esconda de si.

- Não se isole, ainda que lhe custe expor aos que lhe são mais próximos o que sente.

- Não se impeça de sair de casa e de encontrar interesses que o desmobilizem de pensar na dor.

- A família é o grupo de suporte que melhor pode compreender o seu problema, mas, por vezes, ela também precisa de ajuda. Informe-se onde as famílias podem recorrer enquanto cuidadores informais, não só para terem acesso a capacitação sobre o tema, como para saberem melhor lidar com a situação de stress.

O que pode fazer para aliviar a dor espiritual?

- Encontrar o sentido de vida, aumentar o autoconhecimento e autoestima.
- Encontrar-se com as pessoas de que gosta e partilhar com elas momentos.
- Falar sobre a paz espiritual.
- Meditar e realizar estratégias de relaxamento progressivo. Dedicar-se a atividades espirituais.
- Permitir-se sentir e saborear a natureza.
- Encontrar um sentido em ações de voluntariado, dedicar-se ao outro.



O cancro nas palavras de Caroline Simuchima Kundananji, Zambia



Eu sou Kundananji Caroline Simuchimba e sou uma ativista da literacia e dos direitos da criança. Eu também sou uma sobrevivente de cancro de mama de quatro anos. Descobri que tinha cancro de mama em 2019. Sempre fui uma pessoa positiva, sempre a sorrir e a rir, mas durante as poucas semanas até saber o que era exatamente a minha positividade fugiu.

Dor é não ter a minha paz de espírito. É a sensação de alguém a segurar o meu destino nas suas mãos e eu não ser capaz de o controlar. Considero que a dor não é física, mas psicológica.

Dor é eu falar com uma amiga depois da minha mastectomia e ela me lembrar, no meu momento de euforia por o cancro se ter ido embora, que talvez nem todo o cancro tenha sido removido.

A dor é deprimente por pessoas que me consideraram morta no minuto em que souberam que eu tinha um cancro de mama.

A dor é eu ver um mundo cheio de crianças vulneráveis a exigir

necessidades básicas e eu, mesmo querendo ajudá-las, falhar, porque não tenho os meios para o fazer. A dor não recebe ajuda e, no entanto, tudo o que peço e tudo o que eles precisam é muito pouco. A dor é também ver pessoas encarregadas do bem-estar de crianças vulneráveis negando-lhes os seus direitos humanos. É ver as poucas diferenças entre educação básica e de qualidade, os poucos recursos, inalcançáveis para crianças vulneráveis.

A minha dor é mental, os meus pensamentos são a minha dor. A dor física é por um momento.

Foi provavelmente a pior coisa a fazer, mas eu fui ao Google para obter respostas primeiro. Pode ter sido imprudente. Li tudo o que podia, até os piores cenários, e fiz as pazes com isso. Não havia nada pior que eu pudesse ouvir e aceitei o meu dilema e o que eu precisava de passar. Fiz as pazes com o facto de me dizerem que tinha pouco tempo de vida.

Aceitação é tudo quando se trata de sobrevivência. Senti-me no controlo e decidi aproveitar ao máximo o tempo que tinha.

Passei por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, nessa ordem, passando um período de um ano a receber tratamento e mais alguns meses para me recuperar totalmente.

Não foi fácil, pois eu tinha que estar no hospital muitas vezes e a minha irmã Nancy tinha de me levar, geralmente passando horas lá comigo. Durante todo o tempo, a bebé (a minha melhor amiga agora) teve que vir connosco

e ela passou incontáveis horas no hospital a aprender a andar e a cumprimentar sobreviventes de cancro. O tratamento fazia-me vomitar inúmeras vezes por dia, mas estava determinada a repor todo o líquido que continuava a perder — tornava um desafio beber cada vez mais líquidos. A comida era também um desafio. Tudo tinha que ser sem graça e com o mínimo de açúcar. Acabei por perder peso, e fiquei tão feliz com isso. Lembro-me de as enfermeiras me dizerem que o ginásio seria melhor do que o cancro.

Perder o cabelo quase não me incomodava, nem as minhas unhas enegrecidas. Eu mantive uma atitude positiva através de tudo isso. Porquê perder tempo a chorar quando eu poderia ser feliz?

A tristeza não resolveu nada.

Passei por insónias intensas que me fizeram dormir duas horas por noite, e até hoje tenho acordado um par de vezes todas as noites. Nessas noites eu assisti ao meu programa favorito, Chicago PD, repetidamente.

Tive um momento, porém, em que me senti derrotada. Mesmo com todos os meus esforços, admiti que estava desidratada e precisava do hospital para reidratar o meu corpo. Isso não ficou bem comigo e eu chorei quando senti que estava a perder o controlo. Eu precisava de estar a controlar.

Até as enfermeiras sabiam que esta situação era diferente porque, em vez de comentarem o meu habitual enorme sorriso e grande gargalhada, consolaram-me. Felizmente aconteceu apenas uma vez.

Houve outros momentos em que derramei lágrimas, por exemplo, sempre que falei com o meu namorado. Ele estava tão longe e era o único que me "quebrava" cada vez que falávamos. Rasgou-o, mas também me fez enfrentar a semana seguinte. Durante esse período, a minha família sacrificou o seu tempo e fez com que eu me sentisse amada. Eu tive a melhor equipa médica que conheci no Hall Perrine Cancer Center. Os funcionários, médicos e enfermeiros trabalharam como família e trataram-nos a todos como família. Tive apoio da Igreja Primeira Metodista Unida da Liberdade do Norte. Pessoas absolutamente incríveis que se tornaram família, fazendo-nos sentir como se nunca estivéssemos sozinhos.



Três Fontes de Felicidade

Eu tive três fontes de felicidade enquanto passei pelo tratamento. O meu sobrinho Shaun (o meu filho dado por Deus) estar lá comigo foi a minha primeira fonte. Ele segurou a minha mão durante a minha última sessão de quimioterapia.

A jardinagem foi a minha segunda. Eu amo as flores, sempre gostei de jardinagem. A minha irmã, na sua busca para me fazer feliz, comprou flores no valor de 300 dólares para mim na época. Eu regava-as diariamente até que a neve as matasse uma a uma.

A minha terceira fonte de felicidade foi a minha decisão de realizar o meu sonho de melhorar a literacia na Zâmbia. Durante os meus tratamentos de quimioterapia, eu gastava tempo a comprar livros de histórias de qualquer maneira que pudesse.

Pensar nas crianças vulneráveis, sem acesso a livros de histórias em tantas comunidades na Zâmbia, manteve-me motivada. Isso empolgou-me: verifiquei cada livro, rotulei cada um e gravei. Eu tinha o suficiente para começar uma pequena biblioteca, então enviamos os livros para casa antes de eu viajar de regresso à Zâmbia.

Mudei de carreira de administração da distribuição para a filantropia.

Superei a dor tornando-me uma versão melhor de mim mesma, preservando a minha paz de espírito e elevando aqueles que estão em baixo.

Penso que é irrelevante debruçarmo-nos sobre a minha dor quando há

crianças vulneráveis e pessoas que vivem nas nossas comunidades que não têm direitos humanos básicos de que usufruo.

Concentro-me na melhoria da literacia dos mais vulneráveis porque é um meio para reduzir a pobreza, um meio para melhorar os direitos humanos. Ver uma criança a segurar um livro de cabeça para baixo, a descobrir a maneira de virar páginas, o sorriso que se ilumina no seu rosto quando ela realmente o recebe, é muito gratificante.

Escolhi levar uma vida que muda vidas, muda mentalidades, impacta gerações e transforma comportamentos.

Uma vida indolor para mim envolve estar em busca da minha independência e da independência de todas as crianças/jovens lá fora.

Sermos capazes de construir as nossas próprias marcas, organizações e negócios, capacitando-nos uns aos outros e inspirando-nos uns aos outros diariamente.

Nos meus trabalhos anteriores trabalhei com figuras e máquinas, mas não tive a oportunidade de impactar vidas.

Vivo uma vida indolor, concentrando-me em causar o pequeno, mas necessário, impacto em centenas e milhares de vidas.

Cada dia dando esperança, construindo sonhos, inspirando outras pessoas e mudando vidas.

Devo tudo isso aos meus pais, pois sou mais forte do que a média das pessoas, grata pelas minhas oportunidades e grata por cada dia que sou dada a servir.

A minha mãe Lynette é minha heroína, ela inspira a minha jornada.

I am Kundananji Caroline Simuchimba and I am a Literacy and Child Rights Activist. I am also a four-year Breast Cancer survivor. I found out I had Breast Cancer in 2019. I have always been a positive person, always smiling and laughing, but for the few weeks till i knew what it was exactly, my positivity fled me.

Pain is, not having my peace of mind. It is the feeling of someone else holding my destiny in their hands and me not being able to control it. I consider pain to be not physical, but psychological. Pain is me talking to friend after my mastectomy, and her reminding me that maybe not all the cancer was removed , in my moment of elation that the Cancer was gone. Pain is depressing calls from people who ruled me of as dead the minute they heard I had Breast Cancer.

Pain is me seeing a world full of vulnerable children, requiring basic needs, me wanting to help them but failing because I do not have the means to do so. Pain is receiving no help and yet all I ask and all they need is very little. Pain is also, me seeing people in charge of the welfare of vulnerable children, denying them their human rights. It is seeing the few differences between basic and quality education, the few resources, unreachable for vulnerable children.

My pain is mental, my thoughts are my pain. Physical pain is for a moment.

It was probably the worst thing to do, but I went to Google for answers first. It may have been reckless but it saved my life. I read all I could, reading even the worst-case scenarios and I made peace with it. There was nothing worse that I could hear and I accepted my dilemma and what I needed to go through. I made peace with being told I had a short time to live.

Acceptance is everything when it comes to survival. I felt in control and decided to make the most of the time I had.

I underwent surgery, chemotherapy and radiation in that order spending a period of one year getting treatment and a few more months to fully recover.

It was not an easy period, as I had to be at the hospital often and my sister Nancy had to take me, usually spending hours there with me. All the while the baby (my best friend now) had to come with us and she spend countless hours in the hospital learning how to walk and greeting cancer survivors.

Treatment made me throw up countless times a day, but I was determined to replace all the fluid I kept losing, I made it a challenge to drink more and more fluids. Food was a challenge, everything had to be bland with minimum sugar. I ended losing weight and I was so happy about it, I remember the nurses saying the gym would be better than cancer.

Losing my hair hardly bothered me, neither did my blackened nails. I kept a positive attitude through it all, why waste time crying when I could be happy. Sadness solved nothing. I went through intense insomnia that had me sleeping two hours a night only and to this day has me waking up a couple of times every night. Those nights I utilized watching my favorite show Chicago PD repeatedly.

I had one moment though, where I felt defeated. Even with all my efforts I admitted that I was dehydrated and needed the hospital to rehydrate my body. That did not sit well with me, and I cried as I felt I was losing control. I needed to be in control. Even the nurses knew that this situation was different because instead of commenting on my usual huge smile and big laughter, they consoled me. Luckily it happened only once.

There were other moments when I shed tears which was every time I spoke to my boyfriend. He was so far away, and he is the only one I broke down to every time we spoke. It tore him up, but it made me ready to face the next week.

During this period, my family sacrificed their time and made sure I felt loved. I had the best medical team I have met at the Hall Perrine Cancer Center. The Staff, Doctors and nurses who worked as family and treated us all as family. I had support from the church First United Methodist of North Liberty. Absolutely amazing people who became family making us feel like we were never alone.

I had three sources of happiness while I was going through treatment. My nephew Shaun (my God given son) being there with me was my first. He held my hand during my final chemotherapy session.

Gardening was my second. I love flowers so I enjoyed gardening. My sister in her quest to make me happy purchased flowers worth 300 dollars for me at the time. I watered them daily till the snow killed them one by one.

My third source of happiness was my decision to realise my dream of improving literacy in Zambia. During my chemotherapy treatments, I spent time purchasing and sourcing story books anyway I could.

Thinking about the vulnerable children without access to story books in so many Communities in Zambia, kept me motivated. It excited me, I checked, labelled each one and recorded them. I had enough to start a small library, so we shipped the books home before I travelled back.

I changed careers right then from Retail administration to Philanthropy.

I overcame pain by becoming a better version of myself, by preserving my peace of mind and uplifting those who are down.

I feel it is irrelevant to dwell on my pain when there are vulnerable children and people living in our communities who do not have basic human rights that I rightly enjoy.

I focus on improving literacy of the vulnerable because it is a means to poverty reduction, a means to improve human rights. Seeing a child hold a book upside down, figuring out the way in which to turn pages, the smile that lights up on their face as they actually get it, is so rewarding. I have chosen to lead a life that changes lives, changes mindsets, impacts generations and transforms behaviour.

A painless life for me involves me being in pursuit of my independence and the independence of every child/ youth out there. Being able to build our own brands, organizations and businesses empowering each other and inspiring one another daily.

In my previous jobs I worked with figures and machines but did not have the opportunity to impact lives.

I live a painless life focusing on making the small but necessary impact on hundreds and thousands of lives. Each day giving hope, building dreams, inspiring others, and changing lives. I owe all of this to my parents, that I am stronger than the average person, grateful for my opportunities and thankful for every day am given to serve.
My mother Lynette is my hero, she inspires my journey.

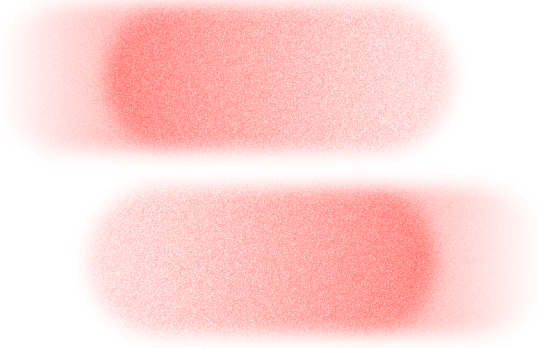
SOLUÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS, OU, PARA ALÉM DA MEDICAÇÃO



Para além dos medicamentos. Soluções não farmacológicas para controlo ou diminuição da dor

Dra. Diana Pinheiro, Medicina Tradicional Chinesa
Dra. Márcia Alves, SESARAM, Madeira

Como ultrapassar a dor para além dos medicamentos.
A terapia farmacológica para a dor contínua é mais eficaz quando é combinada com abordagens não farmacológicas, isto é, intervenções que não usam medicamentos.



