

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

FERNANDA PATROCÍNIO MARQUES

**O SER COM DOR LOMBAR CRÔNICA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

VITÓRIA  
2020

FERNANDA PATROCÍNIO MARQUES

**O SER COM DOR LOMBAR CRÔNICA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA  
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

Marques, Fernanda Patrocínio  
M357s O ser com dor lombar crônica : um estudo fenomenológico /  
Fernanda Patrocínio Marques. - 2020.  
87 p.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Dor crônica. 2. Dor lombar. 3. Políticas de saúde. 4.  
Qualidade de vida. 5. Fenomenologia I. Silva, Valmin Ramos da.  
II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 617.564

---

FERNANDA PATROCINIO MARQUES

## **O SER COM DOR LOMBAR CRÔNICA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gissele Carraro  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

---

Prof. Dr. Hiran Pinel  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, por renovar as minhas forças a cada dia e por estar sempre atento as minhas necessidades. Minha fé dá sentido a minha existência e sou muito grata por tudo que tenho recebido.

Ao meu amado esposo - Fabrício, pelo amor incondicional, pela dedicação a nossa família, pelo incentivo, pelo carinho dispensado a mim principalmente nos momentos de estresse. Você me proporciona momentos únicos e não mede esforços para me ver feliz. Amor, você me encorajou a dar esse passo tão importante. Sem você, eu não teria chegado até aqui. Obrigada por acreditar em mim e por sempre me impulsionar com seu afeto e companheirismo. Você é um grande exemplo de marido e Pai. Te amo mais e mais a cada dia.

A minha pequena - Maria Luísa, que com sua pequenez e inocência, mostrou-me a simplicidade e trouxe, por muitas vezes, acalento nos momentos de desespero. Seu sorriso, seu carinho e amor me tornam mais forte e não me permitiram desistir, vivendo pra você e por você. Te amo filha. Você é a razão disso tudo.

A minha querida Mãe - Maria de Fátima, meu maior exemplo de vida, pelo apoio incondicional, pelo cuidado constante, por me incentivar a ser melhor como pessoa e como mãe, por ser minha fortaleza nos momentos de dificuldades. És meus braços e pernas, meu amparo e proteção. Grata pelas orações constantes e que me colocam de pé a cada dia. Te amo muito... meu amor e admiração pela senhora só crescem;

Ao meu querido Pai - Albertino, que mesmo não estando mais aqui fisicamente, posso sentir sua presença e imagino o quanto estaria orgulhoso de ver seu esforço recompensado em minhas vitórias e conquistas. Meu grande exemplo... Meu grande herói... o Senhor foi e sempre será presença viva em nós. Te amarei pra sempre.

Aos meus irmãos – Fabiano e Lilian e suas famílias (cunhada Vanusia, cunhado Jaime, meus 4 sobrinhos – Vinícius, Fabiany, Jamilly e Álvaro) pelo apoio, pelo

cuidado com minha filha nos momentos de necessidade, pelo amor dispensado a nós e pela torcida constante pelo meu sucesso. Amo vocês.

A minha sogra - Marta e sogro - Antônio pela torcida, pelas palavras de incentivo, pela ajuda sempre que solicitada. Uma linda família que recebi de presente de Deus.

A minha comadre “Tia” Hilda, pelas conversas, pelos conselhos, ensinamentos e por se fazer presente em momentos sempre tão marcantes.

Ao meu orientador Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, pelos conselhos, ensinamentos, dedicação. Por vezes, as palavras eram duras, mas hoje agradeço, pois fizeram a diferença nessa trajetória. Compartilhei momentos, ora muito difíceis, mas sua compreensão me fez persistir e ir em busca do meu sonho e objetivo maior.

Aos professores Dr. Hiran Pinel e Dr<sup>a</sup>. Maressa Malini, pelas valiosas contribuições na minha banca de qualificação.

A todos os professores do programa de mestrado, que por muitas vezes, me ensinaram valores além da educação, ensinamentos e valores para meu desenvolvimento pessoal.

A secretária Gabriela Rizzi, pela disponibilidade e pelo servir, sempre atenta as nossas demandas, por vezes insistentes. Mas, sempre alegre e pronta a ajudar.

Aos pacientes, pela confiança, aprendizado e disponibilidade na condução dessa pesquisa.

Agradeço aos meus familiares e amigos, que direta ou indiretamente, fizeram de alguma forma, parte dessa jornada.

Dedico esse trabalho aos meus Pais (Albertino – “*in memoriam*” e Maria de Fátima), que me trouxeram a vida, que guiaram meus primeiros passos, que me sustentaram em toda minha trajetória, sendo essa por vezes bem tortuosa. Obrigada por acreditarem em mim, por acatarem os meus desejos.

A batalha e luta de vocês, me ensinaram que as melhores e mais valiosas coisas da vida, não se compram. Aprendi com vocês, que o bem mais precioso que podemos dar a um filho é a educação. Serei eternamente grata a Deus por ter me dado Pais como vocês para me conduzir e guiar-me nos caminhos do bem. Tenho e sei que vocês também têm orgulho da pessoa e profissional que me tornei.

Dedico esse trabalho e toda minha carreira a vocês.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As evidências atuais indicam que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. A dor nas costas é um importante problema de saúde nos países ocidentais e está associada ao aumento dos custos com saúde, faltas ao trabalho e é a condição musculoesquelética mais comum. **OBJETIVO:** Descrever compreensivamente os pacientes/pessoas que relatam estar vivendo com dor lombar, desvelando os significados de experienciar tais situações dolorosas em sua cronicidade. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com cunho fenomenológico, realizado no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil. Foram entrevistados 6 participantes, selecionados na faixa etária entre 25 e 80 anos, incluindo dois participantes mais jovens, dois com idade intermediária e dois com idade próxima aos 80 anos. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada, baseada no método de 4 fases de Giorgi e Sousa (2010), que segue a descrição de Husserl (1859) para descrever o fenômeno, como este se apresenta aos participantes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As entrevistas transcritas permitiram identificar as seguintes formas de experienciar o “viver com dor lombar crônica”: baixa resolutividade com automedicação, adversidade, ambiguidade, indiferença, descrédito, limitações/incapacidades, medo do futuro, perda da motivação. **CONCLUSÃO:** Esse estudo permitiu inferir que um mesmo indivíduo pode experienciar a dor lombar crônica de formas diferentes nos diferentes momentos da vida, dependendo da forma como este lida com as situações cotidianas, seu estilo de vida, resiliência, relação com o outro e com o trabalho, assim como sua capacidade de enfrentamento. Também foi possível compreender que a experiência de viver com dor crônica segue um curso passando pelas experiências negativas em direção às experiências positivas; assim, o surgimento de uma nova experiência positiva pode melhorar a aceitação de conviver com a dor.

Palavras-Chave: Dor Crônica. Dor Lombar. Políticas de Saúde. Qualidade de Vida. Fenomenologia.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Current evidences indicates that pain is one of the main causes of human suffering, raising disabilities, impaired quality of life and immeasurable psychosocial and economic repercussions. Back pain is an important health problem in Western countries and is associated with increased health costs, absences from work and is the most common musculoskeletal condition. **OBJECTIVE:** Understanding patients/people who report living with low back pain, unraveling the meanings of experiencing such painful situations in their chronicity. **METHODOLOGY:** Descriptive study, with a qualitative approach, with a phenomenological nature carried out in the orthopedic outpatient clinic of the Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) of Vitória, ES, Brazil. Six participants were interviewed, selected in the age group between 25 and 80 years, including two younger participants, two with intermediate age and two with their age close to 80 years. A semi-structured interview was applied, based on the 4-phase method of Giorgi and Sousa (2010), which follows Husserl's description (1859) to describe the phenomenon, as it presents itself to the participants. **RESULTS AND DISCUSSION:** The transcribed interviews allowed identifying the following ways of experiencing "living with chronic low back pain": low resolution with self-medication, adversity, ambiguity, indifference, discredit, limitations/disabilities, fear of the future, loss of motivation. **CONCLUSION:** This study allowed us to infer that the same individual can experience chronic low back pain in different ways at different times of life, depending on how he deals with everyday situations, his lifestyle, resilience, relationship with the other and with work, as well as his ability to cope. It was also possible to understand that the experience of living with chronic pain follows a course going through negative experiences towards positive experiences; thus, the emergence of a new positive experience can improve the acceptance of living with pain.

Keywords: Chronic Pain. Low Back Pain. Health Policies. Quality of Life. Phenomenology.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMS	Assembleia Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	<i>Chronic Care Model</i> / Modelo de Atenção Crônica
CFT	<i>Cognitive functional therapy</i> / Terapia Cognitiva Funcional
CID	Classificação Internacional para Doenças
DLC	Dor Lombar Crônica Inespecífica
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSCM	Hospital da Santa Casa de Misericórdia
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPQ	<i>McGill Pain Questionnaire</i> / Questionário McGill de dor
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UHC	Cobertura Universal de Saúde
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i> / Escala Visual analógica

## SUMÁRIO

<b>1 CAPÍTULO I - A PERSPECTIVA SOCIAL DO VIVER COM DOR LOMBAR CRÔNICA.....</b>	<b>11</b>
<b>2 CAPÍTULO II - A DOR LOMBAR NA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>20</b>
<b>3 CAPÍTULO III - A CONSTRUÇÃO E A VIVÊNCIA SOCIAL COM DOR LOMBAR CRÔNICA: REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1 BASE CONCEITUAL SOBRE A DOR LOMBAR – FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO.....	22
3.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOR LOMBAR CRÔNICA.....	32
<b>4 CAPÍTULO IV - NARRATIVAS DA EXPRESSÃO DO VIVER COM DOR LOMBAR CRÔNICA.....</b>	<b>53</b>
4.1 NARRATIVA 1 - L. FEMININO, 28 ANOS.....	53
4.2 NARRATIVA 2 - V, MASCULINO, 40 ANOS.....	56
4.3 NARRATIVA 3 - N, MASCULINO, 54 ANOS.....	60
4.4 NARRATIVA 4 - A, FEMININO, 61 ANOS.....	64
4.5 NARRATIVA 5 - N, MASCULINO, 73 ANOS.....	66
4.6 NARRATIVA 6 - Z, FEMININO, 82 ANOS.....	68
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista – Participantes da Pesquisa.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>85</b>

## **1 CAPÍTULO I - A PERSPECTIVA SOCIAL DO VIVER COM DOR LOMBAR CRÔNICA**

Esta dissertação de mestrado está vinculada a área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Discute a fenomenologia da dor lombar crônica.

A motivação para desenvolver esse tema se fundamenta no fato de ter me tornado Fisioterapeuta em 2004. Já formada há quase 16 anos, adentrei e conheci a área da traumatologia-ortopedia, onde recebi muitas oportunidades e por onde fui me envolvendo inteiramente e com essa base, fui me aperfeiçoando e lidando dia após dia com a dor do outro. Dor essa que se apresentava de diversas formas, ora silenciosa, ora barulhenta, ora triste, ora desolada. E assim, fui me intrigando com algumas situações ao longo da minha carreira/vida, ao deparar-me com situações tão adversas e por algumas vezes tão diferentes do que havia encontrado nos livros.

Testes, exames, diagnósticos por vezes tão falhos, pois a essência do ser ultrapassa a barreira física. Atualmente, lido diariamente com pacientes com queixas dolorosas das mais diferentes causas e com sintomas associados, muitas vezes dependentes já há anos de medicamentos, de terapias e por vezes também dependentes de pessoas, vícios e situações dolorosas. Por muitas vezes, ao adentrar a sala para uma simples sessão de fisioterapia, caem em um choro desolador e no fim, a fisioterapia se resume em uma boa conversa e um forte abraço no final.

O ser humano necessita de cuidado e sou muito grata por, às vezes, ser esse canal de afeto e atenção, que transcende a minha profissão. Sigo aprendendo e humildemente crescendo nessa arte de cuidar, tendo absoluta certeza, que na maioria das vezes, sou a maior beneficiada.

Nesse sentido, existem evidências de que no mundo atual a dor é considerada uma parcela importante quando falamos em sofrimento humano, pois leva o indivíduo a

processos relacionados a incapacidades, podendo gerar alterações dos afazeres diários, com possíveis e incomensuráveis repercussões no âmbito biopsicossocial e até econômicas (BOTTEGA; FONTANA 2010).

Cada indivíduo aprende a conviver com a dor através de suas experiências anteriores, que é uma experiência subjetiva e pessoal. Para Sanches e Boemer (2002), a dor crônica é descrita como uma dor de longa duração, podendo durar meses, anos ou a vida toda, com processos considerados intermitentes ou intercalados, podendo o paciente ter momentos com dor e outros sem dor alguma. A sua quantificação e qualificação são fundamentalmente definidas e baseadas no relato verbal e nas atitudes dos doentes. “A qualidade da dor pode ser avaliada através de escalas numéricas, de analogia visual, pela descrição voluntária da sensação, comparação com outras sensações ou por inventários” (SANCHES; BOEMER, 2002, p. 387).

A dor aguda, ao contrário da dor crônica, possui um valor biológico importante de preservação da integridade do indivíduo, pois é um sintoma que alerta para ocorrências de lesões no corpo (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018).

Conforme Barreto e Sá (2019, p. 105):

A dor crônica (DC) pode ser definida, de acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), como uma dor com duração além do período esperado para a cura tecidual. O ponto de corte de três meses tem sido reconhecido como o mais conveniente para a dor não maligna. A DC causa grandes prejuízos a nível individual, como redução da qualidade de vida (QV) e transtornos psiquiátricos, dentre eles ansiedade 2, insônia 3 e depressão 4. Gera, ainda, grande fardo para a sociedade, uma vez que traz grandes prejuízos aos sistemas de saúde e está associada a elevadas perdas de produtividade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a dor crônica como um problema público em todo o mundo. Uma revisão sistemática mostrou a prevalência crescente desta condição, com 34% em países de baixa renda e 30% em países de alta renda (MURILLO-GARCÍA *et al.*, 2018).

Segundo a IASP, estima-se que a prevalência de dor crônica no mundo esteja em torno de 10,1 a 55,5%, com uma média de 35,5%. Na Espanha, uma pesquisa por telefone em 5.000 casas encontrou prevalência de dor crônica de 23,4% da população

geral. Na Noruega, 24,4% de 4.000 moradores entrevistados responderam que tinham dor crônica, sendo que 65% destes indicaram que experimentavam a dor há mais de 5 anos (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018).

Segundo Romero *et al.* (2018), a dor crônica de coluna possui uma grande representatividade no Brasil, considerado um problema frequente com grande prevalência em adultos maiores de 18 anos ou índice elevado com mais de 18,5% segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Atividades ocupacionais e de vida diária são reconhecidas há muito tempo, como causas de dor lombar crônica. As alterações crônicas da coluna vertebral são um dos principais problemas de saúde em todo o mundo, sustentando as maiores taxas de anos vividos com incapacidade e tem uma prevalência global de 13% a 40%. No Brasil, a prevalência anual de distúrbios da coluna vertebral foi estimada entre 22% e 50%; no entanto, há uma alta heterogeneidade entre os estudos devido ao tipo de população estudada (por exemplo, trabalhadores, idosos), localização geográfica e condições clínicas (por exemplo, obesidade) (CARREGARO; SILVA; VAN TULDER, 2019).

Desordens da coluna vertebral afetam homens e mulheres dentro de diferentes faixas etárias. As consequências dessas condições também podem afetar as atividades de vida diária, capacidade para o trabalho e qualidade de vida. Assim, condições de saúde mais precárias devido a distúrbios da coluna vertebral permanecem uma preocupação para todos os membros da sociedade, como trabalhadores e suas famílias, empregadores e governo (CARREGARO; SILVA; VAN TULDER, 2019).

A dor lombar crônica ou lombalgia crônica:

Pode ser definida anatomicamente como uma dor presente desde o último arco costal até a prega glútea, persistente por mais de 12 semanas e frequentemente não decorre de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas, como fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda), comportamentais (fumo e baixa prática de exercícios físicos), exposições ergonômicas (trabalho físico extenuante, posturas laborais viciosas, movimentos repetitivos), dentre outros (SILVA *et al.*, 2018, p. 21).

Acrescentam Silva *et al.* (2018, p. 22) que:

A incapacidade, quando relacionada à lombalgia crônica, pode ser explicada pela dificuldade ou impossibilidade de realização de tarefas e atividades por causa do quadro algico. O autocuidado, tarefas domésticas, atividades do trabalho, atividades sociais e de lazer podem ser afetadas, ou mesmo inviabilizadas, em função da dor. Outras variáveis envolvidas na determinação da incapacidade são a ansiedade, o estresse e o medo.

A dor nas costas é também um importante problema de saúde nos países ocidentais e está associada ao aumento dos custos com saúde, faltas ao trabalho e é uma condição musculoesquelética comum. Entre os adultos, 60% a 80% terão em algum momento de suas vidas, dor lombar. No Reino Unido, 16% dos adultos consultam o seu médico com essa queixa, custando ao Serviço Nacional de Saúde £ 1,3 milhões por dia e resulta em 12,5% de todas as faltas ao trabalho. No entanto, a intervenção mais apropriada para o tratamento da dor lombar crônica não específica permanece indefinida (GORDON; BLOXHAM, 2016).

As afecções relacionadas a coluna lombar acometem comumente a população adulta, sendo estas numa fase produtiva da vida, chegando a representar quase 80% das patologias que afetam trabalhadores em geral. Essas condições se manifestam por dor e importantes limitações relacionadas a função, sendo que a dor lombar está presente pelo menos uma vez na vida desses 80%, sendo que de 10 a 15% a doença se instala de forma crônica. A manifestação clínica mais comum é a dor na região lombar, sintoma esse que gera um elevado número de faltas ao trabalho e é altamente incapacitante (VALENÇA; ALENCAR, 2018).

A doença coloca uma carga significativa nos indivíduos afetados e a sociedade, requerendo prioridade e gestão pelo setor público de saúde.

[...] pode-se observar que a doença crônica da coluna, que foi vista sob uma condição estruturalmente anatômica e avaliada seguindo critérios exclusivamente biomecânicos, passa a ser observada como uma condição com maior grau de complexidade integrando fatores biopsicossociais, tornando difíceis confiar e correlacionar os achados clínicos e os exames de imagem com os relatos e história desse paciente (MARTINS, 2017, p. 102).

As doenças que envolvem o sistema locomotor, que incluem músculos, ossos, articulações, tendões e ligamentos crescem a cada dia e tomam grandes proporções

em todo o mundo. Pode-se medir esse crescimento e decorrente impacto, quando analisamos a vida do indivíduo e os anos vividos com dificuldades e incapacidades, assim como a morte precoce e os anos perdidos em decorrência da doença e suas limitações. Estudos denotam uma alta prevalência e alta incapacidade relacionadas a doenças musculoesqueléticas. Porém, há uma carência de dados com maior representatividade para o verdadeiro impacto dessas doenças, pois observa-se que osteoartrite e lombalgia são significativamente mais comuns do que a maioria das doenças inflamatórias (MARTINS, 2017).

O ônus econômico das doenças musculoesqueléticas tem sido bem descrito, mas os sistemas nacionais de saúde tendem a subestimar o papel delas devido à baixa taxa de mortalidade. Espera-se que a carga global dessas doenças aumente, devido ao aumento da expectativa média de vida e porque muitas doenças degenerativas são consideradas em grande parte irreversível (SEBBAG *et al.*, 2019).

Atualmente, tratamentos não cirúrgicos para lombalgia crônica não específica, incluem medicações, fisioterapia, acupuntura e terapia com exercícios, porém esses tratamentos possuem limitações de sua eficácia e esses dados podem ser explicado, pois os recentes estudos para dor crônica obedecem um outro rumo e as pesquisas nos sugerem hiperexcitabilidade do sistema nervoso central, incluindo o mau funcionamento ou inibição nociceptiva decrescente e alterações morfológicas do sistema nervoso em pessoas com lombalgia crônica. O cérebro desses pacientes a partir dos estudos, demonstram uma tendência a hipotrofia da massa cinzenta, alterando áreas relacionadas a dor emocional-afetiva e sensorial-discriminativa mais importante (MALFIET *et al.*, 2018).

Os pacientes são submetidos a variedades de tratamentos e os estudos atuais que demonstram o resultado desses tratamentos em pessoas com lombalgia crônica, nos mostram indivíduos que possuem dificuldades em localizar a dor, apresentam cognições associadas a tratamentos mal sucedidos e desenvolvem com isso medo relacionado ao movimento (cinesiofobia), hipervigilância nas rotinas diárias e catastrofização da dor (MALFIET *et al.*, 2018). A terapia cognitivo-comportamental vem sendo bem empregada e associada aos programas de reabilitação

interdisciplinares, onde o foco da terapia está no controle da dor (ÓLASON *et al.*, 2018).

Estudos trazem evidências sobre os gastos públicos com doenças da coluna vertebral que foram estabelecidas desde a década de 1990, em diversos países. No Brasil, ainda são escassas as informações e estas encontram-se em fases iniciais, quando o foco são as patologias de coluna vertebral. Porém, a saber que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do país concedeu mais de 1 milhão de benefícios por incapacidade para trabalhadores do setor privado em 2008, principalmente devido a distúrbios da coluna vertebral. Da mesma forma, os benefícios previdenciários para distúrbios da coluna cobriram cerca de 12 milhões de dias perdidos, no trabalho, em 2007. Além disso, foi estimado que os custos das cirurgias da coluna aumentaram 540% no Brasil, nos últimos 20 anos, reforçando a possibilidade da alta prevalência desse problema entre brasileiros. Esses achados também foram reforçados pelo estudo *Global Burden of Diseases* /Estudo Global de Doenças (GBD) onde demonstram os dados mais recentes de que os distúrbios da coluna vertebral constituem os principais componentes da deficiência mundial e isso inclui o Brasil. Em 2016, o sistema público de saúde brasileiro gastou US\$ 71,4 milhões em distúrbios da coluna vertebral e os custos de internação representou 58% desses custos. As regiões com custos ambulatoriais mais elevados estavam entre o sul e o sudeste. A quantidade total de dias de internação devido aos distúrbios da coluna vertebral em 2016 foi de 250.426 dias, sendo que dorsalgia e distúrbios do disco intervertebral representaram aproximadamente 70% dessas internações hospitalares em 2016 (CARREGARO; SILVA; VAN TULDER, 2019).

