

Fundamentos e Práticas da Fisioterapia 6

**Bárbara Martins Soares
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)**



Atena
Editora
Ano 2019

Bárbara Martins Soares
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)

Fundamentos e Práticas da Fisioterapia 6

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos e práticas da fisioterapia 6 [recurso eletrônico] /
Organizadoras Bárbara Martins Soares, Larissa Louise
Campanholi. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. –
(Fundamentos e Práticas da Fisioterapia; v. 6)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-153-4

DOI 10.22533/at.ed.534190703

1. Fisioterapia. I. Soares, Bárbara Martins. II. Campanholi,
Larissa Louise.

CDD 615.82

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A fisioterapia é uma ciência relativamente nova, pois foi reconhecida no Brasil como profissão no dia 13 de outubro de 1969. De lá para cá, muitos profissionais tem se destacado na publicação de estudos científicos, o que gera mais conhecimento para um tratamento eficaz. Atualmente a fisioterapia tem tido repercussões significativas, sendo citada frequentemente nas mídias, demonstrando sua importância e relevância. Há diversas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO): Fisioterapia em Acupuntura, Aquática, Cardiovascular, Dermatofuncional, Esportiva, em Gerontologia, do Trabalho, Neurofuncional, em Oncologia, Respiratória, Traumato-Ortopédica, em Osteopatia, em Quiropraxia, em Saúde da Mulher, em Terapia Intensiva. O fisioterapeuta trabalha tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças e lesões, empregando diversas técnicas como por exemplo, a cinesioterapia e a terapia manual, que tem como objetivo manter, restaurar ou desenvolver a capacidade física e funcional do paciente. O bom profissional deve realizar conduta fisioterapêutica baseada em evidências científicas, ou seja, analisar o resultado dos estudos e aplicar em sua prática clínica. Neste volume 6, apresentamos a você artigos científicos relacionados à educação em fisioterapia em acupuntura, aquática, em oncologia, traumato-ortopédica e em osteopatia.

Boa leitura.

Larissa Louise Campanholi e Bárbara Martins Soares Cruz.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A EFICÁCIA DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DA CERVICALGIA UM RELATO DE CASO

Ana Paula Moreira Furtado
Sayuri Jucá Gonçalves
Amanda Portela do Prado
Glaucineide Pereira da Silva
Karla Sabrina Leite Moreira
Vivian Bertoldo dos Santos
Sabrina Kelly Matos de Freitas
Alisson Gomes Fernandes
Maria Juliana Dourado Teófilo
Edla Romão Façanha
Patrícia Dandara dos Santos Sousa
Pedro Pinheiro de Queiroz Neto
Patricia da Silva Taddeo
Marcia Maria Gonçalves Felinto Chaves
Paulo Fernando Machado Paredes
Josenilda Malveira Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.5341907031

CAPÍTULO 2 7

A FISIOTERAPIA APÓS A MASTECTOMIA AUMENTA A AMPLITUDE DE MOVIMENTO, REDUZ A INCAPACIDADE E DOR

Fernanda Bispo de Oliveira
Cássia Giulliane Costa Santos
Jader de Farias Neto
Walderi Monteiro da Silva Júnior
Mariana Tirolli Rett

DOI 10.22533/at.ed.5341907032

CAPÍTULO 3 17

A FISIOTERAPIA AQUÁTICA E OS BENEFÍCIOS CAUSADOS EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Antonia Gecileuda Nascimento Freitas
Maria Augusta Amorim Franco de Sá
Marina Carvalho Magalhães Araújo
Marylia Araújo Milanêz
Samara Soares Rosa
Waldeck Pessoa da Cruz Filho

DOI 10.22533/at.ed.5341907033

CAPÍTULO 4 24

A INTERVENÇÃO DA ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DE LOMBALGIA

Sayuri Jucá Gonçalves
Ana Paula Moreira Furtado
Amanda Portela do Prado
Glaucineide Pereira da Silva
Karla Sabrina Leite Moreira
Vivian Bertoldo dos Santos
Sabrina Kelly Matos de Freitas
Alisson Gomes Fernandes
Maria Juliana Dourado Teófilo
Edla Romão Façanha
Patrícia Dandara dos Santos Sousa
Pedro Pinheiro de Queiroz Neto
Josenilda Malveira Cavalcanti
Patricia da Silva Taddeo
Marcia Maria Gonçalves Felinto Chaves
Paulo Fernando Machado Paredes

DOI 10.22533/at.ed.5341907034

CAPÍTULO 5 30

A UTILIZAÇÃO DA LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

Alessandra Riniere Araújo Sousa
Carla Valéria Silva Oliveira
Maria Augusta Amorim Franco de Sá

DOI 10.22533/at.ed.5341907035

CAPÍTULO 6 37

ANÁLISE DO NÍVEL DA DOR CAUSADA PELO ESTRESSE EM PRESBÍTEROS (CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA MANUAL)

Nathalia de Barros Peixoto
Giane Dantas de Macedo Freitas

DOI 10.22533/at.ed.5341907036

CAPÍTULO 7 54

ASSOCIAÇÃO DA ANSIEDADE COM A SÍNDROME DA FIBROMIALGIA EM PACIENTES ATENDIDOS NO SETOR DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA DA CLÍNICAS INTEGRADAS GUAIRACÁ – ESTUDO TRANSVERSAL

Jaqueline Antoneli Rech
Elizandra Aparecida Caldas da Cruz
Camila Kich
Claudia Bernardes Maganhini
Simone Mader Dall’Agnol
Franciele Aparecida Amaral

DOI 10.22533/at.ed.5341907037

CAPÍTULO 8 63

DIFERENÇA CLÍNICA ENTRE DRY NEEDLING E ACUPUNTURA NOS DIFERENTES TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Clara Beatriz Torres Maciel
Luana Feitosa Calado
Maytta Rochelly Lopes da Silva
Náthaly Thays Silva Farias
João Paulo Maciel Cavalcanti de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.5341907038

CAPÍTULO 9 70

EFEITO DA BANDAGEM ELÁSTICA TERAPÊUTICA NAS ALGIAS LOMBARES: REVISÃO SISTEMÁTICA

Míriam Alves Silva
Gabriel Mauriz de Moura Rocha
Ionara Pontes da Silva
Carolyne Carvalho Caxias
Margarete Lopes Riotinto

DOI 10.22533/at.ed.5341907039

CAPÍTULO 10 83

EFFECTS OF THE COMBINATION OF LOW-LEVEL LASER THERAPY AND SHORTWAVE DIATHERMY FOR THE TREATMENT OF NONSPECIFIC LOW BACK PAIN - A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, SHAM-CONTROLLED PILOT STUDY

Leandro Henrique Grecco
Diogo Correa Maldonado
Luiz Augusto Miziara Ribeiro
Diogo Bernardo Cavalcanti de Arruda
Giuliano Roberto Gonçalves
Adriano Rodrigues Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.53419070310