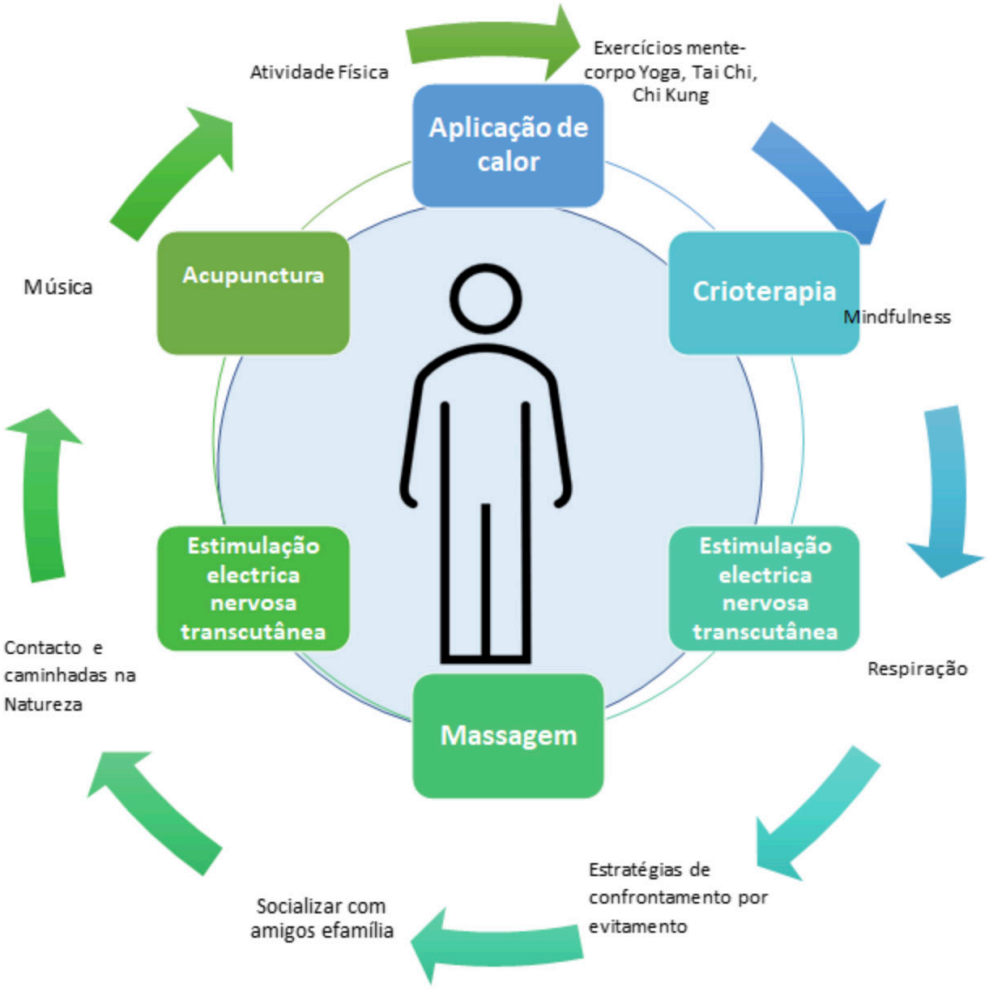
Intervenções não farmacológicas

Sabemos que as intervenções não farmacológicas, quando realizadas tendo em conta o ciclo de vida em que a pessoa se encontra, a sua condição física e idade, permitem o alívio significativo de dores, bem como outros desconfortos, físicos, psíquicos e sociais.

Atividades quotidianas simples, tais como caminhar, nadar, cuidar do jardim e dançar, podem aliviar parte da dor diretamente, bloqueando os sinais de dor para o cérebro.

Depois de algum tempo sem fazer qualquer atividade, pode acontecer sentir o corpo a reagir. Contudo, à medida que vai praticando e introduzindo na sua rotina, os músculos e articulações vão ficando cada vez mais aptos, a circulação do sangue fluirá de forma mais adequada e irá alimentar melhor todas as células, suavizando o sinal de dor.

De seguida são propostas algumas intervenções não farmacológicas para alívio da dor, geradoras de bem-estar:



O que pode ser feito para ultrapassar a dor, para além da medicação?

Atividade física

- Exercícios físicos;
- Desporto ajustado à idade e condição física;
- Dançar.

É positiva a atividade física para combater a falta de uso do corpo ou com os músculos enfraquecidos, por exemplo, quando há um repouso prolongado e limitação da atividade local de partes do corpo.
A atividade física melhora o bem-estar geral, humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de autocuidado, o padrão de sono e pode reduzir a ansiedade.

Para pessoas com limitações físicas ou lesões musculares que podem ter uma atividade física limitada (não podem ou não conseguem), aconselha-se o Ioga, o Chi Kung ou o Tai Chi. É uma técnica recomendada para ajudar a pessoa a enfrentar os sintomas e efeitos secundários dos tratamentos.
A atividade também ajuda a diminuir a dor, alongando músculos, ligamentos e articulações rígidos e tensos.

Acupuntura

É utilizada a aplicação de agulhas esterilizadas e utilização única, em pontos específicos e com localização anatómica (no corpo) precisa. É utilizada para várias condições de dor, incluindo dor nas costas ou no pescoço, dor no joelho associada à osteoartrite e dor pós-operatória. Também pode ajudar a aliviar a dor nas articulações.

Uma análise de dados de 20 estudos (6.376 participantes) de pessoas com condições dolorosas, entre elas dor nas costas, osteoartrite, dor no pescoço ou dores de cabeça, mostrou que os efeitos benéficos da acupuntura perduram, em média, por um ano após o final do tratamento.

Para uma prática segura e eficaz, segundo a Lei nº 71/2013, deve ser aplicada por um acupunctor com cédula profissional e após realização de diagnóstico.

Aplicação de calor

É recomendada para pessoas com artralgias (isto é, uma dor nas articulações, sendo um dos tipos mais frequentes de dor) e espasmos musculares (os músculos contraem-se).
No entanto, esta técnica pode provocar aumento do edema (nódoa negra) e queimaduras e, por isso, deve ser utilizada com cuidado.
Quando não deve ser usada?
Esta técnica não deve ser realizada em pessoas com alterações da sensibilidade e de consciência, e em zonas com infeção e sangramento.

Crioterapia

É uma técnica que utiliza o frio para ajudar a aliviar a dor musculoesquelética (músculos e ossos), contusão (quando existe uma dor provocada por uma pancada, por exemplo) e torção (torcer uma parte do corpo), e devemos observar as alterações da pele.

Esta ação não é recomendada as pessoas que têm:
- Doença vascular periférica;
- Insuficiência arterial;
- Sensibilidade;
- Alteração de consciência.

Exercícios mente-corpo: Yoga, Tai Ji (Tai Chi), Qi Gong (chi kung)

São conjuntos/sistemas de exercícios consideradas práticas mindful, meditação em movimento, originários da Índia (Ioga) e da China (Tai ji e o Chi Kung), que permitem melhorar a saúde das articulações, a melhoria da qualidade de vida, redução da ansiedade, depressão, e da fadiga, redução das perturbações do sono e de dores musculares, articulares e sistémicas.

Exercícios aquáticos (hidroginástica)

A atividade física na água permite um melhor relaxamento. Ensaios mostram que a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia melhora com uma terapia de exercícios aquáticos. Hidroginástica de forma controlada e aconselhada pelo profissional de saúde.
O exercício aumenta a saúde física e do cérebro. Estudos mostram que os sinais químicos libertados pelos músculos durante o exercício promovem o desenvolvimento neuronal no cérebro.

Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)

É um método que utiliza a corrente elétrica para induzir analgesia, isto é, o tratamento da dor.
O que acontece? Os elétrodos são colocados na pele, através de uma fina camada de gel, para permitir a transmissão dos impulsos elétricos para a região a ser estimulada.

Estratégias de confrontamento por evitamento;

O envolvimento em atividades agradáveis, de prazer, que afastem (mesmo que por momentos) a dor.

Se forem aplicadas algumas técnicas cognitivas de distração da pessoa, está provado que ajuda no controlo da dor, na diminuição da ansiedade, na valorização da capacidade física.
Esta estratégia visa que as pessoas coloquem em segundo plano os estímulos menos agradáveis e que se envolvam numa tarefa agradável, que lhes dá prazer.
Este foco na nova tarefa ajuda a "esquecer" a dor temporariamente.
A técnica de "pensar em algo diferente e fazer algo diferente" ajuda também a diminuir os sentimentos de desamparo e a falta de controlo, como, por exemplo, jogar sudoku, palavras cruzadas, pintar, entre outras atividades que exijam concentração mental.

Imagens guiadas

As imagens guiadas podem ajudar a reduzir a ansiedade e o stress.

Massagem

Ajuda a melhorar a circulação do sangue, a promover o relaxamento dos músculos, a diminuir a fadiga, as náuseas, a ansiedade e a depressão.
Pode ser utilizada em pessoas com dor aguda e crónica.
- Não é recomendada em zonas com varizes ou com alteração da coagulação (sangue mais líquido ou mais espesso) e em zonas com sinais de infeção.

Mindfulness

Visa colocar a atenção de forma intencional, plena e focada no momento presente, sem julgar.
Melhora sintomas de dor músculo-esquelética (músculos e ossos), a qualidade do sono, depressão e melhora a qualidade de vida. Promove melhoria na inflamação sistémica (reação inflamatória do corpo), fibromialgia, artrite reumatoide, dor lombar crónica entre outras.

Música

As intervenções musicais podem fornecer uma abordagem complementar eficaz para o alívio da dor aguda, processual e oncológica/crónica no ambiente médico.
Tem efeitos no alívio da dor, na ansiedade, na estabilização do humor e na qualidade de vida.

Natureza

- Contacto
- Caminhadas

Uma hora num bosque, floresta, jardim ou passear um animal de estimação nestes espaços pode prevenir e melhorar o bem-estar geral e, mais especificamente, a ansiedade, depressão, raiva e fadiga. Permite ainda melhorar a relação interpessoal, diminuir ou regularizar a tensão arterial e a frequência cardíaca, bem como os níveis de stress e a dor.

Relaxamento muscular

Podem ser obtidos mais benefícios para o alívio da dor também através do relaxamento dos músculos. Quando os músculos estão descontraídos, é ativado o sistema nervoso parassimpático, que é responsável pela resposta de "descansar e digerir", assim como a diminuição da frequência cardíaca.

Respiração

Na presença de dor, pode ajudar a alinear, existindo concentração na respiração.
Quando a dor é intensa, é muito fácil começar a respirar superficial e rapidamente, o que pode fazer com que se sinta tonto, ansioso ou em pânico. Em vez disso, experimente respirar mais lenta e profundamente. Isso irá contribuir para um maior controlo do relaxamento, evitando assim que tensões musculares ou ansiedade agravem a dor.

Socializar com amigos e família

Manter o contacto com amigos e familiares.
Não deixar que a dor signifique a perda de contacto com as pessoas. Manter contacto com amigos e familiares é bom para a sua saúde e pode ajudá-lo a sentir-se muito melhor. Fazer visitas mais curtas, talvez com mais frequência. Quando não for possível visitar as pessoas, telefonar a um amigo, convidar um membro da família para um chá ou conversar com seu vizinho.

Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental envolve alterar pensamentos e comportamentos negativos relacionados com a dor. Pode também ser eficaz na redução da intensidade da dor e melhorar a qualidade da vida.

Algumas sugestões. Crie um diário de dor

É importante incentivar os pacientes ou os familiares a documentar um ciclo de dor de uma semana antes de se reunirem com a equipa de controlo da dor.
É importante anotar quaisquer tratamentos ou ações que diminuam ou aumentem o seu desconforto.
Por exemplo, talvez tenha descoberto que os banhos quentes ou o tempo frio aumentam a dor, mas os exercícios tornam a dor mais controlável.
Se vier preparado com todas essas informações, o seu tempo com o médico pode ser melhor gasto, concentrando-se nas próximas etapas e num plano de tratamento, em vez de uma longa revisão de perguntas e respostas das informações fornecidas aqui.
Mais importante ainda, abordar esses problemas com antecedência garantirá que seu médico receba informações atualizadas e de alta qualidade.
Como resultado, o seu caso pode ser avaliado mais rapidamente e um plano de controlo da dor pode ser colocado em ação para começar a reduzir ou eliminar seu desconforto o mais rápido e eficazmente possível.

As endorfinas ou os analgésicos naturais do corpo

As endorfinas podem libertar o stress, diminuir a sensação da dor ou aumentar a tolerância à dor e criar uma sensação de bem-estar.
As endorfinas são os analgésicos naturais do corpo. As endorfinas são libertadas pelo hipotálamo e pela glândula pituitária em resposta à dor ou ao stress, aliviando a dor e criando uma sensação geral de bem-estar.
Existem cerca de 20 tipos diferentes de endorfinas. A mais bem estudada delas é a beta-endorfina.

Como libertar endorfina

Pode aumentar a libertação de endorfina do seu corpo participando em algumas (ou todas) estas atividades que agora apresentamos:

Exercício. Um ritmo com alguma intensidade, através de caminhadas rápidas e atividades aeróbicas.

Acupuntura. Uma maneira eficaz de libertar endorfina é com pontos de pressão. Colocar agulhas finas na pele em pontos específicos ao redor do corpo desencadeia a liberação de endorfinas.

Meditação. Respirar profundamente e focar o seu cérebro acalma a sua mente e alivia a dor.