O Brasil possui um sistema inspirado no modelo inglês *National Health Service* (NHS), onde tem um serviço de atendimento expressivo, sem pagamento na ponta do sistema, sendo um país com grande número de população. Apresenta aspectos bem peculiares e programas que funcionam bem, como é o exemplo das campanhas de vacinação. Entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta grandes problemas de gestão, falta de financiamento e de coordenação entre seus gestores e entes da República. O Brasil chega a investir 9% do seu Produto Interno Bruto na saúde, sendo que 47% dos gastos são de recursos públicos e 53% é da área privada (PASTERNAK, 2018).

Com a crise econômica que envolve o Brasil, muitas pessoas que utilizam os recursos do SUS, estão longe da base econômica. Dados revelam que três milhões de pessoas perderam acessos as redes privadas ou a sistemas complementares e chegaram ao SUS. É preciso que o sistema seja menos fragmentado, investindo-se na melhoria da gestão, promoção da saúde, programas de prevenção, atuação da atenção primária, para que a saúde venha antes da doença. Saúde não é só dever do Estado: é também uma obrigação de cada um. Investir em políticas de prevenção, conscientizar o indivíduo que ele precisa cuidar da saúde para que a doença não se instale (PASTERNAK, 2018).

Realizar uma reflexão sobre os caminhos que a fenomenologia aponta para a prática da pesquisa em saúde é um desafio que nos convida e nos impulsiona a questionar o que se deseja para o futuro das pesquisas.

[...] a essência significa a possibilidade de leitura da realidade, do fenômeno e da experiência vivida. E a subjetividade é aquela a partir da qual emergem as características do sujeito, reforçando o seu aspecto de ser humano único e singular. Das inter-relações cotidianas entre os sujeitos reponta a intersubjetividade, intensificando as interações que cada sujeito estabelece com o outro compartilhando visões de mundo, crenças e valores no cotidiano social. Nesta abordagem, a essência define a existência do ser, a sua "humanidade", revelando o ser como ele realmente é, dando assim, sentido à vida (TERRA *et al.*, 2006, p. 673, grifo do autor).

Portanto a fenomenologia, enquanto movimento filosófico, pretende descrever o fenômeno tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida, das relações. Para a fenomenologia, os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano. A palavra *fenomenologia* vem sendo descrita de várias formas, com significados e sentidos atrelados à interpretação dos autores. Porém, em sua raiz etimológica significa *o que se mostra, o que aparece à luz, cujo ser consiste, neste seu mostrar-se* e de *logos* que significa *discurso esclarecedor*. Dessa forma, a corrente criada por Edmund Husserl no início do século XX, passa a ser reconhecida e ele busca contrariar-se ao empirismo e psicologismo, com o foco de superar a oposição tradicional entre realismo e idealismo (TERRA *et al.*, 2006).

Para Husserl, a volta as coisas nelas mesmas é uma investigação para se chegar até elas, livre de preconceitos, por isto compreende a fenomenologia como ciência dos fenômenos. Assim segundo Terra *et al.* (2006, p. 674):

[...] a fenomenologia passa a ser a ciência que nos conduzirá ao espírito absoluto, descrevendo as experiências que a consciência faz para alcançar este saber absoluto”. [...] para Husserl, não há dicotomia entre ser e aparência, entre ser e fenômeno. O que se visa nesta experiência é descrever o ser do fenômeno, procurando, pouco a pouco, que seu núcleo essencial se desvele à consciência. [...]. Nesta concepção o fenômeno nunca é visto na sua totalidade. Seu compromisso é o de ir além do já demonstrado buscando o fundante presente em todo o comportamento humano [...]. O sujeito, segundo Husserl, é pensado como um ser dotado de uma consciência, é pensante, tem uma história e é capaz de apreender objetos. Portanto, a consciência doa significados aos objetos, e é a central de significações ou matriz destes.

A fenomenologia segue a tradição desenvolvida por Husserl e Heidegger, traduzido pela filosofia de pensar no ser e suas próprias experiências de vida. Nesse contexto, o pesquisador que utiliza da fenomenologia questiona: qual a essência do fenômeno estudado, como determinado fenômeno foi experimentado por esse indivíduo e o que ele apresenta de significados? O pesquisador lida com questões subjetivas, nas crenças de que as verdades criadas por cada ser, estejam enraizadas nas experiências vivenciadas individualmente (CAPALBO, 1984).

A fenomenologia, em termos de pesquisa formal, significa *deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra a partir de si mesmo*. Tem o poder de olhar as coisas como elas são, volta-se para a experiência vivenciada pelo ser, tem a possibilidade de mostrar e descrever o fenômeno sem ter que explicar, mas o faz com rigor, sem análises, não tende a buscar as relações de causa e efeito e com isso pode-se chegar a essência do fenômeno. Seu principal objetivo é entrar na essência, adentrar de forma tão imediata, que esteja livre de julgamentos, pressuposições, numa tentativa de descrevê-lo da forma mais fiel possível (TERRA *et al.*, 2006).

Acrescentam Terra *et al.* (2006, p. 674) que:

Os fenomenologistas acreditam que a existência humana seja significativa e interessante devido à consciência das pessoas dessa existência. A frase estar-no-mundo (ou incorporação) é um conceito que reconhece os laços físicos da pessoa com o mundo – elas pensam, vêem, ouvem, sentem e estão conscientes através da interação de seus corpos com o mundo.

Entretanto, tanto para Heidegger como para Husserl, o importante em fenomenologia é não separar o sujeito do fenômeno, mas reuní-los indissociavelmente na estrutura intencional da experiência. Ou seja, juntar dialeticamente, na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação (TERRA *et al.*, 2006).

O paradigma biopsicossocial, originado no estudo de Engel (1977), provou ser a compreensão mais heurística da dor crônica. Porém, não temos como explicar o fenômeno da dor crônica e os significados individuais, e o que do ponto de vista fenomenológico, definem os afetos, sentimentos individuais e organização da própria vida do indivíduo. Como o paciente com dor crônica se enxerga, como ele vê a vida através da dor, a sua experiência individual dolorosa precisa ser entendida, a fim de traçar condutas e manejos de forma individuais. A dor não possui diagnóstico próprio. A Classificação Internacional para Doenças (CID) determina e codifica doenças e uma variedade de sintomas que podem de forma implícita mascarar o cuidado tratando achados fisiológicos falso-positivos. Quando a fisiopatologia ou a etiologia da doença não pode ser verificada, a dor é definida como psicossomática e não real. Por ser subjetiva e ter características de invisibilidade, essa condição parece frustrar o ser com dor, pois ela é real para o paciente, mas irreal aos olhos dos outros, por falta de achados palpáveis e físicos. (OJALA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o problema é de grande magnitude justificando a condução desta pesquisa para se identificar quais as repercussões sociais da dor lombar crônica na saúde humana.

## 2 CAPÍTULO II - A DOR LOMBAR NA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

A pesquisa proposta consiste em um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com cunho fenomenológico. O estudo foi realizado no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil. Foram eleitos para o estudo pacientes com dor lombar crônica, na faixa etária entre 25 e 80 anos de idade. Estes participantes responderam a um instrumento de avaliação com perguntas semiestruturada (APÊNDICE A), baseada no método descrito por Giorgi e Sousa (2010). O instrumento de avaliação foi aplicado a 6 participantes, de acordo com a faixa etária, sendo dois no primeiro quartil ( $\pm 25$  anos), dois na mediana de idade ( $\pm 52$  anos) e os últimos dois quartil próximo aos 80 anos de idade. Incluiu-se na pesquisa os participantes com quadro de dor lombar crônica (mais de um ano de duração), na faixa etária compreendida entre 25 e 80 anos.

Os excluídos da pesquisa consistiram em participantes sem sintomas de dor na região lombar de caráter crônico e também, aqueles fora da faixa etária do estudo. Os participantes foram submetidos a entrevistas, com a utilização de um instrumento semi-estruturado descrito por Giorgi e Sousa (2010) e que consiste das seguintes perguntas: Por favor, conte-me sobre sua dor crônica e como isso começou. Seguindo das perguntas destacadas: 1) Como você se sente diante isso? 2) O que a dor significa para você? 3) Qual é o pior problema em viver com dor crônica? 4) Você pode me dizer algo mais sobre "não ser acreditado"? 5) Como você explica isso? 6) Você já se esqueceu da sua dor? 7) O que você acha que sua família pensa da sua dor? 8) Como você lidou com a dor? 9) Como está seu bem-estar mental com dor crônica? 10) Como você acha que será o seu futuro? A aplicação do questionário teve um tempo aproximado de 90 minutos.

O Método de quatro fases de Giorgi e Sousa (2010) segue a tradição de Husserl para descrever o fenômeno como se apresenta aos participantes. O método foi escolhido por determinar os significados essenciais da dor crônica e pelas seguintes razões: (a) o método de Giorgi e Sousa tem uma tradição descritiva, (b) a fenomenologia é uma ciência de experiências, (c) a experiência consiste de significados, e (d) o objetivo da fenomenologia é analisar os significados da experiência e descrevem a estrutura da

experiência e análise usando um parêntese de conhecimento da dor à parte. Para coleta, utilizou-se a entrevista fenomenológica, cujas indagações foram orientadas por entrevista aberta e norteada pelo diálogo pesquisadora-pesquisados, com intuito de favorecer a livre expressão dos sujeitos e estimular a abordagem da temática em estudo. O encontro foi agendado previamente com os participantes para evitar transtornos e ausência dos selecionados. As entrevistas foram realizadas nos períodos de dezembro/2019 a janeiro/2020, foi gravada e depois transcrita na íntegra, sendo analisada do acordo com a fenomenologia, segundo Husserl.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -EMESCAM, parecer nº 3.416.786 (ANEXO A). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo referido comitê de ética e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Além do comitê de ética, eu como pesquisadora me comprometi a ter uma postura ética fundamentada na fenomenologia, obtendo permissão do outro ser para adentrar em sua vida, de forma a valorizar o ser humano, respeitando, valorizando e escutando, além das normas técnicas.

Os entrevistados foram identificados com as iniciais do seu primeiro nome para preservar sua identidade, sendo assim descritos no Quadro 1:

Quadro 1 – Entrevistados por identificação, idade e características

Identificação	Idade	Características
L	28	jovem e persistente na busca pela melhora da qualidade de vida
V	40	meia idade, em constante conflito com sua vida pessoal, seus relacionamentos amorosos e familiares e o medo de perder a vitalidade frente a dor;
N	54	fala conflituosa e vitimizada, em busca da melhora da dor e melhora da autoestima. A fé como apoio e enfrentamento;
A	61	o se acostumar com a dor e se reinventar frente ao quadro de limitações;
N	73	as limitações frente as responsabilidades de um chefe de família. A resiliência e a ressignificação;
Z	82	Conformidade, ausência de expectativas futuras devido a sofrimentos de perdas. O enfrentamento, o luto, a resiliência.

Fonte: Elaborado pela autora.

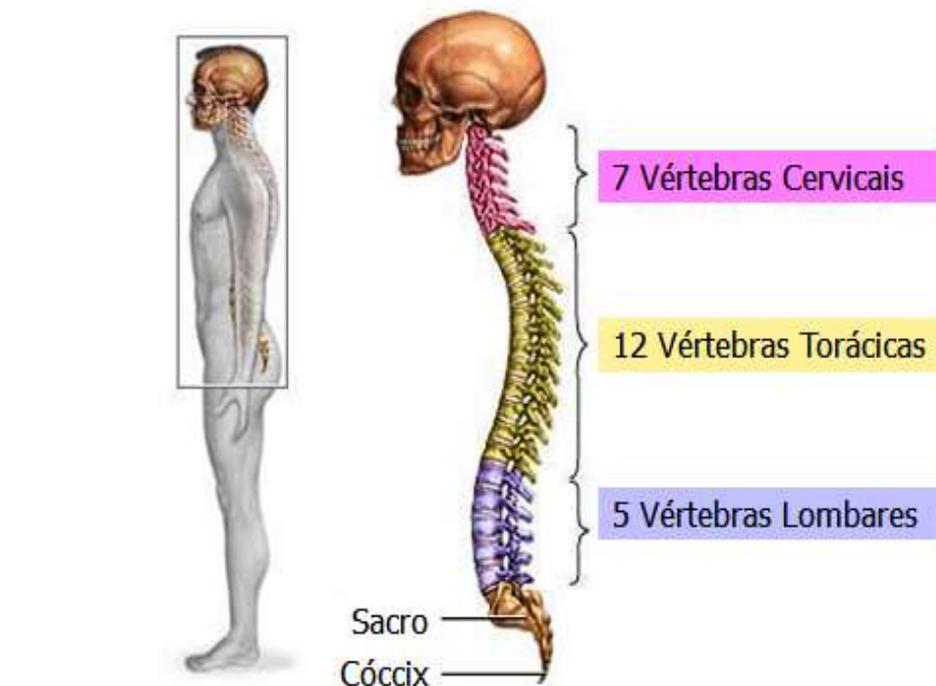
### 3 CAPÍTULO III - A CONSTRUÇÃO E A VIVÊNCIA SOCIAL COM DOR LOMBAR CRÔNICA: REVISÃO DA LITERATURA

*“A revisão da literatura é um ato de humildade, onde reconheço que antes de mim, outros já estudaram o meu tema” (PINEL, 2019).*

#### 3.1 BASE CONCEITUAL SOBRE A DOR LOMBAR – FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO

Anatomicamente, a coluna vertebral representa um importante papel na postura, sustentação do corpo, locomoção e proteção a medula espinhal. Ela é dividida por segmentos e regiões, sendo subdividida em coluna cervical composta por 7 vértebras, coluna dorsal ou torácica composta por 12 vértebras, coluna lombar composta por 5 vértebras e finalmente 5 vértebras fundidas formam o osso sacro e 4 vértebras fundidas formando o osso cóccix (Figura 1).

Figura 1 – Coluna vertebral - anatomia



Fonte: Aula de anatomia (2001).

Como verificado em Moore (1994, p. 288), em seus estudos anatômicos:

[...] o dorso, ou face posterior do tronco, é a parte principal do corpo a qual estão fixadas a cabeça, pescoço e membros. Consiste de pele, fáscia superficial contendo tecido adiposo, fáscia profunda, músculos, vértebras, discos intervertebrais, costelas (na região torácica), vasos e nervos. **A dor lombar** é uma queixa comum. Para compreender a base anatômica dos problemas do dorso que causam dor incapacitante, é necessário conhecer a estrutura e função desta região.

A coluna lombar, como já mencionado, é composta por 5 vértebras localizadas na parte inferior do tronco, próximo a região da pelve/bacia. Ela integra efeitos mecânicos contraditórios como rigidez e flexibilidade. Uma série de estruturas compõem o sistema biomecânico-funcional da coluna lombar, como discos intervertebrais, ligamentos, articulações, nervos e músculos.

Os processos espinhosos das vértebras lombares podem ser visíveis ao se solicitar, por exemplo, o movimento de flexão do tronco. A quinta vértebra, também conhecida como L5, é a maior de todas as vértebras lombares e é para onde é transmitido o peso do corpo até a base do sacro. Em 5% das pessoas, a vértebra L5 é parcial ou completamente incorporada ao sacro, condição conhecida como hemissacralização ou sacralização da vértebra L5 (MOORE, 1994).

A lombar possui uma curvatura lordótica<sup>1</sup> e é capaz de realizar movimentos ativos como flexão para frente (variação de 40 a 60°), extensão (20 a 35°), flexão ou inclinação lateral (15 a 20°), rotação (3 a 18°), podendo-se também combinar esses movimentos entre si (MAGEE, 2002). Conforme denominado por Ricard (1996, p. 37):

[...] a coluna lombar deve realizar três funções: uma função estática assumida pelas vértebras e discos; uma função cinética que realiza o arco posterior (articulações interapofisárias, apófises transversas e apófises espinhosas); uma função de proteção do canal medular.

As vértebras aumentam progressivamente de volume, analisando de forma descendente da cervical para lombar. O corpo vertebral e o disco, estão preparados para resistir a pressão, podendo suportar uma pressão de 600kg. Os discos têm uma função de amortecimento e absorção. Dentro do disco, existe um componente

---

<sup>1</sup> Lordótica ou lordose: curvatura normal da coluna, presente na coluna cervical e lombar. Caracteriza-se por um aumento da curvatura da coluna vertebral, que é convexa anteriormente.

gelatinoso transparente denominado núcleo pulposo, composto por 88% de água. Não há nervos nem vasos no interior do núcleo. Quando a vértebra e o disco não absorvem as cargas de pressão por uma deficiência ou disfunção, as patologias denominadas de artroses, aparecem. A coluna em seu conjunto tem a função de proteção da medula espinhal e de suas raízes. A medula está no interior de um canal osteofibroso (RICARD, 1996). Magee (2002, p. 377) faz uma introdução em seu capítulo sobre coluna lombar e descreve:

[...] a coluna lombar fornece suporte para a parte superior do corpo e transmite o peso dessa área para a pelve e os membros inferiores. Em virtude da localização estratégica da coluna lombar, esta estrutura deve ser incluída em qualquer exame da coluna como um todo (isto é, postura) ou em qualquer exame das articulações do quadril e/ou sacroilíacas.

A coluna lombar é uma região de extrema relevância para as condições musculoesqueléticas e está relacionada a sintomas dolorosos muito comuns. Para isso, deve-se avaliar criteriosamente todas as estruturas citadas, utilizando-se de testes específicos, exames diagnósticos para identificar as possíveis causas das disfunções localizadas nesse segmento, para então traçar e desenvolver a melhor conduta.

Lesão da coluna lombar pode afetar amplamente a capacidade funcional de um indivíduo. Qualquer sintoma, limitação da mobilidade ou incapacidade relacionada a esse segmento do corpo humano, acarretará uma série de complicações que serão abordadas adiante nesse trabalho.

A dor lombar, também conhecida como lombalgia, representa uma das oito principais doenças não transmissíveis incapacitantes em todo o mundo, estando entre dor de garganta, enxaqueca, artrite, outras doenças osteomusculares, depressão, ansiedade e transtorno por uso de drogas – condições essas que causam dor crônica ou distúrbios psicológicos fortemente associados a dor crônica (PULJAK; ARIENTI, 2019).

Diante do desejo dos profissionais de saúde em tratar adequadamente um paciente com dor, torna-se imprescindível a classificação de forma correta dos tipos de dor para poder oferecer um tratamento eficaz e de qualidade. As manifestações visíveis dos

quadros dolorosos podem ser classificados de acordo com a localização (difusa ou local), duração (crônica, aguda ou recorrente) ou com mecanismos de dor (dor nociceptiva<sup>2</sup>, dor neuropática periférica<sup>3</sup> ou sensibilização central<sup>4</sup>), sendo que a dor neuropática periférica e a sensibilização central foram identificados com base no reconhecimento de indicadores clínicos, que usam uma combinação de algumas características de autorrelato de dor do paciente e exame físico e inclui avaliações e testes musculoesqueléticos e neurológicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

A dor aguda inicia-se com uma lesão ou trauma e com esse fenômeno, substâncias químicas são sintetizadas e liberadas no local, estimulando receptores de dor presentes na pele (nociceptores). Evolui-se naturalmente, muitas vezes com a remissão dos sintomas, porém, como a ativação de várias vias neuronais e esse processo pode ser de modo prolongado, o caráter da dor pode se modificar e a dor aguda tornar-se crônica. (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Estudos correlacionam como fatores que corroboram para essa cronificação, tratamentos ineficazes, avaliações sem critérios diagnósticos, anamneses superficiais, prescrições e redução no uso de medicamentos eficazes, profissionais de saúde despreparados quanto ao fenômeno álgico e medicamentoso, crenças e valores errôneos frente à dor e analgesia, a dificuldade em aferir a dor, entre outros fatores desconhecidos. Quanto ao surgimento da dor aguda, grande parte dos estudos analisam suas repercussões no período pós-operatório, sendo que assim envolvem processos inflamatórios agudos ou infecciosos, sendo essas dores podendo ser decorrente de traumas ou mesmo em pacientes que sofreram queimaduras. Diferentemente das dores agudas, a dor crônica não está relacionada com a permanência ou aparecimento de alterações ou sinais de alerta (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

---

<sup>2</sup> Dor Nociceptiva: Dor originada de lesão a tecido não neural e devida a ativação de nociceptores (receptores presente na pele que são capazes de transduzir e codificar o estímulo nocivo).

<sup>3</sup> Dor Neuropática Periférica: Dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso sensorial.

<sup>4</sup> Sensibilização Central: é definida como uma amplificação da sinalização neural dentro do SNC que provoca hipersensibilidade a dor, sendo um fenômeno real ou não.

Pode-se dizer que a dor crônica é mais que um sintoma, é a doença que persiste; não desaparece após a cura da lesão ou está relacionada a processos patológicos crônicos. Como já foi mencionado, apresenta-se num tempo igual ou superior a três meses do início do quadro doloroso. Sua presença constante ou intermitente, duradoura, podem trazer perturbações e acarretam alterações na qualidade de vida diária, limitações nas atividades físicas e funcionais, podendo acarretar má qualidade do sono, comprometimento da vida sexual, modificações no humor, baixa autoestima, pensamentos negativos ou suicidas, desânimo, alterações das relações familiares, de trabalho e de lazer (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

A dor, sendo ela aguda ou crônica, pode acarretar uma série de transtornos ao paciente, sendo que as manifestações podem surgir como alterações na qualidade do sono, irritabilidade ou estresse, apetite e libido, sensação de fadiga, dificuldades de concentração, restrições na socialização familiar e profissional, e perda da qualidade de vida. Nos casos dos pacientes com dor crônica, a manutenção do quadro doloroso pode prolongar esses sintomas e até mesmo exacerbá-los (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Mensurar a dor tem sido um grande desafio devido aos pilares que sustentam a estruturação desse conceito, visto que pode sofrer influência de aspectos fisiológicos e biológicos, até a percepção, a questão social e comportamental. Existem muitas teorias na tentativa de avaliar a percepção da dor, portanto, o relato e a percepção descrita por quem vivencia a dor constitui parte fundamental do entendimento desse processo (CAMPOS; BONAFE; MAROCO, 2018).