CAPÍTULO 11 95

EFICÁCIA DA MANIPULAÇÃO ARTICULAR NO TRATAMENTO DA CERVICALGIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Carolina de Oliveira Brito Santos
Roberta Lima Monte Santo
Gabriela Silva Barros
Henrique de Jesus Dias
Cláudia Jeane Claudino de Pontes Miranda

DOI 10.22533/at.ed.53419070311

CAPÍTULO 12 106

HOUE VARIAÇÃO DE TEMPERATURA SECUNDÁRIA À APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE AGULHAMENTO PARA RECUPERAÇÃO DE FADIGA MUSCULAR AGUDA PERIFÉRICA? UM ESTUDO PILOTO

Gabriel Barreto Antonino
Ana Paula de Lima Ferreira
Jéssica Leite Reis Barbosa
Débora Kristinni Vieira Barbosa
Eduardo José Nepomuceno Montenegro
Alberto Galvão de Moura Filho
Horianna Cristina Silva de Mendonça
Kennedy Freitas Pereira Alves
Françóis Talles Medeiros Rodrigues
Maria das Graças Rodrigues de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.53419070312

CAPÍTULO 13 117

INFLUÊNCIA AGUDA DA MONOBRA OSTEOPÁTICA NO LIMIAR DE DOR DA COLUNA VERTEBRAL TORÁCICA

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima
Ellen Rafaela da Costa Silva
Thayane Suyane de Lima
Victória Maria Maia Oliveira Rebouças
Moisés Costa do Couto

DOI 10.22533/at.ed.53419070313

CAPÍTULO 14 129

OS EFEITOS DO KINESIO TAPING® NA RESISTÊNCIA À FADIGA DOS FLEXORES DO COTOVELO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

Rafael Limeira Cavalcanti
Yanka de Miranda Silva
Ivanna Fernandes dos Santos
Karinna Sonálya Aires da Costa
Rodrigo Marcel Valentim da Silva
Patrícia Froes Meyer

DOI 10.22533/at.ed.53419070314

CAPÍTULO 15 142

INFLUÊNCIA DA CINESIOTERAPIA LABORAL NA REDUÇÃO DA DOR OSTEOMUSCULAR EM DOCENTES

Ariany Franciely Fonseca Renó
Gislene Guimarães Garcia Tomazini

DOI 10.22533/at.ed.53419070315

CAPÍTULO 16 151

PERCEPÇÃO DO LIMIAR DE DOR APÓS MANIPULAÇÃO OSTEOPÁTICA DA ARTICULAÇÃO ATLANTO-AXIAL

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima
Maria Irany Knackfuss
Thayane Suyane de Lima
Natyane Melo da Silva
Gislainy Luciana Gomes Câmara
Moisés Costa do Couto

DOI 10.22533/at.ed.53419070316

CAPÍTULO 17 165

PREVALÊNCIA DAS ALTERAÇÕES OSTEOMUSCULARES EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO

Henrique Toledo Silva Campos
Victor Barbosa Nascimento
Camila Correia Dias
Denise de Souza Pereira
Maria de Fátima Albuquerque Sousa
Luana Rosa Gomes Torres
Renata Cardoso Couto
Érika Rosângela Alves Prado

DOI 10.22533/at.ed.53419070317

CAPÍTULO 18 174

REABILITAÇÃO VESTIBULAR EM IDOSOS: PREVENINDO AS QUEDAS OCASIONADAS PELA TONTURA

Leonora Oliveira Leite
Ana Karla Pereira Azevedo
Alan Alves de Souza
Mateus Kaled Teles Albuquerque
Guilherme Douglas Braga de Sousa
Paulo Fernando Machado Paredes
Patricia da Silva Taddeo

DOI 10.22533/at.ed.53419070318

CAPÍTULO 19 179

RECURSOS CINESIOTERAPÊUTICOS E MANUAIS APLICADOS EM PACIENTE COM OSTEOPOROSE LOMBAR E LOMBALGIA: UM RELATO DE CASO

Thayná da Silva Lima
Thayane Gabriele Lopes Juvenal
Amanda Portela do Prado
Matheus Kiraly Neris Lopes
Guilherme Douglas Braga de Sousa
Mateus Kaled Teles Albuquerque
Vera Lúcia Santos Almeida
Anakira Suiane Lopes de Almeida
Josenilda Malveira Cavalcanti
Rinna Rocha Lopes

DOI 10.22533/at.ed.53419070319

CAPÍTULO 20 185

RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NO MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Caroline Ferreira
Jonas Aléxis Skupien
Simone Medianeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.53419070320

CAPÍTULO 21 194

RECURSOS TERAPÊUTICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Josyanne da Silva Soares
Danillo Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.53419070321

CAPÍTULO 22	201
TERAPIA MANUAL E CINESIOTERAPIA APLICADAS EM PACIENTE COM GONARTROSE: UM RELATO DE CASO	
Klivia Marcelino Pordeus Costa	
Karina Kelly Silva Jeronimo	
Elvira Maria Magalhães Martins	
Nayanne Ferreira de Sousa	
Josenilda Malveira Cavalcante	
Rinna Rocha Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.53419070322	
CAPÍTULO 23	206
TRATAMENTO DOS SINTOMAS DA CHIKUNGUNYA COM AURICULOACUPUNTURA: ESTUDO PILOTO	
Fernando Leonel da Silva	
Jaqueline Leite Batista	
Iaponan Macedo Marins Filho	
Lígia Tomaz de Aquino	
Dayvson Diogo de Santana Silva	
José Luiz Gomes da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.53419070323	
CAPÍTULO 24	219
ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR EM PACIENTES ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Antonia Gecileuda Nascimento Freitas	
Altevir Alencar Filho	
Eric da Silva	
Maria Augusta Amorim Franco de Sá	
Saulo Araújo de Carvalho	
Waldeck Pessoa da Cruz Filho	
DOI 10.22533/at.ed.53419070324	
SOBRE AS ORGANIZADORAS	231

ANÁLISE DO NÍVEL DA DOR CAUSADA PELO ESTRESSE EM PRESBÍTEROS (CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA MANUAL)

Nathalia de Barros Peixoto

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Maurício de Nassau, João Pessoa – PB, com formação na área de Pilates Clássico Científico, Pilates Clássico do Brasil, Pilates Avançado, Terapia Manual, Terapia Intensiva, Ventosaterapia, Bandagem Neuromuscular, Auriculoterapia.

Giane Dantas de Macedo Freitas

Fisioterapeuta Doutora em Evolução Humana pela Universidade de Granada e coordenadora do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau, João Pessoa – PB.

