

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CHRISTIAN LORENZO DE AGUIAR MARCHI

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO/TRATAMENTO REALIZADO PELAS  
PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA**

FLORIANÓPOLIS

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CHRISTIAN LORENZO DE AGUIAR MARCHI

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO/TRATAMENTO REALIZADO PELAS  
PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA**

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

Professora Orientadora: Dra. Betina H.  
Schlindwein Meirelles

FLORIANÓPOLIS

2007

**CHRISTIAN LORENZO DE AGUIAR MARCHI**

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO/TRATAMENTO REALIZADO PELAS  
PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA**

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

**Mestre em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 29 de Novembro de 2007, atendendo às normas da  
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

---

Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles

- Presidente –

---

Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da  
Silva  
- Membro -

---

Dr. Jamir João Sardá Júnior  
- Membro -

---

Dra. Gladys Brodersen  
- Suplente -

---

Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos  
- Suplente -

MARCHI, C. L. A. **O significado do Cuidado/Tratamento realizado pelas pessoas com dor lombar crônica**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 145p.

Orientador: Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## **RESUMO**

A dor é parte inseparável da condição humana. A dor lombar é provavelmente o sintoma mais comum da prática clínica em fisioterapia. Uma condição crônica desta dor traz conseqüências não apenas estruturais ou biomecânicas, mas também alterações de ordem psicológico-emocional e de convivência social. Portanto, os caminhos que levam aos diversos cuidados e tratamentos escolhidos para resolver este problema, envolvem um processo complexo, que não pode ser resumido ao modelo de conhecimento biomédico, pois tanto saúde como doença e seu tratamento são experiências construídas pelas pessoas em seus contextos de relações sociais. Tal percepção iniciou-se a partir de um projeto do NUCRON (Núcleo de Estudos e Assistência às Pessoas com Doenças Crônicas PEN/UFSC) sobre o itinerário terapêutico de pessoas com problemas crônicos de saúde. Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o significado do cuidado/tratamento para as pessoas com dor lombar crônica a fim de tornar a sua assistência mais sensível às questões sócio-culturais e de forma integral, contribuindo para a reflexão e reformulação do planejamento e da organização de programas de saúde para pessoas com este tipo de sintomas. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo procurando uma primeira aproximação aos preceitos da antropologia interpretativista. Foram entrevistadas 20 pessoas com dor lombar crônica, em tratamento num serviço de assistência fisioterapêutica. Reforçando o método de coleta, um grupo focal foi realizado com 8 destes sujeitos. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2007. Foram exploradas as noções sobre saúde e doença, os tipos de cuidado utilizados e os motivos pela sua

escolha. Para a formulação das seguintes categorias foi utilizada a análise de conteúdo para os dados indexados por software específico: - Atitudes e comportamentos das pessoas frente a experiência da dor lombar e- O significado do tratamento/cuidados seguidos, caracterizados por: sentir-se bem com o cuidado/tratamento; sentir-se (in)capaz frente ao cuidado/tratamento; manter a esperança quanto ao cuidado/tratamento. Verificou-se que os tratamentos/cuidados selecionados dependem de contextos que vão além dos componentes biomecânicos e estruturais causais. Atribui-se a esta escolha, o significado e as convicções que as pessoas têm sobre as suas dores nas costas. Fatores como a intensidade dos sintomas, o tempo de permanência deles, a disfunção que eles proporcionam e o sofrimento que a eles é associado dão noção à pessoa de que ela está doente e precisa buscar ajuda. Esta ajuda é escolhida tendo como base aspectos econômicos e culturais de suas vidas. As escolhas para o cuidado/tratamento limitaram-se aos âmbitos do subsistema familiar e profissional. A maior diversidade de escolhas foi relacionada ao subsistema profissional onde as pessoas mudam constantemente de especialidade e de abordagem utilizada. Tal comportamento pode estar associado ao comportamento da dor que é instável e apresenta diferentes significados, em diferentes contextos com o passar do tempo. Outros motivos relacionados foram o não esclarecimento suficiente sobre o diagnóstico, prognóstico e terapêutica por parte do profissional que atende e a não resolução dos problemas associados aos sintomas em curto prazo. O profissional de saúde, ao reconhecer as diferenças de conhecimentos, comportamento, atitudes, significados e valores atribuídos pelos sujeitos ao processo de viver e ser saudável, favorece a interação e a relação genuína. O reconhecimento desta dimensão sócio-histórico cultural é importante para que se compreendam as limitações do modelo biomédico, no qual os profissionais de saúde estão geralmente enraizados, e então, estabelecer o diálogo e a interação entre o profissional de saúde e a pessoa com dor lombar crônica.

Palavras-chave: dor lombar, doença crônica, atenção à saúde, saúde do adulto

MARCHI, C. L. A. **The meaning of the Care / Treatment accomplished by the people with chronic lumbar pain**, 2007. Dissertation (Masters of Nursing) – Post graduation Nursing Course, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 145p.

Advisor: Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles

Research line: The care and the process of living, to be healthy and to get sick.

## **ABSTRACT**

The pain is inseparable part of the human condition. The back pain is probably the more common symptom of the clinical practice in physiotherapy. The chronic condition of this pain brings consequences not for only structure or biomechanics, but also alterations of psychological and emotional types and social coexistence. Therefore, the roads that take to the several cares and chosen treatments to solve this problem involve a complex process, that cannot be summarized of biomedical knowledge, because so much, because as much health as disease and treatment they are experiences built by the people in their contexts of social relationships. Such perception began starting from a project of NUCRON (Nucleus of Studies and Attendance to the People with Chronic Diseases PEN / UFSC) about the people's therapeutic itinerary with chronic problems of health. This research has the objective of understanding the meaning of the care / treatment for the people with chronic back pain to turn more sensitive attendances to the social and cultural subjects and na in na integral way, contributing to the reflection and reformulation of the planning and of the organization of health programs for people with this type of symptoms. This research is a qualitative stamp seeking a first approach to the precepts of the interpretative anthropology. Twenty people were interviewed with chronic back pain, in treatment of physical therapy service. Reinforcing the collection method, a focal group was accomplished with 8 of these subjects. The data collection was accomplished between the months of June and August of 2007. The notions were explored on health and disease, the care types used and the reasons for his/her choice. For the formulation of the following categories the content analysis was used for the

data indexed by specific software: - Attitudes and behaviors of the people front the experience of the back pain; - The meaning of the following treatment / cares, characterized for: to feel good with the care / treatment; to feel able or unable front to the care / treatment; to maintain the hope as for the care / treatment. It was verified that the selected treatments / cares depend on contexts that are going besides the biomechanical and structural components. This choice is attributed to the meaning and the convictions that people have about their back pain. Factors such as the intensity of the symptoms, the time of permanence of them, the dysfunction that they provide and the suffering that is associated them gives notion to the person that they are sick and they needs to look for help. This help is chosen tends as base economical and cultural aspects of their lives. The choices for the care / treatment were limited to the extents of the family and professional subsystems. The largest diversity of choices was related to the professional subsystem where the people constantly change of specialty and of used approach. Such behavior can be associated to the behavior of the pain that is unstable and it presents different meanings, in different contexts in the course of time. Other related reasons were it not enough explanation on the diagnosis, prognostic and therapeutics on the part of the professional that they assists and the non resolution of the problems associated to the symptoms in short period. The health professional, when recognizing the differences of knowledge, behavior, attitudes, meanings and values attributed by the subjects to the process of to live and to be healthy, it favors the interaction and the genuine relationship. The recognition of this dimension cultural-social and historic report is important for the limitations of the biomedical model to be understood, in which the professionals of health are usually convicts, and then, to establish the dialogue and the interaction between the health professional and the person with chronic low back pain.

Keywords: back pain, chronic diseases, halth care, adult health.

MARCHI, C. L. A. **El significado del cuidado/tratamiento logrado por las personas con el dolor lumbar crónica**, 2007. Disertación (Master en la Enfermería) – Curso de Título de Masteres en la Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 145p.

Orientador: Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## **RESUMEN**

El dolor es parte inseparable de la condición humana. El dolor de espalda es probablemente el más común síntoma de la práctica clínica de fisioterapia. La condición crónica de este dolor trae consecuencias no sólo estructurales o biomecánicas, sino también alteraciones de tipo psicológico y emocional y de la convivencia social. Por lo tanto, las carreteras que llevan a los varios cuidados y elegido tratamientos para resolver este problema implican un proceso complejo, que no puede ser resumen de las investigaciones ou conocimientos biomédicos, porque tanto la salud como la enfermedad y su tratamiento son experiencias construidas por las personas en sus contextos de relaciones sociales. Esa percepción comenzó a partir de un proyecto de NUCRON (Núcleo de Estudios y Asistencia a las Personas con Enfermedades Crónicas PEN/UFSC) acerca del itinerario terapéutico de las personas con problemas crónicos de salud. Esta investigación tiene el objetivo de comprender el significado de la atención/tratamiento de las personas con dolor de espalda crónico para tornar más sensibles a lo asistencias a los temas sociales y culturales y nd nd en forma integral, contribuyendo a la reflexión y la reformulación de la planificación y de la organización de los programas de salud para las personas con este tipo de síntomas. Esta investigación tiene escopo cualitativo buscando una primera aproximación a los preceptos de la antropología interpretativa. Veinte personas fueron entrevistadas con dolor crónico de espalda, en el tratamiento de terapia física. Para refuerzo del método de colección, un grupo focal se logró con 8 de estos sujetos. La recopilación de datos fue realizada entre los meses de junio y agosto de 2007. Las nociones se estudiaron en la salud y la enfermedad, los tipos de atención utilizados y las razones de su elección. Para la formulación de las siguientes categorías el análisis de contenido fue utilizado

para la indexación de los datos por software específico: - actitudes y comportamientos de las personas frente la experiencia de las dolores de espalda; - el significado de los tratamientos/atención seguidos, caracterizados por: sentirse bien con la atención/tratamiento; para sentirse capaces o no frente a la atención/tratamiento; para mantener la esperanza para la atención/tratamiento. Se verifica que los seleccionados tratamientos/atención dependen de contextos que van además de la biomecánicos y componentes estructurales. La elección es atribuida al significado y las condenas que la gente tiene acerca de sus dolores de espalda. Factores tales como la intensidad de los síntomas, el tiempo de permanencia de ellos, la disfunción que proporcionan el sufrimiento que está asociado les da idea de la persona que están enfermos y que necesita para buscar ayuda. Esta ayuda es elegido tiendo como base cultural y económico los aspectos de sus vidas. Las opciones para la atención/tratamiento se limitaban a los grados de los subsistemas familiar y profesional. La mayor diversidad de opciones se refería al subsistema profesional donde las personas cambiam constantemente de la especialidad y de enfoque. Ese comportamiento puede estar asociado al comportamiento del dolor que es inestable y presenta diferentes significados, en contextos diferentes en el curso de tiempo. Otros motivos relatados fueron que no existe explicación suficiente sobre el diagnóstico, pronóstico y terapéutica de parte de los profesionales que asisten y pela no resolución de los problemas asociados a los síntomas en el corto plazo. El profesional de la salud, cuando reconociendo las diferencias de conocimientos, el comportamiento, actitudes y significados de valores atribuidos por los sujetos que el proceso de vivir en salud favorece la interacción y la verdadera relación. El reconocimiento de esta dimensión socio-cultural e histórica es importante para informar las limitaciones del modelo biomédico en que los profesionales de la salud generalmente son enganchados, y luego, para establecer el diálogo y la interacción entre los profesionales de la salud y la persona con dolor lumbar crónica.

Palabras-clave: dolor lumbar, enfermedad crónica, atención a la salud, salud del adulto

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	58
---------------	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Adaptação das relações entre os subsistemas de cuidado à saúde. ....	24
<b>Figura 2:</b> Rede de conexões entre as unidades de significado na construção das categorias. ....	64
<b>Figura 3:</b> Quadro de exibição contendo as unidades de significado. ....	65
<b>Figura 4:</b> Descrição das frequências relacionadas às profissões dos sujeitos pesquisados. ....	73
<b>Figura 5:</b> Mapa corporal demonstrando os locais da dor dos sujeitos da amostra (os traços mais fracos são referem-se às anotações realizadas pelos próprios sujeitos). ....	78

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Objetivo Geral: .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Objetivos Específicos:.....</b>	<b>17</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Dor na Perspectiva Cultural.....</b>	<b>28</b>
2.1.2 Comportamento Cultural em Pessoas com Dor Crônica .....	34
<b>2.2 A Dor Lombar .....</b>	<b>36</b>
2.2.1 Influência das Posições do Corpo e Posturas Sobre a Coluna Lombar .....	40
2.2.2 O Perfil das Pessoas com Dor Lombar Crônica .....	41
2.2.3 Dor Lombar Como um Problema para a Sociedade.....	43
<b>2.3 O Cuidado/Tratamento da Dor Lombar Crônica. ....</b>	<b>45</b>
2.3.1 Atendimento Primário, Secundário e Terciário .....	47
2.3.2 Medicamentos.....	50
2.3.3 As Escolas da Coluna .....	51
2.3.4 As Terapias Manuais .....	51
2.3.5 As Terapias por Exercícios.....	52
2.3.6 Terapias Comportamentais:.....	53
<b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS: .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2 Apresentando o Local de Pesquisa:.....</b>	<b>54</b>
<b>3.3 Sujeitos da Pesquisa: .....</b>	<b>56</b>
<b>3.4 Coleta de Dados.....</b>	<b>58</b>
<b>3.5 Análise dos dados .....</b>	<b>61</b>
3.5.1 A Pré-Análise: .....	62
3.5.2.Exploração do Material .....	62
3.5.3 Tratamento dos Dados .....	63
<b>4.6 Considerações éticas .....</b>	<b>66</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>4.1- Conhecendo as Pessoas Participantes do Estudo: .....</b>	<b>68</b>
4.1.1 Considerações Sobre o Gênero.....	68
4.1.2- Considerações Sobre a Idade.....	70
4.1.3 Considerando as Atividades Laborais .....	72
4.1.4 Considerações Sócio-Demográficas .....	75

4.1.5 Considerando as Queixas de Dor Lombar, o Tempo de Manifestação dos Sintomas e a sua Distribuição Corporal .....	77
4.1.6 Considerando a Dor Lombar e as Condições Físico-Ambientais.....	79
4.1.7 O Significado de Saúde e Doença para as Pessoas com Dor Lombar Crônica .....	83
<b>4.2 Atitudes e comportamentos das pessoas frente à experiência da dor lombar crônica:.....</b>	<b>91</b>
4.2.1 A Busca pelos cuidados/tratamentos para a dor lombar crônica .....	97
4.2.2 A decisão de buscar cuidado/tratamento para a dor lombar crônica .....	97
4.2.2. O percurso terapêutico seguido na busca da solução para a dor lombar crônica .	101
<b>4.3 O significado dos Tratamentos/Cuidados Seguidos .....</b>	<b>110</b>
4.3.1 O sentir-se bem com o Cuidado/Tratamento .....	111
4.3.2 O sentir-se (in)capaz frente ao Cuidado/Tratamento da dor lombar crônica .....	115
4.3.3 Manter a esperança quanto ao Cuidado/tratamento.....	118
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>142</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Seja qual for a sua forma, para Helman (2003), a dor é uma parte inseparável da vida cotidiana. Sendo, provavelmente, o sintoma mais comum na prática clínica em fisioterapia, constitui-se de uma série de transformações fisiológicas normais, agregando a estas transformações fatores psicológicos, sociais e culturais, que não se colocam de menor importância quando abordamos uma pessoa com a queixa de um determinado tipo de dor, qualquer que seja a sua origem e as suas transformações. Minha experiência profissional me leva a concordar com Helman (2003) quando coloca suas proposições a respeito da dor: nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma; a maneira como as pessoas percebem e reagem à dor, tanto em si mesmas como no semelhante, pode ser influenciada pela sua origem e formação cultural e social; e a maneira com que as pessoas comunicam a dor aos profissionais de saúde, à família ou à sociedade também pode ser influenciada por esses fatores.

Na assistência de pessoas com queixa de dor deve-se considerar o tipo de dor que esta pessoa refere, podendo se tratar de uma dor aguda ou crônica. A dor aguda é resultante de um trauma ou lesão causada por algum agente externo cursando como uma ocasião passageira, apresentando-se muitas vezes de forma agressiva inicialmente, porém dura por um breve período de tempo. Já a dor crônica, causa problemas peculiares às suas vítimas e às pessoas a sua volta, sendo de difícil resolução e envolvendo diretamente problemas familiares, sociais e culturais. A dor crônica, muitas vezes está intimamente ligada a problemas sociais e psicológicos. Segundo Helman (2003), as tensões interpessoais podem fazer com que alguém desenvolva dor crônica e vice-versa, sendo a simulação de dor a única maneira de sinalizar sofrimento pessoal, seja qual for a causa. Esta dor pode assumir diversas formas desde a dor em todo o corpo, como a dor localizada em uma região corporal específica. Para Kleinman et al. (1992), a depressão e a ansiedade, os conflitos familiares, os problemas e a insatisfação no trabalho podem deflagrar ou exacerbar as

condições de dor crônica e em troca, podem ser agravados por ela mesma. Estes aspectos declaram as manifestações do fenômeno da dor e o entendimento desse processo é fundamental para a abordagem e assistência de pessoas com queixa de dor.

A coluna vertebral é a região do corpo com maior índice epidemiológico de queixas (VAN TULDER; KOES, 2006). É possível que mais de 80% da população mundial possa apresentar pelo menos um episódio de dor lombar durante sua vida (SILVA et al., 2004; MANECK; MACGREGOR, 2005). A preocupação passa a ser maior ainda ao observarmos os setores laborais específicos onde em que a incidência de “dores nas costas” nos trabalhadores pode chegar a 199 por 1000 ocupados, acompanhada de grande quantidade de afastamentos e tornando-se um enorme problema para o setor produtivo (VERSLOOT et al, 1992; DAVIS; HEANEY, 2000).

A incidência da dor lombar crônica atinge entre 15% e 20% da população nos países ocidentais (FRANK, 1993; MCBETH; JONES, 2007). Pessoas com dor lombar crônica têm resultados piores com a terapêutica, alta probabilidade de recorrência de sintomas e elevados níveis de stress psicológico e insatisfação com o emprego (CROFT et al, 1996; THOMAS et al, 1999; DAVIS; HEANEY, 2000).

Classifica-se como dor lombar crônica a dor que atinge a região da coluna lombar por mais de três meses, sendo esta dor intermitente ou contínua. Acompanha a esta pessoa todos os outros sintomas e sinais físicos, psicológicos, sociais e econômicos, portanto introduzidos na multifatoriedade da realidade. No caso das pessoas com dor lombar crônica, as crenças e experiências obtidas nos mais diversos subsistemas de cuidado à saúde determinam as suas necessidades de cuidado (VAN TULDER, 2002).

As dores lombares são consideradas pela Organização Mundial de Saúde como um dos maiores problemas de saúde que afetam sócio-economicamente as pessoas dos países ocidentais. Em um de seus últimos boletins, divulgou-se que a primeira década de 2000 seria considerada a década do osso e das juntas, contemplando a presença de problemas músculo-esqueléticos dentro do contexto no plano da saúde mundial (WOOLF; PFLEGER, 2003).

A grande maioria das dores provenientes da coluna vertebral apresenta características comuns não estruturais, sendo o sedentarismo relativo da população somado ao padrão unilateral, a repetitividade, a velocidade e a carga laboral, o descuido com a postura habitual e problemas psico-sociais associados, as principais causas delas (NACHEMSON, 1992; ANDERSON, 1995; MCKENZIE, 1981, 1990; WILLIAMS, 1993). É consenso que existem evidências cada vez maiores de que a dor lombar crônica, assim como a maior parte das dores crônicas possui, além dos preceptores biomecânicos, atributos psicológicos-sociais-econômicos que contribuem com a reincidência ou perpetuação do problema (SPENGLER et al, 1986; WADDELL, 1998; MAYER et al, 1991; GATCHEL et al, 1992; OLIVEIRA, 2000; DAVIS; HEANEY, 2000; COX, 2002; MCBETH; JONES, 2007).