Há tempos vêm-se tentando avaliar quantitativamente a dor através de escalas e questionários. Embora a dor tenha caráter multidimensional e subjetiva, existe a tentativa de avaliar numericamente essa condição. Um exemplo disso, é a validação de instrumentos e questionários, e nesse contexto irei citar três deles bem utilizados na prática clínica conduzidos no estudo de Martinez, Grassi e Marques (2011), onde aborda que a dor possui um componente subjetivo e traz propostas na tentativa de uniformizar o acompanhamento dos pacientes portadores de doenças ou lesões com características algicas. Utilizou-se três instrumentos constituídos por questionários para quantificar a intensidade da dor, seu impacto nas atividades do dia-a-dia e na

qualidade de vida de pacientes admitidos em atendimento de ambulatório, enfermaria e urgência (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Adiante, seguem as definições de alguns desses instrumentos utilizados na prática clínica para quantificação da dor. O inventário breve de dor *Brief Pain Inventory* (BPI), é um instrumento multidimensional, que faz uso de uma escala 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor nas habilidades para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor nas últimas 24 horas (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

O *McGill Pain Questionnaire* / Questionário McGill de dor (MPQ), é largamente utilizado e descrito como um instrumento para a avaliação da dor crônica, com parâmetros para caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, na tentativa de se obter informações qualitativas e quantitativas com base nos relatos verbais. É um instrumento considerado universal, capaz de padronizar a linguagem da dor (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

O MPQ, também é um 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. O MPQ conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração.

A *Visual Analogue Scale* / Escala Visual analógica (VAS) é um instrumento unidimensional para avaliação 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. Esse estudo concluiu que apesar dos instrumentos

fornecerem dados amplos sobre a dor, apresentam limitações e não se aplicam a todo ser com dor, como por exemplo pacientes graves (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

É importante pontuar que a avaliação da dor crônica requer uma análise multidimensional, e a opção por uma ou outra escala deverá estar sustentada pelas possibilidades reais de uso clínico prático (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Portanto, essas escalas e instrumentos são válidas, mas possuem fragilidade em sua condução. O ser humano é complexo e o universo que envolve a dor é multidimensional e possui uma diversidade de fatores envolvidos nessa contextualização.

A dor crônica, considerada um problema de saúde pública, traz grandes desafios para a gestão em saúde. Um problema socioeconômico mundial, gerando ônus econômico, pois a dor crônica afeta as percepções gerais de saúde, interferindo nas atividades diárias, funcionais, podendo estar associada a fatores psicológicos e comportamentais como sintomas de ansiedade e depressão, catastrofização, medo relacionado à dor (cinesiofobia), alteração do sono e perdas nas relações familiares e sociais (LIMA; REIS, 2018).

Na última década, vem-se dando atenção aos programas de educação para pessoas com dor crônica levando o conceito da educação baseada na neurociência da dor. Esse método é usado para aumentar e melhorar o conhecimento dos pacientes sobre fisiologia da dor, renovando os conceitos para diminuir a ameaça e o valor da dor no cotidiano desses pacientes. Neurofisiologia, sistemas nervoso central e periféricos, neuroplasticidade que são estruturas, mecanismos e áreas envolvidas na dor crônica, são explicados de formas simples, com termos leigos para facilitar o entendimento, utilizando-se de metáforas, fotografias, desenhos e até mesmo histórias do dia-a-dia desses pacientes (MALFIET *et al.*, 2018).

Na educação baseada na neurociência, a atenção é dada ao cérebro e seu papel na dor relacionado a pensamentos, atitudes e sofrimento, que influenciam a percepção e o lidar com a dor. Há evidências para apoiar que a educação em neurociência da dor

ajude a melhorar o estado de saúde, crenças dolorosas, percepções de doenças, ansiedade, cinesiofobia e modulação endógena da dor em várias populações com quadros de dor crônica, incluindo pacientes com dor crônica na coluna. A sensibilização central é um dos mecanismos explicados durante a educação em dor, sendo explicada como um tipo de adaptação do cérebro que mantém a sensibilidade a dor mesmo após o tecido já cicatrizado e exemplificam que pensamentos negativos podem facilitar esse processo e prover a manutenção do quadro doloroso. Estudos mostram que a sensibilização é um modelo para explicar a dor crônica, mas não o único. Outros citam movimentos errôneos, controle postural excessivo e até mesmo descondicionamento. (MALFIET *et al.*, 2018).

Ainda nesse estudo conduzido por Malfiet *et al.* (2018), reforçam-se os efeitos da educação em dor e sua eficácia no tratamento da dor crônica. Examinou-se pacientes com sintomas de sensibilização central através de uma análise secundária de um estudo controlado randomizado, onde 120 pessoas apresentavam sintomas auto-relatados de sensibilização central e utilizou-se de intervenções baseadas na educação em dor, onde as principais medidas de resultado foram a incapacidade, a catastrofização, cinesiofobia, percepções de doenças e hipervigilância. Nessa condução, concluiu-se que a educação em dor baseada na neurociência é útil em pacientes com dor crônica, pois melhora a cinesiofobia e a catastrofização (as consequências negativas percebidas), assim como a ciclicidade da doença.

Em um estudo transversal com 83 pacientes com dor musculoesquelética crônica, onde avaliou-se o nível de conhecimento desses pacientes sobre a dor, onde em geral, 31,1% desses obtiveram baixo conhecimento sobre a neurofisiologia e no estudo foi descrito que a dor é um problema de saúde global e pacientes com dor crônica representa uma parte considerável da população. Na Europa, a dor crônica varia entre 12 e 30% da população e, no Brasil, afeta 28% da população (FERREIRA *et al.*, 2019).

A dor musculoesquelética crônica representa a quarta condição que mais afetam a incapacidade da população global, estando presente em 22% dos Brasileiros, principalmente em idosos, indivíduos com depressão e com comorbidades. Está presente na prática clínica do fisioterapeuta como uma das queixas mais comuns e é

uma das causas que mais geram aposentadoria no Brasil. É um distúrbio desafiador para a classe médica, porém a educação em dor tem trazidos efeitos favoráveis a essa condição (FERREIRA *et al.*, 2019).

Há uma estrutura conceitual para ilustrar como crenças relacionadas ao medo e a limitação podem afetar diretamente a qualidade de vida e a atividade física de um paciente com dor crônica em níveis específicos. Um modelo denominado medo-limitação sugere que os pacientes que se envolvem em comportamentos que reproduzam a lesão inicialmente, entram em um ciclo de dor, depressão e incapacidade. Esse fenômeno é comumente avaliado em pacientes com dor lombar aguda, subaguda ou crônica e atualmente se estabeleceu uma crença entre limitação e medo, cinesiofobia e mau prognóstico. Por exemplo, alguns pacientes com lombalgia crônica relatam medo relacionado ao movimento, o que pode explicar porque esses pacientes relatam incapacidade crônica e não retornam ao trabalho ou atividade física desejada (BAEZ *et al.*, 2017).

Um estudo qualitativo, que teve como base a fenomenologia, autores investigaram 10 adultos, com idade média de 48 anos, com dor musculoesquelética crônica, que foram submetidos em grupo a educação em dor. Identificou-se três temas: relevância percebida para o participante individual; benefícios percebidos para o participante individual; e evidência de reconceptualização. A relevância para as necessidades individuais de uma pessoa com dor crônica pode ser um fator-chave para o sucesso da educação em dor, e esse é um desafio particular quando é realizado em uma situação de grupo (ROBINSON-PAPP *et al.* 2015).

Muitas diretrizes de prática clínica recomendam abordagens semelhantes para avaliação e manejo da dor lombar. As recomendações incluem o uso de ferramentas baseadas no modelo biopsicossocial para orientar o não uso de medicamentos em fase inicial ao tratamento, incluindo a educação em dor apoiada a auto-gestão e retomada das atividades normais e exercícios, assim como programas psicológicos para aqueles com sintomas persistentes. Existem lacunas entre a evidência e a prática, com o uso limitado de tratamentos de primeira linha recomendados e uso inapropriadamente alto de exames de imagem, repouso, opióides, infiltrações e

cirurgias. Fazer mais do mesmo não irá reduzir a incapacidade relacionada com a dor nas costas ou as suas consequências a longo prazo (FOSTER *et al.*, 2018).

Os avanços com maior potencial são indiscutivelmente aqueles que alinham a prática com as evidências, reduzem o foco nas anormalidades da coluna vertebral e asseguram a promoção da atividade e da função, incluindo participação no trabalho. Essas soluções potenciais incluem estratégias focadas de implementação das melhores práticas, a reformulação de vias clínicas, intervenções integradas de saúde ocupacionais e laborais, afim de reduzir a incapacidade no trabalho, mudanças nas políticas de indenização por danos e incapacidade e estratégias de saúde pública e prevenção (FOSTER *et al.*, 2018).

Na dor crônica destacam-se aspectos na avaliação com componentes psíquicos, socioculturais, estado emocional, alteração de personalidade e conduta (perdas e ganhos), relações familiares, de trabalho, lazer, crenças, adesão ao tratamento farmacológico e em outras terapias não medicamentosas. Embora a dor seja um fenômeno subjetivo e a resposta verbal do paciente o *padrão ouro* para as condutas a serem adotadas, independente da origem algica, as pesquisas mostram similaridades frente aos achados em indivíduos com diferentes antecedentes socioculturais e doenças, seja por escalas uni ou multidimensionais, fato que nos direciona a incentivar o seu uso nas instituições de saúde, com vistas a melhores práticas, desenvolvimento de pesquisas e qualidade da assistência (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

As diretrizes atuais recomendam que pacientes com dor lombar crônica que não se beneficiam do tratamento da atenção primária devem ser encaminhados para reabilitação multidisciplinar da dor em unidades de cuidados secundários. No entanto, esses tratamentos costumam ser caros, não facilmente acessíveis e com pequenos efeitos. Portanto, estratégias menos dispendiosas de gerenciamento mais acessíveis, visando ultrapassar essas barreiras multidimensionais à recuperação podem facilitar as melhorias. Um estudo piloto investigou os resultados clínicos e limiares da dor após intervenção da *Cognitive functional therapy* / Terapia Funcional Cognitiva (CFT) em um período de 12 semanas em pacientes com dor lombar crônica (VAEGTER *et al.*, 2018).

Nesse estudo, as análises exploratórias compararam alterações nos resultados clínicos, consumo de opióides e custos após a CFT. A maioria das respostas clínicas e do limiar de dor foram melhores após o CFT. Esses pacientes, quando comparados aos que receberam atenção do manejo multidisciplinar, obtiveram reduções significativamente maiores na incapacidade e melhora da qualidade de vida (VAEGTER *et al.*, 2018).

A CFT é uma terapia fisioterapêutica com intervenção individualizada com alterações após um manejo multidisciplinar da dor e tem como alvo atividade física, estilo de vida e barreiras psicológicas à recuperação, para treinar as pessoas a se autogerenciarem. A terapia funcional cognitiva mostrou resultados promissores em pacientes com dor lombar crônica na atenção primária com incapacidade de baixa a moderada em comparação ao exercício e terapia manual. Nesse estudo, observou-se melhora nos limiares de dor e dos sinais clínicos relacionados a dor lombar crônica quando comparados as práticas multidisciplinares, porém sugeriu-se novos estudos utilizando a prática com CFT com situações incapacitantes nesses pacientes (VAEGTER *et al.*, 2018).

### 3.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOR LOMBAR CRÔNICA

A dor é uma condição de difícil compreensão, multifatorial e muito pouco se conhece sobre a epidemiologia da dor crônica no Brasil, principalmente em se tratando de pesquisas de prevalência de dores múltiplas. Em um estudo realizado no Brasil por Vasconcelos e Araújo (2018), identificou-se que a preocupação é recente quando se referem ao tema, sendo encontrados estudos de prevalência da dor crônica no período de 2006 a 2015. A idade média da população variou entre 21,1 e 77,6 anos. A população total dos estudos analisados foram mais de 8000 participantes.

Nesse estudo, observou-se regiões do país e o resultado mais interessante foi a prevalência da dor crônica mais significativas menor em Florianópolis – Santa Catarina (29,3%) e maior em Jequié – Bahia (73,3%). O sexo feminino esteve presente na maioria dos estudos. Houve uma alta heterogeneidade e regionalidade nessa

condução, chegando a encontrar uma alta prevalência entre os estudos, variando de 29,3 a 73,3% no país (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018).

A Dor Lombar Crônica Inespecífica (DLC) é uma condição prevalente e dispendiosa, que são notavelmente resistentes as intervenções. Evidências substanciais sugerem que existe um descompasso entre as crenças biomédicas mantidas pelos clínicos e pacientes e a natureza biopsicossocial da experiência com DLC. Em uma revisão a partir de 18 estudos envolvendo 713 participantes, emergiram os temas relacionados a dor lombar crônica não específica como a construção social; o lidar com; e impacto psicossocial da sua natureza. Os autores conceituam a experiência da dor lombar crônica não específica, como o *bem-estar*, o *eu* e o *futuro*, além das implicações da melhoria da compreensão clínica dessa experiência (BUNZLI *et al.* 2013).

O fenômeno dor é considerado subjetivo e possui caráter multidimensional, sendo assim, estão ligados diretamente aos conceitos do modelo biopsicossocial que analisa a dor mediante a singularidade de cada indivíduo e as condições apresentadas previamente, dados esse relacionados ao alto índice de dores crônicas da coluna vertebral. Estudos com abordagens fisioterapêuticas, buscam novas formas e estratégias para esse cuidado, objetivando compreender os sintomas e experiência da dor. A partir de uma abordagem qualitativa, utilizando conceitos da fenomenologia, foram analisadas mulheres, com idade superior a 40 anos, com dores crônicas na coluna, submetidas a fisioterapia convencional e em alta há mais de seis meses. Observou-se que as pacientes obtiveram respostas com as formas mais tradicionais da fisioterapia ambulatorial, porém por se tratar de problema crônico, houve recidiva nos quadros algícos e disfuncionais (MARTINS, 2017).

Após 30 anos de progresso em direção à Cobertura Universal de Saúde (UHC), o SUS do Brasil está sob grande ameaça devido a uma combinação de recessão econômica, crise política, políticas de austeridade mal concebidas e decisões políticas destinadas a reverter o direito de saúde. Concebido no final dos anos 80 pela sociedade civil como parte do 'Movimento da Reforma Sanitária' contra a ditadura militar, o SUS foi amplamente reconhecido como um exemplo de uma reforma bem-sucedida do sistema de saúde na América Latina e desempenhou um papel importante na

redemocratização do Brasil e no restabelecimento dos direitos dos cidadãos (MASSUDA; TITTON; POLI NETO, 2018).

O estudo de Massuda, Titton e Poli Neto (2018) utilizou-se de uma revisão de literatura, análise de políticas e dados secundários de fontes governamentais de 2000 a 2017 para examinar mudanças no contexto político e econômico, financiamento da saúde, recursos de saúde e cobertura de serviços de saúde no SUS. O Brasil fez um bom progresso no sentido de alcançar Cobertura Universal de Saúde (UHC) com melhorias na saúde da população, mas a escassez de financiamento público, alocação subótima de recursos e deficiências nos cuidados de saúde persistem. De 2000 a 2014, as despesas totais com saúde aumentaram de 7,0% a 8,3% do produto interno bruto e a cobertura populacional com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou de 7,6% para 58,2%.

Desde 2015, os gastos em saúde pública declinaram em termos reais, enquanto 2,9 milhões de pessoas perderam a cobertura do plano de saúde privado, as mortes violentas aumentaram e houve surtos de doenças infecciosas. Reformas em governança do sistema de saúde e grande expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) contribuiu para grandes melhorias na cobertura e acesso ao serviço. Contudo, as reformas sanitárias brasileiras foram incompletas e não abordaram completamente as fraquezas estruturais do sistema de saúde, ou seja, desafios no governo do estado, financiamento inadequado e desigualdade, alocação de recursos (MASSUDA; TITTON; POLI NETO, 2018).

Analisando-se o contexto que possibilitou a expansão do SUS a partir de 2000, as crises econômicas e políticas que iniciaram em 2014, as políticas de austeridade que se seguiram e o impacto desses choques externos e internos no SUS. Choques externos, como crises econômicas e políticas, podem desencadear cascatas de eventos que afetam adversamente o sistema de saúde, aumentando o desemprego e a pobreza, reduzindo fundos para serviços de saúde e aumentando demanda por programas de proteção social (MASSUDA; TITTON; POLI NETO, 2018).

Essa cascata de eventos pode afetar a saúde, resultando em desigualdades na saúde através de mudanças nas necessidades, comportamentos e uso de serviços de

saúde. Crises políticas, que podem ser desencadeadas, influenciam a proteção social e as políticas para a UHC e pode levar à piora da saúde trazendo resultados através da pobreza e cobertura reduzida de serviços de saúde (MASSUDA; TITTON; POLI NETO, 2018).

A proposta de construção social da APS está referida por um modelo de gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso. A população de uma RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada às equipes de ESF. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (MENDES, 2015, p. 16).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), integrando individualmente relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão predominante da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas (MENDES, 2015).

As condições agudas são aquelas condições de saúde num período de curta duração que se manifestam de forma pouco previsível e que devem ser manejadas de forma episódica, reativa e integrada pelo sistema de atenção à saúde, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. As condições agudas envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (gripe, dengue), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite, amigdalite) e os traumas (MENDES, 2015).

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo, permanente ou recorrente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. As doenças crônicas possuem condições como fatores de risco biopsicológicos, incluindo

uma gama de doenças que necessitam de controle e acompanhamento regular, pois apresentam características com causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar repentinamente e apresentar momentos de agudização (MENDES, 2015).

As doenças crônicas podem evoluir durante toda a vida, porém é mais prevalente em idades mais avançadas, podendo comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades e podem levar a uma deterioração gradual da saúde. Apesar de não serem a ameaça imediata à vida, constituem uma das causas mais comuns de mortalidade prematura. Um grande problema é que o modelo de atenção à saúde predominante não é efetivo em manter as condições crônicas estáveis, nem de conter sua evolução, o que leva a constantes períodos de agudização (MENDES, 2015).

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos. Há várias propostas de modelos de atenção às condições crônicas, mais dois se destacam: o *Chronic Care Model* / Modelo de Atenção Crônica (CCM) e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR). A partir deles, foi desenvolvido por Mendes (2011) o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) em que reuniu evidências da literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde que pudesse ser aplicado a realidade do sistema público de saúde brasileiro (MENDES, 2015).

Existem múltiplas influências na construção da experiência da dor crônica em coluna vertebral, admitindo uma relação circular entre elementos objetivos e subjetivos no autogerenciamento constante da dor. Por outro lado, as abordagens fisioterapêuticas, ao desconsiderarem esses elementos, poderá instituir um cuidado predominantemente técnico-científico distante da experiência do sujeito doente. Nesse sentido a condição crônica requer um cuidado longitudinal no tempo, onde o modelo de cura deve dar lugar ao modelo de cuidado (MARTINS, 2017).

Hipócrates (c.460-380 a.C), considerado *o pai da medicina*, era o mais famoso médico e professor do seu tempo. Existem mais de 60 tratados médicos atribuídos a ele, mas nem todos foram escritos por ele, alguns foram escritos após sua morte ao longo de um período de 200 anos. Hipócrates tentou explicar coerentemente as doenças com

base em causas naturais, por vezes ressaltava a cura através da natureza (é a natureza que cura o paciente), sendo essa a grande máxima hipocrática. Atualmente, medidas são usadas empregando méritos hipocráticos, como indicação de exercícios para os que sofrem com doenças crônicas, mas que devem ser usadas com cautela nas doenças agudas. Considerava a doença como objeto de observação e entendimento (DE MARCO, 2004).

René Descartes (1596-1650), considerado o pai da filosofia moderna, em sua obra *O Discurso do Método* (1637) traz questionamentos sobre todo o conhecimento que adquiriu ao longo de seu aprendizado, com o intuito de desconstruir para construir a sua base, feita de forma sólida e consistente. O bom senso destacou-se como algo bem distribuído no mundo, afirmando que a razão ou senso é a única coisa que nos torna homens e nos distingue dos animais. Enfatiza a importância de se permitir conviver com pessoas de diversos temperamentos e condições, recolher várias experiências e refletir sobre as coisas de um modo tal que pudesse tirar proveito. Estabeleceu métodos, sem nenhuma pretensão de que um dia fossem imitá-lo (DE MARCO, 2004).

Primeiramente, nunca aceitar coisa alguma como verdadeira sem que a conhecesse como tal, e não incluir em seus juízos nada além daquilo que se apresentasse tão clara e distintamente a seu espírito, que não tivesse nenhuma ocasião de colocá-lo em dúvida; segundo, dividir cada uma das dificuldades que encontrasse em parcelas, quantas fosse possível e necessário para poder resolvê-las; terceiro, conduzir por ordem seus pensamentos, começando pelos objetos mais simples e mais fáceis de conhecer para subir pouco a pouco até o conhecimento dos mais compostos; e por último, fazer tudo em enumerações tão completas e revisões tão gerais, que tivesse certeza de nada omitir (DE MARCO, 2004).

Com a frase: *Penso, logo existo*, denota-se o princípio da sua filosofia e reconhece sua essência ou natureza de ser pensante e que para existir não necessita de nenhum lugar nem depende de coisa material. Descartes diz que também não podemos duvidar da existência de um Ser perfeito, por isso podemos ter certeza da existência de Deus. O filósofo francês acredita que a dificuldade que as pessoas têm em reconhecer a existência de Deus é porque elas nunca elevam o espírito além dos

sentidos, por isso tudo o que não é imaginável não parece ter sentido. Descartes queria acima de tudo que sua filosofia e essa nova ciência não estivessem a serviço de nenhum governante ou Estado, mas sim que servissem ao progresso da humanidade inteira (DESCARTES, 2005).

Descartes e seu método tem marcado a evolução da ciência, considerando-se que a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico foi um fator determinante na construção do chamado modelo biomédico, pois o filósofo francês propõe em meios as suas concepções, uma dicotomia entre mente e corpo (DE MARCO, 2004).

O modelo biomédico apresenta uma característica com uma visão segmentada do ser humano. Esse modelo, afirmado por René Descartes (1640) e que ainda hoje considera o homem como um ser composto de estruturas distintas e que não se correlacionam. O foco da saúde está exclusivamente na área afetada, sem atenção a subjetividade do paciente. Por ver sempre a dor associada a lesão, esse conceito não foi capaz de abranger a dor crônica, onde a dor se relaciona a um processo complexo, podendo ocorrer independente de um dano tecidual (DE MARCO, 2004).