RESUMO: A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Já o estresse, é o estado criado pelos estímulos que provocam excitação emocional alterando a homeostasia, essa alteração pode gerar respostas corporais dolorosas e o indivíduo com dor tem um aumento no nível de estresse, gerando mais dor. Este trabalho, objetivou avaliar a dor causada pelo estresse em Presbíteros da cidade de Garanhuns, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório, descritivo e quantitativo, com amostra de 40 indivíduos com idade entre 26 e 80 anos. Foi aplicado um questionário contendo informações sobre aspecto sóciodemográfico, tais como: idade,

nacionalidade, estado civil, profissão, endereço, RG e telefone e o questionário de Dor de McGill que foi adaptado para o meio pesquisado. O perfil encontrado traça 100% dos padres pesquisados são brasileiros, solteiros, com ensino superior completo e do sexo masculino. De acordo com dados encontrados na pesquisa 72,5% sentem dores quando expostos a uma situação de estresse, 22,5% não sentem nenhum tipo de dor, 5% não responderam ao questionário, 35% sentem dor de cabeça, 12,5% apresentam dor na cervical, 20% reclamam de dor nos ombros, 12,5% relatam dor torácica, 2,5% referiu dor nos braços, 2,5% indicou dor lombar, 7,5% confirmaram dor nas pernas, 2,5% sentiu dor nos joelhos e 2,5% relatou dor nos calcanhares. A intensidade da dor é percebida de forma diferente por cada pessoa, sendo modificada pela personalidade de cada sujeito. As dores de cabeça, mais frequentes entre os pesquisados, podem ser causadas pela tensão muscular que acompanha o estresse. Assim, esses resultados servem de base para desenvolvimento de estratégias direcionadas ao grupo descrito com sua respectiva caracterização que visem controlar o aumento da dor causada pelo estresse e diminuir o impacto que essa dor causa como na interferência das atividades de vida diária dos estudados.

PALAVRAS-CHAVE: Dor. Estresse. Religiosos.

ABSTRACT: Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with or related to actual or potential tissue injury. Stress is the state created by stimuli that provoke emotional arousal by altering homeostasis, this alteration can generate painful bodily responses and the individual with pain has an increase in the level of stress, generating more pain. This study aimed to evaluate the pain caused by stress in Presbíteros of the city of Garanhuns, Pernambuco. This is an exploratory, descriptive and quantitative field study, with a sample of 40 individuals aged between 26 and 80 years. A questionnaire containing socio-demographic information was applied, such as: age, nationality, marital status, profession, address, telephone number, and the McGill Pain questionnaire, which was adapted for the medium researched. The profile found traces 100% of the priests surveyed are Brazilians, unmarried, with complete higher education and male. According to data found in the survey, 72.5% feel pain when exposed to a stress situation, 22.5% do not feel any type of pain, 5% did not respond to the questionnaire, 35% feel headache, 12.5% have pain in the neck, 20% complain of shoulder pain, 12.5% report chest pain, 2.5% reported pain in the arms, 2.5% indicated low back pain, 7.5% confirmed leg pain, 2.5% % felt knee pain and 2.5% reported heel pain. The intensity of the pain is perceived differently by each person, being modified by the personality of each subject. The headaches, more frequent among those surveyed, can be caused by the muscular tension that accompanies stress. Thus, these results serve as a basis for the development of strategies directed to the group described with their respective characterization that aim to control the increase of pain caused by stress and reduce the impact that this pain causes as in the interference of the activities of daily life of the studied.

KEYWORDS: Pain. Stress. Religious.

1 | INTRODUÇÃO

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED, 2016). A dor relacionada ao estresse pode gerar um ciclo vicioso: Estresse-Dor-Estresse-Dor. O estresse gera respostas corporais dolorosas e o indivíduo com dor tem um aumento no nível de estresse, conseqüentemente, gera mais dor. É uma experiência sensorial ou emocional desagradável que ocorre em diferentes graus de intensidade, do desconforto leve à agonia. É uma resposta fisiológica e emocional a um evento nocivo (ANDRE, 2002).

O Estresse é o estado criado pelo entendimento de estímulos que provocam excitação emocional e, ao alterar a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo várias manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos. Essas manifestações podem surgir na forma de dor, localizada ou generalizada (EUCLIDES et al., 2002).

Numa pesquisa feita com grupos de várias classes de trabalhadores que lidam

diretamente com pessoas, constatou-se a presença de alto índice de estresse na classe de religiosos. Assim:

Ao comparar os resultados de cada um dos grupos, constatou-se que os padres e as freiras eram os mais estressados de todos (VALLE, 2010, p.791).

De acordo Pereira (2013) esses resultados transformam-se na somatização ou manifestação generalizada do corpo que são: cansaço físico, mal-estar geral, fadiga, freqüentes dores de cabeça, hipertensão arterial sistêmica (HAS), taquicardia, úlceras digestivas, irregularidades gastrointestinais, lombalgias, cervicalgias, irritabilidade, baixo rendimento constante e probabilidade de desenvolver dependência ao uso de fármacos usados frequentemente para combater as dores consequentes do estresse. Os métodos fisioterapêuticos podem ajudar na diminuição no uso de remédios como a única opção para aliviar a dor. Por ser uma classe de profissionais pouco estudada, os padres são vistos somente no aspecto religioso, espiritual e não como seres humanos que adoecem, por esse motivo surgiu o interesse de pesquisá-los.

Portanto, o principal objetivo deste trabalho foi avaliar a dor causada pelo estresse em Presbíteros da cidade de Garanhuns, Pernambuco. O estresse em que os padres são submetidos podem ser geradores de dor?

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiologia da dor

A percepção dolorosa é frequentemente desencadeada por estímulo nocivo, seja uma lesão ou uma doença em tecidos somáticos ou tecido nervoso, periférico ou central, seja na forma psicológica, isso permite ao indivíduo se livrar do estímulo nocivo ou diminuir o dano da causa da dor, como na exposição ao estresse. A dor persistente gera sofrimento e é uma resposta negativa induzida por inúmeros fatores, entre os quais está à dor que ocasiona mais dor, o medo, estresse, perdas (GRAEFF; GUIMARÃES, 2000).

Os nociceptores são tradutores encontrados nos tecidos superficiais, profundos e vísceras, que anatomicamente se apresentam como terminações nervosas livres. Sua principal característica eletrofisiológica é o alto limiar de excitabilidade. Quando um estímulo mecânico, térmico ou químico intenso, com capacidade lesiva, é aplicado ao organismo, os nociceptores são ativados e uma informação de agressão é encaminhada ao sistema nervoso central (ANDRE, 2002).

A transmissão excitatória no sistema nervoso central é feita principalmente pelo glutamato e secundariamente pelo aspartato, chamados genericamente de aminoácidos excitatórios. Em muitas sinapses, a liberação de glutamato é conjunta com a liberação de substância P e neurocininas, que são designadas neuromoduladores. Além dessas substâncias, outros mediadores de caráter excitatório como o hidrogênio, o potássio,

a histamina, interleucinas, ATP, também participam do processo de sensibilidade periférica. A frequência e duração dos estímulos conduzidos até a medula espinhal determinam fenômenos de nocicepção com finalidade biológica ou sua transformação em quadros patológicos (NAIDU et al., 2015).