Tais atributos não são claros como as manifestações mecânicas, que podem ser observadas através de um exame imageológico ou de um teste de compressão. São relatados: descontentamento com o trabalho, dificuldade de relacionamento com o chefe, história de abuso físico e sexual, problemas com abandono e financeiros além de outros fatores “extra-orgânicos” como influentes na gênese e manutenção da dor lombar crônica (OLIVEIRA, 2000; STRUNIN; BODEN, 2004; WALKER et al, 2006).

O profissional da saúde que se dedica ao estudo e tratamento de dores e desarranjos em coluna vertebral tem por função restabelecer e harmonizar funcionalmente essa região, dependendo disto as demais funções associadas a membros superiores, inferiores e ao tronco. Para o desejável restabelecimento funcional e harmônico é necessário então que sejam considerados além dos aspectos que envolvem dor no sentido anátomo-patológico, os sociais, culturais e até filosóficos das pessoas que referem a dor lombar. A estes campos estão associadas crenças e estratégias de cura subjetiva, tanto por parte do cuidador como de quem é cuidado necessitando de atenção e pesquisa diferenciada que os aborde de maneira mais profunda e completa.

Partindo desta ótica, as pessoas encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. No caso das sociedades mais modernas, esse fator adquire

maiores proporções e significados. Os indivíduos passam a contar com mais possibilidades de escolha, com amplas e variáveis formas de serviços terapêuticos. Curandeiros, representantes biomédicos, massagistas, entre outros, desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes. São distintos serviços que padronizam, interpretam e procuram tratar a aflição dentro de modelos de explicação desconhecidos ou parcialmente conhecidos (ALVES; SOUZA, 1999).

O que se tem observado na prática fisioterapêutica, é que há uma tendência de adoção de tratamentos convencionais (preceitos da biomedicina ocidental) para os problemas crônicos de coluna vertebral, mais precisamente a coluna lombar, com ênfase a aspectos curativos, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas adequadas somente para o momento agudo da lesão. Encaminha-se a pessoa para o domicílio sem a preocupação com a orientação quanto a questões básicas de educação, prevenção ou conhecimento sobre a sua patologia. A atenção dirigida ao problema desta forma torna-se inadequada, insuficiente ou não satisfaz, levando a pessoa através de diferentes percursos terapêuticos, a buscar o entendimento e resolução do seu problema.

Deste modo, os caminhos que levam aos diversos cuidados e tratamentos escolhidos, envolvem um processo complexo que não pode ser resumido ao modelo de conhecimentos biomédicos, pois tanto saúde como doença e seu tratamento são experiências construídas pelas pessoas em seus contextos de relações sociais (KLEINMAN, 1980).

Diante de minha experiência profissional como fisioterapeuta, de cerca de 10 anos de abordagem especializada ao cuidado/tratamento de pessoas com dor lombar, percebe-se que, principalmente nos casos crônicos, há certa dificuldade das pessoas envolvidas, em assumirem o seu papel de doente no processo terapêutico. Desta forma, a resolutibilidade terapêutica torna-se insatisfatória, pois ao submeter-se ao tratamento, a pessoa tende a apresentar temporariamente a melhora dos sintomas, mas, quase ao mesmo tempo “relaxa” os cuidados posturais e corporais, aumentando as chances de recidiva, o que na maioria das vezes acontece.

A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2007).

O fisioterapeuta, profissional representante desta ciência é o profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução para a pessoa bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. Atividade de saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69 e Decreto 9.640/84. Tem como atribuições Gerais :

- Prestar assistência fisioterapêutica (Hospitalar, Ambulatorial e em Consultórios).
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, a sua eficácia, a sua resolatividade e as condições de alta do cliente submetido a estas práticas de saúde.

O fisioterapeuta pesquisador neste trabalho é um profissional que se propõe a embasar e aprofundar a assistência fisioterápica de maneira holística englobando os múltiplos fatores (físicos, sociais, culturais, econômicos, dentre outros) que levam as pessoas a procurar seus serviços. Este se encontra aberto às novas experiências em favor do objetivo de prestar não mais apenas o tratamento de intervenção, mas todo o processo do cuidado. Porque mais do que recuperar pessoas, é preciso criar as condições necessárias para que a saúde se desenvolva.

Ao buscar novas perspectivas e experiências, vislumbrou-se a possibilidade de fazer realmente uma pesquisa que pudesse englobar holisticamente as pessoas com dor lombar crônica num contato interdisciplinar encontrado no NUCRON (Núcleo de Estudos e Assistência às Pessoas com Doenças Crônicas PEN/UFSC). Este grupo de pesquisadores se propõe a trabalhar com aspectos relacionados às condições crônicas

de saúde mostrando-se convergente à proposta desta pesquisa, no qual me inclui no projeto de pesquisa que aborda a linha do itinerário terapêutico de pessoas com doença crônica.

Algumas pessoas podem ter uma percepção cognitiva ou a expectativa de que os eventos e as circunstâncias da vida são resultados de suas próprias ações, parecem ter um maior controle de sua dor, expressam-se menos e apresentam menos respostas emocionais. Já há aqueles que se sentem incapazes de controlar a dor e tendem a acreditar que os eventos ou circunstâncias de suas vidas dependem de fatores externos e são mais propensos a deixar de exercer as suas atividades diárias por causa da dor (JENSEN; KAROLY, 1991).

Na prática cotidiana encontramos discursos em que as pessoas claramente esperam isto como se a solução fosse imediata e totalmente dependente do terapeuta. Os profissionais da saúde que lidam com as pessoas com dor lombar tornam-se referências únicas, quase num sentido de obrigatoriedade de resolver as suas queixas de dor. Observa-se uma situação de vida em completa prostração a espera que alguém resolva seus problemas e suas angústias relacionadas ao mal que sofrem (COX, 2002).

Por outra parte, os profissionais da saúde têm participação nesse comportamento, pois são eles que se colocam como detentores das ferramentas para o diagnóstico do problema, ou seja, somente eles poderiam atestar o estado de doença das pessoas. Por outro lado, o cuidado/tratamento baseado nestes preceitos está fadado ao fracasso, pois ao analisar apenas a face da dor, o terapeuta deixa de constatar dificuldades diárias que as pessoas enfrentam e que alimentam a cronicidade da dor nas costas (COX, 2002).

Assim sendo, as pessoas vão perfazendo uma rotina de procura a diferentes serviços ou profissionais na busca pela terapêutica que mais se adapta à sua avaliação de cuidado/tratamento, que promova os resultados esperados, ou seja, o alívio da dor e as conseqüentes funções cotidianas. Esta busca pela ajuda ideal não deve ser avaliada sem levarmos em conta todos os aspectos históricos e atuais da sociedade, especialmente quanto à sua organização política, religiosa, econômica, cultural, regional ou ambiental e social.

A procura de cuidados terapêuticos, por parte do indivíduo ou da família, origina-se de situações diversas, sendo a doença um fenômeno objetivo ou subjetivo. Transita-se da ‘normalidade’ ao ‘patológico’, desencadeando processos complexos, quanto à escolha do tipo de recurso a adotar, influenciados não só por fatores objetivos, mas também pelas representações que interferem na explicação da doença, na opção por determinado recurso e nos itinerários em busca de cuidados terapêuticos (GERHARDT, 2006).

É necessário então conceber que os princípios que levam as pessoas a entenderem a doença e a procurar o seu tipo de cura são variados e muito complexos. Mudam de pessoa para pessoa e muitas vezes se modificam na mesma pessoa conforme a evolução da situação apresentada. Parte da solução para o desembaraço desta complexidade é apresentada a partir da maneira que se faz o estudo da construção da doença pelas pessoas. Podem-se enfatizar as características cognitivas das pessoas envolvidas através da interpretação da explicação das pessoas sobre o processo de saúde, doença e cuidado/tratamento como preconizado por Kleinman (1980) ou analisam-se as narrativas dentro de uma perspectiva simbólica ou de significados como sugerido por alguns outros antropólogos (RUBEL; HASS, 1990; LOCK; SCHEPER-HUGES, 1990). Mas pela análise dos “signos, significados e ações” preconizada por Corin et al. (1992) pode-se chegar a uma maior sistematização dos elementos que influenciam na decisão do que é realmente problemático durante as decisões de escolhas terapêuticas e num maior conhecimento das maneiras de pensar e agir junto às quais se quer intervir. A compreensão de doenças por meio destes sistemas auxilia o melhor entendimento da variabilidade das escolhas terapêuticas e possibilita um desenho antecipado das ações de saúde a serem disponibilizadas para a população (KLEINMAN, 1980).

Após a exposição destas percepções sobre a dor lombar e das questões sócio-culturais a ela relacionadas, visualiza-se a possibilidade de tornar a assistência fisioterapêutica às pessoas com dor lombar crônica, uma assistência construída de forma integral, ou seja, partindo da assistência para o cuidado. Porém existem algumas questões que precisam ser respondidas para que o cuidado/tratamento integral aconteça. São elas: O que ou quem influencia as pessoas portadoras de dor lombar

crônica a procurar outros serviços de saúde, antes de procurar o serviço de fisioterapia? Por quais recursos da comunidade, profissionais ou não, estas pessoas passam antes de chegar até o serviço de fisioterapia? O que estes recursos têm a oferecer à pessoa com lombalgia crônica? Como as concepções de saúde, doença e cuidado/tratamento influenciam nas diferentes escolhas cuidado/tratamento?

O conhecimento sobre estas questões pode contribuir diretamente na construção de novos caminhos para um cuidado/tratamento à saúde mais condizente com a realidade das pessoas com doença crônica, mais especificamente com dor lombar, considerando a aproximação com a compreensão do significado da doença e de como ela é vivida e enfrentada pelas pessoas. Assim, a partir destas percepções, a questão norteadora principal desta pesquisa é: **“Qual é o significado dos cuidados/tratamentos realizados pelas pessoas com dor lombar crônica na busca pela solução do seu problema?”**.

Dando sustentação a esta questão de pesquisa, emergiram os seguintes pressupostos baseados nas leituras prévias e pelo suporte da minha experiência profissional:

- A dor lombar crônica é um fenômeno que afeta a pessoa em várias dimensões da sua realidade.
- A pessoa com a dor lombar enfrenta este problema conforme a sua própria interpretação da doença. Esta interpretação é baseada no comportamento dos sintomas e das vivências e experiências adquiridas pelo aprendizado da convivência social, pela imposição social, econômica e cultural. Tais interpretações sustentam seus entendimentos sobre a doença e direcionam suas ações diante dela.
- As pessoas procuram os diversos cuidados/tratamentos de saúde no intuito de resolver sua dor lombar. As diversas possibilidades de escolha dos cuidado/tratamentos advêm das ofertas e disponibilidade dos serviços de seu conhecimento.

- O seguimento ou não aos tratamentos/cuidados propostos está diretamente mediado pela compatibilidade entre o entendimento da doença por parte do pessoa e as premissas conceituais da terapêutica proposta.
- A variedade ou riqueza do itinerário terapêutico pode estar relacionada ao tempo e interpretação da sintomatologia dolorosa, à quantidade de serviços disponíveis e de conhecimento da pessoa e os recursos financeiros necessários para efetuar tal busca.

Trentini e Paim (2004) identificam os pressupostos como tópicos que dão sustentação ao problema de pesquisa e aos métodos de obtenção e análise das informações. Não são necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente, mas mostram *a priori*, o ponto de partida do pesquisador, indicando que esse não é neutro no processo de pesquisar. Eles se somam aos conceitos e às teorias que visam cientificamente responder ao problema levantado.

A resposta a esta questão poderá contribuir para a reflexão e reformulação das questões relativas ao planejamento e à organização de programas de saúde a pessoas com dor lombar crônica, no sentido de maior adequação das intervenções às características sociais e culturais das populações junto às quais se quer intervir.

### **1.1 Objetivo Geral:**

-Compreender o significado dos tratamentos/cuidados realizados pelas pessoas com dor lombar crônica atendidas em um serviço de fisioterapia na busca pela solução do seu problema.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

-Caracterizar as pessoas com dor lombar crônica que procuram cuidado/tratamento no serviço de fisioterapia.

-Identificar os cuidados/tratamentos pelos quais estas pessoas passaram antes de procurar o serviço de fisioterapia.

-Destacar os fatores que influenciam as pessoas com dor lombar crônica na escolha e na avaliação do cuidado/tratamento e na avaliação dos tratamentos/cuidados.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O processo saúde-doença no contexto cultural**

O caminho para buscar a compreensão do significado dos cuidados/tratamentos realizados por pessoas com dor lombar crônica, procurou uma primeira aproximação com as concepções da antropologia interpretativista. Tal pensamento coloca-se sob uma perspectiva teórica da hermenêutica que busca compreender a linguagem do sujeito, na forma de uma construção textual, visando explicar as funções da ação humana em todas as suas inter-relações.

A abordagem interpretativista, na área da saúde, procura articular cultura e doença. Vem investigando como o significado e as práticas interpretativas interagem em termos de processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzir formas distintas de doença e trajetória de doença. Assim, “parte-se da premissa de que biologia, práticas sociais e significados interagem na organização da doença como objeto social e experiência viva” (GOMES, MENDONÇA, 2003, p. 114)

O ponto principal que envolve a antropologia interpretativista é o entendimento da perspectiva do paciente. A premissa subliminar é que as desordens variam profundamente em suas dinâmicas, devido às influências culturais e interpretações, expressões comportamentais, severidade e duração. As pessoas tornam então a perceber este mundo através de um filtro de valores e a busca destes significados emerge como sendo a dimensão central para várias pesquisas (FONSECA et al, 2007).

Assim, a interpretação consiste em decifrar o sentido implícito na linguagem aparente e “o pesquisador busca compreender os sujeitos, com suas intenções, seus valores, sua situação, sua historicidade, enfim sua subjetividade” (JAPIASSU, 2002, p. 101). Por isso a compreensão hermenêutica busca dar conta das relações sociais e dos atos humanos, privilegiando o sentido dado pelos sujeitos. As

interpretações são providas de significado e de estruturas de importância para os sujeitos que vivem, pensam e agem num determinado contexto social e cultural.

Segundo Ricoeur (1976), é pela linguagem que podemos expor sobre o que está presente e o que está oculto, ou não é percebido. A experiência torna-se pública pelo discurso ou pela linguagem intencional e o discurso pode ser compreendido pela sua significação (SILVA, 2001). Para esta autora o conhecimento do sujeito é construído nas suas práticas, nas suas experiências de vida, organizado pela linguagem, expondo os significados culturais e históricos que circundam a definição de algo pelo sujeito, num grupo social específico, num determinado período da sua vida. Nestas perspectivas, as experiências de vida são uma expressão cultural, são formas simbólicas pelas quais o sujeito se orienta e se comporta no mundo.

A análise da cultura, com base na hermenêutica, é proposta pela antropologia interpretativa de Geertz (1989). Para este autor, cultura é uma rede de significados construída pelo próprio sujeito, compartilhada pelo grupo social e que serve de orientação para a conduta dos seus membros. Os significados são múltiplos e devem ter relação com o contexto onde ocorrem. Na análise cultural, o comportamento em si não é importante, o importante é interpretar e compreender o que transmite este comportamento, pois, a cultura está relacionada com as estruturas de significados estabelecidas socialmente. Assim, a interpretação busca o significado das ações das pessoas em uma determinada sociedade, num determinado período histórico, transformando-o em conceitos científicos.

Para Langdon (2003), na visão de cultura como um sistema simbólico, a doença é conceituada como um processo que envolve uma seqüência de eventos para o sujeito. Este se torna motivado pelos objetivos de entender o sofrimento, no intuito de organizar a experiência vivida e aliviar o seu sofrimento. A interpretação da doença emerge deste processo e para entender o seu significado, é necessário acompanhar o episódio da doença, o percurso terapêutico e os discursos das pessoas envolvidas, em cada passo da seqüência dos eventos.

A cultura é definida por Geertz (1989) como um conjunto de teias de significados que a própria pessoa tece e na qual se encontra totalmente envolvido.

Complementa que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Desta forma todas as ações de saúde podem estar organizadas em um sistema cultural próprio da saúde, chamado por ele de Sistema de Cuidados à Saúde.

Acredita-se que nascer e crescer dentro de determinados grupos sociais é uma forma de “enculturação” da pessoa que, aos poucos, adquire a forma coletiva de “ver o mundo”. Sem esta conexão, tanto a percepção quanto a continuidade da convivência no grupo não seriam possíveis. Esta manifestação humana também proporciona aos indivíduos, um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte através da utilização de símbolos, linguagem, arte e rituais.

Deve-se entender a cultura de uma forma mais ampla, permitindo espaço para as diferenças expressarem-se num mesmo tempo e lugar. Assim como Budó et al (2007), acredita-se fazer necessária certa oposição à rigidez e ao reducionismo que um único conceito pode ter sobre cultura.

Desta perspectiva, saúde, doença e cuidado são aspectos relacionados às sociedades e que interagem com seus sistemas culturais. Doenças que geram dor são fenômenos comuns que causam conflitos de relações entre as pessoas e a sociedade (KLEINMAN, 1980). Para Guerci e Consiglieri (1999), as diferentes sociedades integram a dor na sua própria visão de mundo e conferem-lhe um valor. Essa integração faz com que as percepções do corpo adquiram uma realidade que muda de uma cultura para outra, não sendo a fisiologia estrutural a única explicação, mas também, a sua demanda e o contexto histórico e cultural.

A construção cultural da doença depende então da experiência pessoal e social transformada numa resposta que se adapta a tais situações. Desta forma, as doenças podem se manifestar de maneira diferente entre pessoas e entre sociedades.

Um estudo antropológico trans-seccional, feito com aborígenes no deserto da Austrália, verificou que a maioria das pessoas desta população sofria de dores lombares, mas esta dor não significava nada para eles ou, eles não tinham necessidade de expô-la, por ser de ocorrência comum. É como se a dor nas costas fosse um fenômeno comum para a tribo. Em contrapartida, dores de cabeça (tão comuns nas

sociedades ocidentais) são consideradas pelos aborígenes como um problema muito sério. Percebeu-se ainda que os aborígenes somente relatavam a dor nas costas quando não havia no local da entrevista, presença de outros representantes da tribo (HONEYMAN, et al., 1996).

Estas afirmações sustentam a perspectiva antropológica interpretativista que considera que a saúde e tudo o que se relaciona a ela são fenômenos construídos e culturalmente interpretados. A ideologia e os significados que guiam a procura pelo processo de cura, bem como as regras que governam as decisões individuais ou do grupo, neste caso, independem dos episódios exclusivos da doença orgânica. Este processo inicia com a “classificação” das doenças em termos gerais. Na cultura ocidental, a sociedade classifica os tipos de doenças com valores ou significados positivos ou negativos, mais graves ou menos graves (NICTER, 1989).

Saúde e doença são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas do homem. Cercar estes valores por apenas uma palavra ou conceito significa restringir a possibilidade de manifestá-las. “[...] a doença (e por extensão a saúde) não é uma coisa em si, nem mesmo a representação desta coisa, mas um objeto, fruto dessa interação, capaz de sintetizar múltiplos significados” (FILHO; ANDRADE, 2003 p. 99).

Para Kleinman (1980), a saúde e a enfermidade são partes de um sistema cultural e assim devem ser entendidos em suas relações mútuas. Examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza de cada uma delas e o modo como funcionam em dado contexto. O comportamento doloroso está relacionado aos processos de significação da doença (*illness*) enquanto a doença orgânica pode ser reconhecida como a patologia (*disease*) propriamente dita. Portanto, saúde não é apenas ausência de doença (patologia), mas sim um bem estar físico associado à compreensão individual da significância disso.