Na segunda metade do século XX, foi quando se iniciou a compreensão da dor crônica, não mais se podia negar a existência da relação mente-corpo. Ela surge como uma experiência única, individual, levando a um conjunto de fatores físicos, psicológicos e sociais e que esses fatores não podem ser tratados separadamente (LIMA; ALVES; TURATO; 2014).

Uma citação imprescindível ao se discutir a evolução da medicina e do saber médico, assim como os fatores presentes na construção do modelo biomédico está baseada no pensamento original de Foucault (1926-1984) em que se detém, no exame da história da evolução, a compreensão da medicina moderna, também chamada por Foucault, de medicina clínica ou medicina dos sintomas, onde encarava-se as doenças como fenômenos dinâmicos (DE MARCO, 2004).

Nas palavras de Foucault apud Branco (2018, p. 109):

[...] a clínica se toma, portanto, um momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da nova organização médica. Vê-se, então, que a clínica moderna é o saber que se foi se constituindo nos hospitais-escolas, sob o domínio do olhar médico, e inter-relacionado as leis sociais e políticas.

Essa compreensão permitiu uma melhora significativa na perspectiva, enfatizando uma abordagem multidisciplinar. Entretanto, a compreensão da dor crônica como junção de fatores, corresponde ao modo atual de ver o processo de adoecimento, pois sua concepção possui uma dualidade cartesiana e a premissa positivista de uma realidade única. Para a fenomenologia, por outro lado, o indivíduo em sua unidade é mais do que uma simples soma de partes. A fenomenologia vê o ser humano como uma entidade intencional, em que corpo, mente, e o mundo está entrelaçado e se constitui mutuamente, estabelecendo assim o funcionamento integral do ser humano. Portanto, uma compreensão real do processo de dor crônica só seria possível do ponto de vista fenomenológico à experiência vivida pelo indivíduo que expressa e comunica a dor (LIMA; REIS, 2018).

Nos últimos 50 anos, a construção social da doença como parte da sociologia contribuiu significativamente para a compreensão das dimensões sociais da doença. O construcionismo social é um conjunto de conceitos que enfatiza os aspectos culturais e históricos de fenômenos considerados exclusivamente naturais e analisa como indivíduos e grupos contribuem para a produção da realidade social percebida e do conhecimento. Uma abordagem construcionista social da doença está enraizada na distinção conceitual largamente conhecida entre doença (condição biológica) e enfermidade (significado social dessa condição) (CONRAD; BARKER 2011).

A doença é uma experiência construída culturalmente através do processo de internalização simbólica do doente e do feedback entre o sistema cultural e os estados biopsicológicos. Vários autores adotaram a distinção entre doença e enfermidade, para marcar as diferenças de perspectiva entre o profissional de saúde e os leigos. O conceito de doença refere-se à anormalidade na estrutura e/ou no funcionamento dos órgãos e de seus sistemas, ou seja, a perspectiva do paradigma biomédico, referindo-

se a um estado patológico reconhecido pela biomedicina, mas não necessariamente pelo paciente (LANGDON, 2014).

O conceito de enfermidade, refere-se às percepções que o paciente tem para interpretar seu estado e atribuir seu significado. Este modelo, ou seja, como o doente interpreta a sua experiência, é altamente influenciado pelo contexto sociocultural em que o enfermo se encontra; sua aflição é reconhecida socialmente e não necessariamente está limitada ao corpo físico, mas pode incluir as relações sociais e espirituais, não correspondendo às síndromes biomédicas (LANGDON, 2014).

Nos últimos anos do século XIX, as particularidades do pensamento positivista começaram a não ser mais tão eficientes na busca pela explicação de questões com maior complexidade dentro das ciências. A fenomenologia surge então como um dos movimentos filosóficos que, desde sua constituição, guardou relações de grande proximidade e interesse pela recém-criada psicologia, buscando preencher o espaço deixado vazio pela filosofia especulativa, baseando-se nas ideias de Franz Brentano (1838-1917), que já propunha especificidade da conduta humana como fonte da subjetivação. Porém, foi através de Edmund Husserl (1859-1938) que já no século XX ultrapassa a psicologia descritiva de Brentano quando, ao analisar a doutrina da intencionalidade, parte para sua investigação na chamada vivência de consciência e chega a uma análise bem íntima do conhecimento que perpassam os limites da Psicologia (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

A fenomenologia é aplicada ao estudo dos fenômenos, dos objetos, dos eventos e do que acontece na realidade. Ela dedica-se em alguns momentos a verdades, porém nunca se mostra como o todo, deixa sempre a dúvida, o que nos motiva a busca constante pela autenticidade dos fatos. Uma vez que os fenômenos são sempre anteriores às teorias e aos conceitos, o que é dado na percepção de uma coisa é sua apresentação, e as aparências são sempre aparência de alguma coisa, observando-se, que de fato, os fenômenos são primários e têm natureza própria (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

Com base nesses pressupostos, Merleau-Ponty (1908-1961), uma representante da fenomenologia, é citada por Andrade e Holanda (2010, p. 261, grifo do autor) que:

[...] define a fenomenologia como o estudo das essências e acrescenta que ela é uma filosofia que recoloca as essências na existência, reconstituindo a relação entre homem e mundo. É ainda uma “filosofia transcendental que coloca em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural”.

O retorno as coisas mesmas, retornando ao mundo tal qual ela surge, anteriormente a consciência (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

Como descreve Capalbo (1990, p. 47, grifo do autor):

Sabe-se que a filosofia de Husserl nasceu como reação e como ruptura ao idealismo e ao positivismo. Do idealismo a ruptura se deu por divergir das construções a priori daquela filosofia; positivismo por este se desinteressar do conhecimento essencial das coisas, pois só considera válido o fenômeno empiricamente comprovado. O lema de Husserl: “volta as coisas nelas mesmas”, nada mais é que uma tentativa para se chegar as coisas livre de preconceito ou pressupostos interpretativos. É por isto que Husserl define fenomenologia como “ciência dos fenômenos”, isto é, daquilo que é imediatamente dado em si mesmo a experiência da consciência ou como presença à consciência. O que se visa nesta experiência é descrever o fenômeno, procurando, pouco a pouco, que o seu núcleo essencial se desvele a consciência. Pode-se dizer, então, que o conteúdo inteligível dos fenômenos, em seu aspecto essencial, é captado por uma visão imediata ou “intuição da essência. O método de investigação da fenomenologia é, pois, o intuitivo.

Em sua obra *Ser e Tempo*, faz uma tentativa de compreender a existência do ser humano ontologicamente a partir da explicação do ente, o Ser-aí (Dasein). Por ente, deve-se entender tudo aquilo que de nós falamos, tudo em que pensamos, tudo em relação a que nos comportamos, mas também o que nós próprios somos e a maneira como nós somos (SANCHES; BOEMER, 2002).

Ser-aí é a forma que Heidegger denomina o ente humano. Sendo o ente aquele que não se limita a estar diante de outros entes, pois estabelece uma relação consigo mesmo, busca a compreensão de si. Entretanto, o Ser-aí como definido por Heidegger é como um ente que, apresenta-se em cada caso como eu mesmo, suscitando que cada ser humano tem suas características próprias, mesmo que todos guardem possibilidades semelhantes. O ente que está em cada um de nós, tem várias possibilidades, entre elas a de questionar-se (SANCHES; BOEMER, 2002).

O construcionismo social vem em contraste com o modelo biomédico, pois esse modelo assume que as enfermidades são universais e não variam no tempo e espaço,

e em contrapartida o construcionismo social enfatiza o modo como o significado e a experiência da doença são encaixados pelos sistemas sociais e culturais. A abordagem construcionista social da doença tem múltiplas raízes intelectuais. O interacionismo simbólico e a fenomenologia – duas filosofias que adentraram na sociologia dos anos 60 – tem sua parcela de contribuição muito significativa para a abordagem construcionista social da doença (CONRAD; BARKER, 2011).

Os princípios-chave do interacionismo simbólico efetivamente se prestaram a uma investigação detalhada da doença como experimentada dentro do contexto de interações sociais cotidianas que, por sua vez, modifica o desempenho individual. A fenomenologia com seus princípios adequados a sociologia médica coloca em evidências a compreensão da doença por cada indivíduo e como eles lidam com as restrições físicas e sociais e com o auto desgaste frente as essas limitações (CONRAD; BARKER, 2011).

Desde a década de 60, as antropologias relacionadas a doença e a saúde vem crescendo e tornando parte relevante dos estudos e consideradas como subespecialidades. Mesmo que correlacionar antropologia e medicina, por vezes torna-se conflituoso. Mas, para esse entendimento, é necessário direcionar a atenção ao construcionismo social mediante as diversas faces dos sistemas terapêuticos envolvidos para produzir conhecimento em tudo que envolve os processos de saúde e doença (LANGDON, 2014).

A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos do processo de saúde/doença que são relevantes para as políticas e os serviços em saúde: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de auto atenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre biomedicina e práticas locais (LANGDON, 2014).

Conrad e Barker (2011) citam Eliot Freidson (1923-2005) e seu livro Profissão Médica de 1970, em que o sociólogo norte-americano quebrou paradigmas e também preparou uma base importante para a abordagem da construção social da doença,

explicando como as doenças têm consequências independentes de quaisquer efeitos biológicos. Quando se é dado um diagnóstico pelo médico, sendo esse um profissional de primeiro contato, ele estabelece uma condição humana como doença, ele pode modificar as atitudes e o comportamento do homem. Um estado ou uma condição social é adicionado ao biofisiológico ao atribuir o significado de doença à enfermidade. É nesse sentido que os médicos criam doenças e que a doença é analisada e empiricamente distinta de uma mera enfermidade (CONRAD; BARKER, 2011).

Dessa forma, os rótulos atribuídos a uma doença, oferecem consequências sociais verdadeiras, onde aguçam estudiosos e sociólogos a verificar sobre como sinais e sintomas são rotulados ou diagnosticados como uma doença primeiramente. A fala de um profissional médico pode modificar o comportamento desse indivíduo, causar um impacto negativo em sua vivência diária, reformular sua identidade e até mesmo revalidar suas intervenções médicas ou procedimentos. De acordo com essa visão, estudiosos desconstruem o saber médico, fornecendo uma análise detalhada de seu discurso, tendências normalizadoras e relações com incorporação e identidade. As doenças possuem tanto dimensões biomédicas quanto experienciais. Algumas são estigmatizadas e outras não; algumas são contestadas, outras não; e algumas são consideradas incapacidades, enquanto outras não. O importante nessas distinções é que elas existem mais por razões sociais, do que puramente biológicas (CONRAD; BARKER, 2011).

Segundo Conrad e Barker (2011, p. 11):

Pesquisas descrevendo a construção social da incapacidade também fornecem exemplos relevantes do significado cultural de certas condições de saúde. O modelo social de incapacidade, baseado em tendências construcionistas sociais, distingue conceitualmente entre debilitação e incapacidade. Como os atributos que são considerados incapacidades variam no tempo e espaço, a incapacidade não pode ser reduzida a um mero problema biológico localizado no corpo do indivíduo.

O método fenomenológico vai em busca de adentrar a essência do fenômeno estudado, o que pode ser alcançado a partir de três elementos fundamentais da fenomenologia. O primeiro elemento é a redução fenomenológica, que possibilita acessar a verdade do sujeito; o segundo é a intersubjetividade mostrando a relação

entre sujeito/pesquisador e o sujeito/pesquisado; e a terceira é o retorno ao vivido, onde o sujeito/pesquisado retoma sua história (ANDRADE; HOLANDA 2010).

A redução fenomenológica consiste em um afastamento prévio de tudo que possa interferir na realidade, distorcer seu sentido, sua autenticidade. É preciso deixar entre parênteses qualquer existência efetiva do mundo exterior. Eles ressaltam que não se trata de negar a realidade do mundo exterior mais deixar que tão somente à experiência do homem seja dada a sua autenticidade. Esta também chamada epoché filosófica é dita como acesso transcendental à subjetividade, à intersubjetividade, ao mundo todo; é a volta do realismo, a volta ao cogito, não no sentido cartesiano, mas husserliano, não a percepção de si por si, mas da realidade do mundo que inclui o eu, o nós (SANCHES; BOEMER, 2002).

O segundo elemento é a intersubjetividade, relação estabelecida entre o sujeito-pesquisador e o sujeito-pesquisado – duas vidas, duas histórias próprias que se deparam para a compreensão de um fenômeno. E um terceiro elemento que é o retorno ao vivido, em que o sujeito-pesquisado retoma sua história. A fenomenologia e seus pensamentos ganham novas formas e contornos ao longo da trajetória de Husserl. Diante desse crescimento, pode-se observar e delimitar diversos modos de pensar, que segundo alguns autores, falam de diversas *fenomenologias* com ênfases específicas. Decorrente disso, basta olharmos historicamente, como várias ideias e grupos foram se formando ao redor de Husserl. (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

O método fenomenológico na investigação da vivência por Forghieri (1993) que faz uma reflexão importante sobre a redução fenomenológica no campo da psicologia ao propor dois momentos inter-relacionados e reversíveis da redução: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo. Segundo Andrade e Holanda (2010), o Método de Martins & Bicudo está relacionado diretamente à ideia do mundo-da-vida, que é o mundo do pré-reflexivo. Os autores confirmam que o sustentáculo de qualquer relação de vivido é o estar-no-mundo, sendo o mundo em que se está, esse mundo real, o mundo pré-reflexivo. São características desse método a ausência de uma compreensão prévia do fenômeno, iniciando o trabalho interrogando o fenômeno; a situação da pesquisa não é definida pelo pesquisador, mas pelos próprios sujeitos investigados e o investigador se pauta pelo sentido.

A versão de sentido de AmatuZZi afirma que a pesquisa fenomenológica é a forma de pesquisa qualitativa que designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

O método de Amedeo Giorgi coordenou, durante muito tempo, na *University of Duquesne*, um grupo de pesquisas de orientação fenomenológica onde elaborou passos bem detalhados para um trabalho fenomenológico. Seu modelo é comumente descrito como uma fenomenologia empírica ou fenomenologia experimental, e constitui o desdobramento dos estudos pioneiros de Adrian Van Kaam, na década de 1950, com a *pesquisa empírico-fenomenológica*. A proposta de Giorgi lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenômeno (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

Análises aplicando o Método de Giorgi seguem a tradição husserliana e baseiam-se na descontextualização e recontextualização. O pesquisador começa estudando detalhes - exemplos individuais de um fenômeno maior - e progride através de um processo de raciocínio indutivo em direção a uma compreensão de universos ou primeiros princípios, que são apresentados descritivamente (KOIVISTO; JANHONEN; VÄISÄNEN, 2002).

Pessoas com doenças crônicas se deparam com situações tão adversas em seu cotidiano, que apresentam dificuldades para administrar suas vidas, seus trabalhos, ficando cada vez mais limitados em suas rotinas convencionais, onde apresentam dificuldades ou incapacidades em seu local de trabalho e ambiente doméstico, o lazer com a família e amigos ficam restritos, ou seja, as situações do seu dia-a-dia tornam-se pormenores. As pessoas se empenham em dotar sua doença de significado dentro do contexto de suas relações pessoais, de seu status profissional, da cobertura do seguro de saúde, de crenças religiosas e culturais, entre outras situações (CONRAD; BARKER, 2011).

Doenças crônicas podem provocar uma reavaliação da identidade e da vida anteriores de um indivíduo e, em alguns casos, a criação de uma nova identidade baseada na

doença. As descobertas-chave das pesquisas sobre a construção social da doença têm inúmeras implicações críticas para políticas de saúde. Tomemos como exemplo o caso da administração da dor. Apesar de seu vasto arsenal técnico, a medicina é simplesmente incapaz de enxergar ou medir a dor. Por esse motivo, os médicos geralmente trivializam a dor dos pacientes que carecem de um ferimento visível para justificar seu sofrimento (CONRAD; BARKER, 2011).

### 3.3 IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DOR LOMBAR CRÔNICA

A dor crônica é prevalente em todo o mundo. Os relatórios atuais sobre sua prevalência nos países em desenvolvimento são heterogêneos e, até o momento, não há síntese quantitativa que forneça uma estimativa geral de sua magnitude no mundo em desenvolvimento. Um estudo realizado por Sá *et al* em 2019 através de uma revisão sistemática, teve o objetivo de estimar a prevalência combinada de dor crônica na população em geral nos países em desenvolvimento. Doze estudos com um total de 29.902 indivíduos foram incluídos nesta metanálise, dos quais 7263 indivíduos foram identificados com dor crônica. A proporção de indivíduos com dor crônica na população geral de países em desenvolvimento foi de 18%.

As doenças crônicas da coluna vertebral e seus sintomas dolorosos são comuns entre adultos e gera um grande ônus econômico aos serviços de saúde, pois geram demandas com exames, medicamentos, reabilitação, internações e cirurgias, podendo gerar custos também com afastamentos e aposentadorias precoces. Dados da Previdência Social mostram elevadas taxas de aposentadoria por invalidez relacionada à dor na coluna no Brasil (aproximadamente 30 por 100 mil contribuintes em 2007), sendo maiores entre os homens e em indivíduos com mais idade. As queixas mais relevantes são a dor, com limitações da mobilidade e funcionalidade gerando incapacidades e absenteísmo no trabalho (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Em 2003, a análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), indicaram a doença de coluna como a mais comum entre as doenças crônicas analisadas, chegando a afetar 13,2% da população adulta. Em 2008, a PNAD trouxe

os dados com 13,5% dos adultos, sendo considerada a segunda causa mais citada, sendo mais comum em mulheres e a prevalência acima de 30% após os 50 anos de idade em pessoas com baixa escolaridade (MALTA *et al.*, 2017).

A pesquisa de Malta *et al.* (2017), estima que 70 a 85% da população terá alguma queixa álgica nas costas durante a vida, porém essa dor pode ser decorrente de diversos fatores, sendo eles alterações anatomofisiológicas como degeneração dos componentes osteomusculares, gravidez, processos inflamatórios, neoplasias, alterações congênitas, assim como causas externas como traumas, acidentes, e outros. A literatura indica um conjunto de fatores associados às dores crônicas de coluna, como os sociodemográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), estilos de vida considerados fatores de risco (fumo e baixa atividade física, ou trabalho físico extenuante) e fatores de risco metabólicos como obesidade e outras doenças crônicas.

Dados referentes a problemas crônicos de coluna tornaram-se possíveis de serem avaliados com outras condições de saúde e dados sociodemográficos a partir da PNS em 2013. Pesquisa essa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, entrevistaram mais de 60.000 domicílios. Os dados da PNS mostraram que, aproximadamente, um quinto da população brasileira referiu dor crônica de coluna (MALTA *et al.*, 2017).

Em dezembro de 2017, no fórum de cobertura universal de saúde em Tóquio, o tema saúde para todos foi colocado em pauta, fazendo com que as organizações governamentais e multilaterais assinassem uma declaração, reiterando sua lealdade. No entanto, esta não é a primeira vez que a saúde para todos tem sido a principal agenda da política global de saúde. Há 40 anos, na década de 1970, sob a liderança de Halfdan Mahler, a OMS defendia uma agenda de saúde para todos, culminando na conferência de saúde primária em Alma Ata, Cazaquistão. A declaração de saúde de Alma Ata para todos até o ano 2000 foi assinada com o apoio esmagador dos governos de todo o mundo (PANDEY, 2018).

O movimento tinha fracassado amplamente, sendo que demorou quase duas décadas para que a saúde de todos os movimentos recuperasse sua posição. Em 2005, a 58ª

Assembleia Mundial da Saúde (AMS), órgão de controle da OMS, adotou a resolução nº 58.33, estimulando os Estados membros a reformarem seus mecanismos de financiamento da saúde, a fim de obter cobertura universal. Em seguida, a OMS dedicou os Relatórios Mundiais de Saúde de 2010 e 2013 à cobertura universal de saúde e a 67ª Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou, em 2013, uma resolução endossando a cobertura universal de saúde (PANDEY, 2018).

A cobertura universal de saúde investiu em todo o mundo, trazendo os governos e instituições multilaterais, como a OMS, a adotarem como seu principal plano de políticas de saúde, ficando assim a cobertura universal de saúde fazendo parte dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Um ponto útil para iniciar uma análise comparativa da saúde para todos e da agenda da cobertura universal de saúde é examinar os documentos que sustentam os princípios dessas duas ambiciosas iniciativas de política de saúde: a declaração de Alma Ata e a resolução AMS 58.33.

A declaração de Alma Ata de 1978 teve como foco a atenção primária à saúde como um meio para alcançar a saúde para todos, com a participação da comunidade; as necessidades e prioridades da comunidade, seus valores e sua visão para um sistema de saúde foram vistos como os principais orientadores para alcançar a saúde para todos. Nesse sentido, era uma visão idealista de um sistema de saúde liderado pela comunidade centrado em torno do bem-estar das pessoas. Em comparação, na resolução 58,33 da AMS, há uma menção fugaz da natureza dos sistemas ou serviços de saúde que serão apoiados, exceto que uma cesta de serviços essenciais será coberta sem elaborar quais serviços essenciais podem ser. O foco principal da cobertura universal de saúde tem sido constantemente que as pessoas não terão que sofrer com dificuldades financeiras enquanto acessam os serviços de saúde (PANDEY, 2018).

As condições médicas e musculoesqueléticas estão fortemente associadas à limitação, faltas ao trabalho e redução da funcionalidade. Esses fatores também estão associados ao afastamento prematuro da população em idade laboral. Para avaliar a interseção das demandas de trabalho, condições médicas e musculoesqueléticas crônicas, envelhecimento e incapacidade, foi realizado um estudo longitudinal de trabalhadores da construção civil, membros de sindicatos atuais, com idades entre 40

e 59 anos. Aqueles que se afastaram por motivos relacionados à saúde eram muito mais propensos a ter uma pontuação econômica mais baixa no período de um ano, sendo que fatores basais previam que o afastamento por motivos relacionados à saúde eram idade avançada, menor capacidade física, limitações e falta ao trabalho (WECH *et al.*, 2010).