Relações sexuais. Essas hormonas são a razão dessa sensação de felicidade que muitos de nós sentimos depois de ter relações sexuais.

Ouvir música. Quando canta, dança ou toca um tambor, faz mais do que entreter os outros.

Rir. Uma boa gargalhada pode fazer maravilhas pelo seu estado de espírito. Em conjunto com a libertação de endorfinas, o riso altera os níveis de serotonina e dopamina.

Luz ultravioleta. É bom passear algum tempo ao ar livre sob o sol. A luz ultravioleta estimula a libertação de beta-endorfinas na pele.

Neste contexto, o exercício físico, o controlo do peso e a participação em atividades sociais também podem ser consideradas medidas que contribuem não farmacologicamente para o controlo da dor.

OS ESTILOS DE VIDA

A influência da alimentação

Dra. Vânia Costa, nutricionista

O que comemos tem um grande impacto na forma como nos sentimos. Comer todos os dias os alimentos que protegem o nosso corpo pode ajudar a melhorar os níveis de energia, o sistema imunitário e os níveis de dor. A alimentação é um dos componentes-chave do estilo de vida que pode melhorar ou contrariar os vários efeitos da dor, principalmente da dor crónica.

A investigação científica tem demonstrado que a alimentação saudável fortalece o sistema imunitário, pode ajudar a reduzir e combater a inflamação e, por isso, ajuda também no combate à dor crónica.

Quais são algumas das situações em que a alimentação pode ajudar no combate da dor?

Peso excessivo e obesidade

Explicação

Peso excessivo significa mais carga nos ossos e nas articulações e aumento de gordura corporal. Isto contribui para o aumento de inflamação e dor.

Recomendação

Deve ter um peso adequado.
Fale com os profissionais de saúde que o seguem sobre como obter apoio de um nutricionista.

Baixo peso

Explicação

Baixo peso pode significar estar mais frágil, ter menos força (perder massa muscular), perder o apetite e não comer o suficiente para as suas necessidades. Estas situações agravam a dor.

Recomendação

Deve ter um peso adequado.
Fale com os profissionais de saúde que o seguem sobre como obter apoio de um nutricionista.

Diabetes e doenças cardiovasculares

Explicação

O mau controlo da glicémia e dos níveis de gordura no sangue aumentam o risco de inflamação e, por isso, também podem aumentar o risco de dor.

Recomendação

Fale com os profissionais de saúde sobre o controlo da sua doença e de que forma a alimentação pode ajudar.

Sintomas intestinais

Explicação

Dores abdominais por prisão de ventre, cólicas ou diarreia podem ser melhoradas com a alimentação certa. Estes sintomas podem surgir associados a doenças (por exemplo, síndrome de intestino irritável, endometriose ou tratamento para o cancro, entre outras).

Recomendação

Fale com os profissionais de saúde que o seguem sobre como obter orientações alimentares para a sua situação.

Quadro 1 Exemplos de situações em que a alimentação pode ajudar no combate da dor (Fonte: elaboração própria)

Não existe uma alimentação ideal para o combate da dor. Existem algumas recomendações e sugestões importantes que podem ajudar no combate da dor, como as que são apresentadas em seguida. Estas recomendações são compatíveis com a alimentação da dieta mediterrânica, em que foram provadas vantagens no combate à inflamação.

A alimentação não tem um efeito imediato como um comprimido. Para poder obter os melhores efeitos deve fazer mudanças saudáveis na sua alimentação, que se tornem rotinas do dia a dia.

Que alimentos evitar?

Devem ser evitados alimentos que contribuem para a inflamação - **alimentos inflamatórios** – pobres em vitaminas, minerais e fibra, ricos em gorduras de má qualidade (gorduras saturada e trans), sal, açúcares adicionados.

Evite junk food, alimentos ultraprocessados, refrigerantes, carnes processadas (ex. bacon, enchidos, salsichas), cereais muito refinados, açúcar e alimentos açucarados.

Recomendação

Incluir frutos e hortícolas de cores variadas em todas as refeições do dia.

Explicação

São ricos em substâncias naturais chamadas fitonutrientes e antioxidantes, que ajudam o sistema imunitário a proteger o organismo da inflamação.

Orientação

- Comer todos os dias 2 ou 3 variedades de fruta e 5-7 variedades de hortícolas (legumes e hortaliças):

Verde: espinafres, couves, alface, brócolos, pimento, nabiças, feijão-verde.
Vermelho: tomate, pimento, beterraba.
Laranja: abóbora, cenoura, pimento.
Branco: couve-flor, cebola, alho, alho-francês.

Sugestões

- Preferir fruta fresca ou congelada ao natural, em batidos ou sumos que incluam a casca dos frutos (frutos vermelhos).
- Incluir hortícolas frescos da época ou congelados (a congelação mantém os nutrientes).
- Planear como incluir hortícolas na refeição e a ocupar cerca de metade do prato.

Recomendação

Variar todos os dias as fontes de proteínas.

Explicação

As proteínas são nutrientes importantes para manter a força muscular. **Evitar** fontes de proteínas ricas em gorduras e que aumentam a inflamação — gordura saturada e trans existente na carne vermelha, bacon, salsichas, enchidos.

Orientação

Diariamente incluir:

- Leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas, favas, grão-de-bico, soja), que são fontes de proteínas e fibra.
- O leite, iogurte e queijos são fontes de proteínas, minerais e vitaminas. Consumir 2 a 3 vezes.
- Preferir carnes magras. Limitar a carne de porco ou carne de vaca a 1-2 vezes na semana.

Sugestões

- Incluir as leguminosas nas sopas e guisados ou a substituir a carne ou peixe (ervilhas com ovos escalfados).
- Preferir o consumo de peixe, ovos e carnes magras (frango e peru).
- Preferir iogurte, queijo e leite, meio gordos ou magros nas refeições de pequeno-almoço e lanches.

Recomendação

Escolher todos os dias gorduras de boa qualidade.

Explicação

O peixe, linhaça e frutos gordos (oleaginosos) são ricos em gorduras que protegem da inflamação (em ácidos gordos ómega-3).

Orientação

Diariamente incluir:

- 2-3 colheres de sopa de azeite e 1 colher de sopa de sementes de linhaça moída.
- 1 punhado de frutos gordos (30g), como nozes, amêndoas, amendoins sem sal.

Semanalmente:

- Comer 4 refeições de pescado. Do peixe gordo (salmão, sardinha, cavala), no mínimo, 1 vez por semana.

Sugestões

- Cozinhar e temperar sempre com azeite.
- Preferir barrar o pão com azeite.
- Adicionar sementes de linhaça moída no iogurte, salada, sopa.
- Optar por peixe em lata (ex. atum, sardinha), fresco ou congelado.

Recomendação

Invista na ingestão de líquidos.

Explicação

A falta de líquidos no organismo pode aumentar a sensibilidade à dor.
A ingestão suficiente de líquidos faz parte do equilíbrio do organismo.

Orientação

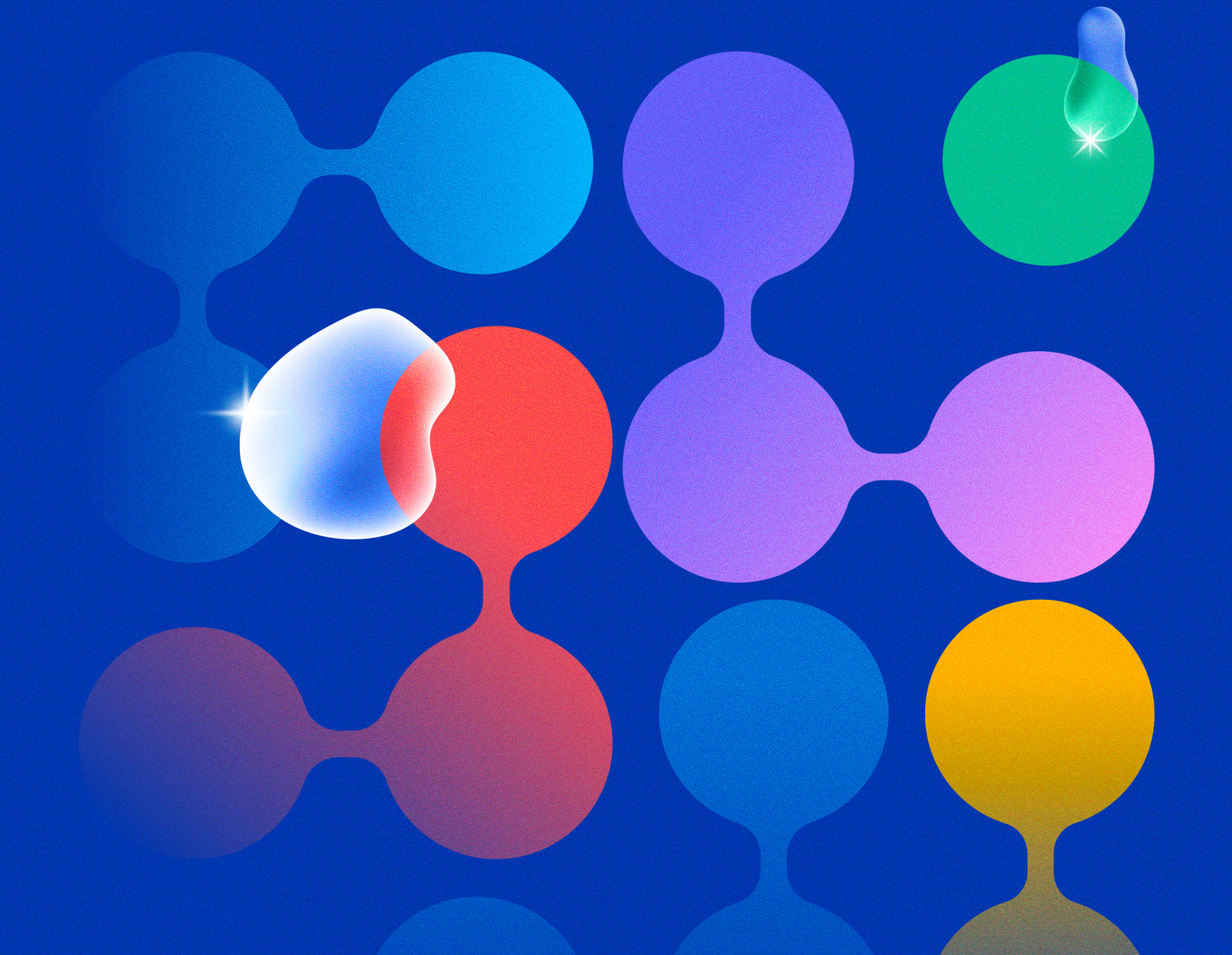
- Beber diariamente, no mínimo. 1,5L a 2L de líquidos por dia.
- Limite o consumo de bebidas com cafeína (café, chá preto, colas).

Sugestões

- Ter sempre consigo uma garrafa com água.
- Beber água, infusões sem açúcar.
- Fazer as águas aromatizadas com cascas, pedaços de frutos (limão, laranja, ananás, frutos vermelhos), canela, anis, cravinho, folhas de hortelã, manjericão.

Quadro 2 Principais recomendações da alimentação que pode ajudar no combate da dor (Fonte: elaboração própria)

A REALIDADE: TESTEMUNHOS SOBRE A DOR



Conquistas

Alertar, dar a voz, participar.

Eis os testemunhos dos que deram voz a este guia e o enriqueceram porque deram parte de si a todos.
As visões de cada uma destas pessoas na sua avaliação da dor, do que passaram e como se sentem e, sobretudo, como superam a dor. Exemplos vivos de coragem.



Alex Loureiro

Especialista em feedback
Transgénero



O que é, para mim, a dor?

A dor é um sinalizador ativo psíquico e físico para reconhecimento do desalinhamento com o nosso ser autêntico ou a nossa natureza mais profunda, não afetada por condicionamento ou pressão de conformidade cultural, por crenças, autoimagem, ancestralidade ou karma (princípio de ação e reação sequencial da vida).

O que me aconteceu?

Uma quase epifania aos 54 anos de vida, na qual me apercebi, através de um evento espontâneo, que era uma pessoa transgénero, clarificando toda a dor de uma existência extremamente desconfortável até então.

Como supero a dor?

Mais do que com quaisquer técnicas ou ferramentas para lidar com as diversas expressões da dor existencial, com coragem (agir com o *coração consciência*).
Traduzindo na prática e aplicando ao processo de transição, decidindo iniciá-lo com esta idade, dizendo pela primeira vez um grande sim ao que genuinamente sentia. Dando voz a esse *coração consciência*, à revelia de todos os conselhos, opiniões, vontades e pressões familiares de maior ou menor expressão ou intensidade, ressalvando que a maior parte da minha família aceitou e apoiou este processo completamente.

Sendo consistente nessa decisão, dando todos os passos de forma sensata, aproveitando o privilégio de o fazer com a maturidade devida à experiência de vida.
Pesquisando, estudando, decidindo, realizando. Trabalho com público e, mesmo neste contexto, o processo decorreu com uma aceitação simples e natural. **Sou mesmo privilegiado!** Não obsta a que haja processos intensos e, por isso, mais difíceis, mas a energia que conduz tudo, de um grande "sim," ajuda sempre a encontrar o melhor caminho para serenar e prosseguir.
A vida é Boa.

Perfil. Quem é?

"O Alexandre é um observador sensível, crente utópico dos caminhos da paz, pensador do improvável, curioso irredutível, com os pés bem assentes na Terra. A formação e treino base em Engenharia sustentam o reconhecimento da vida como radiância de puro amor".

Ana Paula Reis

Embaixadora da pessoa com deficiência



O que é, para mim, a dor?

Começamos a lidar com a dor desde o nascimento, ao sairmos do ventre materno e sermos confrontados com um ambiente diferente, barulhento, com cheiros e pouco confortável. Mas não nos recordamos desse momento de dor.