A dor se apresenta clinicamente de diversas maneiras e associada a múltiplos sintomas. Muitos autores vêm sugerindo que os fisioterapeutas tratem a dor de acordo com os mecanismos clínicos periféricos, centrais e/ou associados, encontrados durante a avaliação. A compreensão e a identificação destes mecanismos ajudam na decisão e raciocínio clínico da avaliação, tratamento e prognóstico do paciente com dor (GOSLING, 2013).

2.2 Fisiologia do estresse

A resposta fisiológica generalizada ao estresse, onde ao perceber um perigo eminente ou um evento traumático são responsabilidades do córtex cerebral e interpretação de uma rede de neurônios abrangendo o encéfalo e envolvendo os circuitos da memória, pode se transformar em um quadro patológico de dor se continuar com frequência. Determinada à relevância do estímulo, o córtex aciona um circuito cerebral subcortical, localizado na parte do cérebro denominada sistema límbico, através das estruturas que controlam as emoções e as funções dos sistemas viscerais (coração, vasos sanguíneos, pupilas, sistema gastrointestinal etc.) através do chamado sistema nervoso autônomo (SNA) (DOMPANY, 2017).

Essas respostas também são mediadas pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com ações complementares através de todo o organismo. O SNA é o responsável pela resposta mais imediata à exposição ao estressor. Suas duas partes, simpático e parassimpático, provocam alterações rápidas nos estados fisiológicos através da inervação dos órgãos alvos. Por exemplo, a inervação simpática pode rapidamente (em segundos) aumentar a frequência cardíaca e a pressão arterial através da liberação de noradrenalina, primeiro nas terminações dos nervos simpáticos e adrenalina pela estimulação simpática das células da medula da glândula adrenal (ZUARDI, 2014).

Essa excitação do SNA diminui rápido por ocasião do reflexo parassimpático, obtendo respostas de curta duração. O estresse ativa, também, o eixo HHA, que resulta na elevação dos níveis de glicocorticóides circulantes. A exibição ao estressor ativa os neurônios do núcleo paraventricular do hipotálamo que secretam hormônios liberadores, como o hormônio liberador de corticotrofina (Corticotropin-Releasing Hormone - CRH), secretado nos terminais de neurônios hipotalâmicos próximos da circulação porta da eminência média da hipófise, mas podendo exercer seus efeitos em várias áreas cerebrais, como amígdala, hipocampo e locus ceruleus (ULRICH-LAI; HERMAN, 2009).

Esse hormônio vai agir na hipófise anterior executando a liberação do hormônio (Adreno Cortico Tropic Hormone - ACTH), que vai atuar no córtex da glândula adrenal

começando a síntese e liberação de glicocorticóides. O pico dos níveis plasmático de glicocorticóides ocorre dezenas de minutos após o início do estresse. O mecanismo, com vários níveis de secreção hormonal do eixo HHA, é lento em relação à latência dos mecanismos de transmissão sináptica que ocorrem no SNA. Os glicocorticóides são secretados de uma forma pulsátil, seguindo um ritmo circadiano, sobre o qual se sobrepõe uma explosão secretora por ocasião do estresse (JOËLS; BARAN, 2009).

Esses hormônios atuam inicialmente em dois tipos de receptores: mineralocorticóides (ReMC) e glicocorticóides (ReGC). Os primeiros têm grande afinidade pelos corticosteróides, sendo ocupados mesmo quando os níveis são baixos e os segundos, com uma afinidade dez vezes menor, que são ocupados em situações de grande aumento, por exemplo, durante o estresse. A ligação dos corticosteróides com seu receptor promovem seu transporte para o núcleo das células, onde atuam na transcrição gênica. Influenciando assim, a taxa de secreção de proteínas específicas, que diferem dependendo do tipo de célula (TSIGOS et al., 2009).

Os glicocorticóides circulantes causam a mobilização da energia armazenada e potencializam numerosos efeitos mediados pelo simpático. Cumprem um papel chave no controle da atividade do eixo HHA e na finalização da resposta ao estresse, através de uma realimentação inibitória em áreas cerebrais extra-hipotalâmicas, hipotálamo e hipófise (ZUARDI, 2014).

A resposta ao estresse propaga-se numa escala temporal que vai de milissegundos a dias. Como foi visto, os diferentes moduladores agem com perfis temporais diversos. A primeira onda de efeitos deve-se à liberação de monoaminas, pelo SNA e pelos peptídeos (CRH), começando alguns segundos após o estressor. A segunda onda compreende efeitos moleculares principalmente pela secreção de glicocorticóides, que ativam os fatores de transcrição, criando efeitos genômicos e estruturais. Essa onda começa entre uma duas horas após o início do estresse (JOËLS; BARAN, 2009).

A sinalização não genômica dos glicocorticóides é responsável pela rápida retroalimentação inibitória do eixo HHA, que acontece em minutos após seu aumento na circulação. Dessa forma, o estresse frequente ou mantido por longo tempo pode comprometer o organismo gerando dores. Vários estudos neuroquímicos sugerem que o estresse crônico aumenta a excitabilidade do eixo HHA e do sistema simpático-adrenomedular (ULRICH-LAI; HERMAN, 2009).

Portanto, o estresse aumenta a liberação, por vias não genômicas, do glutamato que é responsável pela excitabilidade neural, o SNC recebe esta informação como uma agressão, respondendo na forma de dores, principalmente as dores musculoesqueléticas.

Ao se expor a uma situação de estresse o indivíduo ativa o principal hormônio liberado pela hipófise, a Acetilcolina (o conhecido hormônio do estresse), que vai até a parte cortical (camada externa) das glândulas adrenais (localizada sobre os dois rins) através do sangue, e provoca uma elevação da secreção de hormônios corticosteróides. Estes hormônios têm amplas ações sobre quase todos os tecidos

do corpo, modificando o seu metabolismo, a produção de proteínas, a resistência imunológica, as inflamações e infecções provocadas por agressões externas (BERNIK, 2003).

Essas respostas são normais e até protetoras, o chamado eustress. Quando passam a ser repetitivas e de longa duração, começam a surgir alterações patológicas causadas pelo constante nível elevado desses hormônios, como dores musculares e ósseas, por exemplo, uma reação do corpo ao estímulo anormal (SPARREBERGER et al., 2003).

Existem três fases para o estresse: aguda, de resistência e de exaustão. Na primeira se percebe alguma alteração, mas geralmente, esta fase passa despercebida. A segunda é onde começam surgir as consequências emocionais, físicas, mentais, entretanto, muitas pessoas ainda não relacionam essas alterações ao estresse. Na exaustão o organismo instala de uma vez uma doença física ou psíquica (MARTIN et al., 2009).