Um estudo transversal com 1271 idosos de 60 anos ou mais, sem déficit cognitivo, que relataram dor crônica, demonstra como tem aumentado a procura e utilização dos serviços de saúde e a queixa comum é a dor e ela normalmente está associada a grandes prejuízos na independência e mobilidade, com impacto importante no trabalho (DELLAROZA *et al.*, 2013).

Uma população encontrada e analisada em um recente estudo sobre dor em brasileiros que vivem em situação de rua, realizado no estado de São Paulo, demonstra que a dor nesta população além de ser subdiagnosticada, é também subtratada. Esse estudo teve como objetivo avaliar e caracterizar a prevalência de dor em pessoas nessa condição, pois observou-se que os sem-teto sofrem uma alta taxa de condições dolorosas. A própria falta de moradia é entendida como uma causa e um fator de confusão à dor física, o que dificulta o gerenciamento da dor de maneira contínua. Pessoas em situação de rua são extremamente vulneráveis em aspectos como negligência, insegurança alimentar, consumo de alimentos não tratados, água, sono perturbado e exposição a diferentes condições climáticas e violência (física, psicológica e sexual), comprometendo seu status sociocultural e tendem a experimentar múltiplas internações hospitalares. Esse estudo aborda que ainda faltam informações em relação à dor e seu impacto na vida desses sujeitos no Brasil e outros países em desenvolvimento (CAMPOS *et al.*, 2019).

Campos *et al.* (2019, p. 1, tradução nossa, grifo do autor), afirma que:

No Brasil, os sem-teto são assistidos por uma equipe multiprofissional de saúde denominada “equipes de rua”. Esses profissionais cuidam dos diferentes problemas e necessidades de saúde com atividades *in loco*, diretamente nas ruas e a mesma equipe de saúde monitorando-os em uma unidade especializada.

O monitoramento e avaliação dos profissionais que atendem essa população, a dor presente é autorreferida pelo sem-teto em geral, mas nenhuma consulta padrão ou escalas de avaliação estão disponíveis para identificá-lo sistematicamente. Pessoas em situação de rua geralmente procuram atendimento médico quando estão com dor extrema ou quando a dor afeta suas atividades diárias (CAMPOS *et al.*, 2019).

De acordo com o último censo brasileiro em 2015, houve 101.854 pessoas em condição de rua e desses, 15.905 estavam na cidade de São Paulo. Se a prevalência de dor crônica na cidade de São Paulo é de 4 vezes superior ao dos países desenvolvidos, é possível estimar um número significativo de pessoas nos países em desenvolvimento, e mais ainda em países de baixa renda cuja dor pode ser grave e desconhecida (CAMPOS *et al.*, 2019).

O trabalho é considerado fundamental na vida das pessoas, retrata o ser e estar produtivo, representando inúmeros significados pessoais e sociais. Trabalho envolve o ato de trabalhar, gestos, posturas, saber fazer algo, empenho do corpo, afetos, uso da inteligência, capacidade de raciocinar, reação as situações adversas. É com o trabalho que formam-se as identidades, e com isso também pode-se atribuir ao trabalho algumas condições que incidem sobre a saúde do trabalhador relacionadas as novas modalidades, processos dinâmicos, inovadores, novas tecnologias e pelas atuais condições e formas de organização do mercado atual (VALENÇA; ALENCAR, 2018).

A classe trabalhadora inserida nesse meio capitalista sofre com os agravos à saúde, exclusão social, precarização das condições e relações de trabalho, perda de direitos sociais, vulnerabilidade social, desemprego e adoecimentos. O mercado está cada vez mais exigente, recrutando profissionais altamente instruídos e capacitados, porém essas pessoas não tem o poder de decisão sobre os meios e fins do trabalho que exercem, com isso sendo cada vez mais exigidos e explorados em seus ambientes laborais. Diferentes formas de adoecimento podem emergir de respostas que o ser humano dá aos conflitos internos e externos e sofrimentos vivenciados (VALENÇA; ALENCAR, 2018).

Com o intuito de analisar a problemática do subfinanciamento da saúde no Brasil e a expansão de mecanismos gerenciais de mercado no interior da política pública de saúde no contexto do capitalismo contemporâneo e sob a dominância do capital portador de juros, sua crise e sua forma política específica materializada no Estado, deve-se considerar que nos trinta anos de existência do SUS, deve-se reconhecer, de forma mais ampla, a fragilidade financeira de seu financiamento, por meio de destinação insuficiente de recursos e do baixo volume de gastos com recursos públicos; de indefinição de fontes próprias para a saúde; de ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); das elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes e ao aumento significativo das renúncias fiscais; e de um gasto público financiado por uma estrutura tributária defasada em relação à dinâmica do capitalismo financeirizado, sustentada por tributos que incidem com maior significância na dimensão produtiva (TESTON, 2016).

A crise capitalista sob uma perspectiva teórica marxista, ressalta-se a tendência de queda da taxa de lucro e a expansão da dominância do capital portador de juros no centro das relações econômicas e sociais. Numa outra visão, evidencia-se a forma política específica do capitalismo, em que o Estado se constitui no elemento essencial das relações capitalistas de produção, contribuindo para a compreensão do perfil de atuação do Estado brasileiro na contemporaneidade. Outra questão são os efeitos da crise capitalista na problemática do subfinanciamento da saúde, enquanto se discute o fenômeno da apropriação privada das políticas públicas de saúde por meio do gerencialismo, com foco na adoção de instrumentos de gestão no interior da administração pública direta baseados na lógica do desempenho (MENDES; CARNUT; 2018).

A transição do atendimento clínico para o autogerenciamento baseado na comunidade representa um desafio significativo, ao longo do qual o apoio social pode facilitar a recuperação da saúde e a qualidade de vida. No entanto, estruturas de apoio centradas na comunidade são frequentemente subutilizadas. Um estudo investigou os processos de decisão envolvidos na escolha de participar de um grupo de apoio à dor crônica após a alta de um Programa de Gerenciamento da Dor e concluiu-se que o

apoio social e as amizades associadas são atraentes para os possíveis membros do Grupo de apoio a dor crônica e são conceituados como oportunidades para engajamento social e para gerenciar o autocuidado. O apoio social funciona como uma proteção contra o declínio da saúde. Os grupos relacionados com a saúde funcionam como fóruns de comparação social, aumentando a autoestima e a autoeficácia (FINLAY; ELANDER, 2016).

A saúde móvel está surgindo como a maneira mais conveniente de prestar serviços de reabilitação remotamente e coletar resultados em tempo real, contribuindo assim para o gerenciamento da doença transferindo os cuidados do hospital para o lar. Facilita a acessibilidade aos cuidados de saúde, melhora a compreensão do paciente sobre sua condição e sua disposição de se envolver no autogerenciamento, dando lugar a cuidados de alta qualidade para a satisfação de pacientes e profissionais de saúde (CHHABRA *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa com 93 pacientes com dor lombar crônica foram alocados aleatoriamente, sendo que um grupo convencional recebeu condutas por escrito de médicos com recomendações medicamentosas e recomendações de atividade física e outro grupo recebendo as mesmas informações através de um aplicativo de celular, além das recomendações por escrito. As variáveis analisadas foram dor e incapacidade. Concluiu-se que aplicações de saúde são ferramentas promissoras para melhorar os resultados em pacientes que sofrem de várias condições crônicas. O aplicativo de celular facilitou o aumento da atividade física e trouxe melhorias clinicamente significativas na dor e na incapacidade em pacientes com dor lombar crônica (CHHABRA *et al.*, 2018).

## 4 CAPÍTULO IV - NARRATIVAS DA EXPRESSÃO DO VIVER COM DOR LOMBAR CRÔNICA

Os participantes da pesquisa, no momento da entrevista, ao se pronunciar sobre o evento dor, diversificam-se entre os fatos e problemas oriundos de pensamentos diversos, sensações, comportamentos e situações envolvidas na temática da dor lombar crônica. O fenômeno mereceu ser mostrado em toda sua conjuntura, transmitindo o evento desencadeador sem ocultar palavras, demonstrando o verdadeiro sentido do ser e suas experiências com a dor.

A dor crônica ultrapassa os limites dos distúrbios físicos, é uma combinação complexa de fatores considerados biopsicossociais. Os sintomas afetam a si próprios e as pessoas do seu convívio. O corpo se torna uma fonte de dor, ocupando eventualmente a vida inteira e a mente do paciente (OJALA *et al.*, 2015).

### 4.1 NARRATIVA 1 - L. FEMININO, 28 ANOS.

*A dor começou assim... em 2018 no período em que eu estava um pouco estressada, assim, muita correria no trabalho, e eu não parava. Aí, um certo dia começou uma dorzinha na lombar que começou a me incomodar. Começou do nada. E assim, eu nunca tive dor na lombar, assim forte. Desde criança, adolescente, sempre fiz exercícios, sempre fui bem ativa. Na escola praticava atividade... sempre pratiquei atividade. Aí em 2018, trabalhando muito, era muita correria e meu chefe era muito exigente. Ele me deixava estressada. Aí um certo dia eu senti essa dor na lombar... (tensiona a face) só que na verdade, antes dessa dor eu já estava sentindo uma dor aqui na região do pescoço, sabe (aponta pro local), eu já ficava assim meio tensa e chegava a travar. Aí, um dia me veio essa dor na lombar. Aí eu travei. E quando eu travei que comecei a buscar ajuda. Fui primeiro pro pronto socorro, fiz medicação, e depois procurei ortopedista, e foi quando ele me indicou fisioterapia. Eu cheguei a fazer e até fui pro Pilates, só que no Pilates eu percebi que a minha dor piorava. Não sei se não fazia os exercícios direito (pensativa) ou se não era bem orientada, ficando pior a minha situação. Eu trabalhava muito tempo sentada, sabe, então acho que isso fez piorar. Nesse período desse trabalho estressante, eu não estava fazendo atividade física... (abaixa a cabeça), não tinha tempo, aí acho que isso também pode ter ajudado a piorar. Eu chegava tarde, muito tarde em casa... muita correria e eu não conseguia me cuidar. Aí quando eu fui pro pilates depois de travar, eu não sei se não fazia os exercícios direito, ou se não era bem acompanhada, aí eu piorei. Nesses dois anos,*

eu busquei muitos tratamentos, mudei o local do Pilates e com isso a dor deu uma controlada (pausa e demonstra com as mãos o sinal de “mais ou menos). Mas, também, eu tive algumas crises. Eu tenho que prestar atenção na forma que eu vou caminhar, na forma que vou (gagueja)... o tempo que vou ficar sentada. Então, assim mudou algumas coisas na minha rotina. Eu tive que adequar a minha rotina, eu tenho que me observar mais. Algumas atitudes que eu tenho, me dão dor (se ajeita na cadeira). Estresse também me dá dor (aponta pra lombar)... o meu ponto fraco é a lombar (abaixa a cabeça). Por muitas vezes tentei voltar a minha rotina de antes, só que não foi possível (demonstra tristeza). Coisas que eu gostava de fazer, eu não consigo fazer direito mais. Com tudo isso eu me sinto (pausa)... é um pouco limitada né. As vezes, eu tô com uma dor suportável, mas as vezes a dor é assim tão instigante, tão forte, que eu não tenho vontade de sair, as vezes, ah eu não quero sabe (abaixa o olhar)... isso acaba me afetando né. Eu perco o prazer sabe... nossa, quando eu tô em crise eu não quero saber de fazer nada. Só quero ficar com a bolsa de água quente e descansando (sorriso leve). Assim, eu me sinto um pouco frágil sabe (perde a palavra)... é.. assim limitada mesmo. A palavra mais forte é limitação... é o que a dor significa pra mim... eu acho que é isso... limitação né. Coisas que antes eu podia fazer e .... igual caminhar na areia da praia... eu gosto muito, adoro... mas assim, não posso tanto. Se eu caminho muito, já sei que não vai ser bom. Tenho que ficar me vigiando, tem sempre que fazer assim. Vigiar a postura, como eu sento... (pausa) e também, tentar sempre não absorver muito as coisas. Porque eu sinto que o meu emocional afeta a lombar (põe a mão nas costas). Eu percebo nitidamente que quando não estou bem emocionalmente, essa dor surge ou tende a piorar. As vezes não to sentindo nada, mas começo a ficar estressada ou ansiosa, a dor começa a piorar. O maior problema em viver com a dor crônica é não poder fazer as coisas que eu fazia antes né... como caminhar na praia... uma simples caminhada na praia que eu gostava de fazer, não posso fazer mais. Hoje quando eu faço, eu tenho que me policiar sabe... saber onde eu to caminhando, pisando. Às vezes eu quero brincar com o cachorro, dar uma corridinha na praia... eu já sei que não posso fazer. Nossa... eu já travei brincando com meu cachorro, acredita?! (espanto). Tenho que tomar sempre muito cuidado nos meus movimentos. As vezes acontece de não ser acreditada... Das pessoas não acreditarem que eu tenho dor. No trabalho mesmo... fica confusa mesmo, pq vem coisas na cabeça né... das pessoas acharem que eu to fingindo, que eu estou inventando dor pra faltar ao trabalho. No meu trabalho mesmo, minha chefe pensou que eu não estava com dor, não viu que eu estava com dor. E aí, eu fico preocupada em as pessoas acharem que é brincadeira, que é (gagueja)... que eu estou fingindo que estou com dor. E... as pessoas ficam querendo saber a causa... e não tem uma causa (confusa). Já na minha família, eles ficam preocupados. Não é que não acreditam, mas pelo fato de não encontrarem a causa. Sempre se perguntam... que dor é essa, porque que não melhora? Eles acreditam que eu estou com dor, até porque eu fico sem querer fazer nada, sem fazer minhas coisas. Mas... (pausa) as pessoas ficam assim... ah, mas que dor é essa?? (riso sem graça). Eu já fiquei afastada do trabalho assim quase uma semana. E já sai também assim no meio do trabalho porque eu não estava aguentando. Nesses dois anos, essa dor já me gerou muito afastamento do trabalho e isso também meche comigo, porque eu não gosto de faltar o trabalho. Eu fico preocupada assim, fico pensando no que eles vão achar né (franze a testa). E justamente quando eu entrei nesse novo trabalho no ano passado, eu fiquei preocupada, porque eu tive uma crise logo no início. Eu fiquei quase cinco dias afastada. Isso me deixou bem preocupada. Mas lá eles são bem tranquilos, viram que eu sou responsável. Então, eu não tive problema né. Nesses dois anos, eu

*cheguei a procurar hospital por conta dessa dor... Ahhh umas dez vezes pelo menos (se espanta). Nossa... dá quase 5 crises por ano... (espanto) não tinha me dado conta disso. Eu ia pro hospital, chegava lá, eles me davam medicação, mas as vezes eu nem chegava a ir embora totalmente sem dor. Mas, aliviava. Já aconteceu também, de eu ir pro hospital, e no outro dia levantar da cama sem dor nenhuma, mas aí durante o dia ela ir voltando, sabe... e depois piorava. Já teve momentos que eu cheguei a me esquecer dessa dor. Por exemplo, no Pilates que eu faço, uma vez eu cheguei com um dor... que estava me incomodando bastante. Aí o instrutor me falou assim “não deixa de fazer o exercício não, tenta continuar suas atividades”. Assim, eu fui colocando isso em prática e percebi que tem funcionado. Mesmo o dia que eu estou com uma dorzinha, eu tento não deixar de fazer as coisas. No início, lidar com a dor era mais difícil, mas com o passar do tempo, as orientações que eu recebi me ajudaram muito a entender que eu não tenho nada grave. Porque eu achava que tinha alguma coisa séria, que pudesse ser uma hérnia de disco, sabe... em ter que fazer cirurgia... (eleva a sobrancelha)... depois eu fui entendendo e aprendendo a lidar com isso. Até reconhecendo ser algo com interferência do meu emocional, pois quando eu fico muito ansiosa, eu percebo que eu pioro, me travo. Eu fui aprendendo a me conhecer melhor, a conhecer minha dor. A minha rotina nesses dois anos mudou muito. Depois de tanto buscar ajuda, no fim do ano passado (2019) eu fui diagnosticada com fibromialgia. Então, com os medicamentos, eu percebi que estou mais tranquila e menos ansiosa. Com isso, iniciei uma terapia e tenho ficado melhor. Sinto que a dor está melhor. Sobre o meu futuro, as vezes eu brinco e falo... será que minha coluna chegará como aos 30 anos (risos soltos)... mas, eu estou buscando melhorar a cada dia. Acho que meu futuro será melhor, com mais qualidade de vida, sem dor... essa é minha expectativa. Eu sou bem otimista.*

Na primeira narrativa, observa-se uma jovem que experimenta a dor em sua fase produtiva e importante da vida. A conversa foi bem tranquila, apesar das falas serem, por vezes ambíguas. Ela demonstra aceitação ao falar que se reinventou, que teve que adequar sua rotina, se reinventar, mas que contrasta com otimismo e a busca constante por tratamentos e pela melhora da sua qualidade de vida. Consegue fazer nitidamente a correlação do estado emocional com o surgimento e manutenção do quadro algíco. Delimitou-se como unidades de significação os termos a seguir:

- a) Relação do surgimento da dor com o estresse vivenciado naquele momento e no ambiente de trabalho;
- b) Primeira crise, sendo controlada com medicação e fisioterapia (tratamento);
- c) Sedentarismo e um tratamento proposto como forma de melhora da condição física, gerando incredibilidade com a piora dos sintomas;
- d) Hipervigilância;
- e) Perda da motivação para fazer as atividades que gosta;
- f) Limitação – palavra marcante;

- g) Adequação da rotina, ressignificação.
- h) Relação da dor com o estado emocional – através da educação e informação fez esse paralelo;
- i) Os questionamentos em seu ambiente de trabalho e familiar sobre a veracidade do quadro doloroso;
- j) Afastamentos gerados, incapacitando a execução das atividades laborais. Impacto social;
- k) O enfrentamento – o lidar com a dor;
- l) Otimismo;
- m) Diagnóstico de fibromialgia que proporcionou uma “explicação” pro quadro doloroso com medicações para controle da ansiedade.

#### 4.2 NARRATIVA 2 - V, MASCULINO, 40 ANOS

*Vivo com meu companheiro e tenho dor lombar há aproximadamente 4 anos. Começou com uma dor leve, que eu vim controlando com medicação mesmo, por conta própria. Aí, há uns dois anos, eu vi que ela piorou. Aí eu fiz uma sessão de fisioterapia, deixando a dor controlada. E agora, ultimamente, tem uns dois meses, que ela voltou forte de novo. Me sinto um pouquinho mal, porque as vezes incomoda de trabalhar, né... que a gente (gagueja um pouco) não consegue desenvolver 100% nosso trabalho, que atrapalha fazer as atividades laborativas mesmo. Aí as vezes, o próprio colega de trabalho dúvida da gente... Ah, quando a gente fica reclamando... eu estou com uma dor assim, tem como você me ajudar?? A fazer alguma coisa para melhorar?? Faz uma coisa assim para mim que eu te ajudo amanhã quando eu estiver melhor... né... então fica um pouco assim de insatisfação. (Pausa), um incômodo né... é chato... porque não é normal a gente sentir dor, né. Já... (sorri)... consegui pensar como era a vida antes e depois da dor. Quando eu tomo o remédio né... eu me sinto (gagueja)... eu fico assim uns dois/três dias sem sentir dor, quando eu estou dopado de remédio, nossa (suspira)... como é bom você poder fazer as coisas sem falar um “ai” pelo menos, de alguma coisa. Aí eu lembro que antigamente eu conseguia varrer uma casa sem problema, lavar um banheiro, tranquilamente. Hoje não... se eu lavar um banheiro hoje, assim que corpo esfriar eu já sinto dor. Em uma palavra a dor significa para mim tristeza. Antes da dor eu era uma pessoa mais alegre, mais disposta. O pior problema que eu acho mais é a incredibilidade, tanto da empresa, tanto da família. Porque a gente comenta... porque é uma coisa que as pessoas não veem. A gente sente né... então eu chego para você hoje e falo... exemplo, você é minha irmã... ai eu chego e falo para você: Poxa, nossa hoje eu não aguentei nem varrer a casa, tanta dor que eu estou sentindo no meu braço. “Mas, poxa, eu consigo varrer a minha e não sinto nada, por que você sente? O que que você tem que eu não tenho?” Porque acaba que a dor é lombar, mas ela acaba se dissipando né... Você*

acaba sentindo dor assim, espalhada... tem um caráter de dor mais difusa mesmo né... E após agora essa segunda vez que ela veio, assim, eu fiquei mais preocupado, porque eu não sentia dormência no braço e nem nas pernas. Da outra vez, eu sentia só dor mesmo na lombar e dor nas pernas. Agora ela evoluiu, da segunda vez que atacou. Está vindo com dores junto com o quadro de dormência também. Ah... eu... particularmente eu fico triste e até desmotivado, quando não acreditam na realidade da minha dor. Exemplo... já aconteceu na minha casa de eu chegar (gagueja) aí... exemplo... chego do serviço hoje, tomo um banho e vou dormir. Aí chega a tarde, eu vou inventar de lavar a louça do almoço. De eu não conseguir lavar, ou só lavei e não consegui guardar. Aí chega meu companheiro em casa e reclama... ele fala "poxa, você ficou em casa o dia todo, por que que você não guardou a louça? Você só lavou?" Aí até eu explicar e falar não é porque não aguentei ficar em pé... quando eu comecei a secar, a dor veio, aí eu tive que correr e se sentar. Aí gera incredibilidade né... acha que estou fazendo isso por capricho, por preguiça. Assim, é porque a dor crônica ela é multifatorial. E acaba que as pessoas hoje têm essa dificuldade. Mas, na verdade, é o sistema. O sistema que explica mal, julga mal. - Ah sim (balança a cabeça com sinal de afirmação). Não tem um exame específico que mostra exatamente a causa da dor. Tem uma série de fatores que envolvem a dor crônica. E aí, você pode dizer que esse fato de não ser acreditado pode ter influência de todos esses fatores né, de você não conseguir fazer as suas tarefas... e assim... tem dias que você consegue e tem dias que não? É isso que gera essa incredibilidade. Tem dias que eu consigo ficar sentado duas/três horas tranquilo vendo uma televisão. Mas, tem horas que eu tenho que sentar, levantar, ficar em pé um pouco porque as nádegas adormecem né... e a coluna também dói. Tem dias que não... eu sem tomar a medicação, eu estou bem. Mas parece, tipo assim... esfriou um pouquinho, parece que a dor já vem. Ou você fica um pouco mais tenso no serviço, parece que a dor também já vem. Ou você se esforça um pouquinho em casa né, ou no trabalho, a dor também vem. Esquecer a dor, Uhmmm (pensativo, põe a mão na cabeça – pausa). Não. Não. - Não... eu acho igual eu falo né... falei com você no início... eu fico assim (gaguejando), eu penso, eu me lembro qual foi o dia que eu não sinto mais dor. Parece que fica na memória. Tipo assim, eu me sento na cama... é normal... é eu deitar, eu falo... poxa, eu vou deitar agora e vou sentir a dor. Parece que eu sinto a coluna se nivelando. Então eu já fico assim... poxa... essa é a pior hora. Tem gente que pensa assim, poxa, eu vou me deitar agora e vou dormir. Eu já penso... P... eu vou deitar agora e vou sentir dor nas costas. - Você já sabe né... seu corpo já está preparado para isso? Isso, porque eu já sei que eu vou deitar e vou sentir uma leve dor. E depois para, mas, de momento eu vou sentir. Mesmo quando você toma essa medicação, que você passa aí, uns dois/três dias sem sentir dor, mesmo assim ela te lembra. Sim... Eu passo e lembro assim... ah, hoje eu não senti dor (risos soltos). É uma coisa que já fica na memória da gente né... Assim você acaba lembrando da dor. Isso... aí eu não sei se isso é psicológico, se a dor pode estar no psicológico, o corpo lembra oh, você tem que sentir dor hoje, porque hoje você não sentiu. Ou se realmente está ali o problema na minha coluna, ou está na cervical, eu não sei. Mas, já aconteceu assim, por exemplo, de hoje... falar assim, poxa, hoje, graças a Deus, eu passei o dia todo sem sentir dor. Quer dizer... mas aí, você já lembrou da dor. Sim... já lembrei dela. Aí você fala... Opa, tem alguma coisa estranha... hoje eu não senti dor. Isso (Afirma positivamente com a cabeça). Acho que minha família pensa sobre minha dor. Pausa.... (Suspiro), eu tenho um irmão que não acredita, que fala que é psicológico, que é coisa da cabeça da gente... que tem que parar de tomar esse monte de remédio, essas coisas que prejudicam a saúde. Já tem outra irmã minha que também tem problema de coluna e