Ao longo da vida, deparamo-nos com diversos tipos de dor. A física, a emocional, maior, menor, suportável, longa, curta.

É assim com todos e não foi diferente para mim.

Enquanto crescia, a dor surgia, de vez em quando, das mais variadas maneiras.

Quando comecei a levantar-me para aprender a andar, caía e tornava a tentar com algum receio, dor e desconforto. Ao começar a andar de bicicleta e esfolava os joelhos, as cabeçadas nos armários quando estava distraída, um pé torcido no ballet, um braço ou mão magoados, um entalão de dedo na porta e mais tarde, as dores mensais próprias das mulheres.

E sem esquecer as dores de tristeza pelo acabar de uma relação ou a dor da saudade pela partida ou perda de alguém.

Por isso, para mim, a dor é algo pessoal, pois é através da minha própria experiência que eu conheço a dor e, por essa razão, é subjetiva.

Mas tenho consciência de que é inevitável.

O que me aconteceu?

Já adulta, aos 29 anos, senti das maiores dores que fisicamente sofri.
A minha queda do 8.º andar, que teve como consequência a minha paraplegia a nível D12.
Nesse acidente, parti o braço com fratura exposta, três costelas com perfuração de pulmão, a cabeça e a coluna na zona dorsal.
Para quem nunca tinha entrado num hospital, as dores foram insuportáveis.
Duas semanas e meia a morfina.
Mas o lado bom dessas dores é que foram diminuindo e o "sentir" físico acaba por ser esquecido, lembrando-me apenas de que as tinha tido e que tinham sido intensas.
Das dores emocionais, tive a perda do meu pai, a quem eu era muito ligada. A sua falta fez o meu mundo ruir e perdi um pouco o norte (como se diz).
E a perda da minha filha, que foi muito desejada e não chegou viva ao fim da gravidez.
Ambas as dores foram solitárias, cruéis, sem sentido, como qualquer dos mortais pensará da sua dor.
Nunca esqueci essas dores embora sejam atenuadas com o passar do tempo.

Como supero a dor?

Para todas as dores físicas que eu senti, tenho presente na minha cabeça que elas vão diminuindo ao longo do tempo.
Pode demorar um pouco, mas deixo de as ter e, embora me lembre de que elas existiram, não as sinto mais.
Para mim, isso é um conforto e faz com que qualquer dor física se torne suportável. Também sei que tenho uma grande capacidade de aguentar as dores.
Quanto à dor emocional, a dor da alma, é mais difícil. É a pior. Invisível. Inigualável. Para ela, tento encarar a vida vendo sempre o copo meio cheio, por mais duro que possa ser.
Desenvolvo dentro de mim a capacidade de olhar com esperança, com aprendizagem, de frente (sem fugir). Ouvindo-a e respeitando-a.
Pode deixar uma cicatriz para sempre na alma, mas sei que a falta de respiração que ela provocou com a sua imensidão será diluída.
E, para complementar esta paz e tranquilidade ao encará-la, pratico meditação.
Ultrapasso as minhas dores, sejam elas físicas, psicológicas ou espirituais com a maneira como encaro a vida.
Tenho a tendência para ver sempre o copo meio cheio.
Acredito em mim, por mim e para mim.
A força e o otimismo surgem dentro de mim e emergem com solidez.

É a tudo isso que me agarro, para além de encontrar no mais minúsculo a beleza que nos rodeia.
Quer nas pessoas, quer no quotidiano. Penso que é a melhor maneira de estar neste caminho que traçamos todos os dias.
Pensar nos outros também me ajuda a minimizar o que passo.
Apoiar com doçura e sem julgamentos o outro traz-me serenidade para encarar os meus momentos menos bons.

A Fénix renasce do pior, das próprias cinzas. E voa, livre, e no seu melhor. Com a sua força.
Embora uma figura mitológica, eu acredito no simbolismo da Fénix, o recomeço e a esperança de um futuro melhor.

Tenho presente uma frase de Friedrich Nietzsche: "Viver é sofrer, sobreviver é encontrar algum sentido no sofrimento".



Carlos Filipe, Associação 3C's

Conviver com a dor



Quem sou e o que me aconteceu?

Sendo uma pessoa com deficiência, nomeadamente, congénita, nasci sem os dois braços e uma perna, mas sou bastante ativo: trabalho, danço, faço coreografias, faço desporto, faço fisioterapia, cozinho, etc.... Devem estar a pensar agora que não tenho qualquer tipo de dor incomodativa, apenas aquela dor que até sabe bem, depois de um dia de exercícios. Pois, mas não, eu convivo com a dor. "**Conviver com a Dor**". Poderia ser o título de um filme, é verdade, mas infelizmente é a realidade de muitas pessoas no seu dia a dia.

Não é crónica, nem fantasma, é mesmo dor muscular. Mas não é aquela dor que simplesmente passa com pomada ou comprimidos (tem dias), é uma dor que já faz parte de mim devido à escoliose que tenho nas costas, devido ao facto de ter só um membro (perna esquerda), de ao escrever ter de compensar todo o restante corpo para o conseguir fazer e manter o equilíbrio.

Existem vários tipos de dor, como por exemplo:

- A crónica, que pode ser considerada a pior de todas, por muitos, pois é aquela dor que já faz parte da pessoa, seja ela o que for, faça ela o que fizer.

- A fantasma, que muitos não entendem. Muitos pensam que é imaginação da pessoa, mas não é, porque esta dor é bastante comum nos amputados, nos membros que, por alguma razão, tiveram de ser cortados. É exatamente nesse membro (ou a falta dele) onde reside esta dor que é real e bastante difícil de lidar.

- A dor muscular, que, por esforço físico ou alguma lesão no músculo, causa bastante desconforto, quer numa só zona, quer no corpo todo, podendo ser leve ou extrema.

Estes são apenas alguns exemplos, mas é um panorama muito complexo e extenso para um leigo como eu na matéria estar a analisar mais a fundo, mas serve apenas dar uma pequena ideia do que é viver com a dor.

Como ultrapasso a dor?

Com algumas estratégias:

- Se faço fisioterapia? Sim uma vez por semana, com alongamentos e massagens.
- Alivia? Sim, bastante.
- Então porquê fazer só uma vez por semana? Simples, para ter vida não posso estar constantemente na fisioterapia e também não é algo propriamente barato para ter todos os dias.
- Quais as alternativas? Quando a dor não é muito intensa, tento sempre descansar um pouco para aliviar e não piorar, mas quando não dá para descansar, aguenta-se. São escolhas!

Ao longo da minha vida, sempre tive dores, umas mais fortes que outras, sempre nas costas, rabo e pescoço. Não tendo membros, é a forma que tenho de compensar para conseguir fazer as coisas e manter o ritmo da vida.

Arrependimentos ou esperanças

Não me arrependo de nada e faria tudo novamente igual. Já me habituei a conviver com a dor, embora reconheça que seria bom não ter dores, mas é algo que não me impediu antes, nem me impede agora, de continuar a minha vida, de atingir os meus objetivos.
Tenho perfeita consciência de que se piorar procurarei alternativas para continuar a minha vida, mas nunca algo que me tire a mobilidade, como, por exemplo, operarem-me à coluna, que era o que queriam fazer quando era jovem, para me endireitarem a coluna. Obviamente que recusei, pois ficaria sem dores, mas não seria a pessoa que sou hoje, ou o que faço atualmente.
Esperanças tenho sempre, pois sei que a medicina tem estado a evoluir bastante, mas não é algo que me tire o sono, ou que anseie por isso.

Conselhos

Não quero ser modelo para ninguém, muito menos um exemplo de vida. Como muita gente diz, apenas faço a minha vida como qualquer comum dos mortais, com menos dor ou mais dor. Mas se alguém me perguntasse o que aconselharia, eu responderia que, se a dor não for algo que te incapacite ou algo que saibas que não te vai prejudicar a médio ou longo prazo, não deixes que te faça parar, não lutes contra ela, tenta encontrar um balanço entre a dor e o bem-estar. Por fim, não permitas que ninguém tome as decisões da tua vida por ti, assume os riscos e os erros. Se tens dúvidas, pergunta, mas a decisão final é sempre tua!

Este tem sido o meu lema de vida e a forma como "abracei" a dor!

Carlos Filipe
Analista de dados/sistemas,
Presidente Associação 3 C' S, coreógrafo e professor de dança

Contacto
912196111

Site
https://www.facebook.com/Associ acao3CS

Email
carlosfilipe_457@msn.com

Cláudia Fraga, MOG

Presidente da Associação Movimento Cancro do Ovário e Outros Cancros Ginecológicos — MOG



O que é, para mim, a dor?

A dor e o amor andam de mãos dadas. São quantificáveis em escalas, mas, devido aos neurotransmissores que cada um canaliza de forma diferente, fazem toda a diferença no final global da individualidade. O que cada um sente é único, tanto no amor como na dor.

Quando, nos anos 90, parti o côndilo do maxilar direito, diagnosticaram-me com híper sensibilidade à dor. Aí senti pela primeira vez na minha vida o que é sentir dor.

Quando fiz a primeira operação aos ovários em 2015, mal acordei, levantei-me logo, dei uns passos, apesar de sentir dor.

Mas dor — e muita — voltei a ter nos cuidados intensivos, quando pedi para me darem um analgésico (nunca o faço) e obtive esta resposta: "a Cláudia está com a morfina máxima que podemos administrar". Perante tal resposta, o meu foco passou a ser "transformar" uma garagem num apartamento, o qual fiz todo o processo necessário neste estado, canalizando o foco da dor para o de realizar uma coisa. Resultou e foi feito. Deixar de "ligar" à dor é essencial, senão há alturas em que se torna insuportável. O foco determina a forma e o grau do sentir.

O que me aconteceu?

Eu já sobrevivi a um cancro do ovário em 2015, a uma recidiva em 2018. Fui operada cinco vezes, fui ostomizada, reverti a ostomia e estou cá, cheia de força para ajudar quem precisa.
A autoimagem é alterada drasticamente e temos de deixar de ligar tanto ao invólucro e ligar mais ao interior, saber adaptar as circunstâncias da vida e, com elas, aprender a ter mais força para darmos também a quem precisa, pois afeta toda a família. Temos de nos focar na cura e não na doença. Viver não custa, custa é saber viver.

O que faço para superar?

O levante a seguir às operações é muito importante. Dói e custa muito, custa, mas é pior quanto mais tempo deixarmos passar. É para doer, então mais vale sentir logo o que nos espera e, assim, aprender a conviver com os vários níveis de dor. O tempo demora uma eternidade a passar, quando sentimos dor, mas passa e as melhoras não tardam.
Tenho uma religião que é nadar no mar. Meto o foco em nadar em mar aberto. Mudar espaços — voltei a transformar um espaço, um sótão que estava cheio de tralha, num apartamento onde se vive e convive bem.

Cada um tem de se focar no que quer fazer para se sentir bem, transformar algo em melhor. Se andarmos com a dor de mãos dadas com o amor, superamos a dor com maior facilidade e canalizamos a nossa energia para a construção e alteração positiva. Ter objetivos a atingir fora da doença é importante. Assim, eu vou superando a dor em fase aguda e outras de mãos dadas com o amor à vida. Ter o foco fora da dor e da doença é meio caminho para ter qualidade de vida e vida.

Eliana Rocha

Enfermeira



O que, é para mim, a dor?

É algo que sentimos e, que muitas vezes, não conseguimos explicar. É tão nossa que, por vezes, mais ninguém a consegue entender.

A dor pode ter várias dimensões: física, psicológica, emocional e espiritual. Somos tudo isto numa só pessoa e, por isso, não podemos dissociar nenhuma destas vertentes.

O que me aconteceu?

Iniciava-se o mês de março de 2022, estava numa fase muito boa da minha vida e foi-me diagnosticado um Linfoma de Burkitt. Foi-me dito que era um linfoma muito agressivo, porque cresce rapidamente, mas que, com tratamento intensivo de quimioterapia, a taxa de cura era alta.
E foi só isso que ficou na minha cabeça: "tenho um linfoma, mas tem cura". O linfoma apareceu sem aviso prévio e, de um momento para o outro, a minha vida deu uma enorme volta. Num momento, estava a comemorar o aniversário do meu filho mais velho, junto da minha família, e, no outro, estava "fechada" dentro de um hospital, rodeada de sofrimento e de caras preocupadas.
Sou enfermeira e, por isso, o ambiente hospitalar não era novidade, mas o facto de estar doente, vulnerável e perante a minha própria morte, era. Eu sempre cuidei dos outros e, agora, era eu que precisava de ser cuidada.

Confirmei, então, na primeira pessoa que são muitas as causas da dor:

- O medo do desconhecido e da morte causa dor;
- A incerteza causa dor;
- A saudade causa dor;
- A solidão causa dor;
- A falta de liberdade causa dor;
- Os procedimentos causam dor;
- A falta de privacidade e a exposição do corpo causam dor;
- A doença por si só causa dor.

E podia continuar a escrever tantas outras causas de dor que tive de ultrapassar ao longo deste caminho. Foram sete meses de tratamentos de quimioterapia intensos e de internamentos constantes.
No final do 2.º ciclo fui confrontada de frente com a finitude da minha vida e, pela primeira vez, vi a morte como algo muito próximo, mas resolvi que não era o momento de me entregar a esse destino e que tinha de fazer o meu melhor para ultrapassar mais este desafio. E a minha jornada por esta doença, esta minha nova realidade, continuou.

O que, é para mim, a dor?

Gostava de partilhar algumas das estratégias, para além da medicação, que usei para lidar com este desafio e com as diferentes dores que se me foram apresentando:

- Visualização de me sentir curada;
- Oração e a fé;
- O amor da família e dos amigos;
- Utilização de estratégias não farmacológicas para a dor física: meditação, respiração;
- (Cheirar e soprar a vela) e visualização (botão regulador da dor);
- O sorriso;
- Os abraços;
- O chorar;
- O humor;
- Foco na cura e em mim;
- Sentir a natureza (nas minhas curtas saídas do hospital fui sempre ver e ouvir o mar);
- Não perguntar "porquê eu?", mas sim "vou fazer o meu melhor para ficar curada";
- Escrever. Escrevi um diário só meu, mas também um diário nas redes sociais em forma de história — a história da princesa Eli.