2.3 Avaliação da dor

Segundo Torres (2006), há quatro tipos de divisões para a dor: dor somática superficial, que provém da estimulação de nociceptores do tegumento, apresentando-se como sensação localizada de picada, pontada, laceração, queimação, consequência de trauma, queimadura e inflamações; dor somática profunda, que resulta da ativação nociceptiva dos músculos, fâscias, tendões, ligamentos e articulações, apresentando localizações imprecisas, dita como dolorimento, dor surda, dor profunda, cãibra e pode manifestar-se como dor irradiada; dor visceral, que decorre de nociceptores viscerais, tem as características da dor somática profunda, tendendo a acentuar-se com a solicitação do órgão acometido; e a dor irradiada ou referida, que é sentida à distância de seu local de origem (local da lesão), em estruturas inervadas pela mesma raiz nervosa.

Existem instrumentos multidimensionais que avaliam as várias dimensões dos tipos de dor, como as seguintes: sensitivo-discriminativa que diz respeito a características espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vivacidade da dor; afetivo-motivacional, que trata de sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas e, finalmente, avaliativas, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo. No entanto, é importante considerar que fatores sensoriais, emocionais e culturais podem influenciar na sua interpretação e resposta (GRASSI, 2011).

Os instrumentos que podem ser aplicados para a mensuração da dor podem ser: Inventário Breve de Dor - forma reduzida (Brief Pain Inventory - BPI), instrumento multidimensional que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é

aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas (MARTINEZ et al., 2011).

Escala visual analógica (EVA) para dor (Visual Analogue Scale - VAS), instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade da linha é marcada “nenhuma dor” e na outra “pior dor imaginável”. Pede-se, então, para que o paciente avalie e marque na linha a dor presente naquele momento (MARQUES, 2011).

Questionário McGill de Dor (McGill Pain Questionnaire - MPQ), instrumento multidimensional que avalia vários aspectos da dor por meio de palavras (descritores) que o paciente escolhe para expressar a sua dor. Os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea. O índice numérico de descritores é o número de palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar a sua dor, sendo, no máximo, uma palavra de cada subgrupo com o valor máximo de 20. Já o índice de dor é calculado pela somatória dos valores de intensidade de cada descritor (0-5), tendo este o máximo de 78. MPQ conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração (MARTINEZ et al., 2011).

3 | MATERIAIS/ MÉTODOS

O estudo realizado caracteriza-se em uma pesquisa de campo de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. O presente estudo envolveu 40 Padres da Igreja Católica da Diocese de Garanhuns – PE entre 26 e 80 anos de idade, escolhidos de forma aleatória. Com relação ao critério de inclusão e exclusão, foi incluído todo Padre que quis participar da pesquisa e excluído o Padre que se recusou a participar ou não respondeu o questionário corretamente, como também o padre que apresentasse dores de etiologia conhecida pré-existentes.

Foi aplicado um questionário e um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) estruturado contendo informações sobre aspecto sócio demográfico, tais como: idade, nacionalidade, estado civil, profissão, endereço, RG e telefone, quatro perguntas extras: Sente dores quando se estressa? Onde? Quanto tempo dura? O que faz para aliviar a dor? Que foram adicionadas ao questionário de Dor de McGill, onde esse é um instrumento multidimensional que avalia a dor do paciente por meio de descritores: Miscelânea – que são várias sensações para a percepção dolorosa; Sensorial discriminativo – Intensidade da dor; Afetivo motivacional – Baixa tolerância a frustrações; Avaliativo cognitivo – Compreensão da experiência dolorosa.

Os dados coletados foram analisados dentro do programa Microsoft Office Excel versão 2007, de forma descritiva e qualitativa, a fim de avaliar a dor causada pelo estresse em Presbíteros da cidade de Garanhuns – PE.

O estudo foi feito conforme a autorização dos participantes que assinaram o (ANEXO A) termo de consentimento livre e esclarecido explicando a não obrigatoriedade

da participação na pesquisa, a preservação da identidade e a preservação física e moral. Os riscos foram mínimos, uma vez que a participação se deu somente pelo preenchimento de um questionário, podendo este estar relacionado ao estresse ou constrangimento em responder as perguntas estabelecidas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

As variáveis foram alocadas em dois grupos de modo a organizá-las para formar um perfil sóciodemográfico (nacionalidade, estado civil, profissão e grau de escolaridade) e um perfil de dor (sentem dores ao estresse, dor de cabeça, na cervical, ombros na região do trapézio, dor na torácica, nos braços, lombar, pernas, joelhos, calcanhares e não sentem dores). Levando em consideração que um mesmo indivíduo escolheu mais de uma opção na mesma pergunta ou não respondeu, os resultados darão sempre a mais ou a menos do que a quantidade de indivíduos estudados. A análise foi feita a partir da entrevista de 40 Padres. Assim, constatou-se que 100% (n=40) são brasileiros, solteiros, religiosos e têm terceiro grau completo.

Variável	n	%
Dor a exposição ao estresse	29	72,5
Não sentem nenhum tipo de dor	9	22,5
Não responderam	2	5
Dor de Cabeça	14	35
Dor nos Ombros (Trapézio)	8	20
Dor na Cervical	5	12,5
Dor Torácica	5	12,5
Dor nas Pernas	3	7,5
Dor nos Braços	1	2,5
Dor Lombar	1	2,5
Dor nos Joelhos	1	2,5
Dor nos Calcanhares	1	2,5
Total	79	197,5

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados em relação a dor quando submetidos a uma situação de estresse

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a tabela 1, 72,5% (n=29) sentem dores quando expostos a uma situação de estresse, 22,5% (n=9) não sentem nenhum tipo de dor, 5% (n=2) não responderam, 35% (n=14) sentem dor de cabeça, 12,5% (n=5) apresentam dor na cervical, 20% (n=8) reclamam de dor nos ombros, 12,5% (n=5) relatam dor torácica, 2,5% (n=1) referiu dor nos braços, 2,5% (n=1) indicou dor lombar, 7,5% (n=3) confirmaram dor nas pernas, 2,5% (n=1) sentiu dor nos joelhos e 2,5% (n=1) relatou dor nos calcanhares.

A intensidade da dor é percebida de forma diferente entre cada indivíduo, sendo

modificada pela personalidade de cada sujeito (GABRIEL et al., 2001). O que concorda com a análise feita na tabela 1, pois cada pesquisado relatou sentir dores em vários locais com intensidade diferenciada.

As cefaléias, mais frequentes entre os pesquisados, podem ser causadas pela tensão muscular que acompanha o estresse (GREENBERG, 2002). A contração da musculatura cervical é provocada pelo estresse emocional e resulta da contração prolongada dos músculos voluntários do couro cabeludo, da face, do pescoço e dos ombros (FRIEDMAN, 1986).