Kleinman (1980) e Good (1994) afirmam que a patologia se correlaciona ou é causada por alterações biológicas/psicológicas enquanto o comportamento doloroso situa-se no domínio da linguagem e do significado, constituindo, portanto uma

experiência humana. A patologia e comportamento doloroso constituem um processo de construção que dependem da cultura (FILHO; ANDRADE, 2003).

Essa apresentação de comportamento e a reação dos outros a ela são, em grande parte, determinadas por fatores sócio-culturais. Estes ditam quais os sinais e sintomas são ditos como anormais e dão forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as no entremeio de um padrão reconhecível para a pessoa com dor e para aqueles que a cercam.

Segundo Kleinmann (1980), as pessoas são os atores sociais em dinâmico ajuste ajuste de convicções sobre o cuidado da saúde e sobre doença. Ajustes estes que estão definidos dentro de um contexto cultural criado com base nas experiências biológicas e psicológicas individuais, pelas redes sociais e pelos subsistemas de cuidado à saúde nas quais se inserem e, com consciência, agindo sobre elas (KLEINMAN, 1980).

Evidencia-se tal ambiente por um contexto no qual as práticas tomam forma, que possui características próprias e especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais), que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social (GEHRARDT, 2006).

A aplicação de valores ou significados aos tipos de doença tem grande influência sobre as decisões das pessoas em relação ao seu comportamento curativo. Esta linha de pensamento define qual é o problema mais importante, mais grave e que deve ser abordado imediatamente, dando-lhe um significado e a resposta terapêutica mais adequada a cada tipo de situação. Geralmente as doenças que se exteriorizam são consideradas pela sociedade mais graves e importantes do que as que não transparecem. A mesma estrutura de significado é usada para decidir-se o tempo necessário para o cuidado/tratamento e quando mudar para outro. Nesta perspectiva, supõe-se que as pessoas interpretem certos tipos de prática como mais adequadas para lidar com certos tipos de doenças, de maneira que a seleção entre as escolhas terapêuticas seja definida por certas situações de enfermidade (HARREL, 1991).

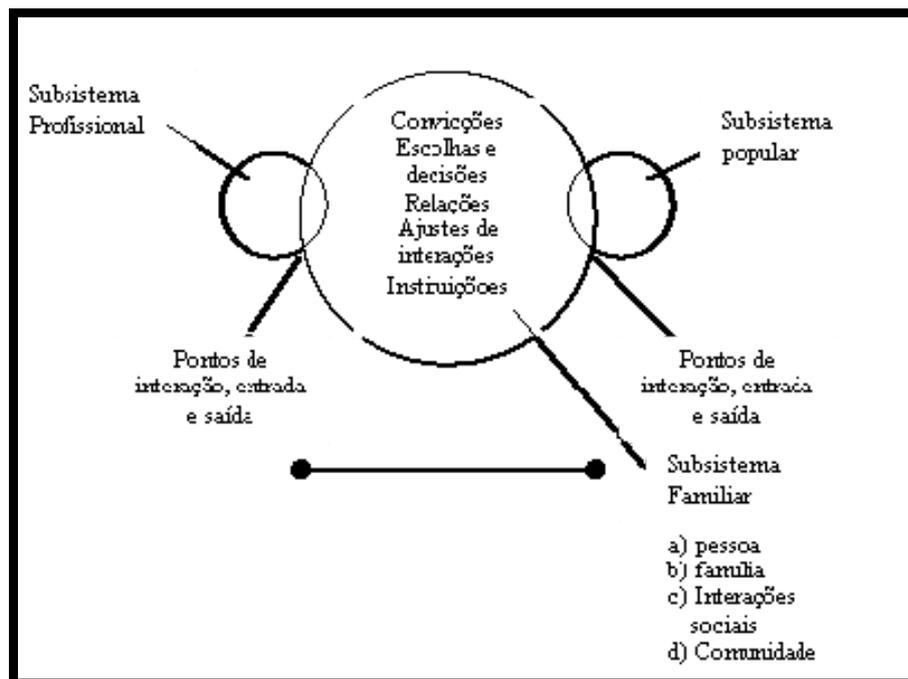
O desenvolvimento da corrente antropológica interpretativista por Geertz (1989) foi calcado na relação entre indivíduo e cultura. É possível integrar a verdadeira dimensão contextual das abordagens dos problemas de saúde e conceber a cultura como um universo de símbolos e significados que permitem aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência dos cuidados, da saúde e da doença para guiar suas ações.

Baseado nas concepções de Geertz, Kleimann avançou na ciência da interpretação antropológica, criando em 1980, o conceito de “modelo explicativo” para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde. Inicialmente, este modelo foi concebido para interações entre os médicos e seus pacientes, mas seus conceitos têm sido utilizados para pesquisas e intervenções comportamentais de várias outras populações (UCHOA; VIDAL, 1994).

Segundo Kleinman (1980), o modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos/cuidados que foram utilizados. Ele é dinâmico e pode ser mudado baseado na experiência individual com a saúde, com as informações recebidas sobre ela ou com a própria questão da doença.

A grande contribuição desses instrumentos analíticos é que eles permitem abordar sistematicamente, e em seus aspectos, plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde. [...] permitem uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa (UCHOA; VIDAL, 1994 p. 501).

Todas as experiências de cuidados em saúde seriam respostas socialmente organizadas frente às doenças sendo localizadas dentro de um sistema cultural. A maioria dos sistemas culturais de saúde possui três sub-áreas (familiar, profissional e popular), nas quais a doença é experienciada e relacionada (KLEINMAN, 1980). Tais relações podem ser avaliadas conforme a figura 1.



**Figura 1:** Adaptação das relações entre os subsistemas de cuidado à saúde (Kleinman, 1980).

Kleinman (1980), conceitua o Sistema de Cuidado à Saúde como uma articulação sistematizada entre diferentes componentes ligados à doença, cuidado/tratamento, sintomas, condutas e avaliação dos resultados. As atividades de cuidado à saúde, que incluem a doença, a resposta à doença, a experiência da pessoa e seu cuidado/tratamento e as instituições sociais relacionadas, estão mais ou menos inter-relacionadas em todas as sociedades, constituindo um sistema cultural especial. Tal sistema fornece à pessoa os caminhos para efetuar a interpretação de sua condição de saúde-doença e as ações possíveis na busca da cura e cuidado/tratamento.

Na sua composição, o Sistema de Cuidados à Saúde comporta esses três subsistemas que interagem e se relacionam através das pessoas que passam por eles. O Subsistema Familiar é considerado provavelmente, o mais influente nas decisões de saúde das pessoas (entre 70 e 90%), inclui a pessoa e sua rede social como familiares, vizinhos e pessoas próximas. O Subsistema Profissional consiste de profissões de cura organizadas, legalmente reconhecidas como as da área da biomedicina. Este setor contempla a medicina tradicional ocidental, a chinesa e as outras profissões de cura reconhecidas de outras culturas, contribui com a maioria das prestações de serviços de

saúde buscadas pelas pessoas. Por último, o Subsistema Popular consiste de práticos não profissionais, não reconhecidos pelo sistema biomédico e que muitas vezes são perseguidos na tentativa de sua eliminação. Estes práticos são considerados leigos ou sagrados, na medida em que usam em seus procedimentos de cura os chás de ervas especiais, rituais espirituais, e mais especificamente no caso das dores crônicas da coluna lombar, “ajustam os ossos” e “recolocam os nervos no lugar”. Este subsistema está fortemente amparado pelo subsistema familiar, e em comunidades onde os serviços de saúde adequados são menos acessíveis, sendo muitas vezes a única opção de cuidado (KLEINMAN, 1980).

Tais sistemas contêm e ajudam a construir as distintas formas de realidade social. Eles se organizam em subsistemas legitimados por convicções, significados, expectativas, regras, relacionamentos e ajustes de transações entre as pessoas da sociedade, entre as diversas sociedades e entre as pessoas e a sociedade. Além do mais, eles refletem justamente a maioria das mudanças de fundamento sócio-político dos setores de cuidado e suas estruturas ideológicas. As pessoas percorrem estes caminhos para a busca de controle e/ou da cura das suas doenças. Elas compartilham entre si um estoque de convicções e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular (GERHARDT, 2006).

Langdon (2001) e Velho (1994) colocam que a escolha terapêutica inclui uma seqüência de decisões, negociações e reflexões entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes sobre a identificação da doença e escolha da terapia adequada. Parece que isto depende diretamente dos resultados obtidos com o cuidado/tratamento ou da cura, desta forma, pode-se interpretar através de suas explicações como as pessoas encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde.

O processo pelo qual as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de cuidado/tratamento também é conhecido como itinerário terapêutico (ALVES; SOUZA, 1999).

Tais atitudes são baseadas nas diferentes maneiras que as pessoas classificam e avaliam os seus problemas de saúde. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir das pessoas ou do grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todos os fenômenos envolvidos. Assim, todas as percepções sobre os significados, suas interpretações e ações são culturalmente construídas.

Csordas & Kleinman (1990) discutem o processo do caminho terapêutico, apresentando algumas concepções diferentes encontradas na literatura sobre o tema: a) como processo ritual (seqüência de ações, fases ou estágios passados pelos participantes); b) como processo intrapsíquico e experiencial (pode se estender para além do próprio evento de cura); c) como o curso ou episódio de doença, onde está presente a idéia de pluralismo médico<sup>1</sup> e d) como controle social e ideológico, exercidos através de práticas de cura (determinam que cuidado/tratamento utilizar, em que ordem e quais são inadequados). A proposta apresentada nesta pesquisa aproxima-se destas concepções apresentadas por Csordas e Kleinman (c) sobre o processo do caminho terapêutico, que consideram a seqüência de decisões tomadas para efetuar o cuidado/tratamento.

Esses autores (CSORDAS; KLEINMAN, 1990) referem que estão incluídos no processo do caminho terapêutico o procedimento e o resultado terapêutico. O procedimento terapêutico é a aplicação organizada de técnicas com alguma meta estabelecida: quem faz o que para quem com relação à administração de medicamentos, realização de técnicas físicas e operações, rezas, manipulação de objetos simbólicos, indução ou evocação de estados alterados da consciência. Quanto ao resultado terapêutico, este é extremamente intrincado e se refere à satisfação daquelas pessoas que participam do processo, com relação à mudança dos sintomas, patologia ou função.

Segundo Gerhardt (2006), para compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas (escolhas terapêuticas), a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada

---

<sup>1</sup> Possibilidades de escolhas terapêuticas – visão de sistemas de cuidado à saúde (KLEINMAN, 1980).

contexto possui características próprias e especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro deles que os indivíduos evoluem, ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são incorporados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço.

Para uma melhor compreensão dos significados dos caminhos terapêuticos para as pessoas, é necessário aproximar-se das contribuições da teoria dos “signos, significados e ações” (CORIN et al, 1992). Este modelo, segundo Uchoa (1994), é um prolongamento dos trabalhos do Grupo de Havard<sup>2</sup>, e permite uma maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar/cuidar ou não de um problema e na escolha terapêutica apropriada.

Ele visa precisamente ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e agir junto às quais se quer intervir; ele constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos dominantes no campo das grandes endemias. (UCHOA, 1994, p. 501 502).

Duas premissas básicas regem este modelo:

- Cada comunidade constrói da sua maneira o universo dos problemas de saúde e doença, identificando principalmente um ou outro sintoma, privilegiando esta ou aquela explicação e encorajando certo tipo de atitudes;
- Existe um prosseguimento entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los, e isso depende proporcionalmente das características sócio-culturais da comunidade e às condições macroscópicas de contexto (CORIN et al, 1990).

Para Corin et al (1990), os comportamentos concretos das pessoas servem de estudo inicial na identificação das lógicas conceituais subjacentes a esses

---

<sup>2</sup> Kleinman, juntamente com Byron Good são os principais professores representantes deste grupo.

comportamentos e as diferentes características que intervêm na concretização destas lógicas.

Gerhardt (2006) observa que as atividades ligadas à saúde também se desenvolvem em casa, com atividades que compreendem não somente os primeiros cuidados, mas a avaliação do estado de saúde e as decisões sobre o tipo de recurso a ser mobilizado. Mesmo diante de dificuldades econômicas, outras questões estão presentes quando se trata de saúde. Acrescenta-se o contexto cultural, que não se resume às crenças e condutas individuais. Envolve também o diálogo entre os diferentes atores, fato primordial para a compreensão da natureza do problema e a sua solução. O espaço intervêm seguramente no acesso aos serviços de saúde, mas torna-se secundário quando se trata de resolver um problema para as famílias que possuem certa capacidade em desenvolver estratégias.

Assim, os estudos antropológicos examinam a influência do contexto social e cultural sobre "as maneiras de pensar e de agir" da população frente aos seus problemas de saúde. A partir daí, situar a contribuição dos diversos cuidados/tratamentos que as pessoas buscam para o controle ou cura de suas doenças, trazem elementos conceituais e metodológicos que intervêm de maneira fundamental na construção do conhecimento em saúde e entendimento dos comportamentos associados à saúde e à doença.

## **2.1. Dor na Perspectiva Cultural**

Desde os tempos mais antigos, o homem tenta compreender as causas da dor com a finalidade de livrar-se dela. A dor, talvez seja o sintoma clínico mais determinante na avaliação de um processo de doença, seja pela parte de quem a sente, seja pela parte de quem presta o cuidado. Todas as pessoas, de maneira racional, sabem o que é dor. Mas é complicado expressar a própria dor ou compreender a dor de alguém. Isto ocorre porque a dor é uma experiência pessoal, com características específicas para cada organismo, além do contexto no qual ela é percebida (CARVALHO, 1999). Em qualquer situação que se constata a sua presença, deve-se

levar em conta que ela não é apenas um simples evento orgânico e que outros aspectos relacionados direta ou indiretamente a fatores culturais, sociais e psicológicos devem também ser considerados (BOGDUK, 2005, HELMAN, 2003).

Descrever o que seja a dor é, ora muito complexo, ora muito impreciso. “Dói”, como relata Guerci e Consigliere (1999), é, às vezes, a única palavra que se tem a dizer. O Dicionário Aurélio traz a definição de dor como: “[...] termo originário do latim (*dolore*), quer dizer “sensação desagradável, variável em intensidade e em extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especiais”. Mas também traz o termo dor em outros sentidos: “Sofrimento moral; mágoa, pesar, aflição”; e “Dó, compaixão, condolência” (FERREIRA, 1986, p. 704). Por uma análise inicial, percebem-se duas dimensões da dor, uma real e orgânica e outra subjetiva ou emocional/psicológica.

Na antiguidade, já se documentava a preocupação do homem com as conseqüências deletérias da dor e medidas visando o seu controle. A dor era considerada um ataque à pessoa, punição ou atuação de demônios ou Deuses e provavelmente de inimigos do homem (TEIXEIRA; OKADA, 2001). Os rituais de cura eram exercidos pelos sacerdotes a serviço dos deuses, utilizando remédios naturais e orações. Utilizavam feitiços e sacrifícios para proporcionar a imortalidade e a cura. Desta forma os deuses lhes agradeciam proporcionando o alívio da dor. As dores eram divididas em dores de causas internas e as de causas externas. Para as dores de causas internas, cujas razões lhes era impossível compreender, apelavam para forças divinas. Para o alívio das dores de causas externas como queimaduras e traumatismos, utilizavam rituais, plantas medicinais, manipulações físicas, aplicações de calor, imposição de mãos, toque de curandeiros e fricção, alguns destes procedimentos são utilizados até hoje (TEIXEIRA; OKADA, 2001).

A etimologia indo-européia assinala a antiga associação da dor ao mal, mas também acaba retrocedendo em demasia, até um significado ainda muito geral e provavelmente difundido pela maior parte das culturas humanas. Trata-se de fato da mais antiga entre as interpretações ocidentais da dor (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Essa bipartição implícita nas definições de dor é de grande interesse. Os gregos antigos já registravam diferentes posições dos falantes a respeito da dor: especificavam se a dor era presente ou passada, geral ou localizada, indeterminada ou precisa. Aristóteles afirmava que a dor e o prazer eram as paixões da alma. Ele imaginava que a dor sentida no coração seria uma qualidade ou paixão do espírito, um estado de sentimento, uma experiência oposta ao prazer e a síntese do desprazer, ou seja, definia a dor como uma emoção e não como uma sensação. Tal visão foi adotada por muitos anos o que contribuiu para o atraso do entendimento sobre os processos dolorosos (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; CALLIET, 2000; TEIXEIRA et al, 2001).

Em 1644, Descartes propôs a Teoria da Especificidade da Dor, que preconizava a cada estímulo, seu receptor específico. Sua condução seria por apenas uma via até um centro de dor localizado no sistema nervoso central. Essa teoria tem grande influência no modo como os profissionais hoje compreendem o processo de dor. A visão cartesiana prevê que a existência de dor e a sua intensidade estaria diretamente associada a sua vivência (TEIXEIRA et al, 2001; TRAVELL; SIMONS, 2005).

Mais adiante, pesquisas corroboraram com o modelo de Descartes sugerindo que nosciptores, geralmente as terminações nervosas livres (TNL), seriam as estruturas responsáveis por receber a informação dolorosa que é levada ao cérebro através dos nervos sensitivos do tipo C, somente lá ela seria registrada, interpretada e uma resposta cognitiva devolvida (AGNE, 2004). Mas ao chegar neste centro de controle principal, a informação que é elétrica pode sofrer interferência de outras conjunções de sinapses associadas às experiências individuais e/ou coletivas sofridas pela pessoa. Estas experiências são construções aprendidas sobre o processo de ser, viver e adoecer de cada pessoa, que estão registradas no córtex sensorial ou em cavidades específicas do cérebro, com uma quantidade de códigos, frequências ou disparos elétricos específicos. Assim, impulsos elétricos débeis podem ser amplificados durante o caminho aferente e chegar ao seu destino com características muito diferentes das que possuía inicialmente.

O trabalho que mais esclareceu estes fatos foi o de Mellzack e Walls (1965) os quais propuseram que a dor poderia ser interferida por estímulos diferentes daqueles que se iniciaram pelos nosciceptores. Desta forma, interferências físicas, emocionais e cognitivas participariam da gênese e da modulação da dor de modo a facilitar ou inibir seus impulsos. A experiência dolorosa resulta então da interpretação dos estímulos modulados pelas interações com fatores emocionais e culturais individuais que estejam de alguma forma, presentes durante o fenômeno doloroso.

Para consolidar a padronização dos profissionais da saúde frente ao fenômeno doloroso, a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) definiu dor dessa forma: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos” (IASP, 2007). Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através das suas experiências anteriores.

Tal experiência sobre o fenômeno doloroso pode ser adquirida através de negociações, comportamentos e análise dos resultados frente a estes, estabelecidos por elementos da sociedade e/ou pelas convicções culturais de cada um (KLEINMAN, 1980).

Apesar de universalmente conhecida, é difícil encontrar no vocabulário termos precisos para a dor do “corpo” e da “mente”. Isso também não significa que esses sofrimentos não existam, apenas apontam que em dado momento histórico, essas diferenças categóricas não foram as mesmas como usadas atualmente. Guerci e Consiglieri (1999) apontam que a dor é raramente tematizada nos dicionários filosóficos e poucas linhas são dedicadas a ela em seus conteúdos. Vista essa omissão ou lacuna da filosofia neste assunto, qual seria então a disciplina que a aborda? Os mesmos autores afirmam que a medicina é a única disciplina ocidental que a valoriza. Obviamente a medicina somente existe se existir doente e doença que geralmente remetem ao pensamento de dor. Por este motivo, a medicina ocidental tem se preocupado tanto em compreender melhor os mecanismos fisiológicos da dor.