Passado um ano, a doença está em remissão! Apesar de muito grata pela oportunidade de viver, o processo não acaba. Continuam a existir muitas dores físicas e perdas de memória (dizem que são efeitos da quimioterapia). Existem dores emocionais relacionadas com constantes perdas e lutos de pessoas que fui conhecendo.

Após quase um ano intenso, rodeada de profissionais e exames que me iam garantindo alguma segurança de que tudo estava a correr bem e com um foco preciso na cura, agora existem consultas médicas e exames esporádicos, em que o tempo entre eles provoca incerteza e ansiedade e um sentimento de abandono e vazio.

Considero que, após o tratamento, deveria existir uma equipa multidisciplinar que permitisse a passagem para a "nova" vida e que facilitasse a antecipação de alguns desafios diários relacionados com a parte física, mas também a parte cognitiva, psicológica, emocional, relacional, a reintegração à vida profissional e até mesmo existencial. Este é um elemento fundamental e facilitador para minimizar a dor em todas as suas dimensões numa fase posterior aos tratamentos.

O regresso gradual à vida "normal" não deveria ser tão abrupto, porque a vida que me é apresentada agora em nada é igual à que tinha anteriormente.

Apesar de todo o processo, sinto uma enorme gratidão por poder descobrir a vida no momento presente, aprendendo com o passado e não vivendo demasiado pre"ocupada" com o futuro, aproveitando cada instante com intensidade e, de preferência, sem dor.

Gerson Rodrigues

Empreendedor,
Pessoa com paraplegia



Quem sou eu?

O meu nome é Gerson Rodrigues, tenho 38 anos, sou cabo-verdiano e sou tetraplégico devido a um mergulho na praia na ilha do Sal, em Cabo Verde.

O que é, para mim, a dor?

A dor é um desconforto que causa incómodo físico e psicológico. Às vezes, é uma sensação de forte queimamento ou de aperto e afeta a minha concentração nas atividades diárias e na minha qualidade de vida.

O que me aconteceu?

No dia 27 de março de 2008, eu estava de folga e, como era habitual, no início da tarde fui à praia fazer natação e exercício físico. Tudo estava a correr bem até que, por volta das 18h, quando já estava prestes a ir para casa, resolvi dar o último mergulho. Saltei de uma ponte e, como a maré tinha baixado, havia pouca água e bati com a cabeça no fundo, fraturando, assim, a coluna na zona do cervical. Após bater com a cabeça, embora tenho ficado consciente, perdi imediatamente todos os movimentos do corpo. Fui socorrido por um amigo, que foi alertado por um turista alemão que viu o ocorrido.

Assim que fui levado para a praia, senti que tinha tido uma grave lesão e que o braço esquerdo tinha sido muito afetado. Isto porque eu sentia o braço em cima do peito e pedia para me esticar o braço ao longo do corpo. As pessoas que me estavam a socorrer respondiam que o braço estava esticado.

Fui transferido do hospital da cidade da Praia para o hospital de São José, para fazer a operação na coluna.

A partir do momento em que comecei a ganhar sensibilidade, começaram a aparecer as dores. Primeiro foram as cãibras no braço esquerdo devido ao peso do braço, principalmente na mão que inchava muito.

Um mês após a operação feita à cervical, comecei a sentir um desconforto na anca do lado esquerdo

que, depois de alguns exames, confirmou-se ser uma calcificação óssea. Praticamente são partes do osso que estão a crescer na cabeça do fémur, que me impedem de sentar na posição correta. Quando me coloco de pé, passo muito tempo sentado ou deitado na mesma posição, causam-me muitas dores.
Durante a noite tenho de acordar duas ou mais vezes por noite para mudar de posição.

Sinto fortes dores na coluna, mais concretamente na zona da lombar. Após a lesão na coluna, perdi o controlo dos músculos de todo corpo e, consequentemente, também perdi o controlo do corpo, que faz perder o equilíbrio e me obriga estar sempre com as costas inclinadas sobre o abdómen. Essas dores têm aumentado desde que comecei a trabalhar, porque passei a estar, por vezes, mais de doze horas sentado.

Como supero a dor?

Eu não me costumo queixar das minhas dores para as outras pessoas e tento evitar o máximo possível fazer uso de medicações e analgésicos, mas, quando as dores apertam, eu faço uso de um destes três medicamentos: bene ibuprofeno, paracetamol, Spidifen EF. Acredito que, quanto menos falarmos nas dores, melhor.

Sei que para acalmar as dores que sinto na anca por causa da calcificação óssea tenho que passar por uma operação para remoção os excessos de ossos. Essa é uma ideia que me aflige, porque me faz lembrar de momentos muitos difíceis que passei nos hospitais.

Patrícia Quintans

Farmacêutica, mãe com dois filhos com deficiência



Quem sou eu?

Sou farmacêutica e trabalhei muitos anos em farmácia comunitária, em cargos de direção, sendo que acabei por abandonar a minha carreira há cerca de cinco anos, pois não permitia fazer o acompanhamento do meu filho Vasco. Devido à minha experiência e formação também em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Gestão de Equipas e Liderança, fui dirigir uma clínica médica, permitindo, desta forma, flexibilidade de horários e melhorar a gestão do meu tempo.

De quem eu cuido

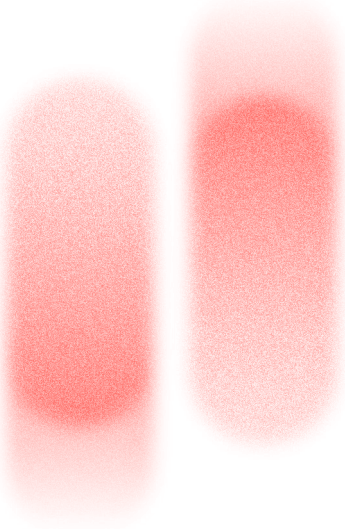
O meu nome é Patrícia Quintans, divorciada, mãe de três filhos: Diogo, Vasco e Francisca. O Diogo nasceu no final da minha licenciatura e tem 20 anos; o Vasco tem 13 anos e tem uma doença rara: uma leucodistofia hipomielinizante de etiologia desconhecida, conferindo um quadro de paralisia cerebral; e a Francisca tem três anos e tem Trissomia 21.

O que aconteceu na minha vida

O Diogo e o Vasco são frutos do meu primeiro casamento e a Francisca foi fruto de um segundo relacionamento, que terminou antes do seu nascimento. Vivo sozinha com os meus três filhos, sendo que tenho guarda partilhada com os pais.
Após o nascimento da Francisca, com Trissomia 21, pedi a licença de assistência a filho com deficiência, de modo a conseguir organizar todas as frentes que tinha em mão. A gestão das consultas, tratamentos, análises, terapias e escolas é feita ao pormenor, sendo da minha total responsabilidade.
Hoje tenho o projeto Patrícia Special Life, que visa a partilha da minha experiência através da visibilidade dada à minha realidade. Dou formação ao público em geral, sou consultora de imagem inclusiva dedico-me ao projeto Be Kind 2 You. Faço parte da Inclusive Comunity da Universidade NOVA SBE, em Carcavelos, e sou representante de pais no Agrupamento de Escolas do Vasco, de modo a trabalhar lado a lado com toda a equipa educativa.

Que dores sinto em algumas ocasiões

A principal dor é o enorme sentido de responsabilidade no futuro dos meus filhos. Sinto-me muitas vezes sozinha a lutar contra o mundo, sinto, por vezes, alguma impotência e cansaço. Todas as decisões que tomo na vida deles são sempre da minha responsabilidade e, quando os resultados não são os esperados, sinto uma enorme culpa e obrigação de rapidamente pensar numa outra solução. A minha vida pessoal tornou-se a quatro, eu e os meus três filhos, sendo que, por veze,s sinto falta de mim.



Como faço para superar a dor

Tenho várias estratégias para curar as minhas dores. A partilha com outras mães é sempre a estratégia mais poderosa — semelhante atrai semelhante. Assim como todos os grupos de partilhas, a identificação e a empatia de quem tem as mesmas dores tornam a dor mais distribuída e mais leve. Outra estratégia que tenho e que vem da herança genética é o cuidado com a imagem. A imagem cuidada aumenta a autoestima que, por sua vez, estimula o quarteto formado pelas hormonas serotonina, dopamina, ocitocina e endorfina, que fazem parte da chamada "Ciência da Felicidade" e dá-nos a força interior para começar um novo dia.

Há cerca de três anos, comecei psicoterapia, meditações e caminhadas de longo curso, de modo a refletir sobre a minha vida e a minha saúde mental. Há cerca de dois anos fiz o Caminho de Santiago sozinha durante 11 dias, o que me ajudou a enfrentar medos intrínsecos a uma maternidade atípica.
Hoje em dia tenho o meu projeto pessoal, Patrícia Special Life, que tem como missão ajudar as famílias a encontrar o seu lugar no mundo, assim como sensibilizar toda a sociedade para as adaptações necessárias a uma verdadeira integração das pessoas com deficiência.

Metodologias de trabalho *Ouvir as pessoas*

Metodologias e objetivos

Resultante da inquirição direta a pessoas com doença e aos seus cuidadores em sete rondas em Lisboa, Coimbra, Madeira e Açores, entre fevereiro e abril de 2023, conseguimos avaliar as principais opiniões sore a dor relacionada com os aspetos fisiológicos, emocionais e sociais.
Este trabalho resultou numa grande riqueza de testemunhos que passamos agora a resumir.
As rondas feitas nestas regiões procuraram auscultar, pelos moderadores das mesmas, os sentimentos tanto das pessoas doentes, como dos seus cuidadores na doença oncológica, na esclerose múltipla e na doença de Huntington — reconhecidas pela grande intensidade de dor que podem suscitar tanto para a pessoa que está doente, como para a família, amigos e cuidadores.
Cada grupo de foco contou com grupos alargados de pessoas (entre 8 e 15) muito participativas, com dor crónica e com dor inicial, em todo o ciclo de vida, desde os mais jovens, embora acima dos 18 anos, até aos mais velhos (mais de 80 anos).

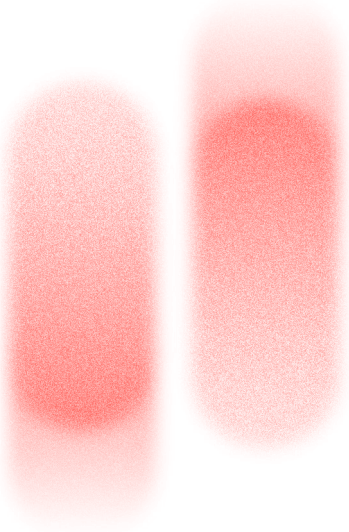
Os objetivos gerais foram sempre orientados para dar liberdade às pessoas de se expressarem através de um guião semiestruturado e, por isso, também aberto a outras reflexões e questões.
Neste processo de auscultação destes segmentos da população, que lidam diariamente com vários tipos de dor — física, psicológica e emocional, social e espiritual —, visamos recolher ideias, sentimentos, orientações por parte dos inquiridos e participantes nos grupos de foco.

Locais dos grupos de foco

Para conseguir uma diversidade de pessoas e de regiões, para abrangermos o Portugal Continental e Ilhas, foram organizados sete grupos de foco, constituídos por pessoas com doença e cuidadores no ciclo de vida, acima dos 18 anos de idade.
Foram organizados dois grupos de foco em fevereiro de 2023 em Lisboa, com a Associação de Huntington; em março de 2023 nos Açores, com a Associação de Doentes Crónicos; na Madeira, com a Associação de Alzheimer; e em abril de 2023 em Coimbra, com um grupo de cuidadores.
Cada grupo de foco teve um moderador representante da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.

Visão biopsicossocial na compreensão e abrangência da dor

Apresentamos alguns dos resultados obtidos, que depois orientaram o conteúdo deste guia.
Quisemos organizar este guia com uma perspetiva abrangente da saúde e do bem-estar nas suas várias vertentes.



Os testemunhos reais

Pretendemos também dar voz aos testemunhos reais e, para isso, aceitaram participar pessoas muito diversas, que passam ou passaram por períodos de dor, seja ela física, psicológica e emocional, social e espiritual.

Mulheres com doença oncológica maligna e cuidadoras

Madeira. Moderadora — Doutora Márcia Alves

Dor física

- Alguns relataram que esta dor é a que causa menos desconforto em relação à parte emocional e social;
- Dificuldade em realizar as suas funções;
- Mal-estar geral;
- Uma das cuidadoras relata que não sentia a dor da mãe, mas, pelo murmúrio, ranger de dentes, inquietação, espelho da face, conseguia saber que a mãe apresenta elevado nível de dor;
- Alguns relataram dor física só na fase inicial de quimioterapia;
- Aquando da alopecia, parece que estão a "arrancar o cabelo", dormência no couro cabeludo;
- Parte do corpo que parece "morta";
- "Aquela dor no corpo e na alma, dei tudo".

O que fazer para melhorar?

- Fisioterapia;
- Pilates;
- Massagem;
- Uso de medicamentos;
- Ter acesso à unidade de dor;
- Ginástica;
- Sugerem diminuição dos tempos de espera, principalmente nas consultas pós-tratamento;
- "Melhorar a comunicação";
- Ter mais médicos para um melhor acompanhamento das necessidades dos utentes.