Variável	n	%
Trabalho	20	50
Lazer	7	17,5
Relacionamento com os Amigos	7	17,5
Relacionamento Familiar	6	15
Atividades Domiciliares	4	10
Atividades Escolares	2	5
Licença de Saúde	1	2,5
Total	47	117,5

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados segundo prejuízo social: o que a dor afeta?

Fonte: Dados da Pesquisa

A dor afeta a vida social dessas pessoas (Tabela 2), sendo a maioria no ambiente de trabalho 50% (n=20), 2,5% (n=1) pediu licença de saúde, 17,5% (n=7) interfere no lazer, 5% (n=2) se prejudicam nas atividades escolares, 10% (n=2) nas atividades domiciliares, 15% (n=6) afetam o relacionamento familiar e 17,5% (n=7) no relacionamento com os amigos.

A dor é uma sensação perceptiva e subjetiva, de causas variadas que gera uma impotência funcional, medo, comprometimento psicológico, e se reproduz na qualidade de vida do ser humano, sensibilizando e afetando seus familiares (GABRIEL et al., 2001).

Segundo Minson (2014), ao analisar uma pesquisa feita para saber o quanto a dor afeta na vida de brasileiros, 60% dos entrevistados afirmou ter deixado de participar de alguma atividade social ou de trabalho devido a algum tipo de dor. As pessoas têm uma rotina pesada e estressante, conciliando muitas atividades, e isso também influencia para o sintoma da dor ficar mais presente. A pesquisa ainda apontou que 30% das faltas no trabalho ocorrem por causa da dor crônica, gerando prejuízos tanto para o funcionário quanto para a empresa.

Variável	n	%
Sono	11	27,5
Insônia Inicial	8	20
O Apetite/Alimentação	8	20
Sono Não Reparador	5	12,5
A Locomoção	4	10
Vestir-se	1	2,5
Insônia Terminal	1	2,5
Total	38	95

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados de acordo com o que a dor interfere nas atividades de vida diária

Fonte: Dados da Pesquisa

A dor afeta, de algum modo, o sono de 27,5% (n=11) dos pesquisados, desses, 20% (n=8) apresentam uma insônia inicial, ficam sem dormir logo que se deitam e 2,5% (n=1) uma insônia terminal, perde o sono na metade da noite, 12,5% (n=5) têm o sono não reparador, 20% (n=8) apresentam alteração no apetite/alimentação, 2,5% (n=1) sente dificuldade ao se vestir e 10% (n=4) relatam dificuldade na locomoção (Tabela 3).

A dor, o uso de medicações e diferentes condições clínicas são fatores que podem afetar a quantidade e a qualidade do sono, especialmente em pessoas expostas constantemente ao estresse (McCRAE et al., 2003). O que condiz com a pesquisa que apresenta um número maior de estudados com alterações no sono.

Como a dor musculoesquelética representa uma importante causa de redução da funcionalidade de pessoas acometidas, é um fator determinante para o comprometimento da qualidade de vida de um indivíduo (CAPELA et al., 2009).

Variável	n	%
Ficam Irritadas Comigo	9	22,5
Ignoram-me	7	17,5
Sentem Raiva de Mim	4	10
Expressam Frustração	4	10
Total	24	60

Tabela 4. Distribuição dos pesquisados em relação à consequência da dor na percepção do outro: as pessoas

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 4 apresenta as informações sobre a percepção das outras pessoas em relação aos pesquisados quando estes se encontram com dores consequentes do estresse apresentam: 22,5% (n=9) relataram que as pessoas ficam irritadas com eles; 10% (n=4) o outro expressou frustração; sentem raiva de mim 10% (n=4) e as pessoas os ignoram 17,5% (n=7).

A experiência dolorosa é tão intimamente associada com a perturbação afetiva

que quando se apresenta desprovida de componentes emocionais desagradáveis alguns podem questionar se a dor está realmente presente (HEADLEY, 2004).

Altos níveis de estresse, combinados com a ausência de amigos ou familiares próximos, podem reduzir a resistência do organismo às doenças, diminuindo a expectativa de vida (FIAMONCINI, 2003).

Variável	n	%
É um Pouco Difícil	15	37,5
Não é Difícil	11	27,5
É Difícil	6	15
É muito Difícil	1	2,5
Total	33	82,5

Tabela 5. Distribuição dos pesquisados em como toleram a dor

Fonte: Dados da Pesquisa

Não é difícil tolerar a dor em 27,5% (n=11) dos entrevistados, é um pouco difícil em 37,5% (n=15), é difícil em 15% (n=6) e é muito difícil em 2,5 (n=1). A maioria acha um pouco difícil tolerar a dor o que se explica nos autores abaixo citados, onde cada pessoa tem uma maneira diferente de interpretá-la (Tabela 5).

O acúmulo contínuo de estímulos estressores provoca uma ativação fisiológica e psíquica excessiva impondo ao organismo esforços exagerados e não naturais, isso causa, de início, um período de tolerância e resistência e após, um período de esgotamento e desgaste (FARNÉ, 1999).

A tolerância à dor pode ser considerada como a menor intensidade em que o estímulo passa a ser percebido como desconfortável a ponto de o indivíduo se retrair e/ou solicitar sua interrupção. A tolerância à dor varia muito e está relacionada a fatores sensoriais, a fatores genéticos, emocionais (medo, ansiedade, estresse), culturais (aprendizagem, experiências anteriores, significado simbólico da dor) e sociais. Diante dos diferentes fatores envolvidos na expressão da dor, a sua tolerância varia muito entre os indivíduos (BUDÓ, 2006).

Variável	n	%
Não	24	60
Um Pouco	11	27,5
Muito	1	2,5
Total	36	90

Tabela 6. Distribuição dos pesquisados com relação se eles se sentem doentes

Fonte: Dados da Pesquisa

Em 60% (n=24) dos estudados não se sentem doentes diante da dor causada pelo estresse, 27,5% (n=11) sentem-se um pouco adoentados e apenas 2,5% (n=1) se

sente muito doente. O que diverge com os seguintes autores, como mostra a tabela 6.

A dor é um conjunto de sensações sentidas de diferentes formas por cada indivíduo. Esse conjunto faz com que durante as dores o paciente venha a assumir o papel de doente, em detrimento de outros papéis da vida cotidiana, variando segundo sua personalidade e condições socioeconômicas (HORTENSE, 2007).

Ela própria passa a ser a doença, independente da causa inicial. A dor tem também um custo psicológico alto, desencadeia baixa autoestima, insônia, raiva, sensação de abandono e taxa elevada de depressão e estresse (STRAUB, 2005).