*um problema no joelho. Então ela já é neutra, ela fala que sente, que é normal mesmo. Procura mandar fazer o tratamento. Eu acho assim, que fica meio neutro né... uns acreditam e confiam, o outro fala que não... diz que está fazendo corpo mole e é coisa da cabeça mesmo. Que tudo está na mente ele fala. Se falar, que graças a Deus ele não tem nada, então ele acha que a gente que fala que sente muita dor é que está inventando. Nesses 4 anos, primeiro eu procuro evitar tomar medicação, porque a gente sabe que tem um remédio para uma coisa e prejudica outra, prejudica o fígado e outras coisas. Então, eu evito tomar medicação, só tomo no último caso mesmo. Quando eu vejo que a dor vai vim, eu evito fazer coisas que eu faço que seria varrer uma casa, lavar um banheiro, fazer um almoço... porque se eu ficar em pé em frente ao fogão por exemplo, uma hora/uma hora e meia eu já não aguento. Tem de ficar de meia em meia hora sentando-se né. Isso... eu já aprendi. Eu já aprendi a lidar com a dor. Essa é a segunda vez que faço a fisioterapia, eu fiz uma primeira sessão há dois anos e consegui melhorar, graças a Deus. Tomando também medicação. Agora voltei a tomar de novo um pouco de medicação que o médico passou. E com o tratamento atual da fisioterapia, melhorou praticamente 90% já, que é uma melhora significativa. Sim... Agora eu estou tomando só uma medicação que é a Pregabalina que o Dr. passou e remédio para dor mesmo só no último caso. Estou com dores leves, então estou evitando tomar. Continuo com um grau de ansiedade, insônia, irritabilidade. Tem dia que afeta, tem dia que não afeta. Hoje, digamos assim, está controlada, não está mais aquela dor crônica, de ir ao médico. Porque tinha vez, que não podia me virar, parecia que estava enfiando uma faca na coluna que vinha aquela dor aguda e ficava assim uns 15 segundos doendo direto aquela dor forte. Hoje não (pausa). Então, hoje eu considero assim, uma dor moderada. Antes eu não podia nem chegar em casa assim para conversar, sabe aquele negócio, quando você chega, você quer trocar uma ideia com seu companheiro e falar como foi o dia, eu não estava com paciência. Não tinha essa disposição né. Agora estou melhor (sorri). O tratamento, o alívio da dor, também está me ajudando nessas questões. Eu tenho medo do futuro Fernanda (abaixa a cabeça e demonstra preocupação – franze a testa). Eu tenho medo do futuro porque a gente sabe que problema de coluna não tem cura, só tem tratamento e se a gente não se cuidar, a tendência é piorar conforme vai avançando a idade. Vai desgastando o cálcio, vai perdendo massa óssea, e a gente sabe que hoje a previdência está difícil, dificilmente está afastando a pessoa para ir pro INSS, que não existe aposentadoria mais para dor de coluna, dor lombar, então eu tenho medo de se agravar e ficar dependente de pessoas.*

Nossa conversa foi muito agradável, onde pude compreender um pouco da vida e rotina desse ser e sua relação com a dor crônica. Ele me adentrou a sua vida, sobre seu trabalho como coordenador em uma empresa de serviços gerais dentro de um hospital, onde o que mais marca em suas falas é sua cobrança com relação ao seu trabalho e vida pessoal. Ele, por muitas vezes é exigido de manter suas funções laborais e não se sente no direito de, por exemplo, pegar atestados, dessa forma é comum ir ao trabalho e executar suas funções com um quadro de dor muito elevado e o realiza a base de medicação. As preocupações e anseios frente ao seu problema, acarretam transtornos psicológicos importantes, como ansiedade, ganho de peso,

irritabilidade, isso gerando concomitantemente uma dificuldade de se relacionar com seu companheiro e com seus familiares. A relação homo afetiva o deixa desconcertado e percebo isso todas as vezes que necessita falar do companheiro, ele desvia o olhar, abaixa a cabeça. Lido com naturalidade e pergunto como está sendo falar sobre essa dor, visto que ela traz muitas memórias, mas ele me responde que é um tanto quanto libertador falar sobre esse assunto com alguém que entende e que pode, com minha ajuda, esclarecer algumas questões sobre a dor persistente.

Os tratamentos constantes e sua busca pela melhora o deixam angustiados, pois nas falas, vê-se claramente que não tem perspectiva de cura, pois entende a dor crônica como algo incurável. Diante da sua vida, com total independência atual, ele demonstra medo e insegurança do seu futuro, principalmente com relação as questões trabalhistas e as políticas de perdas sociais.

As unidades de significado dessa entrevista destacam-se:

- a) Dor progressiva, controlada com automedicação;
- b) Uma sessão de fisioterapia controlou a dor, mas não continuou com a fisioterapia;
- c) Retorno da dor;
- d) Impedimento para exercer as funções laborais;
- e) Insatisfação pela falta de apoio dos colegas em auxiliar nas tarefas laborais;
- f) Análise da própria vida antes e depois da dor, efeitos na função laboral;
- g) A dor crônica gera sentimento de tristeza, indisposição, inutilidade, desmotivação, ansiedade, insônia, irritabilidade;
- h) Sentimento de descrédito da existência da dor pela empresa, por colegas, companheiro e outros familiares;
- i) A ausência de credibilidade da existência da dor por parte dos próprios familiares;
- j) Medo da evolução da doença para forma mais grave e incapacitante.
- k) Sentimento por não poder comprovar a existência da dor, por meio de exame.
- l) Angústia pela sensação de chegada da dor devido a ação corriqueira do cotidiano.
- m) Medo da falha no tratamento com analgésico e não controlar a dor;

- n) Atribuição de ausência de dor física familiares próximos que atribuem a dor ao psicológico e possível fingimento em sentir dor;
- o) Angústia e tristeza por lembrar da chegada da dor;
- p) Resistência a tomar medicação para evitar dependência;
- q) Resignação frente a dor;
- r) Reflete a presença de impaciência e isolamento social;
- s) Doença da coluna não tem cura e induzindo o medo do futuro, pelo risco da dependência física e financeira com o processo de envelhecimento;
- t) As políticas de perdas sociais, como a reforma da previdência traz medo de no futuro ficar dependente das pessoas para sobreviver.

#### 4.3 NARRATIVA 3 - N, MASCULINO, 54 ANOS

*12 anos eu tô na empresa. O tempo que eu tenho de dor coincide com meu tempo de trabalho lá. Eu sou motorista e tenho problema de ouvido também, porque eu trabalho num caminhão muito barulhento sabe (demonstra inquietação). E aí também me ocorreu esse problema. Eu sempre falava e ele (chefe) nunca corria atrás do problema. Esse tempo todinho eu trabalho como motorista pra ele. Eu vou fazer 12 anos que eu trabalho de motorista pra eles... vou fazer 12 anos no mês 4... isso se eu estiver lá, se o Senhor permitir. Nesses 12 anos, atestados foram mais ou menos uns... (pensativo) não chegou a 10 não tá... nem 1 por ano. A maioria das vezes eu saio de casa, faço minha oração... isso eu não esqueço jamais... aí vou trabalhar com dor... até pra sair do caminhão eu saio com dor. Você acredita que dentro da minha empresa tem um motorista lá que ele fica me regulando até como eu desço do carro pra falar da minha vida pro meu gerente!? Ele viu eu descer do carro, eu estava bem melhor, bem tranquilo do carro... aí ele chegou e falou bem assim pra mim... (você sabe como é o ser humano né...)... falou bem assim... “é, você tá com a coluna boa”... aí eu respondi pra ele: Deus te ouça... graças a Deus... eu também vim da fisioterapia. Falou “que bom né” falou desse jeito... mas querendo falar outra coisa (irritado). Eu fico chateado sim. Mas, eu me aborreço não... é porque eu entrego na mão do Senhor. Eu falo – o Senhor é minha causa de tudo maravilhoso. Eu entrego a minha causa nas suas mãos. Eu sinto dor há mais ou menos uns 12 anos... esse tempo todinho que eu tô na empresa, praticamente, eu adquiri esse problema lá. Lá eu sempre trabalhei com caminhão e ele tinha um lado baixo e um lado alto. Aquilo ali foi me prejudicando aos poucos. Eu sempre falava tem que fazer isso e isso e eles (empresa) não comentavam... deixavam rolar. Nesses 12 anos, essa dor ela vai e volta. Tem dias que ela tá pior, tem dias que ela melhora, tem dias que eu até falo com a minha esposa dessa forma, a poder do remédio né, tomando remédio e quando eu fico bom eu sinto uma felicidade tão grande quando eu não sinto dor, é tão maravilhoso, eu fico tão feliz... mas quando ela vem, eu fico não é triste, eu fico chateado, nervoso. Diante*

disso... É (pausa)... Eu (ragueja um pouco) me sinto na realidade é inútil, praticamente... me sinto inútil, eu não sou ninguém praticamente... na dor eu não consigo ser ninguém. Falo a verdade (abaixa a cabeça e demonstra preocupação). A dor significa pra mim tipo uma tragédia pra mim né, uma coisa que parece (novamente gagueja – demonstra inquietação)... minha esposa fala que tenho que conviver, mas pra mim a dor é como se fosse uma tragédia, é doloroso, é muito difícil. Eu antes da dor, com toda as palavras, com toda sinceridade (abaixa a cabeça e diminui o tom de voz), é, eu até relaciono isso com a minha esposa, que eu antigamente quando eu não sentia nenhum tipo de dor, nossa eu era feliz, eu fazia tudo em casa, não reclamava, hoje eu reclamo. Eu tenho, principalmente muita indisposição. Não tenho disposição pra isso, pra aquilo, várias coisas, se eu for relatar vc até ri (sorriso sem graça)... A gente fica ruim na atividade, na realidade a atividade (gaguejando) de trabalho em casa, atividade com sua parceira, tudo isso é ruim... Me tira totalmente do seu quadro, entendeu?! Vc não fica sendo a mesma pessoa. O meu pior problema em viver com a dor crônica... O meu pior problema é viver com ela, realmente, entendeu?! ... (risos leves). Quando eu preciso fazer tipo assim, algo que eu não consigo, eu falo, épa, eu não posso fazer. O meu maior problema é quando eu não consigo fazer algo que eu queria fazer e eu não posso fazer... se eu fizer, eu me machuco. Quer dizer... ela me trouxe muitas limitações. É... me trouxe (abaixa a cabeça, fica sério). Sobre não “ser acreditado” sabe... acontece (abaixa a cabeça novamente, passa a mão no rosto). Principalmente no meu local de trabalho. O que eu posso te dizer é que ouço conversas paralelas (faz sinal negativo com a cabeça). Por exemplo, eu vou te falar... Vc vai entender... Eles falam dessa forma... Os próprios meus colegas de trabalho, motoristas, tem uns 3 ou 4 que falam isso... eles falam bem assim... “Uai, ele tá mancando... ele tá mentindo pra poder pegar um carro melhor”. Poxa, eu sou profissional, não existe isso comigo. Eu chego... (se perde nas palavras)... tem vez que sai lágrimas do meu olho. Teve uma vez que uma mulher até falou desse jeito... tá precisando de um problema de... (não consegue se expressar, se perde no raciocínio)... não tem aquela médica que faz...??? psicológica né?? Não é não... É porque dói quando as pessoas falam isso com vc, pode ver que eu até sinto... se é que dói tanto, tanto... eles falam... “vc tá mentindo, é mentira sua, é só pra poder pegar um carro melhor... só pro homem ver que vc está com problema e não te mandar embora”. Eu falo... moça, não tem esse problema. Se ele quiser me mandar embora hoje – Amém. Desse jeito que acontece comigo lá (abaixa a cabeça triste, olhos lacrimejam). Eles não acreditam. Até o meu chefe. Quando acontece isso eu me sinto rejeitado, me sinto pra baixo. Pra falar a verdade, mas sabe o que eu faço, sabe o que me conforto realmente, porque eu me apego ao meu Senhor, Meu Deus, eu falo Senhor, por misericórdia, tenha misericórdia de mim Senhor, porque isso não tá acontecendo, entendeu?! Ai eu falo, desse jeito: Senhor, tenha misericórdia deles (os colegas de trabalho) também. Aí uns ainda sente quando eu falo, eu falo, Deus tenha misericórdia de vc meu amigo. Porque o que eu tenho eu jamais quero que vc tenha. Uns falam desse jeito... “eu não preciso tomar remédio pra isso não que eu tô bem”. Eu falo amém (risos... Fala de forma mais leve). Nesses 12 anos eu nunca consegui esquecer a minha dor. Eu já tentei (passa a mão na cabeça, demonstra inquietação, se ajeita na cadeira). Já tentei esquecer, mas é difícil. Já tentei de várias formas... Já tentei esquecer tipo assim, um exemplo... eu tô com a dor, eu faço assim de conta que eu não to com ela... mas ela vem remoendo assim devargarzinho, entendeu?! Mas, aí, eu tento começar a conversar com a minha família, com minha esposa. Tento me distrair um pouco... Vejo um filme, coisa e tal... (respira fundo) mas ela tá ali. Mais é muito incomoda sabe?! Até o modo de sentar lá em casa é

problemático pra mim (sorriso leve, tímido). Aí minha mulher... tipo assim, eu sento meio torto, pq é o lado que sento mais ou menos... (fala confusa)... aí ela fala assim... "por isso que vc está com esse problema aí, vc não sente nem direito". Mais eu falo... o melhor momento que eu encontro é esse (abaixa a cabeça). É... a minha família (gagueja), a minha família realmente ela sabe que eu tenho esse problema... eles sabem... (reforça a fala). Eles acreditam.... A minha esposa que de vez em quando eu estou bem, de vez em quando, de alguma forma, vc acabou de fazer a resposta pra mim... quando eu acabo de tomar o remédio, que tenho aquele efeito maravilhoso, aí eu faço aquilo e outro, aí ela fala: "Eu acho que vc tá... eu acho q vc não sente dor nenhuma, vc tá mentindo"... (fica sem graça)... mas assim, ela fala de uma forma, não é me acusando, entendeu... pq as vezes eu me agacho bonitinho, entendeu... porque eu to fazendo um tipo de exercício. Até eu falo desse jeito pra ela: que Deus te ouça, as suas palavras. Que Deus te ouça. Porque enquanto muitos me jugam, vc tá falando aquilo ali e eu acho que tá me dando um apoio. Quem dera... entendeu... eu não tivesse essa dor. Minha família entende essa dor. Meu filho até fala... "Pai, faz exercício..."(pausa). Até hoje eu venho empurrando com peito (sorri sem graça), pra falar a verdade (reforça e repete a fala). Tipo assim, eu acordo, eu já acordo com dor né... (sorri) não precisa nem falar né.. já acordo com essa benção né... (sorri e fala... ao contrário né). Eu levanto e faço um agachamento que já aprendi, faço isso e aquilo outro, e quando eu levanto já levanto com ela mesmo. Não tem jeito. É muito complicado sabe. É complicado. Ela vai e volta. Eu me sinto (gagueja)... vou falar a verdade... eu não me sinto bem como eu sentia antes não. Até falei com a minha esposa... porque eu sempre coloco ela no meio... Já falei... Bem, eu não sou a mesma pessoa que era antes. Eu quero que vc entenda. "Ah, mas vc pode reverter esse quadro" (ela diz). Eu falo: Amém. Tô tentando reverter esse quadro. Mas... (suspira)... é complicado demais. É muito difícil né, lidar com isso... É demais... as vezes me abate sabe. As vezes me abate tanto... mas eu não quero ver esse lado... eu tento fazer o melhor. Eu tento, dou o máximo que eu consigo... as vezes é ficar umas 4/6 horas por dia sem ela, mas depois ela volta. Isso com ajuda do remédio (passa a mão no rosto e abaixa a cabeça). O remédio é uma constante na minha vida. Se eu não tomar ele (olha pra mim e respira fundo) ôh Fernanda... misericórdia... Já tentei... Já... tentei... olha, já tentei ficar sem o remédio pra dor, de pressão e até um remédio lá pra ansiedade... até que hoje eu não tenho me sentindo tão ansioso mais não... O de ansiedade eu parei. Hoje eu tomo só o pra dor mesmo. Hoje o meu bem estar mental... (franze a testa) Complicado... o meu estado mental, pensamento... realmente eu vou falar a verdade pra vc... vou te mentir não... eu penso assim ôh Fernanda, que os meus ossos, tipo assim, eu penso que tem alguma infecção, uma enfermidade pior, tipo um câncer no osso. Eu tenho medo. Tô falando a verdade pra vc.... (pausa) eu não falo pra minha mulher, eu agora estou falando pra vc. Tenho realmente medo, pq esses problemas no osso... Eu até falo... Ôh Senhor, não deixa me ocorrer isso não pq eu tenho o maior medo... esse tal de câncer no osso, aquilo comendo a gente por dentro. Eu tenho o maior medo (fala aflita, demonstra muita preocupação com doença grave). O meu desconforto total é esse que eu tô te falando. Eu tenho muito medo. Acho que isso ajuda também um pouco na dor. Porque eu fico muito pensativo nessas coisa né... coloca na mente essas coisas... é ruim. Mas, não é sempre que eu fico assim não. Mas, eu penso sim. Eu penso nesse medo que eu te falei, desse problema no osso sabe. Sobre o meu futuro (pensativo) Eu boto na mão de Deus. Eu não sei... só Deus. Mas, eu tenho medo... eu tenho sabe pq? Eu tenho por o seguinte... exemplo... cada dia eu acho que pode um dia melhorar, em nome do Senhor, eu to buscando pra melhorar, mas meu futuro, eu vejo assim, meu modo de pensar... já

*pensou eu ir um dia pra cadeira de roda... misericórdia. Meu Deus... eu não quero. O meu futuro eu até falei com minha esposa... óh, o dia que for me ocorrer isso, eu prefiro que Deus me tire. Entendeu?? (risos) pq já pensou... a minha mulher é um pouquinho assim (gagueja) é esquentada. A minha mulher ajuda muito, mas todo mundo tem um lado bom e um lado meio agressivo né... Eu sou assim... a gente tem um lado bom e um lado meio agressivo. Nós somos ser humano né... (fica mais nervoso). Mas, eu tenho, eu tenho medo do futuro. O maior problema é esse de ter alguma coisa no osso. O meu maior medo de ficar incapacitado. É, eu queria muito melhorar. Todos os dias, essa semana mesmo, (fala confusa) eu ajoelho pra fazer minha oração a primeira coisa que eu peço ao meu Senhor é a benção pros meus familiares e depois eu peço pra mim, peço que me melhore esse quadro que está acontecendo comigo. Que um dia eu precisava melhorar... eu queria, eu quero melhorar. Eu não quero ficar nessa situação. Eu tenho medo disso aí. Entendeu? Eu queria melhorar. Eu quero melhorar. É isso que eu quero. O meu maior desejo é reverter esse quadro todinho e melhorar. Eu tô buscando... e tô buscando no Senhor também. Sem Ele eu não sou nada.*

Esse paciente, demonstra ansiedade e inquietação durante toda a entrevista. Percebo uma postura de vitimização em seu papel como trabalhador e também em seu ambiente doméstico. A relação de dependência e necessidade de aprovação por parte da companheira. Falas a todo tempo para justificar sua dor e principalmente suas limitações. Apresenta muito temor do futuro e das possíveis limitações, de depender do outro. Uma fala sofrida, buscando uma compreensão dos fatos. Deposita em sua fé suas expectativas e aceitação, entregando e atribuindo ao divino aquilo que foge ao seu entendimento. Observo um conflito conjugal nas falas que referenciam a companheira, do não ser acreditado, do seu quadro doloroso gerar incredibilidade.

Como unidade de significação atribui-se:

- a) .O tempo de trabalho e sua relação com o quadro algico;
- b) .As condições laborais e sua correlação com o surgimento da dor;
- c) A dor e a automedicação;
- d) Sentir-se inútil;
- e) A felicidade vivenciada antes da dor;
- f) O não ser acreditado (em seu local de trabalho, principalmente);
- g) A fé utilizada como recurso de enfrentamento;
- h) A baixa auto eficácia - A relação familiar e suas falas constantes na esposa. A necessidade de envolver sua parceira e assim encontrar uma forma de reafirmar seu quadro doloroso; Medo de não ser compreendido.