Dor emocional

- Referem isolamento, ansiedade, angústia;
- Comportamento de alguns profissionais, nomeadamente o que compromete a adesão ao regime terapêutico;
- Sentimento de não acolhimento/humanismo/proximidade;
- Ter consciência da sua doença, provocando dor emocional/psicológica;
- Este tipo de dor é descorado em relação à física;
- Lidar com as alterações na imagem corporal: alopecia, mastectomia;
- Revolta e ódio à cabeça: "parecia um melão";
- Insegurança face à doença;
- Medo da palavra "cancro". Negação, não estava na hora de enfrentar a doença;
- Relatos de trauma de agulhas e até mesmo de passar junto do hospital, pois lembravam-se dos momentos;
- Privação de sono por parte de um familiar, levando como consequência um internamento para tratamento. Familiar relata que se automedicou com psicóticos da própria pessoa doente;
- Existiram pessoas que preferiram não relatar a sua experiência para não se relembrar dos momentos;
- Durante o grupo de foco, uma das cuidadoras começou a chorar por estar a relembrar alguns momentos passados pelo marido aquando da luta "inglória" da doença;
- "É olhar no espelho e visualizar a perda de uma parte do corpo";
- "É estar em sofrimento e não ter a solução";
- "Dor na alma".

O que fazer para melhorar?

- Formação dos profissionais para saber como comunicar e desenvolver o saber estar com as pessoas com esta patologia;
- Mais profissionais de forma a conseguir ter mais atenção, embora esteja melhor em relação a alguns relatos de pessoas que fizeram tratamento de quimioterapia há mais tempo;
- Leitura de notícias promove momentos de distração;
- Apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro: disponibilidade/apoio da equipa psicossocial, psicologia, bem como de apoios monetários e de acessórios para minimizar a exposição à sociedade, diminuindo a ansiedade;
- Ter mais apoio após a realização dos tratamentos.

Dor social

- Sentia-se mal algumas vezes a olhar para as outras pessoas na mesma situação;
- Não queria que ninguém olhasse para ela;
- Vergonha do seu corpo, o que a impediu de se relacionar com alguém de forma amorosa;
- Abandono da família;
- Cuidador por vezes tem de deixar de trabalhar para conseguir dar apoio à pessoa doente, levando à depressão;
- Mais um relato de depressão como cuidadora;
- Preocupação da pessoa doente em ser uma sobrecarga à família;
- Não queria que ninguém lhe ligasse, nem mesmo os filhos e marido. Preferia ficar só no pós-tratamento de quimioterapia;
- Evitava dizer que estava a sofrer, para não fazer sofrer a família;
- Estigma social;
- Não conseguir ser social, falar com os outros nos momentos em que ocorre alopecia;
- Irritabilidade e desconfiança quando olhavam, mesmo sendo intencional. "Mania da perseguição";
- "É estar perante os outros e não saber explicar".

O que fazer para melhorar?

- Apoio da família quer a nível laboral, quer a nível psicológico, com acompanhamento;
- Suporte/gestão familiar;
- Cuidador tem de ser observado e também fazer parte do cuidar;
- Apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro através dos movimentos/ atividades que realizam;
- Dar passeios e fazer exercício no exterior;
- Acessórios para ninguém saber que têm cancro: cabeleira, próteses mamárias;
- Informações concretas e completas sobre os acessórios, bem como do seu manuseamento. Relato da ausência de informação de como poderia utilizar a cabeleira de diferentes formas. Após ter esta informação, conseguiu fazer vários penteados, sentindo-se bonita e mais segura;
- Apoio da família e de amigos.

Dor espiritual

- Relatos da religião;
- Significado/objetivos na vida;
- Não entender o porquê do sofrimento;
- "É bom acreditar em alguma coisa".

O que fazer para melhorar?

- Ter fé;
- Continuar;
- Ser otimista, que o "dia de amanhã será melhor".

Pessoas e cuidadoras portadoras de deficiência

Madeira. Moderadora — Doutora Márcia Alves

Dor física

- O acidente e/ou a doença provoca outro acidente e/ou outras sequelas e/ou complicações, nomeadamente inflamações, podendo provocar dor;
- Dores musculares;
- Dor aguda aquando da cirurgia;
- É quando dói num "sítio que conseguimos indicar e identificar.

O que fazer para melhorar?

- Sugestão de melhor observação da lesão, com a realização dos exames mais adequados e não apenas um Raio-X;
- Encaminhamentos adequados e atempados face às necessidades das pessoas;
- Fisioterapia para fortalecimento muscular;
- Medicamentos;
- Apoio económico-financeiro para conseguirem adquirir equipamentos e ajudas técnicas que minimizem/melhorem a dor, bem como a impossibilidade de executar algumas atividades (como calçar as meias).

.

Dor emocional

- Sofrimento em relação a todo o processo,
- Ser portador de uma deficiência é "triste";
- Relatos de que é a parte pior de lidar. Referem a expressão de "rastos";
- Alguns dos elementos não quiseram relatar a sua experiência;
- Momentos de ansiedade;
- Processos de seguros provocam ansiedade e inquietação;
- Uma das cuidadoras apresenta luto patológico, ao ponto de não conseguir relatar/mencionar a sua experiência. Mãe faleceu há quatro anos;
- "É difícil de descrever, de tal modo que ainda estou a descobrir".

O que fazer para melhorar?

- Agilizar processos de seguros;
- Apoio da família;
- Apoio pela psicóloga;
- "Lutar pela doença";
- Maior divulgação de apoios às pessoas com estas dificuldades;
- Melhorar a comunicação/informação;
- Conseguem aprender/desenvolver estratégias para contornar as suas dificuldades;
- Seguimento pela psiquiatria;
- Recurso à medicação para a gestão emocional;
- "Fazer coisas que nos ocupa e gostamos (andar ou trabalhos manuais)";
- Socializar.

Dor social

- Isolamento social;
- Diminuição da componente económico-financeira, devido à incapacidade de conseguir exercer funções laborais;
- Muitos relataram que quando estão bem, têm amigos; após o acidente que os levou às necessidades atuais, ficam sem amigos;
- "Incomoda quando nos apontam".

O que fazer para melhorar?

- Inserção social;
- Apoio base é a família;
- Ter apoio jurídico quando os acidentes forem a causa da sua incapacidade;
- Um dos conselhos de uma pessoa com dificuldades motoras é para as outras pessoas saírem de casa para não ficarem isoladas, embora ainda existam muitos sítios com inadequada acessibilidade;
- Maior divulgação de onde podem recorrer para ajudas, como o CACI
- Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão;
- As associações, profissionais de saúde, entre outros, deveriam divulgar o site do Instituto Nacional para a Reabilitação, onde constam os direitos das pessoas com deficiência e um guia prático para o deficiente;
- Mais momentos de partilha e convívios;
- Apoiar as pessoas com dificuldades motoras: ir ao supermercado, realizar a higienização de casa;
- "Educar mais as pessoas".

A dor em doentes com esclerose múltipla e os seus cuidadores Apoio SPEM

Moderadora — Enfermeira Berta Augusto

Dor física

- São os sinais que o meu corpo me dá e me dizem que não está bem;
- São os espasmos que incomodam a minha mobilidade e dificultam a minha vida;
- É o que me impede de gerir o meu bem-estar;
- É a dor que incomoda no dia a dia, mas que a medicação controla.

O que fazer para melhorar?

- Medicação adequada, valorizando a dor;
- Ter mais informação sobre estratégias de gestão da dor;
- Ter mais acompanhamento dos profissionais de saúde;
- Cuidados mais dirigidos a todos os sintomas e não só aos sintomas visíveis;
- Integrar as terapias não farmacológicas no tratamento global.

Dor emocional

- É algo difícil de descrever, que me afeta psicologicamente;
- É um mal-estar que limita a minha concentração e o foco;
- É a dor interior, que não é visível aos outros, mas que é difícil de suportar;
- É a dor da perda, da incapacidade, de não saber lidar connosco nem com os outros;
- É um mal-estar causado por conflitos não resolvidos;
- É um mal-estar que me deita abaixo, que me revolta, de que tenho muito medo;
- É o desespero, a ansiedade, a angústia, algo que dói muito por dentro e ninguém vê;
- É uma dor interior, uma depressão intensa, que me provoca dores físicas nas costas e na cabeça;
- É uma dor que não sabemos de onde vem, que não encontramos explicação;
- É a dor associada ao facto de não conseguir atingir os objetivos;
- É a dor provocada pelos profissionais de saúde, particularmente pelos médicos, quando nos dão o diagnóstico da forma menos correta (não há qualquer tipo de cuidado a transmitir a notícia, não têm a noção do dano que provocam na pessoa e na família, porque a nossa vida anterior morreu, nasce uma vida nova e isto causa muita dor);
- É a dor que sentimos quando nos dão um diagnóstico e nos dizem que vamos ficar numa cadeira de rodas, isto dói muito. E o médico fala centrado no computador e entrega uns papéis para lermos, que muitas vezes nem compreendemos;
- É a dor do desconhecimento do futuro, do que nos vai acontecer, de quem vamos deixar.

O que fazer para melhorar?

- Apoio psicológico e social, ajuda dos profissionais;
- Tratar com carinho, com delicadeza, com cordialidade;
- Dar mais atenção às pessoas, ouvindo-as, questionando-as, procurando saber o que sentem;
- Valorizar todas as queixas das pessoas e não só as físicas;
- Respeito pelo sofrimento dos outros;
- Ter profissionais mais empáticos, com mais compaixão, mais humanos, a olhar para o doente como um ser humano;
- Ensinar os profissionais a transmitir a informação, a dar um diagnóstico, a apoiar nesse momento difícil;
- Informar as pessoas sobre a doença para que elas a compreendam melhor;
- Focar a atenção na pessoa e não só no tratamento da doença;
- Intervenção de uma equipa multidisciplinar que apoie a pessoa após o diagnóstico;
- Ensinar como podemos viver melhor com a doença, a lidar com reações do nosso corpo;
- As pessoas que estão connosco, a nossa família, também precisam de ser informadas, de ser preparadas para lidar connosco, para nos apoiar, para nos compreender;
- O apoio familiar é determinante, mas as famílias precisam de ser apoiadas, porque também estão a sofrer;

O que fazer para melhorar?

- Criar mais consultas de enfermagem, porque explicam tudo de forma simples e muito clara;
- Criar manuais e livros de apoio que expliquem de forma clara o que os profissionais não são capazes de explicar;
- Criar livros infantis para facilitar a explicação aos nossos filhos;
- O apoio das associações é determinante;
- Informação sobre recursos de apoio, sobre direitos e regalias;
- Frequentar grupos de autoajuda, porque a partilha é uma aprendizagem;
- Criar relações de proximidade com pessoas como nós para conversarmos é muito importante;
- Aprender a gerir as emoções e a gerir expectativas, a desfocar da doença, a ver o lado positivo das coisas;
- Relaxar com Ioga, Reiki ou outras terapias relaxantes;
- Autorresponsabilização pelo controle da doença.

Dor social

- É a dor provocada pelo olhar da discriminação, por ter esta patologia;
- É a dor que sinto por me verem como se fosse diferente dos outros seres humanos;
- É a dor de perder amigos;
- É a dor de perder trabalhos que sonhei ter;
- É a dor causada pela desvalorização do meu sofrimento pelos outros;
- É a dor da exclusão social;
- É a dor de não ser compreendida, de dizer que somos preguiçosos, de não aceitar a nossa situação;
- É a dor de sermos um fardo para os outros.

O que fazer para melhorar?

- Desenvolver atividades educativas para a sociedade aceitar as diferenças de cada um e todos nós devemos ser veículos dessa educação;
- Ensinar nas escolas a conviver com pessoas diferentes e a respeitar essa diferença — usar storytelling;
- Informar as pessoas sobre a saúde;
- Ter um bom núcleo de amigos que nos apoiem;
- Ensinar a conviver com a exclusão e a gerir expectativas;
- Manter rotinas nos convívios, compras, etc.;
- Mais informação à sociedade sobre as doenças (esta e outras) para que todos as entendam.

Dor espiritual

- É a dor profunda;
- A dor da não superação, da não adaptação;
- É dor da despedida;
- É a dor da tristeza profunda, que se reflete em cada palavra, em cada gesto;
- É o conflito entre a alma e a mente.

O que fazer para melhorar?

- Conversar sobre o que nos preocupa;
- Ouvir a nossa dor;
- Cuidar de nós;
- Facilitar a orientação espiritual;
- Realização de atividades de contacto com a natureza;
- Leitura.

Asociação de Huntington

Moderadora — Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida

Dor física

- Sofrimento físico;
- Incapacitante;
- Intolerável;
- Algo que nos causa sofrimento ou desconforto físico em alguma parte do corpo ou todo;
- É sofrimento e alerta ao nosso corpo;
- Pode esconder a dor emocional;
- Irritação.

Como superá-la

- Diagnóstico correto;
- Terapêutica;
- Terapia;
- Massagem;
- Recorrer à medicina;
- Realizar o tratamento adequado e fazer técnicas de relaxamento e alimentação equilibrada;
- Ter paciência;
- Saber e reconhecer a origem e os sintomas;
- Compreender a dor.

Dor emocional/psicológica

- Angústia profunda;
- Leva à depressão;
- Tristeza, por vezes profunda;
- Pensamentos negativos generalizados;
- Medo do desconhecido;
- Vazio humano;
- Uma dor invisível;
- Ansiedade e nervosismo;
- A dor emocional pode tornar-se física;
- Sentimento de vazio e tristeza;
- Ver os outros a sofrer (a família).

Como superá-la

- Saber a causa;
- Procurar ajuda e pedir apoio psicológico;
- Meditação (guiada ou apenas relaxamento);
- Ser positivo;
- Apoio;
- Estratégias de coping;
- Exercício físico;
- Apoio psicológico;
- Alertar as pessoas competentes sobre a dor sentida;
- Ter linhas de apoio telefónico;
- Desabafar com os amigos.

Dor social

- Isolamento;
- Intolerância;
- Desrespeito;
- Desconforto com outras pessoas;
- A forma como a sociedade olha para nós (ou não olha);
- Dificuldade em socializar;
- Comparação com os outros;
- Sentimento de vergonha;
- Inconformismo pela sociedade, que não compreende a doença;
- Não ter disponibilidade para mim;
- É uma dor incurável porque a sociedade não compreende a pessoa e ela esconde-se para não a verem.