Variável	n	%
Sim	31	77,5
Menos que Antes	4	10
Muito Inútil	1	2,5
Total	36	90

Tabela 7. Distribuição dos pesquisados com relação se eles se sentem úteis

Fonte: Dados da Pesquisa

Ainda que a dor seja fundamental para a sobrevivência, em muitas circunstâncias, ela excede a função de sinalização. A dor produz uma alteração permanente na vida de uma pessoa modificando seu comportamento, sua inserção na família e na sociedade (ANGELOTTI, 2001).

Um total de 77,5% (n=31) se sente úteis mesmo sentindo dores, 10% (n=4) sentem-se menos úteis que antes e somente 2,5% (n=1) se sente muito inútil. Essa discordância pode ser explicada porque a maioria dos pesquisados, mesmo com dores, não interrompem suas tarefas diárias (Tabela 7).

O indivíduo quer ser tratado como pessoa, e não como doença, e ser observado como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual (OKON, 2005).

Variável	n	%
Sim	30	75
Em Parte	6	15
Insatisfatória	0	0
Total	36	90

Tabela 8. Distribuição dos pesquisados em relação se sua vida é satisfatória

Fonte: Dados da Pesquisa

O homem da atualidade ainda encara a dor com uma série de conceitos complexos, entre eles os com conotações religiosas, sentimentos de culpa e expiação, que somente dificultam a abordagem e aumentam o sofrimento (MARQUEZ, 2011).

De acordo com a tabela 8, 75% (n=30) dos entrevistados têm vida satisfatória,

15% (n=6) consideram que a vida é satisfatória em partes e nenhum considera a vida insatisfatória. Essa vida satisfatória da maioria dos padres estudados pode se dar ao fato de eles estarem diretamente ligados a religiosidade, apesar de alguns autores pensar que pode prejudicar ainda mais o quadro algico.

Se estudos mostram que as medidas de religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em outras doenças crônicas, potencialmente isso deve ocorrer também no âmbito do controle da dor (PERES et al., 2007).

Variável	n	%
Cansativa	22	55
Fina	20	50
Pontada	17	42,5
Latejante	16	40
Sensível	15	37,5
Formigamento	14	35
Agulhada	14	35
Fria	13	32,5
Aperto	12	30
Queimação	12	30
Que Incomoda	12	30
Fisgada	11	25,5
Total	178	443

Tabela 9. Distribuição dos pesquisados em como descrevem a dor atual

Fonte: Dados da Pesquisa

A qualidade da dor é muito importante. Na dor de cabeça tensional o paciente queixa-se de uma dor permanente, de aperto ou compressão, como se fosse provocada por uma faixa (FRIEDMAN, 1986).

As informações sobre como os participantes descreveram a sensação dolorosa foram escolhidas com base nas respostas que tiveram uma porcentagem a cima de 25,5%. Onde, classificaram como dor latejante 40% (n=16) dos padres, 42,5% (n=17) como pontada, agulhada 35% (n=14), 50% (n=20) sentem dor fina, 30% (n=12) aperto, 25,5% (n=11) relataram fisgada, 30% (n=12) reclamaram da dor como queimação, 35% (n=14) como formigamento, 37,5% (n=15) são sensíveis a dor, para 55% (n=22) a dor é cansativa, 30% (n=12) afirmaram que incomoda e 32,5% (n=13) sentem dor fria (Tabela 9).

O modo como o indivíduo experimenta a dor e como essa dor é relatada para outra pessoa depende não apenas de uma interação complexa entre numerosas variáveis fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais, mas também das experiências prévias de dor e do modo como essas experiências foram tratadas pelos profissionais de saúde (HEADLEY, 2004).

Variável	n	%
Remédio	14	35
Descanso	9	22,5
Nada	3	7,5
Massagem	2	5
Exercício Físico	2	5
Fisioterapia	1	2,5
Total	31	77,5

Tabela 10. Distribuição dos pesquisados em o que fazem para aliviar a dor?

Fonte: Dados da Pesquisa

Um dado muito importante constatado é que apenas 20% das pessoas recorrem a algum tipo de tratamento para a dor e a medicação com analgésicos é a forma mais procurada para aliviar os sintomas (MINSON, 2014).

As dores podem ser divididas em fases, na Fase I, comportamentos de negação, busca de tratamento, vulnerabilidade ao charlatanismo e métodos mágicos e não convencionais. Fase II, hostilidade, agressividade, litígios e abusos medicamentosos. Fase III, depressão, desespero, insônia, busca de tratamentos, não aceitação de ajuda pessoal e abuso de medicamentos. Fase IV, aceitação da incapacidade, permissão de uma abordagem realística no tratamento, podendo ser ajudado (MARQUEZ, 2011).

Isso pode explicar o porquê da maioria dos padres escolherem a terapia medicamentosa como tratamento para o alívio das dores causadas pelo estresse. Apenas 2,5% (n=1) optou pela fisioterapia, 35% (n=14) fazem uso de algum tipo de medicação, 22,5% (n=9) descansam, 5% (n=2) utilizam a massagem, 5% (n=2) praticam atividade física e 7,5% (n=3) não fazem nada para melhorar essa sensação dolorosa (Tabela 10).

5 | PROTOCOLO

1º Pompage cervical dos músculos trapézio superior, esternocleidomastóideo, escaleno e elevador da escápula.

2º Liberação miofascial dos músculos trapézio fibras superiores; médias; inferiores, esternocleidomastóideo, escaleno, rombóides.

3º Mobilização vertebral.

4º Tração cervical manual.

6 | CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu a construção de um traçado para analisar a dor como consequência do estresse em Presbíteros da cidade de Garanhuns-PE. A rotina dos participantes era marcada pelo estresse intenso causado pela dor permanente e pelo círculo vicioso em que a dor e o estresse se influenciavam mutuamente. Eles relataram

uma tendência de abandonar bons hábitos e autocuidados importantes, pelo fato da dor atrapalhar alguns hábitos de vida diária. Interrompiam atividades prazerosas por causa da dor, ficavam desestabilizados emocionalmente e intolerantes à frustração. Sua produtividade (quanto a tarefas profissionais e outras), em geral, era baixa, o que prejudicava mais ainda a qualidade de vida, assim como relataram que a dor leva a gastos com medicamentos.

A característica predominante dos estudados foi a maioria sentir dores como forma de reação ao estresse e as dores de cabeça sobressaíram ante as dores na região cervical, ombros (trapézio), torácica, braços, lombar, pernas, joelhos e calcanhares. A dor afetou no trabalho da metade dos entrevistados e interferiu nas atividades de vida diária, no sono da maioria. Com relação ao comportamento do outro diante da dor dos participantes estes ficavam irritados perante o quadro álgico dos estudados. Uma quantidade maior de pesquisados achava um pouco difícil tolerar a dor, mas mesmo assim não se sentiam doentes, se sentiam úteis e com vida satisfatória. A dor se apresentou na maioria dos Padres da pesquisa em forma de pontada, latejante, fria e cansativa e o uso de medicamentos como a principal opção para o seu alívio.