Apesar de todos os avanços da medicina neste setor, a dor emerge na pesquisa científica de um modo curioso: por que essas reações biológicas, fisiológicas

e patológicas não conseguem explicar as variadas formas como ela se manifesta, mesmo sem presença de sinais orgânicos reconhecíveis (WADDELL, 1998; BRETON, 1995). Isso sem falar das experiências humanas que normalmente são associadas à dor, como “a dor da perda de um ente querido”, “a dor causada por uma agressão verbal” entre outras. Segundo Abbagnano (2000), a dor é uma das tonalidades fundamentais da vida emotiva, mais precisamente a negativa, que costuma ser assumida como sinal ou indicação de caráter hostil ou desfavorável da situação em que se encontra o ser vivo, o que nos leva a refletir que a dor tem um importante componente na emoção das pessoas.

Uma reação da dor que é manifestada pelas pessoas, de maneira diferente pode ser entendida por um comportamento de dor (PILOWSKY, 1994). Tal reação pode ser voluntária ou involuntária e inclui atitudes que são percebidas pelas outras pessoas ou sociedade. Estas reações, que muitas vezes são desperdiçadas pelo profissional da saúde à procura de respostas nas avaliações físicas, não completam o entendimento sobre o processo de doença das pessoas que os procuram. A forma como a pessoa expressa o comportamento de dor vai depender muito de como ela interpreta a sua dor.

A perspectiva cultural a ser utilizada nesta pesquisa, espera contemplar tanto representações como significados sobre saúde e doença das pessoas, como as representações e significados de sua terapêutica e interpretações sobre a sua experiência, que geralmente guiam suas ações.

Essa concepção estabelece uma ligação entre as formas de pensar e as formas de agir das pessoas dentro de grupos sociais, ou seja, os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e entoa a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas. Para reforçar essa importância de análise cultural, é necessário também considerar que as pessoas são os atores sociais, definidos ao mesmo tempo pelo espaço social no qual se inserem e pela consciência de ação sobre esse espaço que não é limitado (SEVALHO; CASTIEL, 1998).

O aprendizado social é essencial no desenvolvimento desses significados atribuídos à dor no contexto cultural. Esse aprendizado se inicia na unidade familiar e se modifica, integra e se mantém na convivência social mais ampla (PIMENTA; PORTNOI, 1999). Neste caso, quando a dor é vista como punição divina por um lapso de comportamento, suas vítimas provavelmente relutarão em buscar alívio. Se a dor é vista como vinda de transgressões à moralidade, a resposta pode ser auto-penitência, jejum ou rezas. Se as causas forem relacionadas à bruxaria, magia ou espíritos malignos, a busca para tratamento pode estar associada aos rituais de exorcismo, por exemplo. Para algumas culturas a dor possui um conteúdo sagrado. Kosambi (1967 *apud* PIMENTA; PORTNOI, 1999) relata rituais em que nativos de uma aldeia indiana (escolhidos pelos “deuses”) são dependurados por ganchos colocados sob os músculos e pele das costas sem expressar nenhum sentimento de dor. Em povos guerreiros, a dor é supervalorizada para um processo de superação divina, assim como o comportamento discreto perante ela (HELMAN, 2003).

Este fato assume maior proporção quando se reflete sobre as sociedades modernas. Nelas, as pessoas se deparam com uma diversificada possibilidade de escolhas de tratamentos/cuidados para a saúde. Cada linha de trabalho desenvolve os seus próprios métodos baseados em suas premissas. São distintos serviços que padronizam, interpretam e procuram tratar a dor baseados em modelos, muitas vezes, desconhecidos pela população geral. As pessoas passam então a percorrer estes serviços na procura por compatibilidade entre as suas concepções culturais sobre dor e sobre a terapêutica a ser utilizada com as concepções utilizadas pelos prestadores de serviços à saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

O início deste processo se dá porque as sociedades reservam às pessoas com dor, o papel de doentes que têm seus direitos e deveres. Por direitos, eles têm a liberação das responsabilidades pela incapacidade em que as pessoas se encontram. São assim isentados das suas obrigações com a sociedade, que aceita arcar com todo o ônus. Por outro lado, a pessoa fica obrigada a reconhecer que o papel de doente é indesejável, devendo procurar ajuda médica e abandonar o papel de doente logo que a condição causadora desapareça (OLIVEIRA, 2000).

### 2.1.2 Comportamento Cultural em Pessoas com Dor Crônica

A dor crônica se diferencia das outras pelo fato de estar presente de forma contínua ou recorrente. Ela não tem mais a função de alertar o organismo sobre a agressão, pois esta já ocorreu. Entende-se como um quadro complexo em que fatores biológicos e socioculturais são presentes. Sua duração é muito perturbadora para quem a sente (MAIOLI, 2006).

As dores crônicas mais freqüentes são a cefaléia, a lombalgia, as artralguas, as dores miofasciais e as neuropáticas. Um grande estudo epidemiológico sobre dores crônicas no Brasil constatou prevalência de dor crônica em 28,75% de crianças, 61,38% em adultos e em 51,44% em idosos. Nos adultos a dor de cabeça foi a que mais prevaleceu (26,36%), seguida da dor lombar (19,4%) e de membros inferiores (13,26%) (PIMENTA et al, 2005).

As pessoas, em geral, experimentam uma sensação particular, mas esta nem sempre é percebida pelos que a rodeiam. Embora a dor tenha função adaptativa e seja vital ao desenvolvimento físico e ontogenético, permitindo ao indivíduo evitar ou escapar de situações potencialmente danosas à sobrevivência, a dor crônica torna-se prejudicial, e até incapacitante (MURTA, 1999).

Diferentemente de um símbolo que representa a dor aguda como um gesso, uma tipóia ou um simples curativo, a pessoa com dor crônica procura manifestar seu sofrimento através do comportamento de dor. O comportamento de algumas pessoas com dor crônica pode estar relacionado então ao aprendizado, baseado na experiência que tiveram com a dor aguda. Tais imobilizações que acontecem durante a dor aguda são acompanhadas de diminuição da atividade geral, a compreensão de que algo está errado no corpo e ainda associadas a emissão de comportamentos de dor como choro, gemidos e expressões faciais para obter-se ajuda.

Em vários casos de dor crônica, a lesão não existe mais ou não é proporcional ao comportamento manifestado pela pessoa que sofre da dor. A ajuda profissional nesses casos já foi obtida e a excessiva solicitude de outros quando da manifestação da dor contribui para a incapacidade, visto que a duração do quadro é

imprevisível (YENG et al, 2001). Muitas vezes, para ser mais aceita no ambiente social, a pessoa pode inclusive encená-la, baseada no aprendizado das campanhas de saúde, das visitas aos vários médicos ou do contato com imprensa ou outras pessoas do seu convívio. Esta forma de comportamento é chamada de comportamento de doença anormal e não é incomum nos casos crônicos (OLIVEIRA, 2000).

Por fim, os comportamentos de dor crônica se tornam difíceis de avaliar, principalmente quando fazem parte de culturas diferentes o profissional da saúde e a pessoa que o procura (ERNST, 2000). Assim, o profissional que busca diagnóstico em uma pessoa de descendência latina, que geralmente tem comportamento “aberto” ou “caloroso”, apenas observando os sinais físicos, provavelmente irá subestimar o seu problema. Pelo contrário, um profissional que avaliar a mesma pessoa atentando mais ao seu comportamento irá superestimar a doença. Em ambos os casos o cuidado/tratamento pode não ter êxito e a pessoa pode não ficar satisfeita e procurará outras respostas para resolução da sua dor, pois o profissional responsável não observou a complexidade dos fatores que levaram ao surgimento da dor lombar (KURITA; PIMENTA, 2003).

Segundo Loduca (1999, p. 197), vários pesquisadores têm discutido o convívio de indivíduos com quadros algícos crônicos e apontam que o sofrimento não está estruturado apenas segundo características da dor ou de predisposições específicas de cada indivíduo. Ela compreende também as iatrogenias causadas pela adoção de tratamentos inadequados. De maneira geral, eles observam que há:

- Consumo de muitos remédios, provocando dependência ou abuso de drogas;
- Mudanças de humor e afeto compatíveis com o sofrimento prolongado;
- Busca sucessiva de tratamentos; sujeição a múltiplas cirurgias ou tratamentos farmacológicos sem sucesso, provocando uma série de efeitos colaterais;
- Perda de gratificação nas interações sociais e dificuldade de obter prazer na vida;
- Conflitos interpessoais com pessoas afetivamente significativas;
- Desesperança, sentimento de inutilidade e auto-estima em baixa;
- Interrupção de atividades diárias e excesso de “descanso”;

- Aparecimento de incapacidades físicas secundárias – receio de que movimentos possam causar danos maiores ou intensificar a dor (cinesiofobia);
- Conflitos e hostilidades com a equipe médica pelo fato de o tratamento não apresentar resultados satisfatórios.

Para Silva; Meirelles e Souza (2004 p. 51), “Conviver com uma doença crônica cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas [...], torna-se uma realidade com a qual tanto a pessoa quanto os seus familiares precisam saber lidar”. A presença constante da dor crônica dentro do quadro clínico da maioria das enfermidades crônico-degenerativas, como as doenças osteo-mio-articulares, é de extrema relevância e deve ser observada sob seus múltiplos aspectos. Esta determina o comportamento do enfermo durante sua existência, diminuindo a qualidade de vida (principalmente nas dimensões de dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e saúde mental) e trazendo com conseqüências alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificações do humor, baixo auto-estima, pensamentos negativos, apreciação desesperançosa da vida, alteração das relações familiares, de trabalho e lazer (VIEIRA; NEVES, 2006; GURGUEIRA et al., 2003).

De fato, algumas pessoas conseguem superar a cronicidade e outras, com o mesmo quadro patológico tornam-se dependentes. A compreensão deste paradigma, sem dúvida alguma, favorece a adoção de medidas terapêuticas mais adequadas às necessidades das pessoas com dor lombar crônica. E mais do que isso, compreender os mecanismos adaptativos em doenças crônicas permitirá conhecer melhor a dor e o sofrimento em outras situações da existência humana.

## **2.2 A Dor Lombar**

Dores Lombares (lombalgias – do latim *lumbu* = costas, *algia* = dor) são todas as condições de dor localizadas na região inferior do dorso que podem ser localizadas ou apresentar irradiações para um ou ambos os membros inferiores (MEIRELLES, 2003; ANDERSON, 1986). Geralmente a dor na coluna lombar aparece como a maior das queixas com a coluna vertebral em cerca de 62% dos casos,

seguidos pelas dores oriundas da coluna cervical com 36% dos casos e por final, pela coluna torácica responsável por 2% dos casos (KRAMER, 1990).

São relatadas algumas prevalências para os acometimentos de dor lombar e entre elas, as mais estão relacionadas ao sexo e a idade. As mulheres apresentam maior prevalência que os homens. Este dado é bem compreensível, pois cada vez mais as mulheres são submetidas a esforços maiores, pois tem múltiplas jornadas de trabalho e apresentam características físicas predisponentes (BARKSKY et al., 2001; UNRUH et al., 1999; WIJNHOFEN et al., 2006; CHESTERTON et al., 2003; STRAZDINS; BAMMER, 2004, KATCH; MCARDLE, 1996). São elas:

- Menor estatura: as mulheres são em média 10 cm menores que os homens. Assim, suas extremidades possuem menor alcance em amplitude necessitando de um posicionamento modificado da coluna vertebral para realização de determinadas tarefas.
- Menor massa muscular: os músculos são essenciais para a manutenção da postura corporal. É evidente que uma musculatura forte e condicionada é mais capaz de proteger as estruturas corporais. As mulheres só perdem esta desvantagem se a relação se a massa corporal acompanhar proporcionalmente a quantidade de massa muscular.
- Menor massa óssea: ossos mais frágeis são mais comuns em mulheres, principalmente após o início da menopausa, enquanto outros problemas hormonais relacionados ao sistema reprodutor feminino também influenciam na deposição de cálcio sobre o sistema esquelético. Os ossos mais frágeis se degeneram mais rapidamente ou fraturam com mais facilidade se submetidos a forças normais.
- Articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico pesado: isto é uma consequência dos itens anteriores. Definitivamente a estrutura da mulher não provê maiores proteções para o sistema músculo esquelético durante a execução de atividades físicas forçadas.
- Maior peso de gordura: já está consolidada a influência do sobrepeso no surgimento dos sintomas algícos da coluna vertebral. Mulheres têm em média 12 % a mais de gordura total na composição corporal do que os homens, as principais

causas disso estão relacionadas ao estrogênio, um hormônio com a função de manter as características femininas e por regular a quantidade e distribuição da gordura corporal da mulher. Este tecido está depositado geralmente na região da cintura pélvica, abdômen e muitas vezes na região das mamas. A sobrecarga sobre a estrutura osteoarticular frágil da coluna vertebral da mulher gerada pelo excesso de peso causa sua degeneração precoce.

- Alterações hormonais constantes: os distúrbios hormonais ou as alterações causadas pelo ciclo menstrual trazem conseqüências perigosas para o sistema músculo-esquelético. O útero torna-se volumoso e as suas contrações tensionam os ligamentos que o sustentam junto a cintura pélvica e coluna vertebral. O reconhecimento de que os hormônios interferem largamente na gênese da dor tem levado os cientistas a prever que, no futuro, os remédios serão projetados de acordo com o padrão hormonal de cada sexo. Parece também que a presença da progesterona ajuda na inibição da dor.
- Alterações corporais pós-parto: Estudos de prevalência disponíveis mostraram que, em média, oito em cada dez mulheres poderão apresentar algias na área da coluna vertebral e pelve em algum momento da gravidez. As alterações ligamentares e das proporções corporais durante esta situação podem se perpetuar por muito tempo após o parto. Sabemos que as alterações hormonais na gestação acarretam mudanças em todo o corpo da gestante, afetando particularmente a estrutura do sistema músculo-esquelético, que sofre intensa embebição gravídica, por significativa retenção hídrica determinada pelo estímulo progesterônico. Associado a este fenômeno, ocorre o crescimento exagerado do útero e das mamas, que impõe sobrecarga de peso à coluna e pelve, principalmente às regiões lombossacra e torácica. A posição adotada pela grávida com o abdômen volumoso força as estruturas posteriores da coluna vertebral e a quantidade hormonal circulante altera a elasticidade dos ligamentos, tornando-os mais maleáveis e com menor capacidade de reforço da articulação.

A maior parte das pessoas em idade considerada produtiva (30 e 55 anos de idade) é acometida pela dor lombar. É bem provável que durante esta idade a coluna vertebral seja mais solicitada e, portanto, mais exposta aos riscos do aparecimento e

dor lombar. É interessante também perceber que lentamente, um crescimento das queixas álgicas nesta região tem sido apresentado por populações mais jovens. O uso constante do computador e o comodismo gerado pelas facilidades do mundo moderno têm sido discutidos como fatores importantes para estes achados (MCBETH; JONES, 2007; SILVERSTEIN; CLARK, 2004; CHIBNALL et al, 2006; ANDRUSAITIS et al., 2006; SILVA et al., 2004; MANECK; MCGREGOR, 2005).

Durante a evolução das espécies, várias adaptações ao meio foram necessárias como forma de sobrevivência. Assim, a espécie humana deixou a postura quadrúpede para adotar a postura bípede. Desde então, inúmeras adaptações fisiológicas em todos os segmentos corporais fizeram-se necessárias para suportar a nova condição, assim se explica a grande vulnerabilidade intrínseca da região lombar (LEMOS et al., 2003). A dor nas costas pode representar isto.

Dor lombar (ou lombalgia, termo técnico normalmente utilizado) não é patologia, é um sintoma que determina o acometimento lesivo das estruturas da coluna vertebral ou de vísceras abdominais. É classicamente definida como uma dor localizada abaixo da 12<sup>a</sup> costela e acima da prega glútea, com ou sem irradiação para os membros inferiores. Rotineiramente pode ser classificada como não específica (quando não é causada por uma patologia específica, o que ocorre em torno de 90% dos casos) e específica (quando é originada de patologias ou traumas localizados) (ANDERSON, 1986).

Os sintomas mais comuns provenientes da dor lombar de causa não específica são a própria dor e a disfunção. Encontram-se mencionados na literatura também registros de fraqueza muscular, déficits de amplitude articular e rigidez tecidual associados com o problema. Na maior parte das vezes os exames clínicos de imagem não demonstram evidencia alguma de lesão tecidual (VAN TULDER, 2002).

Dificuldades de estudo e abordagem das lombalgias aparecem decorrentes de vários fatores, como, a inexistência de fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem, principalmente quando consideramos as lombalgias mecânicas secundárias a degeneração do segmento motor da coluna vertebral, sendo mais evidente quanto mais idosa for a pessoa (SILVA et al, 2004). Hérnia de disco

lombar e artroses são conseqüências da negligência postural e, coincidentemente, são encontradas naqueles com lombalgia (APPEL, 2002).

É comum encontrarmos dados históricos relacionando a dor lombar às atividades como levantamento de pesos, trabalhos forçados e atividades repetidas, porém, pensamentos oriundos de trabalhos como os de Cecin (1997), apontam uma incidência de dor lombar em cerca de 53% das pessoas que não são submetidos a atividades consideradas “pesadas”, ou seja, outras atividades ou posturas também podem estar relacionadas com o aparecimento de dores lombares.

A dor lombar pode ser classificada também conforme o tempo de incidência. Esta pode ser aguda quando aflige as pessoas por menos de três semanas, subaguda quando persiste entre três semanas e três meses ou crônica quando ultrapassa os três meses de permanência. Recorrências do sintoma são freqüentes em torno de 20% a 44% em um ano e pode alcançar 85% durante toda a vida. Por isso alguns autores debatem afirmando que a dor lombar crônica não passa de recorrentes crises de dor aguda (VAN TULDER, 2002).

Organicamente, somente as estruturas inervadas são capazes de desencadear o processo doloroso na coluna lombar, o que não ocorre, por exemplo, com o plexo venoso e o ligamento amarelo situados nela (CALLIET, 1998). As estruturas capazes de gerar dor na coluna lombar são: pele, raiz nervosa comprimida (sendo as duas sempre irritáveis), parede mais externa do anel fibroso, placas terminais das vértebras, tecidos do espaço epidural anterior (sendo esses freqüentemente irritável), ligamentos supra-espinhoso e interespinhoso, cápsula das articulações facetárias e músculos (sendo esses raramente irritáveis). Os únicos tecidos capazes de gerar dor irradiada ou radicular são a parede mais externa do anel do disco intervertebral, a dura-máter e a raiz nervosa (KUSLICH, et al, 1991).

### 2.2.1 Influência das Posições do Corpo e Posturas Sobre a Coluna Lombar

Os pesquisadores suecos Nachemson e Andersson (1970, apud GRANDJEAN, 1998) analisaram, com métodos muito precisos, a pressão interna dos discos intervertebrais em diferentes posições do corpo e posturas sentadas. Acharam um aumento da pressão interna do

disco intervertebral que depende da postura corporal adotada, o que pode ser interpretado como um aumento de sobrecarga e desgaste dos discos.

Entre as três posições propostas: sentada, em pé e reclinada, as pressões intradisciais foram mais elevadas na posição sentada. A carga sobre o disco está relacionada ao peso do corpo desta forma, quanto mais baixo está o disco, maior é a carga, sendo que aproximadamente 60% do peso corpóreo se encontra acima do disco L4/L5 (OLIVER; MIDDLEDITCH, 1998).

Uma observação radiológica permitiu demonstrar que o disco, no nível lombar, se desloca e é submetido à deformação contínua durante a utilização da posição sentada. Na parte anterior, os discos se encontram esmagados e essa compressão desencadeia os efeitos nocivos. O ato de se sentar faz repousar os membros inferiores, mas transmite o peso do tronco para a região lombar baixa, gerando pressão (VIEL; ESNAULT, 2000).