Como superá-la

- Amigos;
- Grupo de apoio, associações;
- Exercício em ginásio;
- Promover e entender o outro lado;
- Promover momentos de convívio e união;
- Participar em atividades de grupo;
- Promover eventos junto dos municípios onde as pessoas vivem;
- Explicar junto da sociedade o que é a doença, procurando criar empatia;
- Limitar o uso de redes sociais e ter um grupo de amigos em quem confiamos;
- Ter mais educação e mudar as mentalidades.

Dor espiritual

- É não ter esperança quanto ao futuro;
- Tristeza;
- Algo que nos deixa desconfortáveis e pensativos sobre a nossa existência;
- Descrença na vida, seja em Deus, seja no universo ou na própria vida;
- Muitas vezes não se conseguir sair da "bolha negra";
- A constate pergunta: "porque eu?";
- Dificuldade em acreditar em algo maior;
- Pensamentos sobre o que acontece depois da morte.

Como superá-la

- Encontrar respostas às minhas perguntas
- Conhecer a Bíblia e estudá-la;
- Aplicar os conselhos práticos da Bíblia;
- Sentido para a vida;
- Ioga e procura de apoio técnico;
- Promover momentos de observação da natureza;
- Procurar valorizar os pequenos pormenores do quotidiano;
- Programas entre jovens, pacientes e cuidadores;
- Dedicação à leitura;
- Aceitar;
- Arranjar uma crença.

Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores, ADDCA

Moderadora — Médica Maria Teresa Flor de Lima e
Psicóloga Daniela Couto
Presidente da ADDCA: Joaquim Tomé

Dor física

A maioria dos utentes descreveu a dor física como sendo algo que não se vê, mas que se sente, causadora de muito sofrimento e desespero, tanto a nível físico como psicológico.

Como superá-la

Alternativas como: medicação (como analgésicos), fisioterapia, fazer exercício físico, evitar isolar-se e apostar na literacia para a saúde.

Dor emocional/ psicológica

A dor emocional, para os utentes, ocorre quando o indivíduo se consciencializa da perda das suas capacidades
físicas. Descrevem-na como sendo proveniente da dificuldade de lidar com a dor, o que pode originar depressões constantes, afetando o estado emocional do indivíduo.

Como superá-la

Para a melhoria da dor emocional, sugeriram acompanhamento psicológico, higiene do sono, participação em convívios, ocupação dos tempos livres e prática do positivismo.

Dor social

A dor social é, para os utentes, o cansaço que sentem diariamente e que dá origem ao isolamento social e à necessidade de esconderem esta dor. Descrevem-na ainda como sendo o impacto que a dor e o sofrimento deles tem nos que os rodeiam.

Como superá-la

Para a melhoria da dor social, os utentes referem a necessidade de ter espaços seguros para falar sobre a dor e que divulguem informações sobre a mesma, a ocupação dos tempos livres, prática de exercício físico, participação em convívios, socializar, promover o apoio familiar e redes de suporte.

Dor espiritual

A dor espiritual é descrita como sendo algo subjetivo a cada indivíduo, que muitas vezes está relacionado com a perda da fé e esperança na vida, a falta da presença física de um ente querido.

Como superá-la

Para melhorar esta dor espiritual, os utentes recomendaram apostar nas práticas espirituais e religiosas, ocupar-se com exercícios físicos e cognitivos, socializar com entes queridos, participar em grupos de apoio que promovam o sentido de comunidade.

Este grupo de foco foi realizado no dia 6 de fevereiro de 2023, pelas 17h, na sede da Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores (ADDCA), situada na ilha de São Miguel, no concelho de Ponta Delgada. Participaram, no total, oito indivíduos, com idades compreendidas entre os 47 e os 77, sendo a maioria indivíduos do sexo feminino (6); uma das participantes era cuidadora. Este grupo de foco foi orientado por uma médica anestesista e por uma psicóloga, estando presente o presidente da direção da ADDCA.
O objetivo deste grupo de foco foi auscultar indivíduos com doença, bem como os seus cuidadores, que tenham experienciado vários tipos de dor, de forma a obter informações para elaborar um futuro Guia de Recursos da Dor.

No início do grupo de foco foi realizado um debate com os utentes, baseado nas seguintes questões: o que é importante saber sobre a dor?; o que gostariam de saber sobre a vossa dor?; que serviços e ajudas são precisos? que benefícios são esperados e necessários?; que tipo de informação específica para o cuidador?; que tipo de informação específica para o doente?
Os utentes relataram que viver com dor crónica é um sofrimento constante e que é fulcral que haja uma preparação do doente com informações específicas sobre a sua própria dor, o tipo de dor e o que este deverá fazer em relação a esta.
Solicitam que haja mais serviços de apoio para o alívio da dor crónica e uma maior acessibilidade e

facilidade em obtê-los, tais como o acompanhamento psicológico, a hidroterapia e fisioterapia.
Referem que o sistema de saúde deve ser reformulado em prol dos doentes e que deverá basear-se numa equipa multidisciplinar (como neurologia, fisioterapia, psicologia), de forma a ser capaz de dar uma resposta mais eficiente e completa às necessidades do utente.

Para além disso, os utentes solicitam serviços com maior informação e educação sobre a dor crónica e saúde em geral, de forma a combater o preconceito, estigma e desinformação existente nos dias de hoje.
Salientam, ainda, a necessidade de haver maior empatia, humanismo e sensibilidade no tratamento da dor crónica, visto que, atualmente, é uma vertente que se está a perder, o que empobrece a qualidade dos serviços.

Médica: Maria Teresa Flor de Lima
Psicóloga: Daniela Couto
Presidente da ADDCA: Joaquim Tomé

Os recursos na comunidade

Desde as Unidades da Dor nos hospitais às associações de doentes



Bibliografia

Ano Global da Dor

1 https://www.iasp-pain.org/
2 www.dor.com.pt
3 https://www.iasp-pain.org/advocacy/icd-11-pain-classification/
4 https://icd.who.int/browse11.
5 https://europeanpainfederation.eu/
6 https://europeanpainfederation.eu/sip/
7 https://sip-pt.pt/
8 https://www.aped-dor.org/
9 https://pae-eu.eu/

Os direitos

6 https://www.activecitizenship.net/events.html
7 https://livrozilla.com/doc/701550/nova-carta-direitos-doentes
8 https://www.ligacontracancro.pt/direitos-gerais-dos-doentes-oncologicos/
9 https://www.ipst.pt/index.php/pt/comunicacao/newsletter-ipst-ip/583
10 https://portal.azores.gov.pt/web/drs/direitos-e-deveres-dos-utentes2

Os Cuidadores

Alves, B. (2023). Cuidadores. www.cuidadoresportugal.pt
British Pain Society (2023). https://www.britishpainsociety.org/people-with-pain/information-for-carers/

Carers Australia (2023). factsheet 5: how can i help someone living with pain? https://www.carersaustralia.com.au/medicine-safety/factsheet-5-how-can-i-help-someone-living-with-pain/

Health in Aging (2023). https://www.healthinaging.org/tools-and-tips/caregiver-guide-pain

Bibliografia

Alves, B. (2023). Cuidadores. www.cuidadoresportugal.pt

Instituto Segurança Social e Serviço Nacional de Saúde (2023). A cuidar de quem cuida. Há vários apoios para quem cuida dos seus [Folheto]. Portugal.

Segurança Social (2023). Estatuto do Cuidador. https://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal

A influencia da alimentação
Bibliografia relevante:

Elma O., Brain K., Dong H. (2022). The Importance of Nutrition as a Lifestyle Factor in Chronic Pain Management: A Narrative Review. Journal of Clinical Medicine, 11, 5950. doi.org/10.3390/jcm11195950

4. Rondanelli M, Faliva MA, Miccono A, et al. (2018) Food pyramid for subjects with chronic pain: foods and dietary constituents as anti-inflammatory and antioxidant agents. Nutr Res Rev.;31(1):131-151

Cuidar da pessoa em domicilio quando estamos na fase dos cuidados paliativos

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). 2022. [consultado a 29/03/2023]. Disponível em https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos/

Almeida, C. 2020. O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica. [Consultado a 29/04/2023]. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/20901

Clayton, J [et al.]. 2005. The Needs of Terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. American Society Cancer. Volume 103, nº 9,1957-1964.

Bibliografia

Davies, E; Higginson, I. 2004. The Solid Facts-Palliative Care. World Health Organization. www.publicationrequests.com [consultado a 03/04/2023]

Diogo, P. 2000. Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. Pensar enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.4, nº 1, p.12-14

Finnerup, N. 2019. Nonnarcotic Methods of Pain Management. New England Journal of Medicine. ISSN 0028-4793. 380:25. 2440–2448.

Freire E, et al.2021. Guia Prático de Controlo Sintomático. 2a edicao. NEMPal – SPMI.

Gomes, B; Higginson, I. 2006. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. British Medicine Journal Publishing. (February), 1-7

Imaginário, E. 2004. O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra. Formasau.

Silva R; et al. 2022. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos: Com o contributo dos Coordenadores Regionais: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos. Lisboa: OM, OE, OP.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). 2021. [Consultado a 28/04/23]. Disponível em https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/

World Health Organization. Palliative Care. 2020. [consultado a 31/03/2023] Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact--sheets/detail/palliative-care

Os hospitais e os serviços de proximidade

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor (pp. 1–10). https://www.aped-or.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.

Bibliografia

pdf

Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2001). Plano nacional de luta contra a dor. https://www.aped dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2008). Programa nacional de controlo da dor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). Guia orientador de boa prática: Dor (No. 1; I). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Portaria n.o 153/2017 de 4 de maio. (2017). Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência. In Diário da república, 1a série, no 86 (pp. 2204–2209). https://files.dre.pt/1s/2017/05/08600/0220402209.pdf

Estrategias nao farmacologicas

Acupunctura

Befus D, Coeytaux RR, Goldstein KM, et al. Management of menopause symptoms with acupuncture: an umbrella systematic review and meta-analysis. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2018;24(4):314-323.

Bleck R, Marquez E, Gold MA, et al. A scoping review of acupuncture insurance coverage in the United States. Acupuncture in Medicine. 2020;964528420964214.

Briggs JP, Shurtleff D. Acupuncture and the complex connections between the mind and the body. JAMA. 2017;317(24):2489-2490.

Brinkhaus B, Roll S, Jena S, et al. Acupuncture in patients with allergic asthma: a randomized pragmatic trial. Journal of Alternative and Complementary Medicine.

Bibliografia

2017;23(4):268-277.

Chan MWC, Wu XY, Wu JCY, et al. Safety of acupuncture: overview of systematic reviews. Scientific Reports. 2017;7(1):3369.

Coyle ME, Stupans I, Abdel-Nour K, et al. Acupuncture versus placebo acupuncture for in vitro fertilisation: a systematic review and meta-analysis. Acupuncture in Medicine. 2021;39(1):20-29.

Hershman DL, Unger JM, Greenlee H, et al. Effect of acupuncture vs sham acupuncture or waitlist control on joint pain related to aromatase inhibitors among women with early-stage breast cancer: a randomized clinical trial. JAMA. 2018;320(2):167-176.

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(6):CD001218. Accessed at cochranelibrary.com on February 12, 2021.

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(4):CD007587. Accessed at cochranelibrary.com on February 12, 2021.

MacPherson H, Vertosick EA, Foster NE, et al. The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment: a meta-analysis of patients with chronic pain. Pain. 2017;158(5):784-793.

Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine. 2017;166(7):514-530.

Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. Otolaryngology—Head and Neck Surgery. 2015;152(suppl 1):S1-S43.

Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, et al. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. The Journal of Pain. 2018;19(5):455-474.

Bibliografia

White AR, Rampes H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;(1):CD000009. Accessed at cochranelibrary.com on February 17, 2021.

Zia FZ, Olaku O, Bao T, et al. The National Cancer Institute's conference on acupuncture for symptom management in oncology: state of the science, evidence, and research gaps. Journal of the National Cancer Institute. Monographs. 2017;2017(52):lgx005.