O protocolo foi criado como uma sugestão para o tratamento, mas não foi aplicado devido à dificuldade de encontrar todos os estudados em um mesmo local, pois cada uma mora em cidades diferentes e de longas distâncias.

Assim, os resultados ajudam os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias direcionadas ao grupo descrito com sua respectiva caracterização que visem controlar o aumento do problema construindo novos tratamentos e ações preventivas voltadas a esse público.

REFERÊNCIAS

ANDRE, A. L. M. **Fisiologia da Dor**. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Unip, São Paulo – SP, 2002, p. 01.

ANGELOTTI, G. Dor Crônica: **Aspectos Biológicos, Psicológicos e Sociais**, In: CAMON, V. A. A. **Psicossomática e a Psicologia da Dor**. Ed. Pioneiro. São Paulo – SP, 2001.

BERNIK, V. **Estresse: O Assassino Silencioso**. Campinas – SP, 2003.

BUDÓ, M. L. D.; NICOLINI, D.; RESTA, D. G.; BÜTTENBENDER, E.; PIPPI, M. C.; RESSEL, L. B. **A Cultura Permeando os Sentimentos e as Reações Frente à Dor**. Ver. Esc. Enferm. USP. São Paulo – SP, 2006.

CAPELA, C.; MARQUES, A. P.; ASSUMPÇÃO, A.; SAUER, J. F.; CAVALCANTE, A. B.; CHALOT, S. D. **Associação da Qualidade de Vida com Dor, Ansiedade e Depressão**. São Paulo-SP, 2009.

DOMPANY, S. R. **CENACOACHING**: Centro Nacional de Coaching – Neurocoaching Estresse. 2017.

EUCLIDES, E. F.; RIBEIRO, J. S.; OLIVEIRA, R. C.; MORAES, E. D. **Identificação da Ocorrência de Estresse Crônico em Estudantes de Enfermagem da Faculdade Integrado INESUL**. 2002.

FARNÈ, M. **O Estresse**. Ed. Paulinas e Loyola. São Paulo – SP, 1999, p. 26.

FIAMONCINI, L.; FIAMONCINI, R. E. **O Stress e a Fadiga Muscular: Fatores que Afetam a Qualidade de Vida dos Indivíduos**. Revista digital. Buenos Aires - ARG, 2003.

GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. DIAZ & CARRIL, M. L. S. **Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2001.

GATCHEL, R. J., 1996. *Apud* HORTENSE, P. “**Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas, por meio de métodos psicofísicos variados**”. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. 2007

GOSLING, A. P. **Mecanismo de Ação e Efeitos da Fisioterapia no Tratamento da Dor**. São Paulo – SP. 2013.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo – SP: Atheneu, 2000, p. 260.

GREENBERG, J. S. **Administração do Estresse**. Ed. Manole. Barueri – SP, 2002, p.45.

JOËLS, M.; BARAN, T. **The Neuro-Symphony of Estress**. Nature Reviews – Neuroscience, 2009; 10: 459 – 466.

MARQUEZ, J. O. **A Dor e os Seus Aspectos Multidimensionais**. Cienc. Cult. Vol. 63, no 2. São Paulo apr.: 2011.

MARTIN, J. M.; MARTIN, C. A.; PIMENTEL, G. G. A.; OLIVEIRA, E. R. N.; OLIVEIRA, A. **Alterações Fisiológicas do Salto de Para-Quedas: Uma revisão**. Maringá-PR, 2009.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C. MARQUES, L. G. **Análise da Aplicabilidade de Três Instrumentos de Avaliação de Dor em Distintas Unidades de Atendimento: Ambulatório, Enfermaria e Urgência**. Ed.: Elsevier. São Paulo – SP, 2011.

McCRAE, C. S.; WILSON, N. M.; LICHSTEIN, K. L.; DURRENCE, H. H.; TAYLOR, D. J.; BUSH, A. J., & RIEDEL, B. W. “**Jovens velhos**” e “**velhos**” **velhos dorminhocos com e sem queixas de insônia**. Journal of Psychosomatic Research, 2003. P. 54 (1), 11-19.

MINSON, F. P. **Pesquisa Nacional: Como a Dor Afeta a Vida Social do Brasileiro**. Mundipharma. São Paulo-SP, 2014.

NAIDU, R. K.; PHAM, T. M. **Pain Management**. *In*: SIKKA, P. K.; BEAMAN, S. T.; STREET, J. A. **Basic Clinical Anesthesia**. New York: Springer, 2015, p. 265-296.

OKON, T.R. **Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care**. J Palliat Med 8(2): 392-414, 2005.

OLIVEIRA, J.J.P. **3º Simpósio Internacional de Terapia Manual: Inspirar**. Bal. Camboriú-SC, 2016.

O’SULLIVAN, B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia, Avaliação e Tratamento**. *In*: HEADLEY, B.J. **Dor Crônica**. Ed. Manole. Barueri – SP, 2004, p. 929-231.

PEREIRA, W.C.C. **Sofrimento Psíquico dos Presbíteros: Dor Institucional**. 3 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2013, p.37.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. **A Importância da Integração da espiritualidade e Religiosidade no Manejo da Dor e dos Cuidados Paliativos**. Rev. psiquiatr. Clín. Vol. 34. suppl. 1 São Paulo, 2007.

ROWLAND, L. P. Merritt, **Tratado de Neurologia**. In: FRIEDMAN, A. P. **Cefaleia**. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro – RJ, 1986, p.40.

SBED, **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. Capítulo Brasileiro da Internacional Association for Study of Pain – IASP, 2016.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R. C. **Epidemiologia do Distress Psicológico: Estudo Transversal de Base Populacional**. Ver. Saud. Pública, 2003; 37: 434-439.

STRAUB, B. O. **Psicologia da Saúde**. Ed. Artmed. Porto Alegre – RS, 2005.

SOARES A. **Estilo de vida e hábitos de lazer de líderes religiosos de ambos os sexos**. R.bras. Ci. e Mov. 2009;17(3):83-95.

TORRE, D.F.M. **Fisioterapia: guia prático para a clínica**. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan, 2006.

TSIGOS, C.; KYRON, I.; CHROUSOS, G. **Stress, endocrine physiology and pathology**. <http://www.endotext.org/adrenal/index.htm>.

ULRICH-LAI, Y. M.; HERMAN, J. **Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress**. Nature Reviews – Neuroscience. 2009; 10: 307 – 409.

VALLE, E. **“Estresse ou Fadiga de Compaixão nos(as) Religiosos (as) de Hoje?”** Convergência, XLV, n.737, dez., p. 791. Brasília: CRB, 2010.

ZUARDI, A.W. **Fisiologia do Estresse e Sua Influência na Saúde**. 2014.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-153-4