Na posição em pé há um acréscimo na pressão intradiscal, partindo da posição sentada para posição em pé ereta, sendo que a pressão aumenta com a flexão do tronco. Já na reclinada a tensão sobre os discos diminui cerca de 50% quando comparada com a posição sentada (OLIVER; MIDDLEDITCH, 1998).

Apoiado nesta teoria, a dor lombar segundo Mckenzie (1981), é causada pela tensão ou estiramento dos discos e outros tecidos moles próximos como as raízes nervosas. Isso geralmente ocorre com a manutenção dos maus hábitos posturais, excesso de flexões e posições relaxadas, ou seja, qualquer posição onde a coluna lombar tende a retificar-se. Outras causas comuns que podem ocorrer são as forças externas aplicadas na coluna, provocando tensão nas estruturas, levantamento de objetos excessivamente pesados e posição curvada enquanto se trabalha. Entre todas estas causas, a posição sentada de forma incorreta representa a maior forma de dor lombar.

Segundo Mckenzie (1981) as protrusões do disco intervertebral são uma consequência do estiramento excessivo do ligamento que o envolve, causando perda da capacidade de estabilização e gerando o seu deslocamento. Mckenzie (1981) apresenta a flexão e a má postura sentada, como os maiores responsáveis pelos casos de protrusões, fissuras, rupturas, tensões, estiramentos e compressões das estruturas da coluna lombar.

A civilização moderna com suas posições mantidas de maneira forçada e unilaterais, associadas ao comodismo cada vez mais presente na vida moderna, tem sido relatados por Lewit (2000) como os principais contribuintes para o desequilíbrio muscular e conseqüente inadequação postural.

### 2.2.2 O Perfil das Pessoas com Dor Lombar Crônica

Cox (2002) comenta o perfil das pessoas com dor lombar crônica em um estudo exploratório descritivo que avaliou 78 pessoas com o sintoma. Dez destes, tinham associados distúrbios psiquiátricos, 34 tinham distúrbios de personalidade inadequados, 34 apresentavam comportamento normal antes da dor, 67 (86%) estavam com depressão reativa, 54 tomavam medicações para dor mais fortes do que o normal, 9 apresentavam sintomas de abstinência. Em 52 pessoas, os exames diagnósticos por imagem pré-operatórios (radiografias, ressonância magnética, tomografia

computadorizada) eram normais. Apenas 26 dos 78 casos tinham um diagnóstico baseado em dados radiológicos que justificavam uma cirurgia.

Critérios clínicos para intervenções cruentas foram satisfeitos em 26 dos 78 casos; 52 não o foram. Critérios clínicos e de imagem foram satisfatórios em 40% para os casos de cirurgias recorrentes. Daqueles submetidos a uma segunda cirurgia, 73% satisfizeram os critérios para a realização de uma cirurgia que trataria os efeitos da cirurgia anterior (COX, 2002).

Estes achados explicam, de certa forma, porque muitas pessoas que procuram por soluções rápidas como a cirurgia estão fazendo isso com pouco ou nenhum critério. Pacientes com dores lombares crônicas querem geralmente soluções imediatas para elas, assim como lhes era oferecido quando possuíam as dores agudas. Porém, a cura definitiva para a dor lombar crônica não é possível. Ela apenas pode ser administrada e controlada. A meta final para estes pacientes não deve ser cessação completa da dor. A reabilitação com um programa forte para ensinar como lidar bem com a dor conforme ela vem e vai é a meta a ser seguida (COX, 2002).

Essas atitudes das pessoas frente à dor lombar crônica podem ser reforçadas pelo tipo de tratamento adotado pelos profissionais, pois estes avigoram a abordagem e utilização de técnicas mais ou menos adaptativas. A utilização freqüente de medicamentos analgésicos e de tratamentos sintomáticos para alívio imediato pode fazer efeito apenas a curto prazo, mas não dão conta da complexidade envolvida no comportamento da pessoa que tem dor lombar crônica (COX, 2002; KOVACS et al, 2006).

Outros autores têm utilizado grupos focais para identificar aspectos do perfil das pessoas com dores lombares crônicas. Grande parte deles encontrou histórias parecidas com fatores de vulnerabilidade e de percepções de perdas. Algumas pessoas consideraram a dor lombar como causa da sua perda do emprego, da sua separação matrimonial, de sua ruína financeira, de suas perdas pessoais e desesperança. Tudo isso como se fosse desculpa pela sua inadaptação à realidade com a dor e justificando sua necessidade por ajuda. Tais evidências possuem implicações importantes para a vida, o tratamento e o retorno às atividades das pessoas que apresentam dor lombar

crônica (DWORKIN; BANKS, 1999; NETTLETON, 1995; GATCHEL ET AL., 2002).

Também se verificaram sugestões de que existe uma pré-disponibilidade a esse perfil pessoal da dor crônica lombar. Eles sugerem que existe uma correlação entre a organização de percepção pessoal e o esquema que leva à dor causando dependência e depressão constantemente retroalimentadas. Igualmente, histórias nesta natureza sugerem características relacionais negativas e conseqüências sociais suficientemente importantes para gerar sentimentos de inutilidade sempre que tal vulnerabilidade pessoal se revelar mais positiva (PINCUS; MORLEY, 2001).

### 2.2.3 Dor Lombar Como um Problema para a Sociedade

No Brasil, a dor lombar está entre as vinte queixas diagnósticas mais comuns em adultos que procuram atendimento na rede pública, com uma taxa de 15% das consultas por ano e contemplam a primeira causa de pagamento do auxílio-doença e a terceira causa de aposentadoria por invalidez (KNOPLICH, 2003). As pessoas que evoluem para dor crônica foram avaliadas, em nível epidemiológico nos EUA, quando se observou algumas características neste grupo: segunda ou terceira causa de doenças repetidas, quinta causa de hospitalização e terceira causa de cirurgias. Aproximadamente 50% das pessoas com dores vertebrais afastadas do trabalho por seis meses não voltavam às suas atividades; 75% não retornaram quando o período de afastamento era de por um ano e 100% se o afastamento for de dois anos. Inúmeros são os fatores envolvidos na origem e manutenção da dor incapacitante: psico-sociais, fatores ocupacionais, tabagismo, traumas agudos (WADDELL, 1998). Silva (2004) apresenta dados de maior ocorrência de lombalgia: sexo feminino 5,2 % para 2,9 % no sexo masculino; raça branca 4,3 % para 3,9% em outros grupos raciais; nível sócio-econômico classe D E 4,6% para 2,8% na classe A.

Por este motivo, pode-se prever que alguns aspectos socioeconômicos estão fortemente ligados ao problema da dor nas costas. Vieira e Neves (2006) encontraram significativa relação entre o grau de escolaridade e a média de renda com o nível de solicitude de pacientes com dor crônica. Descobriram que pessoas com menor nível de

escolaridade e com renda entre 1 e 3 salários mínimos são mais solícitos comparados àquelas que têm rendas e níveis de escolaridade superiores. Explicam isto baseados em que a falta de informações sobre a doença e o estado real em que se encontra pode contribuir para que a pessoa com dor crônica possa atribuir um maior valor sua enfermidade, solicite mais atenção por parte de sua família e de outros ao seu redor, e, ainda, evite realizar atividades físicas a fim de evitar o aumento da lesão. O menor poder aquisitivo dificulta o acesso ao profissional de saúde, a tratamentos mais especializados e a medicações. Partem, então, para tentativas de ajuda familiar ou grupos mais próximos.

Estamos diante de um problema que não é novo. A problemática do adoecimento da coluna vertebral foi referida como forma importante de desgaste dos trabalhadores desde a época da revolução industrial (ENGELS, 1985). Segundo Elhrich (2003), pessoas com dor lombar crônica sofrem além da dor, problemas psicológicos importantes que na maioria das vezes interferem no processo de cura. São relatadas pesquisas que confirmam que a insatisfação com o trabalho ou com um chefe contribui muito para a persistência das dores lombares. Bafghi et al (2003) também constataram a presença de ansiedade, hostilidade, somatização, transtornos obsessivos compulsivos, idealizações paranóicas, psiquismo e ansiedade fóbica nestes casos. Em alguns casos, a dificuldade na realização das tarefas diárias incomoda tanto ou mais as pessoas do que a própria dor referida (LAMÉ et al, 2005, KOVACS et al, 2005).

Diante da incapacidade de realizar as suas tarefas, as pessoas que tem dor lombar crônica tornam-se desestimuladas com restrição da capacidade de adaptação à novos estilos de vida, e isso é diretamente proporcional a intensidade da dor. Quanto maior a dor, maior a prostração. Foram ainda relatadas descrenças nas ações medicamentosas para o alívio da dor, principalmente naquelas pessoas que mais sofreram esta intervenção (VIEIRA; NEVES, 2006).

O tratamento pela equipe de saúde para este tipo de enfermidade é dispendioso, demorado e nem sempre definitivo, pois é normal a recidiva em até 60% dos casos (NORDIN, 1991; ALEXANDRE et al, 1992; KNOPLICH, 1995). A pessoa geralmente faz muitas consultas durante o ano, sem contar a automedicação que

sempre se torna um perigo. Porém, existe um consenso geral de que iniciativas que geralmente envolvam a mudança organizacional e cultural além da necessidade de grande participação pelas partes interessadas (pessoa, família, empregador e equipe de saúde) no controle dos fatores de risco podem reduzir sensivelmente o acometimento das pessoas (WADELL; BURTON, 2001).

A família também é acometida pela dor lombar dos doentes. Struninn e Boden (2004) referiram significantes limitações em vários domínios das relações familiares como impossibilidades de realizações de tarefas domésticas como lavar louças, varrer a casa no caso das mulheres e atividades de lazer no caso dos homens. Embora a pesquisa não tivesse como objetivo estudar o comportamento sexual dos entrevistados, uma em cada cinco pessoas relataram ter importantes problemas sexuais relacionados com a dor lombar. As dificuldades estavam diretamente relacionadas ao sexo e às suas atividades tradicionalmente atribuídas. Estes autores apresentam depoimentos como o deste homem: “Eu sentia que a minha família estava desabando por que eu não estava mais trabalhando!”, ou desta mulher: “Eu não quero que você pense que eu não faço a minha parte! Eu tento, mas não consigo... As crianças reclamam... Elas não entendem ...” (STRUNIN; BODEN, 2004, p. 1391).

Foram encontradas queixas nas relações sexuais de pessoas com dor lombar crônica. Os indivíduos que deixam de realizar atividade sexual por causa da dor, tendem a não acreditar que a medicação seja o melhor tratamento. Talvez por usar medicamentos constantemente o seu efeito seja menor e a dor persista com intensidade considerável e tornem um momento que deveria ser de prazer e realização em sofrimento. Existe ainda a possibilidade de a pessoa utilizar a dor como desculpa para evitar a relação (VIEIRA; NEVES, 2006).

### **2.3 O Cuidado/Tratamento da Dor Lombar Crônica.**

A história dos tratamentos/cuidados para a dor lombar não é cheia de méritos, surpresas ou procedimentos revolucionários. Para pessoas com dor aguda, a

história natural é favorável, sendo difícil provar que algum tipo de intervenção seja melhor do que a “mãe natureza”. Nesta fase, cuidados/tratamentos que se mostraram modestamente melhores do que o efeito placebo são antiinflamatórios não hormonais, relaxantes musculares e manipulação vertebral (EHC, 2000; DEYO, 2004).

Para as dores crônicas, a história natural é menos favorável, mas é similarmente difícil comprovar a eficiência de alguns métodos de cuidado/tratamento. Os cuidados/tratamentos que podem apresentar respostas mais efetivas do que o efeito placebo são: Programas de exercícios, medicamentos antidepressivos, terapia cognitivo-comportamental e programas de educação que visam mudanças no estilo de vida das pessoas. Em muitas das pesquisas, foram relatadas dificuldades, pois muitos participantes desistiam dos cuidado/tratamentos ou não os aderiam (DEYO, 2004).

Outro fato notório a cerca das pesquisas sobre cuidado/tratamentos de dor lombar foi enfatizado por Van Tulder em 1997. Em uma revisão sistemática, ele constatou que apenas 13% dos estudos publicados após 1990 tinham boa qualidade e rigor metodológico, enquanto 58% dos trabalhos publicados antes desta data tinham melhores qualificações em suas triagens. Talvez então fosse melhor perguntar, a quem as pessoas procuram para tratar-se? Carey et al, (1996 *apud* COX, 2002) notaram que, em pessoas com dor lombar aguda, 24% procuraram médicos alopatas, 13% procuraram quiropráticos enquanto 39% não procurou ninguém. Dentre os que procuraram auxílio para cuidado/tratamento da doença, somente o fizeram porque estavam com dor ciática grave.

Existem descritas inúmeras maneiras de tratar as dores nas costas. Os resultados são tão diversos quanto as ofertas. Eles dependem como já foi visto, do contexto cultural, social e econômico das pessoas que procuram pelos serviços. Algumas abordagens mencionadas aqui servem apenas para posicionar o leitor diante da diversidade das ofertas, não havendo intenção de julgar ou defender qualquer forma de cuidado/tratamento.

O ato de tratar poderia significar a utilização de conhecimentos técnicos e científicos com intuits terapêuticos para abordar os processos de doença das pessoas. Conforme SILVA e GIMENES (2000 p. 307), “[...] cuidar é servir, é oferecer ao outro

como forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparos e escolhas”. Portanto é colocar em prática toda a nossa experiência de vida, afeto e respeito a serviço da pessoa cuidada. Desta forma, percebe-se holisticamente a pessoa como ela se mostra, nas suas atitudes, na sua dor e limitação, pois de trás de cada situação física de doença, há uma realidade própria que deve ser percebida em todos os seus detalhes.

Baggio (2006) destaca que a intenção de aliviar o sofrimento do ser humano que está sob seus cuidados, manter sua dignidade e seus direitos de cidadão nos momentos de fragilidade e dor, denotam o significado do cuidado ao ‘outro’.

O cuidado/tratamento inclui o procedimento terapêutico, com a aplicação organizada de técnicas com alguma meta estabelecida: quem faz o que, para quem, com relação à administração de medicamentos, realização de técnicas físicas e operações, rezas, manipulação de objetos simbólicos e substâncias, indução ou evocação de estados alterados da consciência, dentre outros, com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas (CSORDAS; KLEINMAN, 1990).

Entende-se por cuidado aqui, um passo mais aprofundado e holístico que o tratamento na intenção de um alcance mais efetivo aos procedimentos terapêuticos.

### 2.3.1 Atendimento Primário, Secundário e Terciário

Tratar/cuidar de pacientes com dores provenientes da coluna vertebral não é uma tarefa muito apreciada por alguns terapeutas físicos, já que há grande quantidade de recidiva alheias às formas de cuidado/tratamento e ao mesmo tempo testa e comprova o quão despreparado a maioria deles está no controle desta patologia. (CHERKIN et al, 1995).

Muitos métodos de cuidado/tratamento têm sido desenvolvidos na tentativa de sua solução. Segundo Mayer (2003), todas estas tentativas podem ser classificadas em três fases de reabilitação: primária, secundária e terciária. Na reabilitação primária o cuidado/tratamento é voltado para a dor lombar aguda, sendo realizada até os primeiros três meses após a ocorrência do episódio inicial (SHIRADO et al, 2005).

Uma das maiores deficiências na atenção primária da dor lombar tem sido relatada como a inadequação das informações dadas aos pacientes sobre o seu problema (KLEINMAN, 1980; CHERKIN et al., 1998). Não proporcionar ao paciente uma informação adequada torna evidente a dificuldade da sua colaboração durante os procedimentos terapêuticos culminando a resultados insatisfatórios. Quando os pacientes não se sentem seguros das informações dadas pelos médicos, necessitam de mais exames, gastam mais tempo e dinheiro e não cooperam com o cuidado/tratamento. Por certo, uma educação baseada nos preceitos do diálogo, confiança conhecimento apoiaria a intervenção terapêutica e o paciente “empoderado” de conhecimento poderá gozar de melhores resultados para as suas dores (BUSH et al, 1993).

O cuidado secundário se refere ao cuidado/tratamento que reativa o paciente da fase pós-aguda (ou crônica adiantada), assim prevenindo o desenvolvimento de descondição físico severo observado nos estágios mais adiantados dos problemas crônicos da coluna lombar. Muito mais que isso, previne a possibilidade de evolução das disfunções. Este tratamento é, na maioria das vezes, oferecido pelos fisioterapeutas.

O cuidado/tratamento terciário representa um nível mais elevado de intensidade dos serviços do que o cuidado secundário. Ele requer direcionamento para a interdisciplinaridade, com todas as disciplinas disponíveis no local do tratamento. Esta fase envolve as pessoas com os problemas mais crônicos de dor lombar, cujos componentes físicos não estão solitários na sua etiologia. Os profissionais envolvidos deveriam ser então médicos, fisioterapeutas, professores de educação física, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais entre outros, que trabalham juntos em programas como a Escola da Coluna. Assim, a restauração funcional completa ocorre percorrendo as diversas linhas disciplinares, mas direcionadas para um objetivo comum e em comunhão de linguagem e ação (MAYER, 2003).

Seria correto dividir o cuidado/tratamento da coluna vertebral em fases que, desta maneira não interagem ou se sobrepõem? Mayer (2003) coloca que os novos métodos de cuidado/tratamento da coluna vertebral já estão demonstrando uma

solução para este problema e formando uma nova terapêutica que atua desde o primeiro episódio de dor.

Geralmente os médicos são os profissionais representantes da atenção primária a saúde da população. Grande quantidade de protocolos e guias clínicos são desenvolvidos para que estes profissionais possam abordar adequadamente as pessoas com problemas de dor lombar crônica (CECIN et al, 2001; VAN TULDER, 1997). Segundo Kovacs (2005), a abordagem mais conhecida é chamada de “triagem diagnóstica”. Basicamente ela consiste em procurar pela existência de sinais ou sintomas que possam requerer cirurgia ou que sugerem que a dor possa ser devida à causas potencialmente inespecíficas.

Os médicos da atenção primária são incentivados a prescrever qualquer teste diagnóstico ou tratamento para a dor lombar, caso não consigam, devem encaminhar a pessoa para algum especialista. Atualmente, o médico da atenção primária é o “porteiro” do acesso ao cuidado médico especializado e é o responsável por decidir se a pessoa está ou não realmente doente (KOVACS, 2005).

Algumas atitudes médicas na atenção primária foram reconhecidas em pesquisa recente na Espanha. Quando estes atendem pessoas com dores lombares (KOVACS, 2005):

- A probabilidade de suas prescrições de RX aumenta com a quantidade de crises anteriores da pessoa, com o tempo de duração destas, com a intensidade da dor irradiada e com uma limitação positiva em testes de tensão neural;
- A probabilidade de suas prescrições medicamentosas aumenta com a presença de testes de tensão neurais positivos. A intensidade da dor lombar não contribui para aumentar a probabilidade desta prescrição. Deve-se notar que o autor da pesquisa destaca que todas as pessoas participantes tinham dor suficiente para procurar o médico e 90% delas foram medicadas, não importando a sua intensidade.
- A duração dos episódios de dor contribui significativamente para a prescrição de reabilitação, enquanto restrições graves de testes de tensão neural e cronicidade avançada são indicativas de procedimentos cirúrgicos.

### 2.3.2 Medicamentos

Os fármacos elaborados pelas culturas tradicionais são inumeráveis, aparentemente bastante diversos e talvez, aos olhos da medicina ocidental, “irredutíveis” seja entre eles seja com respeito à lógica biomédica. O uso de drogas analgésicas, narcóticas, alucinógenas data de épocas muito longínquas e aparece nos costumes tradicionais de muitos povos (GUERCI e CONSIGLLERE, 1999).