- i) Vitimização;
- j) Medo do futuro, medo da incapacidade;
- k) Alternativas de enfrentamento e a busca por tratamentos;
- l) Perda da vitalidade e motivação;
- m) Sentimento de rejeição frente aos colegas de trabalho;

#### 4.4 NARRATIVA 4 - A, FEMININO, 61 ANOS

*Sou aposentada, mas nós temos uma loja, então as vezes eu vou lá, ajudo, mas não com aquela obrigação mais. Vivo com minha família e tenho dor. Uhm, meu Deus (olha pro teto), há... (pausa) eu acho que há uns 25 anos já. Pois, foi depois que minhas meninas nasceram. Eu trabalhava muito. Eu pegava (gagueja), fazia muito esforço. Eu pegava saco de cimento, eu descarregava caminhão de lajota e por aí afora. E assim, quando eu morei na roça, eu também carreguei muito peso. A dor contínua mesmo, é por aí, uns 25 anos. Tenho mais dor na lombar mesmo e depois em seguida ela sobe um pouco. Eu me sinto bem incomodada, muito, nossa (olha pra cima). Tenho que ficar sempre me torcendo, virando pra trás, me ajeitando. Com relação a tratamentos, eu nunca fiz muita coisa. O que eu sempre fiz muito foi uso de medicação. As vezes, fazia uma massagem. Eu tento evitar ao máximo o uso de remédio, mas se eu for olhar a dor, eu tomaria quase que todos os dias. Só que eu fico assim, uns três/quatro dias sem tomar. A dor significa pra mim um incomodo, muito, muito incomodo (se mexe na cadeira, inquieta). A gente consegue sorrir, consegue levar, mas, tem momento que eu falo com minhas filhas -óh, não dá pra mim. Acho que foi essa semana, eu cheguei pra elas e falei -óh, não lavei as vasilhas (suspira), não dei conta. Eu vou deitar, porque hoje não consigo fazer mais nada. Ahhh, eu me lembro de quando eu não sentia dor (sorri), da época da minha juventude. Eu tinha a cabeça tranquila, mais leve. Depois começaram a vir as preocupações. Hoje, se eu vou dar um passeio, diminui muito a dor. Eu viajo e tinha tudo pra sentir mais dor, porque ando muito, dorme pouco, mas pelo contrário, eu me sinto ótima. Pra mim o pior problema de viver com a dor crônica (pausa) Ahhh, exemplo, eu acho que a gente fica antissocial. Às vezes, quero fazer alguma coisa que gosto e não consigo porque está doendo muito. Hoje, eu acho que não acontece mais das pessoas não acreditarem que eu tenho dor (risos). Antigamente eu reclamava de dor, mas tive uma experiência com uma família de amigos que sofreram acidente e uma amiga ficou dependente da cadeira de rodas. Eu cheguei um dia na casa dela e reclamei de dor. Ela me olhou assim, de um jeito, que eu logo me corriji e falei - Ah, eu não tenho dor nenhuma (abaixa a cabeça). Depois disso, eu visitei ela muitas vezes e nunca mais eu reclamei com ela que eu estava com dor. Isso tudo me fez repensar um pouco sobre a vida. O sofrimento deles me fez enxergar o sofrimento do meu próximo e ver que o meu é menor. Hoje as pessoas a minha volta já compreendem mais, sabe. As vezes, até perguntam sobre minha dor, ou porque estou tão triste, tão séria. Aí eu respondo que é a dor. Tem momentos que eu chego a esquecer da dor, mas acho que só nos momentos de passeio, viagem. Só assim pra*

*eu esquecer dela. A minha família diz (pausa) que eu tenho que desacelerar (risos). Eles falam isso todo dia (risos soltos). Eles acreditam no que passo, no que eu sinto, no que eu tenho e falam “diminui, não precisa disso tudo”. Hoje eu já diminui sim, mas eu fico assim querendo diminuir mais. Eu posso diminuir, eu vou poder. Nesses 25 anos, deixa eu ver (pausa), tem uns dois anos que parei pra me cuidar. Agora que eu procurei um especialista em coluna. Eu fui sempre controlando com medicação. (Respirando fundo... suspira). Eu vou lidando sabe, tem que fazer, vamos fazer. Eu nunca precisei ir na emergência, isso não. Sempre tomava remédio mesmo, por conta própria. Sobre o meu bem-estar mental? Ahh, o que eu posso dizer disso? (pausa) Porque se tem dor, não pode estar bem, né. Eu já fui muito nervosa, muito brava, muito nervosa (repete envergonhada), mas aos poucos eu fui me moldando. Muita gente reclamava do meu jeito de ser. Era explosiva e assim, talvez também porque minhas filhas brigam comigo assim, sem muita razão, e como elas também são muito ansiosas, mas é claro né, se foi eu que ensinei (riso), elas aprenderam, são obedientes. E aí falam bravas comigo, mas aí eu fico caladinha, não falo nada. E assim, fui aprendendo a controlar minha ansiedade. Mas, se eu tiver que pegar esse telefone (pega o telefone nas mãos) aqui agora, eu pego agora. Não consigo esperar. Eu poderia esperar, mas eu quero agora. Eu já consegui me adaptar muito, sabe. Hoje já tenho mais paciência com minha mãe, já não bato mais de frente, não discuto com ela. Tem dias que eu saio da casa dela chorando, mas eu aprendi isso. Sobre o meu futuro, eu tenho a maior preocupação com meu futuro (suspira). Por isso que eu estou buscando me tratar, pra eu não ser uma cadeirante, por exemplo. Não ficar prostrada numa cama por decorrência de dor. Tenho muita preocupação. Tenho até muito problema pra dormir, vivo a base de remédio. Viver com dor não é fácil.*

Uma paciente que marcou minha pesquisa, relatando de forma sincera, sua rotina e vida diante do sofrimento. Muitos anos vividos com dor, porém muitos aprendizados e resiliência. A sua mudança de comportamento frente a dor do outro e sua relação familiar sendo amadurecida e compreendida por si mesma e pelas pessoas do seu convívio. O que se destaca nessa entrevista é o ser agitado e nervoso, que diz ter aprendido com a dor a se moldar e a valorizar as pessoas com as quais convive. Assim como já citada por outros entrevistados, o maior medo é a incapacidade e limitação no futuro. Viver na dependência do outro.

As unidades de significação são delimitadas aqui:

- a) Dor contínua/crônica e sua relação com a sobrecarga laboral na juventude;
- b) Tratamentos com automedicação e as vezes massagem;
- c) Incômodo representa o maior significado da dor;  
Impedimento de exercer as tarefas domésticas;
- d) O lazer diminui a dor;
- e) A dor crônica gerando isolamento social, inutilidade;

- f) A resiliência diante da dor do outro, fazendo repensar a própria dor;
- g) A tristeza e sua relação com a dor;
- h) A procura tardia por um profissional capacitado;
- i) O controle dos sentimentos de ansiedade, raiva, nervosismo e o aprendizado de anos vividos com dor;
- j) Preocupação com o futuro e o medo da incapacidade.

#### 4.5 NARRATIVA 5 - N, MASCULINO, 73 ANOS

*O meu tempo de dor... já ultrapassa uns 15/20 anos. Eu fui caminhoneiro por muito tempo, forçava a coluna por muito tempo sentado e os incômodos na região lombar eram frequentes, sabe. Eu sentava na boleia do caminhão, por exemplo as 6h da tarde de um dia e ia até meia noite daquele dia e depois até a noite do outro dia. Era a rota que fazia. Aí sim parava pra descansar. Chegava a 30h de viagem. As paradas eram muito rápidas sabe... enquanto abastecia é que dava uma esticada na coluna, fazia um lanche rápido. As dores foram começando lentamente, assim quando saltava do caminhão sentia aquele incômodo, me pendurava na cabine e saía me arrastando e segurava na carroceria até conseguir ajustar o corpo e voltar ao normal. Quantas e quantas vezes, eu parava o caminhão perto de uma farmácia e pedia um remédio pra dor... nossa, isso era frequente demais (pausa). Demorou muito tempo pra eu procurar ajuda, sabe. Depois de muitos anos eu resolvi procurar um ortopedista que me pediu alguns exames. Foram muitos anos convivendo com a dor. Porque são fases da vida que não se pode parar (pausa), o trabalho é prioridade. Você tem de trabalhar porque tem família, tem filhos, contas a pagar... enfim... muitos compromissos. E vai se esquecendo do seu corpo... e vai levando. Até que eu cheguei ao ponto de não aguentar mais trabalhar. Ao extremo mesmo sabe. Assim foram uns 6 anos ou mais. Até que eu tive que parar. Aí eu aposentei por idade, com 65 anos, mas continuei trabalhando. Só que aí eu senti o peso da idade. Não aguentava mais viajar com o caminhão. Aí eu parei de uma vez. Quando busquei ajuda... os ortopedistas que eu busquei me falaram... “olha, o senhor não tem mais jeito. O senhor destruiu a sua coluna”. Aí me disseram que eu deveria aprender a conviver com essa dor. Porque não tinha mais jeito. Quando eu busquei mesmo ajuda foi nos últimos dois anos. Eu sentia dor todos os dias. Só controlava com medicação. Eu nem me lembro mais de quando não tinha dor... isso já se perdeu. Não lembro da minha vida sem dor (põe a mão na cabeça). Eu comecei a trabalhar muito cedo, desde criança. Hoje com 52 anos de casado, minha vida foi sempre uma correria, trabalhando muito pra dar o melhor pros filhos. E como que consegue estudar?? Não dava... Ouvi dos médicos que eu não tinha mais jeito, que eu tinha que conviver com a dor, foi muito difícil. Essa dor ela trás sofrimento mesmo, sabe. Depois de receber algumas orientações e ajuda, em alguns tratamentos, hoje eu posso dizer que ela está controlada. Ela tá aqui, mas eu tenho aprendido a conviver. Ela já não me limita tanto mais. A dor trouxe pra minha vida muito transtorno... porque ela sempre me limitou. Eu sempre fui aquela pessoa*

*que pegava no pesado sabe, trabalhei muito. Hoje eu já não vejo mais como um problema, sabe... depois de tantas orientações que venho recebendo, eu fui, digamos... (gagueja) eu fui aceitando. Então, posso dizer que de 15 anos convivendo com a dor, eu encontrei uma qualidade de vida de 3 anos pra cá. Não fico sem dor, mas acho que hoje eu aceito melhor. O maior problema era a dependência da medicação. Hoje eu consigo evitar bastante. Não por não ter dor, mas por conseguir controlar. Sobre não ser acreditado... Olha... isso é uma coisa que acontece com mais frequência... porque dor, só quem sente é que sabe o quanto que incomoda. As vezes dá até vergonha de passar por um profissional, falar com um amigo sabe... eu vou reclamar e a pessoa vai falar... mas vc tá sentindo como?? Se vc está caminhando, está dirigindo caminhão... está vivendo sua vida. (pausa)... parece normal, mas é normal com sacrifício entende?! Vc tem q viver e manter a aparência... (abaixa a cabeça) e isso... ah isso é muito difícil. Esquecer da dor... esquecer não. Ela diminui, mas sumir... isso nunca (inquieta-se na cadeira). A minha família, de uns dois anos pra cá, eles têm bastante consciência sobre essa dor, as vezes um cuidado até exagerado comigo, sabe. E com isso, eu sinto o carinho dessas pessoas, esse cuidado. Nesse tempo, eu tenho lidado com muita dificuldade, sabe... e aquela responsabilidade ante a dor. Eu não podia deixar a dor ser maior que as minhas necessidades (se emociona). Eu sempre me preocupei com o amanhã. Eu tenho uma família, eles dependem de mim. E isso me deu força pra poder superar as vezes. Olha, Fernanda... eu hoje me sinto bem, porque encontrei apoio. Ainda estou passando por uma situação bem delicada dentro de casa..., mas a dor em si, eu consigo administrar devido ao problema da minha esposa (adoecimento). Eu já passei por muitos problemas de saúde e com isso eu fui aprendendo a controlar minha ansiedade. Eu tenho até boas expectativas com relação ao meu futuro sabe, depois dessa ajuda que tenho recebido e esse entendimento da dor. Mas, honestamente, eu fico com receio de não conseguir levar. A dor não está ausente, mas eu já conheço as minhas limitações. Eu cuido dos meus movimentos. Eu já sei a quem recorrer e isso me dá mais segurança. Sozinho fica difícil sabe. A dor crônica é isso Fernanda, representa todas essas dificuldades, essas limitações.*

Essa entrevista, contou com a vivência de uma pessoa idosa, já aposentado, que durante muito tempo, viveu dedicado à sua família e ao seu sustento. Toda essa dedicação foi a custas de muito esforço, tanto físico quanto mental. Relata sua vida com um semblante muito sofrido e triste, pois chegou ao ponto de perceber o quanto foi negligente com sua saúde e hoje se entristece por seu corpo não corresponder as atividades como antes. Sempre viveu a base de medicamentos para controle e alívio da dor. As limitações nas atividades do cotidiano e assim como já mencionado por outros entrevistados, teve que se reinventar e redescobrir o que pode desenvolver para que não sinta tanta dor. Analisa o quanto falas de profissionais de saúde impactaram no seu estado emocional, gerando insegurança e ansiedade frente ao seu quadro de dor e que atualmente, considera que encontrou pessoas e profissionais que o fizeram entender e o ajudam a lidar e enfrentar essa condição dolorosa, acarretando

mudança nas expectativas futuras. As unidades de significado para esse paciente denotam:

- a) A relação da dor com atividades laborais e o surgimento dos sintomas;
- b) A dor crônica e a automedicação;
- c) Representação social – a falta de estudos, necessidade de trabalhar, aposentadoria não suficiente para o sustento da família, obrigando a manter-se em atividade;
- d) A representação do modelo biomédico frente a dor e suas falas reforçam a cronicidade;
- e) A relação da fase produtiva da vida e a negligência com a saúde;
- f) O enfrentamento diante da dor e a superação como chefe de família;
- g) A educação em dor e a conscientização do problema;
- h) A aceitação e resiliência;
- i) Expectativas para o futuro.

#### 4.6 NARRATIVA 6 - Z, FEMININO, 82 ANOS

*Eu moro com um filho e uma neta e eu acho que eu comecei a ter dor (pausa) leve, assim já com 60 anos. Uma dor que eu não dava muita importância. Eu não faço exercícios, só aqueles de casa mesmo. Já não faço mais como antigamente, mas tento fazer tudo, limpar a casa, varrer, limpar banheiro. Até 60 anos eu não tinha nada, nada mesmo. Mas, depois a gente vai pegando peso, e isso vai aparecendo. Acho que é a idade. Eu sempre trabalhei em casa mesmo. Cuidava da casa, dos filhos, do marido e costurava nas horas vagas. Eu não tive muito estudo. Meu marido sim. Aí eu fiquei esse tempo assim. Hoje, eu me sinto um pouco mal por causa da dor, mas quando eu vejo a minha idade e outras pessoas bem mais novas com mais dor, isso me fortalece. Eu ando, eu faço tudo, eu faço minhas coisas e tem pessoas que não conseguem. Eu acho que eu lido até bem. Pra mim a dor significa... (pausa) ah, a dor é terrível. Pra dormir, pra fazer as coisas. Porque tem gente que sente dor se movimentar. Eu não. Eu sinto dor parada mesmo. Aí eu fico tentado buscar algo pra amenizar, passo um gel, uma compressa. Mas, não adianta muito não. A dor é constante. Já me passaram uns remédios, mas eles me fazem muito mal. Aí eu evito. O pior problema pra mim é dormir e não fazer o que eu desejo, ou o que eu gosto. Eu acho que tem pessoas que não acreditam na minha dor, pelo fato de eu ser tão ativa. Eu não fico assim reclamando. Eu nunca demonstro isso, sabe, porque se eu fizer isso eu vou envelhecer mais rápido. Eu sou assim mesmo. Estou sempre bem, estou de pé, estou andando, faço minha própria comida. Então, eu sou feliz. Agora (risos),*

*pra dormir.. Ah, pra dormir é o mais difícil. E também, se fosse uma dor que eu parasse de movimentar, ela parasse também, mas não, ela continua mesmo no repouso. A minha família dá importância sim. Eles até dizem – “poxa mãe” (Nesse momento conta um pouco sua história de vida. Teve 3 filhos e já perdeu dois – morreu um filho e após 5 meses morreu o outro. O esposo, morreu 4 anos depois) continua..., mas eu agradeço a Deus mesmo assim, pq se meus filhos estivessem ficado em uma cama eu teria ido antes deles. Eu não teria aguentado. Esses últimos 10 anos foram bem tristes, foi muito sofrimento (se emociona). Mas Deus me sustentou tanto que eu não caí de cama nenhuma vez. Eu fui num hospital uma vez devido a um mioma. Nesses últimos dez anos, a dor piorou muito. Eu lutei muito com meu marido doente sabe. A mente da gente também prejudica bastante. Aquela preocupação ajuda bastante na dor. Esquecer da dor é muito difícil. Ela sempre está ali. Eu fui pouco em médico durante a minha vida. Vou falar, você vai até brigar comigo, mas eu tive meus filhos em casa e nunca tive esses problemas de mulher. Ginecologista deve ter uns dez anos a última vez que eu fui. Aquele exame da mama, eu fiz uma vez só na vida (risos). Não sinto nada. Eu procuro me cuidar, comendo pouco e saudável. A minha família está pequena agora. Eles sabem da minha dor, me ajudam e me estimulam a procurar ajuda, a me cuidar. Ajudam nas tarefas de casa também. Hoje eu estou mais limitada, mas eu vou me adaptando no dia-a-dia. As coisas da casa, eu vou dividindo, faço um pouco num dia, e depois no outro. Eu acho até que meus pensamentos estão bons. Eu vou fazer o melhor até o dia que Deus quiser. Ah, não ser a dor me atrapalhando, no resto eu estou bem. Eu fico vendo uns idosos por aí que reclamam de tudo, não fazem nada. Eu não. Porque não ergue seu corpo e não anda? O nosso cérebro que comanda. Eu não deixo a dor tomar conta de mim. Eu não fico resmungando. Não adianta eu ficar reclamando. Senão o problema vem e toma conta da gente. Sobre o meu futuro... Ah, eu não tenho muitas expectativas. A vida foi difícil, eu criei meus filhos com muita dificuldade. Até os que morreram tiveram uma vida digna. Com dificuldade, mas criamos todos direitinho. Muita batalha, mas tenho orgulho da minha família. A minha expectativa... eu não tenho medo de nada. Não tenho medo da dor, não medo de nada. O dia que Deus achar que eu devo ir... eu estou aqui. Tenho irmãos mais novos que já morreram. Então, o que eu posso dizer é obrigada Senhor. Só agradecer mesmo. Procuro melhorar. Eu posso não amanhecer, então, o que eu tenho que fazer hoje, eu faço hoje, mesmo com a dor. Acho que se eu ficasse sem essa dor, eu ficava com 50 anos de novo. Porque eu tenho vontade de fazer tanta coisa, só não faço porque essa dor me atrapalha.*

A paciente mais idosa do estudo, posso dizer que me trouxe um grande aprendizado sobre a vida. Com toda sua história de dedicação a sua família, suas perdas e sua forma de encarar o sofrimento. Resiliência e superação são as palavras mais fortes pra mim como pessoa, muito mais que como pesquisadora. Ela relata seu quadro de dor com muito bom humor, e observo que a dor em si não é o motivo de sua tristeza, mas sim as perdas que sofreu. Mas, através de um processo de entendimento e aceitação, continuou a vida e seus propósitos. Não gosta de reclamar e condena quem o faz. Ela me ensina que nessa fase da vida, ela tem mais a agradecer e que não tem nenhum medo. A vontade de viver e viver bem, faz com que ela busque ajuda e

tratamentos para melhora a dor. Procura manter sua autonomia, sem reclamações, continua a cuidar da família que restou com afincos e dedicação. Considera-se uma pessoa feliz e o que mais a atrapalha é a dificuldade para dormir. Como unidades de significado encontrei em suas falas:

- a) Dor leve, porém, constante/crônica;
- b) Sentimentos diante da dor – considera terrível;
- c) Busca por medidas para aliviar os sintomas. Receio do uso em demasia de remédios e seus efeitos colaterais;
- d) Efeitos negativos e a relação da dor com a insônia;
- e) Ambiguidade nas falas sobre a idade;
- f) Enfrentamento diante da dor crônica – o controle da ansiedade, trabalha a mente, evita reclamações;
- g) O luto e a sua relação com a piora da dor;
- h) Negligência com a saúde. Não faz prevenção e evita visitas a médicos por se considerar saudável.
- i) Senilidade e ausência de expectativas.

As análises das entrevistas com os seis indivíduos, seguiram os quatro passos descritos por Giorgi em seu método fenomenológico de investigação (GIORGI; SOUSA, 2010). Primeiro, foi realizada a leitura das transcrições das entrevistas com auxílio do áudio (este último para consolidar a forma do discurso apresentado), livre de interpretações teóricas. Segundo, após apreensão geral do relato da experiência pelos participantes, foram demarcadas as mudanças de sentido no seu discurso, dividindo-o em unidades de sentido, tendo em vista o tema da pesquisa. Terceiro, tais unidades de sentido foram traduzidas para linguagem psicológica. E como requisitado no quarto passo, foi determinada a estrutura geral, isto é, seus constituintes essenciais-estruturais que descrevem o sentido da dor para os pacientes entrevistados.

As entrevistas foram transcritas e feitas a análise temática, permitindo assim a identificação das formas de experienciar o *viver com dor lombar crônica* para abarcar as estruturas essenciais da experiência. As principais formas identificadas, ancoradas

na corporeidade, de experienciar a dor lombar crônica que se destacaram foram: baixa resolutividade com automedicação, adversidade, ambiguidade, indiferença, descrédito, limitações/incapacidades, medo do futuro, perda da motivação.