Body-mind exercices

Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J., & Dobos, G. J. (2017). Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. The Cochrane database of systematic reviews, 1(1), CD010802. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2

Kong, L. J., Lauche, R., Klose, P., Bu, J. H., Yang, X. C., Guo, C. Q., Dobos, G., & Cheng, Y. W. (2016). Tai Chi for Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Scientific reports, 6, 25325. https://doi.org/10.1038/srep25325

NICCIH -National Center for Complementary andIntegrative Health(2022).Qi Gong: What do you need to know?.https://www.nccih.nih.gov/health/qigong-what-you-need-to-know

NICCIH -National Center for Complementary and Integrative Health(2022).Tai Chi: What do you need to know?. https://www.nccih.nih.gov/health/tai-chi-what-you-need-to-know

NICCIH -National Center for Complementary and Integrative Health(2022).Tai Chi: What do you need to know?. https://www.nccih.nih.gov/health/tai-chi-what-you-need-to-know

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. The Cochrane database of systematic reviews, 3(3), CD009514. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2

Tao, W. W., Jiang, H., Tao, X. M., Jiang, P., Sha, L. Y., & Sun, X. C. (2016). Effects of

Bibliografia

Acupuncture, Tuina, Tai Chi, Qigong, and Traditional Chinese Medicine Five-Element Music Therapy on Symptom Management and Quality of Life for Cancer Patients: A Meta-Analysis. Journal of pain and symptom management, 51(4), 728–747. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.027

Yan, J. H., Gu, W. J., Sun, J., Zhang, W. X., Li, B. W., & Pan, L. (2013). Efficacy of Tai Chi on pain, stiffness and function in patients with osteoarthritis: a meta-analysis. PloS one, 8(4), e61672. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061672

Zhu, F., Zhang, M., Wang, D., Hong, Q., Zeng, C., & Chen, W. (2020). Yoga compared to non-exercise or physical therapy exercise on pain, disability, and quality of life for patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PloS one, 15(9), e0238544. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238544

Mindfulness

Fountain-Zaragoza, S., & Prakash, R. S. (2017). Mindfulness Training for Healthy Aging: Impact on Attention, Well-Being, and Inflammation. Frontiers in aging neuroscience, 9, 11.https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00011

Gu, Q., Hou, J. C., & Fang, X. M. (2018). Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. Chinese medical journal, 131(7), 829–838. https://doi.org/10.4103/0366-6999.228242

Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research. Clinical gerontologist, 42(4), 347–358.https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1518282

Herman, P. M., Anderson, M. L., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2017). Cost-effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Versus Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care Among Adults With Chronic Low Back Pain. Spine, 42(20), 1511–1520. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002344

Bibliografia

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 51(2), 199–213. https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2

Kabat-Zinn, J. (2013). Full Catastrophe Living : How to Cope With Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation. New York: Bantam Books. Paperback Edition

Merkes M.(2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. Australian journal of primary health, 16(3), 200–210.https://doi.org/10.1071/PY09063

Soares, L. O., Ferreira, G. E., Costa, L. O. P., Nogueira, L. C., Meziat-Filho, N., & Reis, F. J. J. (2021). Meditation for adults with non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. Scandinavian journal of pain, 22(1), 26–39. https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0096

Wang, C., Schmid, C. H., Fielding, R. A., Harvey, W. F., Reid, K. F., Price, L. L., Driban, J. B., Kalish, R., Rones, R., & McAlindon, T. (2018). Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. BMJ (Clinical research ed.), 360, k851. https://doi.org/10.1136/bmj.k851

Zou, L., Yeung, A., Quan, X., Boyden, S. D., & Wang, H. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Mindfulness-Based (Baduanjin) Exercise for Alleviating Musculoskeletal Pain and Improving Sleep Quality in People with Chronic Diseases. International journal of environmental research and public health, 15(2), 206. https://doi.org/10.3390/ijerph15020206

Música

Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. The Cochrane database of systematic reviews, (8), CD006911. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub2

Bibliografia

da Silva Santa, I. N., Schveitzer, M. C., Dos Santos, M. L. B. M., Ghelman, R., & Filho, V. O. (2021). MUSIC INTERVENTIONS IN PEDIATRIC ONCOLOGY: Systematic review and meta-analysis. Complementary therapies in medicine, 59, 102725. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102725

Lee J. H. (2016). The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. Journal of music therapy, 53(4), 430–477. https://doi.org/10.1093/jmt/thw012

Wang, Y., Wei, J., Guan, X., Zhang, Y., Zhang, Y., Zhang, N., Mao, M., Du, W., Ren, Y., Shen, H., & Liu, P. (2020). Music Intervention in Pain Relief of Cardiovascular Patients in Cardiac Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis. Pain medicine (Malden, Mass.), 21(11), 3055–3065. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa148

Natureza

Doimo, I., Masiero, M., & Gatto, P. (2020). Forest and Wellbeing: Bridging Medical and Forest Research for Effective Forest-Based Initiatives. Forests, 11(8), 791. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/f11080791

Li Q, Kawada T. Possibility of clinical applications of forest medicine. Nihon Eiseigaku zasshi. Japanese Journal of Hygiene. 2014 ;69(2):117-121. DOI: 10.1265/jjh.69.117. PMID: 24858507.

Yeon, P.-S., Jeon, J.-Y., Jung, M.-S., Min, G.-M., Kim, G.-Y., Han, K.-M., Shin, M.-J., et al. (2021). Effect of Forest Therapy on Depression and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(23), 12685. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182312685

Respiração

Arsenault, M., Ladouceur, A., Lehmann, A., Rainville, P., & Piché, M. (2013). Pain modulation

Bibliografia

induced by respiration: phase and frequency effects. Neuroscience, 252, 501–511. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.07.048

Jafari, H., Courtois, I., Van den Bergh, O., Vlaeyen, J. W. S., & Van Diest, I. (2017). Pain and respiration: a systematic review. Pain, 158(6), 995–1006. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000865

1World Health Organization (WHO). Palliative Care Definition (cancer), 2020. http://www.Who.int/cancer/palliative/definition/en/.

2 Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022 - Comissão

Nacional de Cuidados Paliativos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

3World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines.. http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf

4 Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018 - Comissão

Nacional de Cuidados Paliativos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf

5 Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 5 de setembro de 2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841

6 Barbosa, A; Neto, I. G. (2006). Manual de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa. 1ªed.

Resumos Curriculares

Ana Valentim

Coordenadora da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Assistente Graduada de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Cátia Fernandes

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.
1Enfermeira na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Mestre em Cuidados Paliativos.

Cristina Catana

Membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses nº 2692. Assistente Principal de Psicologia Clínica do Hospital Garcia de Orta. Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Especialização em Psicoterapia. Psicodramatista de Grupo. Desde 1994 que exerce atividade de Psicologia Clínica e da Saúde no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta.
Desde 2002 que é Palestrante no Curso de Pós-Graduação da Medicina da Dor, da Faculdade de Medicina do Porto. Desde 1994 que colabora na Organização Científica das Jornadas e Congresso da Dor do HGO. Tem publicado artigos na Revista DOR da APED, sobre a temática da Dor Crónica e Sofrimento.

Resumos Curriculares

Cristina Vaz de Almeida

Doutora em Ciências da Comunicação — Literacia em Saúde. Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS). Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde (ISPA). Chief-Editor of Jornal Investigação Médica (JIM). Investigadora do ISCSP—CAPP. Membro eleito da International Health Literacy Association (IHLA). Autora e diversos livros, capítulos e artigos científicos.
https://www.linkedin.com/in/cristinavazalmeida/
ORCID https://orcid.org/0000-0001-5191-1718
www.splsportugal.pt

Diana Pinheiro

Especialista em Literacia em saúde
Licenciada em medicina Tradicional Chinesa e em educação
Membro fundador da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS)

Elsa Santos

Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem.

Júlio Esteves (Júlio A. G. Esteves)

Nasce em Caracas em 1962, onde inicia a vida laboral em 1979 na área do turismo, passando depois à publicidade. Em 1984 inicia uma carreira nas Artes Vivas, assumindo funções como intérprete, criador de adereços e formador.

Resumos Curriculares

Produz espetáculos, eventos e tournées na Venezuela, EUA, Colômbia, Equador, Cuba, Dinamarca, Índia, França, Burkina Faso, Mali, Benim, Togo e Nigéria. De 1992 a 1994 assume a coordenação da dança do município de Caracas, criando e produzindo anualmente o Festival Danza Por La Vida, com a colaboração da Fundación Amigos de la Vida, promovendo informação relativa à infeção pelo VIH durante os espetáculos. Em 1998 termina a licenciatura em Gerencia y Producción Teatral, do Instituto Universitário de Teatro de Caracas. Em 2007, o GAT adota o projeto de distribuição de material de prevenção e convida-o também como angariador do PREVIH. Em 2010 passa a ser parte do GAT como técnico par de rastreio no GAT CheckpointLX, onde cumpre funções até 2016, quando passa para o GAT Intendente como mediador par TS neste serviço, dirigido às pessoas que fazem trabalho sexual, pessoas trans e migrantes. Durante a crise pandémica de COVID-19, em 2020, faz a ponte entre as pessoas que fazem trabalho sexual e o GAT, para acesso a tratamentos crónicos dificultados pelos confinamentos. Em 2021 coordena, em Portugal, o braço do estudo ANRS SEXTRA.

Juliana Paciência

Unidades da dor.
Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Comunitária.

Laetitia

Tem colaborado, desde 1998, com várias organizações ligadas ao combate a preconceitos sobre práticas sexuais (incluindo a prática do sexo comercial),

Resumos Curriculares

sexualidades, relacionamentos consensuais não exclusivistas, sexo e género (sentido e/ou percecionado), "raça", etnia e/ou nacionalidade. Fá-lo profissionalmente desde 2011, participando em atividades de apoio à melhoria da qualidade de vida de pessoas que prestam trabalho sexual (com variadas práticas de género) e de pessoas trans. Atualmente trabalha também na identificação e remoção de barreiras à participação pública nas políticas de saúde (planeamento, implementação, monitorização e avaliação) e ao acesso a cuidados de saúde, especialmente no que concerne a pessoas sem nacionalidade portuguesa, pessoas trans, e trabalhadorxs do sexo.

Maria Amélia Rebelo Quintans, médica

Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina em Lisboa em 1973, especialista em Anestesiologia desde 1982.
1982-1986: Assistente hospitalar de anestesiologia no Hospital Santa Maria;
1986-1991: Assistente Hospital de anestesiologia na Maternidade Alfredo da Costa (MAC);
1989: Adjunta do Diretor Clínico na MAC;
1991 até à aposentação: Chefe de Serviço de anestesiologia na MAC;
2006 até à aposentação: Diretora de Serviço de anestesiologia na MAC;
Trabalhou, ainda, a convite, no Hospital do Funchal, no Hospital de Portalegre e no Hospital Ortopédico no Outão; nomeada Presidente de Júri para assistente hospitalar; júri de vários internatos complementares; membro da Comissão de ética da MAC; participou no projeto de implementação do sistema de distribuição de medicamentos em unidoses na MAC; publicação de vários artigos científicos; participação em dois projetos de investigação clinica na área da infertilidade, tendo sido atribuído o Prémio Anual da MAC em 1989 publicado em 1990.

Resumos Curriculares

Maria Manuela Sampaio

Unidades da dor
4Enfermeira Gestora da Unidade de Dor Crónica, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e Bloco Operatório Central/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem.

Nélia Isaac.

Médica Interna da Especialidade de Medicina Geral e Familiar
Equipa da Consulta de Dor Crónica dos Cuidados de Saúde Primários do Aces Cascais
Pós-Graduação em Dor pela Universidade Católica Portuguesa
Membro do Grupo de Estudos da Dor da Associação de Medicina Geral e Familiar

Patrícia Franco

Enfermeira na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos. Conselheira de Luto.

Raul Marques Pereira

Médico. Especialista em Medicina Geral e Familiar. Mestre em Evidência e Decisão em Saúde.
Pós-Graduado em Alta Direção de Instituições de Saúde; Pós-Graduado em

Resumos Curriculares

Tratamento de Dor; Assistente Convidado, Escola de Medicina, Univ. do Minho. Investigador, Centro de Medicina Digital P5, Univ. do Minho; Coordenador, Grupo de Estudos de Dor, Assoc. Portuguesa de Medicina Geral e Familiar-
E-mail: raulmarquespereira@gmail.com | Tel.: +351 916381083 | raulmarquespereira.pt | LinkedIn

Ricardo Fernandes

Ricardo Fernandes é um ativista que vive com VIH e trabalha na área do VIH há duas décadas. É licenciado em Línguas e Literaturas Modernas pela Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Trabalhou em várias ONG portuguesas na área do VIH desde 2000, principalmente na coordenação e direção de projetos. É Diretor Executivo do GAT — Grupo de Ativistas em Tratamentos — GAT (www.gatportugal.org), e é atualmente Presidente do European AIDS Treatment Group — EATG (www.eatg.org). Coorganizador de várias conferências portuguesas e coautor de estudos e artigos principalmente sobre estigma, diagnóstico e apresentação tardia.

Sandra Laia Esteves

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
Vice-Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.
Graduada em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção, pelo ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada); Graduada em Emergências Obstétricas e Neonatais. Enfermeira supervisora de vários ensinos clínicos em contexto do

Resumos Curriculares

Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária. Experiência profissional no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central na área da mulher, criança e adolescente (Hospital Dona Estefânia) e na área jovem, adulto e idoso (Hospital São José). Responsável pela área de Intervenção Comunitária na UCC Integrar na Saúde — ACeS Lisboa Norte.
Interesse pela área de Comunicação em Saúde e Literacia Digital, autora de alguns instrumentos audiovisuais pedagógicos no âmbito "Segurança no Comunicar" — https://www.youtube.com/@sandralaia275/about
linkedin.com/in/sandra-laia-esteves-a3697b41

Shanna Rodrigues Soares dos Santos

Fisioterapeuta licenciada pela Escola Superior Jean-Piaget de Macedo de Cavaleiros; Curso Internacional de Especialização em Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular e Oclusão pela Faculdade Facsete, Sete Lagoas, Brasil; Curso Avançado em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial com ênfase em Sono pela Faculdade Facsete, Sete Lagoas, Brasil; Pós-graduação em Fisiopatologia do Sistema Músculo-Esquelético Crânio-Cervical, Crânio-Mandibular e Dor Orofacial, Universidade Andrés Bello, Chile; Professora assistente do Curso Internacional em Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular Lisboa/Brasil; Prática Clínica Privada exclusiva em Dor Orofacial, Disfunção Temporomandibular e Sono; Fundadora da Clínica Fisio 21.
Nº cédula profissional C-045723079
Nº da Ordem dos Fisioterapeutas 10505
Shanna85soares@gmail.com / geral@fisio21.pt
www.fisio21.pt
Tlm: 916 473 347
Contatos Fisio 21: 218 471 192 / 960 169 528

Resumos Curriculares

Sara Cunha

Enfermeira coordenadora na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Pós-graduada em Intervenção Clínica em Cuidados Paliativos e em Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Mestre em Sociopsicologia da Saúde.

Vânia Costa

Nutricionista. Professora adjunta na Licenciatura em Dietética e Nutrição - ESTeSL-IPL. Especialista em Literacia em Saúde, ISPA- Instituto Universitário. Especialista em Nutrição Clínica pela Ordem dos Nutricionistas. Especialista em Dietética, IPL. Pós-graduada em Saúde Comunitária, FCM-UL. Colaboradora do H&TRC- Health & Technology Research Center, ESTeSL-IPL. Participação como autora e co-autora em programas de Promoção da Saúde na área de literacia e educação alimentar para crianças, jovens e adultos.

SPLS
SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE

Apoio

VIATRIS™