Já é de conhecimento popular a utilização de medicamentos antiinflamatórios e analgésicos para o tratamento de dor. Meios de comunicação denunciam freqüentemente a venda ilícita de medicamentos controlados por farmácias e lojas que entregam a domicílio. Outros anúncios publicitários incentivam a sua utilização em situações como dores generalizadas com efeitos rápidos e somente orientam “caso persistirem os sintomas, procure um médico” (HOCHSCHULER; REZNIK, 2000).

A utilização de drogas analgésicas tem apenas ação sintomática. Isto quer dizer que amenizam a sensação dolorosa. Porém elas não têm ação sobre a lesão da estrutura. Muito menos sobre os aspectos não orgânicos da dor lombar.

Injeções anestésicas na coluna têm um duplo propósito: fornecem alívio para a dor e ajudam o médico a determinar a sua causa. Uma vez que o diagnóstico exato for feito, uma dose de esteróide pode ser injetada bem próximo à fonte da dor, geralmente associada à reações inflamatórias irritativas. Este tipo de procedimento é aconselhado como constituinte de um “plano de tratamento” de âmbito geral, inibindo-se sua utilização isolada (HOCHSCHULER; REZNIK, 2000).

De quatro triagens controladas e randomizadas descritas por uma revisão de literatura rígida, nenhuma encontrou eficácia maior para a utilização de antiinflamatórios em comparação com outras técnicas terapêuticas, pelo menos quando se trata de dor lombar crônica. Os efeitos declarados não são duradouros, porém propiciam alívio a curto prazo (VAN TULDER et al., 2000).

### 2.3.3 As Escolas da Coluna

Segundo McKenzie, 1981 e Fernberg, 1999, dois objetivos são essenciais para se conseguir “*costas saudáveis*”: 1. deve-se prevenir a recidiva ou a predisposição à cronicidade e 2. deve-se promover sua saúde através da educação. Para bons resultados, o cuidado/tratamento deve se desvincular da avaliação da dor em termos de quantidade e concentrar-se na melhora da função e na diminuição da necessidade dos serviços de cuidado à saúde. Por este motivo os programas multidisciplinares como os Programas de Educação para a Coluna Vertebral vêm ganhando força ultimamente como filosofia de cuidado/tratamento das dores originadas da coluna vertebral, focando-se justamente nesses objetivos (SANDERS et al, 1995; OWENS; EHRENREICH, 1991).

A *Escola da Coluna* ou orientação dirigida a grupos de pacientes selecionados é um método criado no final da década de 60 pela fisioterapeuta sueca Mariane Zachrisson Frossell. Ela utiliza além da intervenção curativa da atenção primária em reabilitação, uma abordagem educativa, intervencionista e preventiva com objetivo de informar e esclarecer aspectos importantes sobre a doença e como conviver melhor com suas possíveis limitações (FORSELL, 1981).

As revisões sistemáticas e os trabalhos atuais feitos sobre este tipo de terapêutica apontam para uma significativa eficácia a médio e longo prazo, com mudanças positivas de atitude das pessoas que aprendem o melhor gerenciamento dos seus processos dolorosos (VAN TULDER et al, 1997; 2002; MUNIZ, 2004; SCHMITZ; ZENI, 2006; ARRUDA; DUARTE, 2007).

### 2.3.4 As Terapias Manuais

São entendidas como terapias manuais aquelas que utilizam apenas as mãos dos profissionais para realizar a abordagem. Nesta filosofia, são aplicadas trações,

compressões e mobilizações sobre os segmentos vertebrais restaurando a mobilidade normal da coluna e equilibrando as pressões sobre as estruturas (LEWIT, 2000).

Alguns trabalhos encontraram evidências significativas positivas para a dor lombar a curto prazo, porém não a longo. Neste caso, as pessoas se sentindo melhor, retornam a realizar as atividades agressoras e desencadeadoras dos processos dolorosos, tornando-se assim dependentes de manipulações subseqüentes e recorrentes na medida em que as crises acontecem. A complicação deste costume é que as manipulações recorrentes são sempre mais difíceis e menos efetivas (VAN TULDER, 2006; COX, 2002; LISI, 2001; LEWIT, 2000).

### 2.3.5 As Terapias por Exercícios

De acordo com Göhner e Schlicht (2006), manter-se ativo é por si só uma boa forma de prevenção da dor lombar. Mas deve-se associar um bom programa comportamental para aumentar a adesão ao exercício.

Para Rainville et al (2004), os exercícios podem ser percebidos como proveitosos para três aspectos distintos da dor lombar crônica. Primeiro o exercício pode ser útil para melhorar as conseqüências corporais causadas pela dor como inflexibilidade da coluna vertebral, fraqueza ou descondicionamento cardiovascular. Segundo, existe alguma evidência de que a execução regular de atividades físicas consegue prevenir o aparecimento da dor lombar e reduzir a sua intensidade. Finalmente, o exercício pode ser útil para reduzir a inaptidão relacionada com a dor lombar e pode ser usado como ferramenta para diminuir o medo excessivo e as preocupações sobre a dor lombar alterando os comportamentos das pessoas que as possuem.

### 2.3.6 Terapias Comportamentais:

Uma revisão sistemática na qual foram comparados vários tipos de terapias comportamentais encontrou uma eficácia positiva moderada nas abordagens da dor lombar crônica. Resultados de 20 trabalhos incluídos nesta revisão, mostraram que o tratamento comportamental teve efeito positivo na intensidade da dor, melhora da função geral e outros resultados comportamentais quando comparados a um grupo controle não tratado (VAN TULDER, 2000).

O foco da abordagem comportamental é diminuir as disfunções causadas pela mudança nos processos cognitivos e contingentes ambientais e não necessariamente na remoção da causa física dos sintomas. Nesta técnica, assume-se que a dor e a disfunção causada por ela não são influenciadas apenas por problemas físicos, mas também por fatores psicológicos e sociais. Assim, já se têm em mente que as atitudes das pessoas, suas convicções, o comportamento de dor e os conflitos psicológicos se combinam para produzir uma “síndrome” de dor lombar crônica (ARGURTA-BERNAL, 2004).

### **3. ASPECTOS METODOLÓGICOS:**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Esta é uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa que, segundo Leopardi et al (2001) tem o propósito de esclarecer significados para os fatos e criar uma representação para eles ou seus fenômenos, na tentativa de compreender detalhadamente as características situacionais apresentadas pelas pessoas.

“A abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para compreender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 1999, p. 90). Desta maneira e diante do tema a ser abordado nesta pesquisa, a compreensão torna-se mais sensível e retrata aspectos dos sujeitos pesquisados, que dificilmente poderiam ser alcançados com outro método.

A pesquisa qualitativa proporciona aqui suas maiores virtudes para elucidar as estratégias, escolhas e cuidados subjetivos frente às experiências da dor lombar crônica. Desta maneira, as análises feitas sobre esta ótica se tornam mais ricas, sendo feitas a partir do contexto que se formam, ou seja, da realidade da vida de cada pessoa, sem deixar-se de levar em conta a própria pessoa, que age conforme a situação cotidiana e atual.

#### **3.2 Apresentando o Local de Pesquisa:**

Esta pesquisa foi desenvolvida na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sediado no município de Itajaí-SC. A Clínica de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí tem uma característica filantrópica com cerca de 8000 (oito mil) atendimentos por semestre. Seus usuários são encaminhados pelo sistema municipal de saúde/SUS da cidade de Itajaí e de algumas outras cidades

da região (Camboriú, Navegantes, Luís Alves, Porto Belo e Penha). Neste local trabalham os oito professores supervisores do Curso de Fisioterapia que orientam os alunos de 7º e 8º períodos prestando o atendimento à comunidade em geral, em período integral (manhã e tarde) à quase dez anos. Ela se situa no Bloco 24A do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí - Campus I e é distribuída em uma área aproximada de 1.181m<sup>2</sup>, sendo planejada de forma a atender as necessidades de portadores de qualquer tipo de deficiência física e mental.

A estrutura deste serviço conta com salas específicas (ginásio e eletroterapia) que são utilizadas para o atendimento ortopédico incluindo as pessoas que apresentam problemas relacionados à coluna vertebral. A fila de espera conta atualmente com cerca de 300 pessoas que aguardam serem chamados para cuidado/tratamento que é realizado pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia, acompanhados da supervisão dos professores com formação especializada para o atendimento na área.

A fila de espera é um instrumento utilizado pela clínica Fisioterapia da UNIVALI – Campus I para cadastrar as pessoas que são encaminhadas para realização da fisioterapia, mas que não podem ser atendidas no momento, pois não há horários disponíveis. Desta forma, o nome das pessoas, o diagnóstico médico, o telefone e o local onde moram são registrados para posterior contato, assim que surgirem vagas disponíveis. Pela fila de espera, conseguiu-se fácil acesso aos sujeitos da pesquisa e foi facilitada a relação pesquisador/sujeito já que os envolvidos não se conheciam.

Além da especialidade ortopédica, a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI – Campus I também presta serviços na área de pneumologia, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, reumatologia, traumatologia, pediatria e realização de exames especializados como espirometria. Esta também está organizada de maneira a atuar multiprofissionalmente em associação ao curso de psicologia em abordagens para a fibromialgia e dores crônicas, iniciando um processo que a tornará centro de referência para o cuidado a estes tipos de patologias.

Itajaí também possui outros serviços ambulatoriais em fisioterapia. Como serviços públicos apenas, somente são reconhecidos três. A Universidade é um deles, sendo os outros dois um hospital e uma clínica de fisioterapia conveniada com o SUS.

Pelo zoneamento efetuado baseado no programa de assistência à saúde da família, a Universidade fica responsável pelo atendimento das pessoas moradoras nos bairros vizinhos, ou seja, Dom Bosco, Ressacada, São Judas, Fazenda e Centro, que contam com aproximadamente 47 mil habitantes.

### **3.3 Sujeitos da Pesquisa:**

Após a certificação e aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UNIVALI iniciaram-se os preparativos para a coleta de dados. Para esta pesquisa, foram contatadas 45 pessoas constantes da lista de espera da clínica de fisioterapia, das quais 21 compareceram à primeira entrevista, atendendo ao convite para a realização do cuidado/tratamento fisioterapêutico juntamente com uma pesquisa sobre as pessoas que apresentam dor lombar crônica. Os contatos se procederam através de telefone. As pessoas foram selecionadas a partir do diagnóstico clínico conforme os seguintes critérios de inclusão:

- Apresentasse dor lombar crônica, ou seja, queixa de dor na região da coluna lombar por mais de três meses, com ou sem irradiação para os membros inferiores;
- Estivesse na fila de espera ou em cuidado/tratamento na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – Campus I;
- Tivesse disponibilidade para a realização dos encontros para as entrevistas negociadas entre o pesquisador e a pessoa entrevistada;
- Concordasse com os itens do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

Com o objetivo de delimitar as características patológicas e sintomáticas dos sujeitos da pesquisa, não foram chamadas pessoas que apresentassem sinais graves de compressão de raiz nervosa ou medular como: parestesia intensa nas duas pernas ou

“em sela”; falta de força que influenciasse na capacidade de deambulação normal e fraturas diretas ou indiretas das estruturas vertebrais advindas de traumatismos recentes, pois estas características poderiam demonstrar variações muito extremas de comportamento e atitude frente à dor.

Das 24 pessoas que não participaram do estudo, apresentaram os seguintes motivos:

- Tinham o telefone desatualizado e, portanto o contato não pode ser feito;
- Já estavam se tratando em outro serviço, portanto não tiveram interesse em se deslocar até a universidade;
- Não tiveram interesse em realizar a pesquisa ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Uma pessoa foi excluída da pesquisa após a primeira entrevista, pois não respondeu com clareza aos questionamentos sendo então caracterizada como um “mal informante”.

Os que compareceram apresentaram-se com uma característica colaborativa favorável. Certa expectativa, apenas, foi percebida quanto ao cuidado/tratamento a ser efetuado, ou seja, se a realização ou não da pesquisa iria afetá-lo, afinal, os participantes estavam inscritos para realização de procedimentos fisioterapêuticos e não para realização das pesquisas. Foi aclarado que a realização ou não da pesquisa não traria nenhuma diferença para os procedimentos a serem utilizados. Então todos se puseram disponíveis para os horários acordados e abertos aos questionamentos.

Assim, esta pesquisa foi realizada com 20 pessoas com dor lombar crônica. Todos os dados gerados para informação das características dos sujeitos pesquisados foram incluídos no quadro 1.

Quadro 1: Características sócio-demográficas da população estudada, 2007.

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade	Renda (Salários Mínimos)*	Religião	Profissão	Trabalhando	Tempo de dor (em meses)
P1	51	Feminino	1 completo	1,6	católico	fotógrafa	não	36
P2	41	Masculino	3 incompleto	5,3	católico	técnico informática	sim	60
P3	32	Feminino	1incompleto	1,0	católico	serviços gerais	sim	4
P4	24	Masculino	2 completo	2,6	católico	pedreiro	não	6
P5	47	Feminino	1 incompleto	1,0	católico	doméstica	não	36
P6	31	Feminino	3 completo	5,3	católico	professor	sim	6
P7	55	Feminino	1 completo	2,6	católico	cozinheiro	sim	48
P8	36	Feminino	2 completo	1,6	católico	aposentado	não	12
P9	48	Feminino	1incompleto	4,2	espírita	cozinheiro	não	48
P10	40	Feminino	1 completo	6,6	católico	dona de casa	não	6
P11	50	Feminino	1incompleto	2,6	católico	serviços gerais	sim	120
P12	36	Feminino	1incompleto	2,6	evangélico	doméstica	sim	12
P13	54	Feminino	1incompleto	1,7	católico	costureira	não	420
P14	37	Feminino	3 incompleto	1,8	católico	secretária	sim	12
P15	58	Masculino	1incompleto	2,6	evangélico	pedreiro	não	36
P16	47	Feminino	2 incompleto	6,6	católico	zeladora	não	36
P17	44	Feminino	1incompleto	5,3	católico	dona de casa	não	12
P18	36	Feminino	2 completo	1,3	católico	repcionista	sim	18
P19	31	Feminino	2 incompleto	2,6	católico	serviços gerais	sim	3
P20	44	Feminino	1incompleto	2,1	evangélico	doméstica	sim	7

Fonte: Base de dados. \*Valores aproximados.

### 3.4 Coleta de Dados

Para esta pesquisa, optou-se pela entrevista semi-dirigida (semi-estruturada ou guiada) como instrumento de coleta de dados de maneira que se utilizou um guia de temas a serem explorados durante a conversa com as pessoas. As perguntas foram sendo aprofundadas durante o transcurso da entrevista e conforme a necessidade de exploração do entrevistador. As entrevistas ocorreram entre junho e agosto de 2007.

O termo entrevista sublima o ato de ver (vista = observação) e o posicionamento físico das pessoas (“entre” – entrevistador: aquele que realiza e orienta a pesquisa, entrevistado: sujeito da pesquisa). Elas desenvolvem-se tanto no campo

dos métodos de pesquisa quantitativos (comumente ficando restritas a questionários que forcem o entrevistado a escolher respostas pré-determinadas) como das pesquisas qualitativas (aqui, melhor empregadas quanto menos específicas forem as perguntas). (TURATO, 2003).

Para Richardson (1999), a interação entre pessoas, face a face constitui uma ótima situação para que se compreenda o que ocorre com o outro. Esta forma de contato tem um caráter inquestionável de proximidade que proporciona as melhores possibilidades de aproximação à mente, vida e definição das pessoas. A estreita relação entre pessoas é configurada pela técnica da entrevista, onde determinada informação é transmitida de uma pessoa para outra. Turato (2003) refere-se a ela como um precioso instrumento de conhecimento interpessoal facilitando a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do entrevistado.

O roteiro de entrevista semi-dirigida (Apêndice 2) foi elaborado com base nos dados obtidos pela prática assistencial<sup>3</sup> (MARCHI, 2006). Nesta primeira etapa se buscou o reconhecimento do campo semântico e o caminho para a sua abordagem. Foram identificados termos locais e formuladas descrições significativas que apontaram para a identificação dos casos das pessoas. Para cada caso identificado, diferentes questões foram feitas para tentar reconstruir os comportamentos e sintomas que foram associados às doenças, de acordo com as diferentes interpretações feitas pelas pessoas e os caminhos terapêuticos realizados por elas. Os dados obtidos da entrevista foram gravados e armazenados digitalmente. Este processo permitiu liberdade ao entrevistador para que prestasse atenção somente ao entrevistado (não foi dividida atenção com a escrita).

Inicialmente as entrevistas foram executadas somente após a segunda ou terceira sessão de cuidado/tratamento fisioterapêutico, com intuito de estabelecer melhor interação entre o informante ao pesquisador. Contudo, surgiram em suas falas, características do discurso biomédico, como se as pessoas quisessem falar aquilo que o

---

<sup>3</sup> A referida prática assistencial foi apresentada em dezembro de 2006 para a disciplina (NFR 3128) **Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde** do Curso de Mestrado em Enfermagem pelo Departamento de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN/UFSC).

terapeuta quisesse escutar ou como se a forma como eles se expressariam, influenciaria no cuidado/tratamento a ser realizado.

*“Eu sei que faço as coisas na posição errada [...], por isso dói tanto.”*  
P3.

*“[...] então a escoliose precisa ser trabalhada, alinhar [...]”* P10.

*“Eu tenho um pouco de sobrepeso. Sei que isso complica!”* P2.

Apesar de não ser objetivo desta pesquisa observar a forma da linguagem das pessoas entrevistadas, constatou-se que este discurso era mais elaborado (cuidadoso) e baseado num prévio contato biomédico. Segundo Arcanjo et al. (2007), a maneira como são entendidas as causas das dores na coluna exprime a visão de um modelo biomédico já imposto, embora não seja compreendida de forma coerente pelas pessoas.

Esta característica é constantemente observada tanto nas pessoas com problemas lombares crônicos como em qualquer outra doença crônica, devido ao seu diversificado percurso pelos serviços biomédicos na busca pela cura. O discurso utilizado então passa a ser influenciado por esta postura, pois ao buscarem outros serviços de saúde, as pessoas adaptam sua linguagem ao ambiente em que se encontram (BUDÓ et al., 2006, DENARDIN, 1999).

Transcorreram-se 3 entrevistas até que houve esta constatação. A partir daí, as entrevistas passaram a ser executadas já no primeiro contato, antes mesmo da anamnese inicial dos problemas. Outro tempo e espaço específicos foram selecionados para a realização das demais entrevistas que eram realizadas para esclarecimento das dúvidas, porém, separadamente dos procedimentos assistenciais de cuidado/tratamento. Deste modo, as pessoas passaram a se concentrar pouco mais na resposta aos questionamentos do que no – “como a minha resposta pode influenciar a forma como ele me trata?”.

Para explorar e aprofundar melhor uma compreensão sobre as escolhas terapêuticas das pessoas com dor lombar crônica, após a realização das 20 entrevistas,

um grupo focal foi realizado com oito destas pessoas. Todos os participantes deste grupo focal já haviam realizado as entrevistas. O encontro foi realizado, com duração de uma hora, no mesmo local onde aconteceu a entrevista. O foco principal e motivo do encontro envolveram os seguintes questionamentos:

1. Que tipo de cuidado/tratamento você conhece para os problemas na coluna?
2. O que estes tratamentos trazem de bom ou de ruim para o cuidado com a saúde?

A técnica de grupos focais, cujo prestígio e utilização têm crescido no âmbito da pesquisa social, procura conhecer e compreender as opiniões dos participantes a respeito de um determinado tema, através da interação que se estabelece entre eles. Nesta técnica, um grupo relativamente homogêneo é convidado a discutir um dado tópico da pesquisa. O grupo é guiado por um facilitador e um moderador, a discussão é gravada em áudio e/ou vídeo. Esta técnica tem sido valorizada por constituir-se uma estratégia de coleta de informações de caráter qualitativo em profundidade, em curto espaço de tempo e a baixo custo. São aplicações interessantes em situações nas quais se deseja ampliar a compreensão de um determinado projeto, programa ou serviço, tal quais as pesquisas de avaliação de satisfação (GOMES & BARBOSA, 1999; NETO et al, 2002).