As reflexões apresentadas pelos entrevistados, focalizam as significações atribuídas às experiências vividas no cotidiano da pessoa com dor lombar crônica, emergindo as unidades de significação oriunda dos sentidos subjetivos no percurso elaborado pelos sujeitos entrevistados nos espaços da vida privada. Explica Nascimento (2018) que o uso de medicamentos, mesmo que na prática da automedicação, é mais do que um ato mecânico, pois envolve alterações no corpo fenomenal, ao diminuir/eliminar ou provocar sintomas indesejados no corpo físico, ao normalizar a vida e ao simbolizar a doença. A experiência de viver com dor lombar crônica induz estagnação do tempo fenomenológico.

Asseguram Nobre e Mendes (2019) que às situações de adversidade experienciada pelo homem ao longo da sua trajetória, desde a dor, o sofrimento, as perdas, necessitam de tempo para se transformar em crescimento e posteriormente em esperança. Na maioria dos casos, faz-se necessário aceitar a confusão e a perturbação antes de conseguir uma perspectiva diferente, sendo imprescindível um espaço para a reflexão, um trabalho de busca da paz interior e de confronto da pessoa paciente consigo mesma.

Por meio de expressões e falas ambíguas, os discursos nos mostram que circunscrever o fenômeno da dor é uma experiência complexa e incompleta, necessitando de diferentes recursos e conhecimento clínico. Muitas vezes as ambiguidades e contradições reveladas nas entrevistas apontam para uma dificuldade de compreensão de um fenômeno que é marcadamente subjetivo e que, frequentemente, carece de um marcador fisiológico, apesar de ser também caracteristicamente objetivo, pois não se pode negar seu aspecto material: toda dor sempre se sente no corpo. Preponderam Batista, Ribeiro e Freitas (2018) que o próprio fenômeno da dor é de caráter ambíguo. É de difícil compreensão, tanto para quem sente, quanto para quem cuida.

Também foi observado na maioria das entrevistas, que pela subjetividade e singularidade frente a dor crônica, os pacientes lidam com a indiferença e o descrédito por parte de colegas, familiares e companheiros/companheiras. Mattar (2019) corrobora sobre a importância em estar atento ao paciente e ouvir sobre sua dor, pode fazer com o que este considera intolerável ou incurável, a modificação da sua interpretação e até mesmo seu modo de se relacionar e se corresponder com a dor. Por sua vez, ressaltam Martins, França e Kimura (1996) que a complexa problemática que envolve a vivência da dor crônica compromete muito além do que apenas a esfera biológica, ela acaba interferindo de diferentes formas no próprio estilo de vida das pessoas acometidas, do seu grupo familiar e social.

A dor crônica representa uma experiência bastante complexa e individualizada que interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo. Identificou-se nas entrevistas que os afetados passam a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na autoestima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária, como cuidar da rotina diária dos afazeres domésticos. É uma experiência bastante complexa e individualizada (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

A quantificação da dor surge devido à associação das sensações de dor com um conjunto de fatores emocionais, motivacionais e culturais (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011), diante dessa complexidade, acaba causando confusão entre emoção e sentimento. Porém, essa correlação está equivocada, pois assim como dor, emoção está diretamente relacionada a sobrevivência. O fato de você modificar o seu comportamento em busca de algo, ou o fato de você se proteger de algo, isso são emoções.

O desconhecimento com relação a dor vem da base acadêmica, onde não se tem disciplinas específicas para se abordar o tema. Passa-se nas graduações um conceito de que existem técnicas para diminuição de dor, porém o fenômeno dor, a experiência da dor, é um sistema muito complexo, onde muitos fatores são conhecidos e outros desconhecidos. Os fatores conhecidos ainda não se sabem o quanto eles influenciam, gerando muitas dúvidas sobre a abordagem e intervenção. Por exemplo, na área da

saúde de uma forma geral existe essa deficiência. Hoje, os pacientes são recebidos com as mais diversas queixas de dor, mas na graduação não tem nenhuma disciplina específica do assunto.

A inclusão do tema dor nas instituições de ensino acadêmico é um movimento mais amplo do que a nobre causa de minimizar o sofrimento e a dor dos pacientes. Entender a dor como um fenômeno ativo, que pode ser exacerbado ou inibido através da forma que se apresenta, saber diferenciar a dor aguda da dor crônica sob o olhar do contexto biopsicossocial, nos leva a quebra de paradigmas e crenças até então rígidos, mostrando que há limite na terapêutica em doenças identificadas, assim como também demonstra que algumas doenças ainda não receberam rótulos (DESANTANA, *et al.*, 2017).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu inferir que um mesmo indivíduo pode experimentar a dor lombar crônica de formas diferentes nos diferentes momentos da vida, dependendo das características e particularidades de cada indivíduo, e principalmente da forma como cada ser enxerga sua vida e experiência cada momento.

Pode-se observar que à medida que o indivíduo envelhece, mudam-se os seus pensamentos, sentimentos, expectativas relacionadas aos quadros dolorosos. O tempo de dor remete a sensações diferentes, traz limitações, adversidades, porém cada um apresenta sua forma de enfrentamento, que por vezes se assemelha, mas não deixa de mostrar sua singularidade.

Ainda permitiu compreender que a experiência de viver com dor crônica segue um curso passando pelas experiências negativas em direção às experiências positivas; assim, o surgimento de uma nova experiência positiva pode melhorar a aceitação do conviver com a dor.

Pelo olhar do paciente, a vida com dor crônica se equilibra diante de diferentes realidades. A dor experimentada e experienciada é real, mas ela por vezes é desacreditada e especulada por parte do profissional de saúde, que muitas vezes segmentam esse paciente e o enxergam somente como uma “parte quebrada” ou um sintoma. Os profissionais, ao abordarem esses pacientes, devem ser mais sensíveis as expectativas e necessidades dos pacientes e tratar a pessoa como um todo. O estudo indica que a dor crônica é invisível e não se trata apenas de um problema médico, envolve uma gama de fatores subjetivos e particulares. Para auxiliar no desenvolvimento de uma melhor prática clínica, as medidas devem ser multidisciplinares e são necessários educação baseada na neurofisiologia da dor para pacientes e profissionais para integrar conhecimentos na área em questão.

Existe uma correlação entre emoção e dor, pois assim como dor, a emoção está diretamente relacionada a nossa sobrevivência. O fato de o indivíduo modificar o seu comportamento em busca de algo, ou o fato de se proteger de algo, isso são emoções.

Pode-se observar as emoções relacionadas e retratadas em todas as entrevistas e suas adequações de rotina frente a um quadro doloroso crônico.

O desconhecimento com relação a dor pode ter influência da nossa base acadêmica, onde não se tem disciplinas específicas para se abordar o tema. Passa-se nas graduações um conceito de que existem medicamentos e técnicas para diminuição de dor, porém o fenômeno dor, a experiência da dor, é um sistema muito complexo, onde muito fatores são conhecidos e outros desconhecidos.

Os fatores conhecidos ainda não se sabem o quanto eles influenciam, gerando muitas dúvidas sobre a abordagem e intervenção. Na área da saúde de uma forma geral, existe essa deficiência. Hoje, recebe-se pacientes com as mais diversas queixas de dor, mas na graduação não tem nenhuma disciplina específica do assunto.

Com isso, apoiada pelo estudo de DeSantana *et al.* (2017), faz-se a sugestão de incluir o tema Dor nas instituições de ensino acadêmico, pois trata-se de um movimento mais amplo do que a nobre causa de minimizar o sofrimento e a dor dos pacientes. É necessário que se faça a inclusão, para que os acadêmicos saibam diferenciar a dor aguda da dor crônica sob o contexto biopsicossocial, buscando a quebra de paradigmas e crenças e levando o profissional a reconhecer que temos sim limites em nossa terapêutica nas diversas doenças apresentadas, assim como nas doenças ainda não rotuladas.

Os relatos desses pacientes nos convidam a refletir sobre o papel de cada um na sociedade, nas políticas de auxílio e amparo, de como lidamos com a dor do outro e de que forma enfrentamos essa questão. Isso nos leva a confrontar as experiências vividas e relatadas de forma a compreender as experiências, mas sem desvinculá-las as questões sociais, políticas e econômicas.

Dessa forma, acredito na realização de outros estudos que possam ouvir outras pessoas e atores envolvidos nessa temática, até mesmo como proposto acima, envolver educadores e profissionais envolvidos na formação da grade curricular dos cursos superiores, sobre seu entendimento e a temática dor.

## REFERÊNCIAS

- AULA DE ANATOMIA. **Coluna vertebral**: regiões e vértebras. Disponível em: <https://www.auladeanatomia.com/novosite/pt/sistemas/sistema-esqueletico/coluna-vertebral/>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- ALMEIDA, D. C.; KRAYCHETE, D. C. Dor lombar: uma abordagem diagnóstica. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 173-7, abr./jun. 2017.
- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p. 27, n. 2, p. 259-68, abr./jun. 2010.
- BAEZ, S. *et al.* Men, women...who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. **PLOS One**, San Francisco, v. 12, n. 6, p. e0179336, Jun. 2017.
- BARRETO, I. G.; SÁ, K. N. Prevalência e fatores associados à dor neuropática crônica em trabalhadores de uma universidade pública brasileira. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 105-11, abr./jun. 2019.
- BATISTA, H. S. H.; RIBEIRO, T. O.; FREITAS, J. L. Onde dói? O sentido da dor para médicos e residentes. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 204-18, 2018.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-90, abr./jun. 2010.
- BRANCO, R. M. **Michael Foucault e a medicina - sobre o nascimento da clínica moderna**. 2018. 150 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2018.
- BUNZLI, S. *et al.* Lives on hold: a qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. **The Clinical Journal of Pain**, New York, v. 29, n. 10, p. 907-16, Oct. 2013.
- CAMPOS, A. G. *et al.* Pain in Brazilian people experiencing homelessness. **Pain Reports**, Baltimore, v. 4, n. 6, p. e792, Dec. 2019.
- CAMPOS, J. A. D. B.; BONAFE, F. S. S.; MAROCO, J. Dor referida: uma breve discussão sobre a percepção da dor. **Psicologia Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 1, p. 26-33, abr. 2018.
- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. **Anais...** Florianópolis, Ed. UFSC, 1984. p. 130-57.

CAPALBO, C. Fenomenologia e educação. **Forum de Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 41-61, jun./ago. 1990.

CARREGARO, R. L.; SILVA, E. N.; VAN TULDER, M. Direct healthcare costs of spinal disorders in Brazil. **International Journal of Public Health**, Switzerland, v. 64, n. 6, p. 965-74, Jul. 2019.

CHHABRA, R. *et al.* Differential innate immune responses induced by classical and variant infectious bronchitis viruses in specific pathogen free chicks. **Development & Comparative Immunology**, New York, v. 87, p. 16-23, Oct. 2018.

CONRAD, P.; BARKER, K. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 51, n. Suppl. p. S67-79, Oct. 2011.

DE MARCO, M. A. **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 914-22, out. 2013.

DESANTANA, J. M. *et al.* Pain curriculum for graduation in Physiotherapy in Brazil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-8, jan./mar. 2017.

DESCARTES, R. **O discurso do método**. São Paulo: L&PM, 2005.

FERREIRA, P. S. *et al.* Patients with chronic musculoskeletal pain present low level of the knowledge about the neurophysiology of pain. **European Journal of Physiotherapy**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2019.

FINLAY, K.; ELANDER, J. Reflecting the transition from pain management analysis. **British Journal of Health Psychology**, England, v. 21, n. 3, p. 660-76, Sept. 2016.

FOSTER, N. E. *et al.* Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. **Lancet**, London, v. 391, n. 10137, p. 2368-83, Jun. 2018.

FORGHIERI, Y. F. **Psicologia fenomenológica**. Pioneira: São Paulo, 1993.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim do Século, 2010.

GORDON, R.; BLOXHAM, S. Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. **Healthcare**, Basel, v. 4, n. 2, p. 22, Apr. 2016.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A.L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 509-13, jul./ago. 2006.

KOIVISTO, K.; JANHONEN, S.; VÄISÄNEN, L. Applying a phenomenological method of analysis derived from Giorgi to a psychiatric nursing study. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 39, n. 3, p. 258-65, Aug. 2002.

LANGDON, F.J. Evidence of mentor learning and development: an analysis of New Zealand mentor/mentee professional conversations. **Professional Development in Education**, v. 40, n. 1, p.36-55, 2013. 2014.

LIMA, D. D.; ALVES, V. L. P.; TURATO, E. R. The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, Washington, DC, 2014, 9, p. 1-10, 2014.

LIMA, L.; REIS, F. O uso de uma tecnologia E-Pain para o manuseio da dor crônica. Relato de caso. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 184-7, abr./jun. 2018.

MAGEE, D. J. **Avaliação muscuesquelética**. São Paulo: Manole, 1996.

MALFIET, A. *et al.* Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Neurology**, Chicago, v. 75, n. 7, p. 808-17, Jul. 2018.

MALTA, D.C. *et al.* Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, Supl 1, p. 9s, 2017.

MARTINS, J. A. Socioanthropological contributions to physical therapy in chronic back pain. **Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v. 30, Supl 1, p. 101-9, 2017.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

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, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 304-8, ago. 2011.

MASSUDA, A.; TITTON, C. M. S.; POLI NETO, P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, D.C, v. 42, p. e157, Nov. 2018.

MATTAR, C. M. A escuta clínica: entre a psicologização e a análise fenomenológico-existencial. **Arquivos do IPUB**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2019.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-19, 2018.

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

MURILLO-GARCÍA, A. *et al.* Effects of Dance on Pain in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, p.1-16, 2018.

NASCIMENTO, Y. A. **O uso cotidiano de medicamentos em pacientes com Hepatite C crônica**: uma análise na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. 2018. 166 f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

NOBRE, C. F. C.; MENDES, F. P. Aprendizagem na experiência da pessoa com dor oncológica estudo fenomenológico. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, Évora, v. 5, n. 2, p.1782-95, ago. 2019.

OJALA, T. *et al.* Although unseen, chronic pain is real-A phenomenological study. **Scandinavian Journal of Pain**, Germany, v. 6, n. 1, p. 33-40, Jan. 2015.

ÓLASO N, M. *et al.* Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. **International Journal Behavioral**, London, v. 25, n. 1, p. 55-66, feb. 2018.

PANDEY, K.R. From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. **Globalization and Health**, v. 14, n. 62, p.1-8, 2018.

PASTERNAK, J. Que futuro tem o Sistema Único de Saúde brasileiro? **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1-2, 2018.

PULJAK, L.; ARIENTI, C. H. Can Physical Activity and Exercise Alleviate Chronic Pain in Adults? A Cochrane Review Summary with Commentary. with Commentary. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 98, n. 6, p. 526-7, Jun. 2019.

RICARD, F. **Tratamiento osteopático de las lumbalgias y ciáticas**. 3. ed. Mándala: EOM, 1996.

ROBINSON-PAPP, J. *et al.* Barriers to Chronic Pain Measurement: A Qualitative Study of Patient Perspectives. **Pain Medicine**, England, v. 16, n. 7, p. 1256-64, Jul. 2015.

- ROMERO, D. E. *et al.* Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00012817, fev. 2018.
- SÁ, K. N. *et al.* Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. **PAIN Reports**, Washington, DC, v. 4, n. 6, p. e779, Nov./Dez. 2019.
- SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 150-4, 2012.
- SANCHES, L. M; BOEMER, M. R. Convívio com a dor: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 386-93, 2002.
- SEBBAG, E. *et al.* The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. **Annals Rheumatic Diseases**, London, v. 78, n. 6, p. 844-8, Jun. 2019.
- SILVA, P. H. B. *et al.* Efeito do método Pilates no tratamento da lombalgia crônica: estudo clínico, controlado e randomizado. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 21-8, jan./mar., 2018.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-51, abr./jun. 2011.
- TERRA, M.G. *et al.* Na Trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-8, out./dez. 2006.
- TESTON, L. M. **Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo**: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória. 2016. 288f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo. Universidade Federal do Acre. São Paulo, 2016.
- VAEGTER, H. B. *et al.* Test-Retest Reliability of Exercise-Induced Hypoalgesia After Aerobic Exercise. **Pain Medicine**, England, v. 19, n. 11, p. 2212-22, Nov. 2018.
- VALENÇA, J. B.; ALENCAR, M. C. B. O afastamento do trabalho por dor lombar e as repercussões na saúde: velhas questões e desafios que continuam. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 119-27, 2018.
- VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 176-9, abr./jun. 2018.
- WECH, J. R. *et al.* Rice yields in tropical/subtropical Asia exhibit large but opposing sensitivities to minimum and maximum temperatures. **PNAS**, Washington, DC, v. 107, n. 33, p. 14562-7, Aug. 2010.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – Entrevista – Participantes da Pesquisa

Identificação:

Idade:

Sexo:

Tempo de dor:

Sedentário: SIM ( )                      NÃO ( )

Data da entrevista:

- Perguntas:

- 1) Como você se sente diante disso?
- 2) O que a dor significa para você?
- 3) Qual é o pior problema em viver com dor crônica?
- 4) Você pode me dizer algo mais sobre "não ser acreditado"?
- 5) Como você explica isso?
- 6) Você já não se esqueceu da sua dor?
- 7) O que você acha que sua família pensa da sua dor?
- 8) Como você lidou com a dor?
- 9) Como está seu bem-estar mental com dor crônica?
- 10) Como você acha que será o seu futuro?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) \_\_\_\_\_ está sendo convidado a participar do estudo denominado **“Implicações sociais da Dor Lombar Crônica: Um estudo fenomenológico”**. O estudo é coordenado pela pesquisadora Fernanda Patrocínio Marques Chieppe e orientado pelo Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, do Programa de Mestrado em Políticas Pública e Desenvolvimento Local da EMESCAM que tem como objetivo conhecer as políticas públicas de saúde e as implicações sociais da dor lombar crônica em adultos atendido no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil. A sua participação consiste em responder a uma entrevista estruturada, em um único encontro, com duração de aproximadamente 90 minutos, com agendamento prévio de acordo com a sua disponibilidade de horário. O estudo representa risco mínimo e se refere principalmente ao sigilo das informações obtidas durante a entrevista e o benefício esperado com o estudo será no sentido de instigar a criação de novas linhas de pesquisa neste contexto, além de promover através do conhecimento uma maior abrangência do tema abordado, conhecendo os saberes e práticas das implicações sociais da dor crônica a luz da fenomenologia. O estudo poderá resultar em conhecimento novo que poderá no futuro, servir para o participante, considerando tratar-se de portador de doença crônica que exige longo seguimento ambulatorial.

Você não receberá e não pagará nada para participar do estudo. A sua participação não é obrigatória e caso você decidir que não vai participar, não terá nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento. Você poderá desistir do estudo a qualquer momento sem dar nenhuma justificativa. Solicita-se ainda, que você autorize a utilização dos resultados. Informamos ainda que as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, tendo em vista que o nome ou qualquer outra forma de identificação não aparecerão quando os resultados forem divulgados em revistas ou congressos da área.

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): e-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br), av. Nossa Senhora da Penha, nº 2190, Santa Luiza, Vitória-ES, CEP 29.045-02 telefone: (27) 3334-3586.

Orientador: [valmin.ramos@emescam.br](mailto:valmin.ramos@emescam.br) e pelo tel. (27) 99936-3613.

Pesquisadora: [fernanda.marques487@hotmail.com](mailto:fernanda.marques487@hotmail.com), rua da Aldeia, 216 – Ed. Itagibá/apto 303. Parque Residencial Laranjeiras - Serra/ES CEP 29.165-150 - Telefone: (27) 8168-2002.

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Depois de lido e ter recebido todos os esclarecimentos sobre o estudo, declaro que estou de acordo em participar do mesmo.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura – Identidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fernanda Patrocínio Marques Chieppe (CREFITO 15 79289) - pesquisadora  
Telefone: 27 98168-2002

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DOR LOMBAR CRÔNICA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO.

**Pesquisador:** FERNANDA PATROCINIO MARQUES CHIEPPE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14923219.8.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.416.786

#### Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, no ambulatório de Ortopedia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) de Vitória, ES, Brasil. Serão entrevistados aproximadamente 6 participantes, selecionados na faixa etária entre 25 e 80 anos, incluindo dois participantes mais jovens, dois com idade intermediária e dois com idade próxima aos 80 anos. Será feita uma entrevista baseada no método de 4 fases de Giorgi (2014), que segue a descrição de Husserl (1859) para descrever o fenômeno, como este se apresenta aos participantes. (FENOMENOLOGIA)

#### Objetivo da Pesquisa:

- . Descrever as implicações sociais da dor lombar crônica e identificar as Políticas Públicas associadas a essa condição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- . Identificar as políticas públicas de saúde para indivíduos com dor crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**RISCOS:** O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante orientações e avisos da total proteção à confidencialidade, com particular ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais, sendo garantido que o participante nunca será identificado em qualquer das fases da pesquisa, incluindo a divulgação dos resultados. Nos casos em que o

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

**UF:** ES **Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.416.786

procedimento utilizado no estudo traga algum desconforto, o entrevistador informará ao entrevistado que ele tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de constrangimento entre as partes.

**BENEFÍCIOS:** Os participantes poderão não ter benefício direto com a pesquisa, mas o estudo poderá resultar em conhecimento novo que poderá, no futuro, servir para o próprio participante, considerando tratar-se de portador de doença crônica que exige longo seguimento ambulatorial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante pois a dor nas costas é um importante problema de saúde nos países ocidentais e está associada ao aumento dos custos com saúde, faltas ao trabalho e é a condição musculoesquelética mais comum. Nesse sentido, o problema é de grande magnitude justificando a condução desta pesquisa para se identificar quais as repercussões sociais do problema para a saúde dos participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados em conformidade com as exigências éticas.

**Recomendações:**

Recomendo a aprovação do projeto pelo colegiado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.416.786

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1331423.pdf	28/05/2019 17:05:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_detalhado.pdf	28/05/2019 17:03:32	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito
Outros	Instrumento_detalhado.pdf	28/05/2019 16:58:49	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/05/2019 16:58:05	FERNANDA PATROCINIO MARQUES CHIEPPE	Aceito
Cronograma	Cronogramadeatividades.pdf	28/05/2019 16:57:34	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuencia.pdf	28/05/2019 16:56:39	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochuradespesquisa.pdf	28/05/2019 16:55:53	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/05/2019 16:54:17	FERNANDA PATROCINIO MARQUES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 26 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
(Coordenador(a))