### **3.5 Análise dos dados**

Para análise dos dados foi realizada a Análise de Conteúdos proposta por Bardin (1979).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Dentre as possibilidades de análise de conteúdo foi proposta uma análise temática, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em

categorias segundo reagrupamentos analógicos de modo que signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 1979).

Este tipo de análise compõe-se de três etapas (BARDIN, 1979):

### 3.5.1 A Pré-Análise:

É a fase de organização. Ela apresenta três objetivos: escolher os documentos válidos e de informações suficientes; formulam-se os objetivos e pressupostos iniciais levando-se em conta a possibilidade de sua reformulação frente ao material disponível; elaboram-se os indicadores que possam fundamentar a interpretação final. Aqui, foram determinadas a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (BARDIN, 1977). Alguns eventos tornam-se necessários para que tais determinações sejam realizadas:

- **Leitura Flutuante:** toma-se contato intenso com o que está escrito nas entrevistas transcritas. A familiarização com os pontos que vão de encontro aos objetivos e pressupostos são essenciais para tornar a leitura mais sugestiva.
- **Constituição do Corpus:** o material deve ser organizado de forma que possa responder algumas formas de validação: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência com o tema proposto.
- **Formulação de hipóteses:** as hipóteses emergentes das transcrições são confrontadas com as iniciais e expostas à comprovação, reprovação ou reformulação.

### 3.5.2. Exploração do Material

É a segunda etapa da análise de conteúdo quando o objeto de principal compreensão no texto transcrito é buscado essencialmente pela transformação dos

dados brutos. São buscados recortes em unidades de registro que podem ser resumidos em uma palavra ou frase.

### 3.5.3 Tratamento dos Dados

Por último, faz-se o tratamento dos resultados e a sua interpretação. Estes podem ser trabalhados quantitativamente através da frequência para que possam ser evidenciados ou qualitativamente pelo fator de importância analisado através da ótica descrita no referencial teórico. Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos em uma representação do conteúdo. As inferências também são feitas a partir desta última fase. A inferência é a operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (BARDIN, 1979. p. 39). Neste caso, a inferência é o processo que faz a ligação entre os resultados prontos (tratados) e a interpretação de quem os analisa.

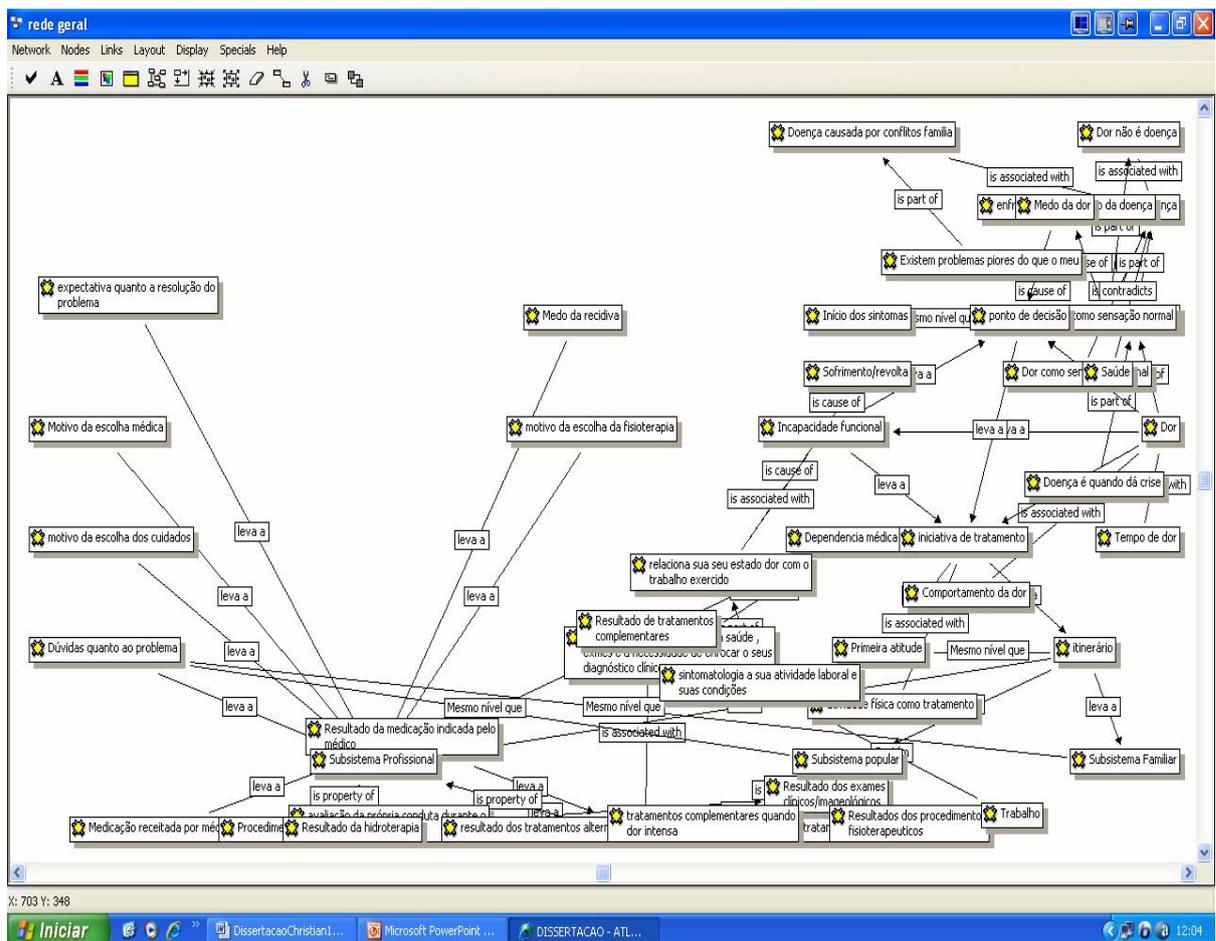
Após a transcrição e digitação das gravações das entrevistas e grupo focal, os dados foram organizados no *software* ATLAS.TI, da empresa *Scientific Software Development*, para posterior análise.

O ATLAS.TI é uma ferramenta de análise qualitativa que permite trabalhar com vários tipos de dados, sejam eles gráficos, textuais, vídeos e áudios. Ele oferece uma variedade de opções para cumprir as tarefas associadas a qualquer aproximação sistemática a dados que não estão estruturados ou que não podem ser analisados comumente de maneira estatística. O objetivo fundamental do ATLAS.TI é proporcionar um suporte efetivo para a interpretação humana, e em especial ao tratamento de grande número de informações, materiais e notas que podem ser associados à teorias (MUHR, 2004).

O primeiro protótipo deste programa foi desenvolvido em um projeto de pesquisa intitulado ATLAS entre 1989 e 1992 na Universidade Técnica de Berlin, Alemanha. Inicialmente foi desenvolvido para a criação de teorias fundamentadas nos

dados (*Ground Theory*), mas pela versatilidade na organização e visualização dos dados, tem sido utilizado como ferramenta por diversificadas metodologias de pesquisas qualitativas. Este também foi motivo para sua escolha e utilização neste trabalho.

A transcrição das entrevistas e do grupo focal foi indexada com o auxílio do *software* ATLAS.TI, sob o formato .rtf<sup>4</sup>. Assim, utilizou-se apenas a opção textual do software para organização e predisposição dos dados para a realização da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, (1979). Com a ajuda deste *software* foi possível a rápida extração dos textos correspondentes às diferentes categorias de informação e a identificação do informante (figura 2).



**Figura 2:** Rede de conexões entre as unidades de significado na construção das categorias.

<sup>4</sup> Rich Text Format: texto sem formatação codificado por padrão binário.



#### 4.6 Considerações éticas

Todos os procedimentos desta pesquisa visam estar de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, através da Resolução 196/96 e suas complementares (BRASIL, 1996), que discorre sobre os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça, não-maleficência. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Vale do Itajaí (CEP/UNIVALI), com parecer favorável em 13/03/07. Um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi elaborado (Apêndice 1) para registrar os aceites, informar os participantes sobre a pesquisa e sobre o pesquisador. O parecer de aprovação emitido pelo CEP/UNIVALI, número do cadastro: 66/07 encontra-se em anexo (Anexo 1).

Foi apresentado o TCLE às pessoas que aceitaram participar da pesquisa, informando-os a respeito dos objetivos e metodologia da pesquisa, salientando que tiveram liberdade para desistir da sua participação em qualquer momento do processo de pesquisa sem prejuízo ao atendimento fisioterápico que estavam realizando. Também foi solicitada a autorização para a gravação de áudio das entrevistas e discussões nos grupos focais. Caso os sujeitos não aceitassem realizar gravações durante as entrevistas e grupos, o autor faria as anotações em folhas de papel, durante as entrevistas ou após a realização dos grupos (pela utilização de “memória recente”). Todavia isto não foi necessário, pois todos os participantes aceitaram a gravação e concordaram com os termos da pesquisa.

Não esperava-se qualquer tipo de risco (físico ou não) que pudesse atingir a integridade dos participantes da pesquisa, pelo contrário, os participantes foram colaboradores para o desenvolvimento de um cuidado/tratamento mais adequado às suas condições de dores lombares crônicas.

Associadamente, as discussões durante a realização dos grupos focais concretizaram os achados das entrevistas e serviram como “devolutivas” aos participantes sobre o andamento e prognóstico dos resultados da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para um melhor entendimento do profissional de saúde a respeito da trajetória e da avaliação de cuidado/tratamentos das pessoas com dor lombar crônica, promovendo novas práticas em saúde para esta clientela.

Foi mantida a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações. Os nomes foram modificados para manutenção do anonimato, sendo utilizadas siglas para identificação dos sujeitos da pesquisa (P1 a P20). Tais siglas foram geradas automaticamente pelo software ATLAS.TI.

As entrevistas e registros dos dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador por 5 anos a partir da divulgação dos resultados. As informações fornecidas juntamente com os resultados apurados, foram utilizadas na elaboração desta dissertação de mestrado, podendo possivelmente ser publicados em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos, ressalvando-se as premissas éticas consideradas nesta seção.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise e interpretação dos dados e buscando compreender o significado dos cuidados/tratamentos realizados pelos sujeitos desta pesquisa, demonstra-se a seguir os seus resultados e discussões caracterizando inicialmente o perfil dos participantes e a apresentação das três categorias de análise:

- Atitudes e comportamentos das pessoas frente a experiência da dor lombar a partir das convicções, da busca pelos cuidados e tratamentos discutindo a decisão pelos cuidados/tratamentos e os percursos terapêuticos seguidos,
- O significado do tratamento/cuidados seguidos, caracterizados por: sentir-se bem com o cuidado/tratamento; sentir-se (in)capaz frente ao cuidado/tratamento; manter a esperança quanto ao cuidado/tratamento.

### **4.1- Conhecendo as Pessoas Participantes do Estudo:**

#### 4.1.1 Considerações Sobre o Gênero

Grandes diferenças entre homens e mulheres tem sido estudadas em relação às suas percepções e experiências com dor. Estes estudos demonstraram que as mulheres são mais susceptíveis a perceber as situações dolorosas, estão mais dispostas às dores recorrentes e não possuem soluções eficientes para aumentar sua tolerância a elas (JACKSON et al, 2002).

A grande maioria das pessoas que participou desta pesquisa é do sexo feminino. Apenas três pessoas representaram o gênero masculino. Estudos atuais (MCBETH; JONES, 2007; MANEK; MACGREGOR, 2005; SILVA et al., 2004) apontam claramente uma prevalência maior da dor lombar para os indivíduos do sexo feminino. É necessário explicar que este fato não foi proposital. Coincidentemente

houve um maior número de pessoas do sexo feminino buscando resolução do seu problema neste serviço de fisioterapia (Rever Quadro 1).

Portanto, este achado não pode ser considerado um viés de informação, mas sim, mais uma constatação de que o sexo feminino apresenta mais queixas de dor lombar do que o sexo masculino. Silva et al. (2004) acreditam ser este um achado plausível, porque cada vez mais as mulheres passaram a ter dupla jornada de trabalho diária e estão mais expostas a posições ergonomicamente desfavoráveis e execução de tarefas de maneira repetitiva.

A influência da dupla jornada de trabalho das mulheres como fator desencadeante de doenças pode ser constatada, por exemplo, através dos achados de Cardo e Rodriguez (1990) que constataram que o índice de doenças relacionadas ou não ao trabalho vem aumentando nos últimos anos.

A acelerada inserção da mulher no mercado de trabalho, embora traga em seu bojo uma maior participação e envolvimento da mesma na esfera político-social, não consegue dar conta de reduzir a índices aceitáveis as taxas de morbidade por doenças específicas. Isso tem sido atribuído não só ao aumento da sobrevivência da mulher, mas também à exposição da mesma a alguns fatores, onde aqui se destaca a “sobrecarga” do organismo.

Os efeitos da sobrecarga são constatados como cansaço, ansiedade e tensão. Esta situação pode trazer uma série de conseqüências para perpetuação das dores crônicas. Sintomas como irritabilidade, raiva, angústia, problemas gástricos se tornam constantes impedindo as pessoas de relaxarem, abrindo o caminho para o aparecimento de várias doenças que vão além das lesões mecânicas como, por exemplo, depressão e stress (MARCON et al, 1997).

Além disso, o sexo feminino apresenta algumas características anatômico-funcionais, que já foram abordados na revisão deste trabalho, e que podem colaborar para o surgimento das dores lombares crônicas como: Menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico pesado, maior peso de gordura, alterações hormonais constantes, alterações corporais pós-parto (BARSKY; PEEKNA; BORUS, 2001; UNRUH; RITCHIE;

MERSKEY, 1999; WIJNHOVEN; DE VET; PICALET, 2006; CHESTERTON et al., 2003; STRAZDINS; BAMMER, 2004).

#### 4.1.2- Considerações Sobre a Idade

A diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, somados à queda da natalidade, determinaram uma mudança na dinâmica demográfica etária do Brasil. A média de idade da população em geral está se tornando cada vez mais avançada. Como se sabe, este avanço da média de idade predispõe o aumento das situações de doenças crônicas. Uma pesquisa demonstra que a maior parte das pessoas que procuram os serviços de saúde pública está na faixa etária compreendida entre os 40 e 64 anos de idade (SANTOS, 2002).

A idade média encontrada entre as pessoas com dor lombar crônica que participaram desta pesquisa foi de 42 anos ( $ic^5 = 4,14$ ).

Diversos autores realizaram estudos epidemiológicos caracterizando a prevalência de dor lombar em diversos países. Estes estudos foram realizados com os mais variados grupos. Envolviam jovens e idosos, homens e mulheres, negros, brancos e asiáticos, pessoas de diversas classes sociais e níveis de instrução (MCBETH; JONES, 2007; SILVERSTEIN; CLARK, 2004; CHIBNALL et al, 2006; ANDRUSAITIS et al., 2006; SILVA et al., 2004; MANECK; MCGREGOR, 2005). A maioria dos estudos apresentados demonstrou evidências significativas de que há uma maior prevalência de dor lombar nas pessoas entre 30 e 55 anos idade, confirmando a clássica observação de Robin McKenzie (1981), autor e consultor de um importante sistema de terapia mecânica da coluna vertebral, de que a dor lombar prevalece durante a idade mais “viva” das pessoas.

O Ciclo funcional do corpo durante a vida do ser humano alcança um patamar aproximadamente aos 30 anos de idade e após isso, decresce

---

<sup>5</sup> Intervalo de Confiança (ic): designação estatística que determina a probabilidade de acerto de uma estimativa, por exemplo, se o erro  $\alpha=0,05$  então a probabilidade de se encontrar o valor estimado é de 95% (LAPPONI, 2000).

progressivamente conforme a idade. Relaciona-se este fato com a capacidade de produção e manutenção celular que alcança maturação máxima nesta idade. A partir desse ponto, as células começam a degenerar-se ou regridem na sua capacidade de sintetização (KATCH; MCARDLE, 1996).

Um mundo em que um número cada vez maior de pessoas sofre de doenças crônicas exigirá uma mudança significativa no paradigma médico, afastando-se dos cuidados/tratamentos agudos em direção a um gerenciamento de longo prazo, mais universal, da “cura” para o “cuidado” (HELMAN, 2002).

Acredita-se que apesar da dor poder estar presente na vida dessas pessoas desde mais cedo, a maioria vai registrar suas principais queixas sobre ela justamente durante a faixa etária mais produtiva, que é quando elas mais precisam de sua coluna vertebral íntegra para a realização das atividades laborais (BURDORF; JANSEN, 2006).

A vigorosidade da juventude pode influenciar negativamente no processo de saúde das pessoas. Realizar mais atividades ao mesmo tempo sem as sensações dolorosas presentes durante a juventude (pois os tecidos estão mais elásticos e suportam mais as deformações) predizem antecedentes desastrosos para a coluna vertebral. O depoimento de P4, 24 anos revela esta tendência:

*Eu queria fazer tudo ao mesmo tempo, queria ter mais dinheiro e trabalhava enquanto o meu corpo pudesse agüentar [...]. No início não sentia nada, mas agora [...]! P4*

*[...] não, não sentia nada. Porque era jovem né, fazia tudo [...]! P2.*

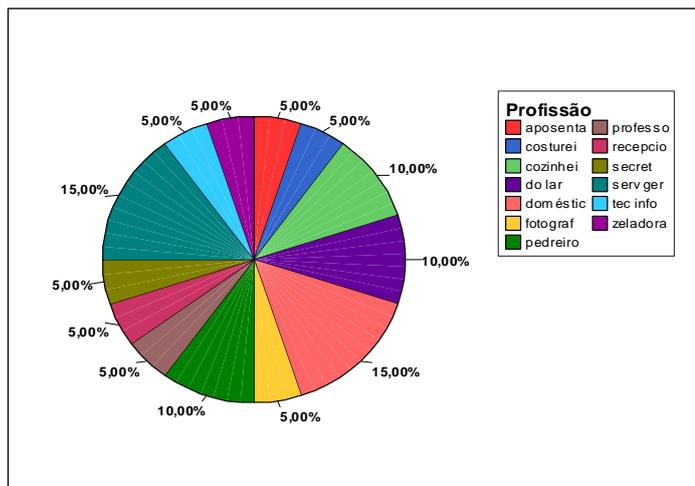
O disco intervertebral tende a se desidratar a partir dos 30 anos de idade. Sua função isotrópica perde sentido e as degenerações ficam mais evidentes. Aliás, não é só o disco intervertebral que perde elasticidade com a desidratação. Os ligamentos, os músculos e as fâscias musculares também sofrem com o avançar da idade. Estes tecidos tornam-se mais rígidos e conseqüentemente mais frágeis pois as deformações causadas pelos traumas passam a ser definitivas e plásticas (BOGDUK, 2005; BURTON et al, 1989; ANDERSON, 1986; WILLIAMS, 1993).

Pessoas com mais de 60 anos já não apresentam tantas queixas sobre as dores lombares, o motivo para isso pode estar relacionado à mudança dos hábitos ou atividades que são menos intensas progressivamente ou pela estabilização segmentar gerada pelos processos degenerativos da coluna vertebral que aconteceram durante o período de dor crítico (PAPAGEORGIU et al, 1995)

Os mais jovens apresentam aumento progressivo da prevalência de dores lombares correlacionado com o aumento da idade, sendo encontrados picos entre 12 e 15 anos de idade, inclusive com incidência de 33% de dor lombar crônica presente entre eles (PERQUIN et al, 2000). Essas relações podem aparecer um pouco maiores ou menores nas diversas pesquisas apresentadas, mas isto se deve à variação cultural entre as populações estudadas. Alguns países europeus têm predominância de população mais idosa tornando a idade produtiva de faixa etária mais larga, outros do contrário demonstram características populacionais mais jovens encurtando-a.

#### 4.1.3 Considerando as Atividades Laborais

Uma das características analisadas foi o tipo de trabalho e a relação com a dor lombar crônica. Neste sentido identificaram-se as seguintes profissões (figura 4):



**Figura 4:** Descrição das frequências relacionadas às profissões dos sujeitos pesquisados.

Ramazzini (1985) descreve várias doenças que estão relacionadas a diversas ocupações, cada movimento laboral predisponha determinado tipo de lesão. Nesta pesquisa, não foram encontradas predominâncias profissionais entre as pessoas entrevistadas revelando-se uma distribuição heterogênea entre elas, como se apresenta na Figura 4. Metade das pessoas com dor lombar estava trabalhando no momento da realização das entrevistas enquanto a outra metade não.

O afastamento do trabalho já se dava por aproximadamente noventa e cinco dias até o momento da pesquisa. Os motivos dos afastamentos estavam todos relacionados às queixas de dores lombares.

*[...] eu não posso fazer praticamente mais nada. A minha vida se tornou só praticamente em cima da doença né, parou. Eu vinha num ritmo bastante acelerado e de repente ela parou. P4*

O alto grau de incapacidade funcional gerado pela dor lombar tem sido um dos principais motivos de investimento de grandes empresas e do governo no seu estudo e pesquisa com intuito de modificar esta realidade. O tempo de afastamento está relacionado diretamente com a produção industrial prejudicando lucros e consumindo o funcionário. Treinar funcionários novos ou mudá-los de função

necessita de um período de transição que nem sempre é válido ou bem vindo. Segundo Silva et al. (2004), 90% das pessoas que se afastam do trabalho por até dois meses conseguem retornar à mesma atividade que realizavam antes, mas a medida em que o tempo de afastamento vai aumentando, esta proporção tende a diminuir. Após seis meses de afastamento, apenas 50% retornam às suas atividades laborais habituais e, depois de dois anos afastados, as chances de retorno são mínimas.

O trabalho tem apresentado diversas valorações e significados de acordo com momentos históricos, políticos e sociais. Durante a Idade Média, o cristianismo introduziu e disseminou o princípio de que a vida era o bem supremo e o trabalho era o dever daqueles que não tinham outro meio de sobrevivência. Já pela tradição monástica, o trabalho árduo era recomendado como forma de combater as tentações do corpo (ARENDDT, 1995).

Com a revolução industrial nos tempos modernos, o trabalho veio adquirindo cada vez mais importância para a vida das pessoas, tornando-se o trabalho de forma assalariada, uma atividade essencial para a sua subsistência. Pelo capitalismo creditado nesta época, os operários trabalhadores ascendem à categoria de cidadãos (ARENDDT, 1995).

A partir deste ponto, o trabalhador passa a ser alienado ao trabalho. Esse processo acontece de duas formas: o produto do seu trabalho não depende exclusivamente dele para surgir (outros podem sempre fazer a sua função); esta atividade torna-se geralmente não voluntária, que muitas vezes gera sofrimento e passividade. O trabalhador seria escravo do seu produto, pois dele depende a sua sobrevivência e a sua habilitação enquanto trabalhador (MARX, 1982).

Várias relações entre saúde, doença e trabalho foram observadas desde a época em que se afirmaram estas suposições, corroborando com um aumento na frequência dos relatos de distúrbios relacionados ao trabalho, como consequência principalmente dos processos de mecanização e automação da indústria e das modificações implementadas pelos seus modernos modelos de visão organizacional. Estas relações implicam em consequências positivas que significam satisfação e

desenvolvimento de potenciais pessoais e coletivos ou negativas que estão associadas aos transtornos da área psíquica (SELIGMANN-SILVA, 1995).

É necessário frisar que autores encontraram a doença vivenciada pelas pessoas que trabalham, sendo associada aos sentimentos de vergonha, fraqueza, culpa preguiça e vagabundagem de maneira que a própria falta de trabalho seria, em si, um sinônimo de doença (STRUNIN; BODEN, 2004; DAVIS; HEANEY, 2000; DEJOURS, 1987). Isto pode ser observado na fala a seguir, cujo sujeito poderia fazer o trabalho de colocação de azulejos somente na altura do seu tronco, mas que não existem trabalhos assim:

*Eu não sou vadio doutor, não é vagabundagem! Se tiver serviço pra colocar só azulejo nas paredes, eu quero que o senhor me diga onde! [...] Só que não tem, o meu trabalho tem que fazer de tudo doutor! P15.*

Como já foi visto anteriormente, a dor lombar não traz apenas conseqüências para as pessoas que a sentem, mas também traz consigo elevados custos socioeconômicos. Van Tulder et al, (1997) demonstraram que os custos que permeiam a dor lombar somavam 1,7% do PIB de um país desenvolvido como a Holanda. A maioria destes custos é causada por conseqüências indiretas da dor lombar: perda de produção, absenteísmo no trabalho e permanente disfunção. As licenças médicas e a inaptidão constituem cerca de 93% destes custos.

#### 4.1.4 Considerações Sócio-Demográficas

De predominância religiosa católica, as pessoas estudadas tinham uma renda familiar mensal média de 3 salários mínimos. Mais da metade tinha apenas o primeiro grau ou não o haviam completado, com residência nos bairros de Itajaí/SC, vizinhos à Universidade, ou seja, Dom Bosco, Ressacada, São Judas, Fazenda e Centro. Cabe aqui uma caracterização sócio-demográfica da região.

Itajaí é uma cidade litorânea localizada a nordeste do Estado de Santa Catarina. Sua população é de 161.789 habitantes, da qual quase 47.000 pessoas residem nos cinco bairros citados (CENSO, 2004). Dos seus trabalhadores, 20,73% possuem uma renda familiar que varia entre 3 e 5 salários mínimos mensais. Na população estudada, esta variação da renda familiar foi de 1 a 6,6 salários mínimos.

A condição financeira da população estudada posiciona seus sujeitos como dependentes de uma assistência à saúde pública. O SUS passa a ser referência para os atendimentos e as unidades de saúde funcionam como centros de triagem para distribuição das pessoas entre as especialidades. Existem ao todo na cidade 33 estabelecimentos de saúde pública (com atendimento pelo SUS).

*Porque o tratamento, tudo é muito caro e muitos tem tudo na mão e não conseguem no caso. Daí para mim aqui (clínica de Fisioterapia) fica mais fácil! P8*

*A gente vai no Postinho né! Quem não tem condições [...] P15.*

Para Sampaio (2002), o profissional fisioterapeuta vem historicamente desenvolvendo suas ações voltadas para a atenção secundária e terciária, atuando em clínicas, consultórios privados ou hospitais, com um papel de pouco destaque na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de fisioterapia existentes no país, até então, priorizavam em sua composição o enfoque curativo e valorizando pouco os modelos assistenciais que tinham como base a atenção primária. Desta forma, a fisioterapia sempre se manteve um pouco distante da realidade encontrada pelas unidades de atendimento pelo SUS.

Os valores das sessões de uma fisioterapia especializada podem variar conforme a especialidade empregada. De qualquer maneira, qualquer abordagem reabilitativa deve prever um mínimo de atenção e envolvimento dos terapeutas com a pessoa a ser tratada/cuidada. Desta maneira, uma demanda de tempo é exigida, aliada ao treinamento profissional específico que geralmente não é barato.

Serviços que fazem os atendimentos através de convênios com cooperativas de saúde ou com o serviço público, realizam acordos para que façam o atendimento

por valores abaixo dos praticados pelo mercado. Assim, para suprir a defasagem financeira, tais serviços passam a fazer atendimentos em grande escala, diminuindo-se a atenção necessária aos clientes, utilizando-se de recursos apenas paliativos e reduzindo a resolutibilidade terapêutica em muitos casos.

Desta forma, têm-se duas maneiras de atendimento fisioterapêutico dentro das atenções secundária e terciária. Uma através de serviços conveniados às cooperativas ou ao SUS. Outra feita pelo atendimento particular individualizado. Esta última, geralmente apresenta resultados mais favoráveis às pessoas, mas é muito mais cara e de difícil acesso às pessoas de baixa renda.

Aos poucos, a fisioterapia tenta buscar seu lugar na atenção primária. A mudança curricular proposta pelo ministério da Educação, recentemente obrigou os cursos a se adaptarem a uma realidade mais social. A promoção de saúde, também torna-se então foco da fisioterapia que a vê como importante forma de interação holística entre o profissional e a pessoa que o procura (KAPLAN, 2002).

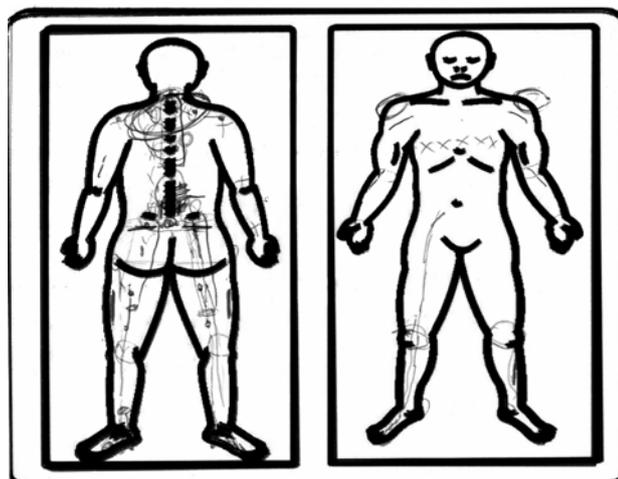
#### 4.1.5 Considerando as Queixas de Dor Lombar, o Tempo de Manifestação dos Sintomas e a sua Distribuição Corporal

Todas as pessoas participantes desta pesquisa apresentaram dores lombares com ou sem irradiação para os membros inferiores a uma variância de 15 meses (ic = 41,42) antecedentes à data da entrevista. Tal fato leva a constatação de que as pessoas participantes deste estudo pertencem ao grupo de pessoas com dor lombar crônica com muito tempo de sintomatologia, a mais de um ano convivendo com a mesma queixa, a dor lombar. Desta maneira, fica evidente que se trata de um grupo sujeito às limitações físico-funcionais das dores crônicas e com perpetuação na manifestação dos sintomas.

*Eu sempre senti dores nas costas né? Mas eu acho que com a pancada do acidente (há 2 anos) mexeu um pouco lá dentro. P8*

*Eu comecei a sentir mais de uns sete anos para cá, para ser mais exato. P2*

Contudo as manifestações de dor lombar ou irradiação para membros inferiores nem sempre são únicas. Devido ao componente etiológico postural do problema, alguns entrevistados apresentaram, além disso, queixas em outras regiões da coluna vertebral como se pode observar na figura abaixo (Figura 3).



**Figura 5:** Mapa corporal demonstrando os locais da dor dos sujeitos da amostra (os traços mais fracos são referem-se às anotações realizadas pelos próprios sujeitos).

A tentativa de compensação pela adaptação postural dos diversos segmentos da coluna vertebral geralmente é concebida por manutenção da postura antálgica que se estrutura através das sobrecargas em seus diversos pontos frágeis. Estes pontos podem gerar dor local ou irradiada com o mesmo comportamento da lesão vertebral. Na busca pelo equilíbrio relativo, a pessoa então passa a perceber dor em lugares variados. Para os terapeutas especializados na abordagem da coluna vertebral, é importante o reconhecimento do padrão destas dores para interpretação da progressão da lesão e do prognóstico (BIENFAIT, 1999).

Claiborne et al., 1999 observaram que as algias vertebrais têm um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas que possuem este sintoma. Elas podem prever incapacidade no aspecto físico, no social e no emocional. No aspecto físico, observou-se a perda de função, a baixa no estado de saúde e presença constante de dor ou aumento gradual da intensidade dela. A perda social de função impede a realização de atividades sociais e de recreação, trazendo estresses familiares e distanciamento das

organizações comunitárias. Dentro do aspecto emocional, a perda de função psicológica se manifestaria como insônia, irritabilidade, ansiedade, depressão e queixas somáticas.

Arcanjo et al (2007) verificaram que quando a dor torna-se crônica, pode comprometer o lazer, o sono, o apetite, a atividade sexual e profissional, resultando no estresse, na diminuição da resposta imunológica, podendo causar depressão e, conseqüentemente, perdendo boa parte de sua qualidade de vida. Outras pesquisas corroboram com as percepções destes autores (LIMA et al, 2005; GURGUEIRA et al., 2003) demonstrando que viver com dor crônica abala as pessoas e reduz suas esperanças de melhora, predispõe à invalidez, altera a imagem corporal e diminui a auto-estima.

Para Silva et al. (2004), conviver com uma doença crônica torna-se uma realidade com a qual a pessoa e os seus familiares precisam saber lidar. A dor lombar traz especificamente limitações em vários campos que vão desde a convivência individual passando pelas dificuldades na realização das tarefas cotidianas até o conflito com regras de comportamento incisas na sociedade (STRUNIN; BODEN, 2004). Há então uma necessidade de desenvolver novos hábitos, revisar os papéis sociais e incorporar a doença no seu processo de viver.

#### 4.1.6 Considerando a Dor Lombar e as Condições Físico-Ambientais.

Muitas das pessoas entrevistadas relacionaram a postura ou posição executada no trabalho ao aparecimento da dor:

*Eu era fotógrafa, então tinha [...], eu já trabalho há 25 anos com fotografia. Só que, naquela época, as máquinas fotográficas eram muito mais pesadas e a gente tinha que se levantar e abaixar muito. P1*

Certas posturas mantidas por longos períodos de tempo exercem estresses sobre os tecidos moles resultando em dor. A posição sentada é identificada como um fator de risco para a coluna vertebral, pois o ato de sentar-se produz uma retificação acentuada da lordose lombar e a pressão intradiscal é maior na posição sentada e com flexão para frente. Na porção posterior, os ligamentos são tensionados, assim como as fibras posteriores dos discos intervertebrais (VIEL; ESNAULT, 2000; HOLBROOK, 2000).

Na posição em pé há um acréscimo na pressão intradiscal, partindo da posição sentada para posição em pé ereta, sendo que a pressão aumenta com a flexão do tronco. Já na reclinada, a tensão sobre os discos diminui cerca de 50% quando comparada com a posição sentada (MAKOFSKY, 2006).

A perda da amplitude de movimento de extensão, e os maus hábitos posturais são apontados por Mckenzie (1981) como os principais fatores predisponentes da dor lombar. O estilo de vida das culturas ocidentais deste século fez com que o homem passasse a maior parte do seu tempo assentado com a coluna inclinada anteriormente (VIEL; ESNAULT, 2000).

Mckenzie (1981) relata que, em decorrência dessas alterações posturais, várias mudanças ocorreriam no sistema da coluna. Em suas próprias observações clínicas, o referido autor tem visto poucos adultos alcançarem os 30 anos de idade mantendo o movimento normal de extensão lombar.

A amplitude de movimento lombar é quase sempre avaliada em pessoas sofrendo de dores lombares, em geral, os fisioterapeutas avaliam a amplitude da coluna lombar apenas de forma curativa, isto significa que é rara a avaliação da amplitude de movimento lombar em pessoas saudáveis. Este fato reflete-se no número escasso de publicações referentes à amplitude de movimento normal da coluna lombar. Thompson (2003) descreve que existem poucos estudos isolados da coluna vertebral, e isto dificulta a compreensão das causas que fazem os indivíduos perderem a amplitude de movimento de extensão lombar. No entanto, os poucos estudos existentes demonstram somente valores de mensuração da amplitude de movimento da coluna lombar em pessoas que apresentam algum quadro de lombalgia.

Tradicionalmente, estes estudos buscam explicações biomecânicas para dores lombares causadas pelo gesto laboral. São relatadas como profissões com maiores riscos de gerar dor lombar aquelas que exigem um trabalho físico muito pesado, levantamento de peso, posições inadequadas ou repetidas (ERIKSEN et al., 2004).

Contudo, um movimento mostra-se constante em todos estes tipos de profissão, a flexão do tronco para frente. As estruturas lombares sofrem pressão permanente, decorrente desta postura assumida, fazendo com que a região lombar (3<sup>o</sup> vértebra lombar), seja o centro de pressão da coluna vertebral humana (LEMOS; SOUZA; LUZ, 2003). Biomecanicamente, no movimento de flexão lombar o corpo vertebral da vértebra suprajacente se inclina e desliza levemente para frente, o que diminui a espessura do disco na sua parte anterior e aumenta sua espessura na parte posterior. Deste modo, o disco intervertebral toma a forma de cunha de base posterior e o núcleo pulposo é deslocado para trás. Assim a pressão aumenta nas fibras posteriores do anel fibroso; simultaneamente, as apófises articulares inferiores da vértebra superior se deslizam para cima e têm a tendência de separar-se das apófises articulares superiores da vértebra inferior; portanto, a cápsula e os ligamentos desta articulação interapofisária estão tensos ao máximo, assim como todos os ligamentos do arco posterior: o ligamento amarelo, o ligamento interespinhoso, o ligamento supra-espinhoso e o ligamento vertebral comum posterior. Em resumo, esta tensão limita o movimento de flexão (KAPANDJI, 2000). Porém, estas estruturas são elásticas, e como todo material, também apresentam um “ponto de escoamento<sup>6</sup>” que obviamente é menor do que o de uma estrutura óssea.

Segundo Mckenzie (*apud* LEMOS; SOUZA; LUZ, 2003) as protusões do disco intervertebral são uma consequência do estiramento excessivo do ligamento que envolve o disco, causando perda da capacidade de estabilização, gerando o deslocamento do disco. Mckenzie apresenta a flexão e a má postura sentada, como os maiores responsáveis pelos casos de protusões, físsuras, rupturas, tensões, estiramentos e compressões das estruturas da coluna lombar. Na população estudada,

---

<sup>6</sup> Termo técnico utilizado nas Engenharias para significar o ponto de ruptura de um material.

todos os profissionais mantinham, em pelo menos algum momento, a posição referida como prejudicial.

A zeladora, a empregada doméstica e a dona de casa realizam este movimento durante o gesto de passar o pano de chão e limpar por baixo dos móveis, como pode ser observado na fala do sujeito a seguir:

*Foi quando eu comecei a trabalhar de diarista. Antes eu trabalhava também de costureira. Ficava muito tempo sentada, mas a dor piorou quando eu comecei a trabalhar e é bem pior nas terças e nas sextas que é quando eu tenho mais serviço. Nestes dias de noite eu to quebrada, a dor fica mais forte. P12*

Os pedreiros ajuntam da altura do solo materiais muito pesados em posição de flexão associadas a rotação lombar, o que é extremamente agressivo aos tecidos posteriores da coluna lombar, pois a amplitude normal deste segmento é de apenas 1° para cada lado no plano transversal (KAPANJI, 2000). Isto se evidencia no relato de P15.

*Eu confiei que eu tava pegando aquelas lajes eu e outro colega, muito pesada fazendo o segundo piso de uma casa. Daí me afetou muito, muito mesmo, uma viga daquelas que era mais de 100 kilos. P15*

Também as cozinheiras relacionam sua dor ao trabalho, pois passam muito tempo higienizando alimentos e louças em frente à bancada da cozinha, que muitas vezes são baixas, forçando-as a flexionar o corpo para frente:

*[...] Aí me convidaram aqui para trabalhar e eu desde aí trabalhei só como cozinheira. Mas até ali eu já sentia. Aí começou a se agravar mais com o serviço que se tornou mais puxado. Eu trabalhava em casa aí o meu serviço era mais descansado, não era tão corrido. P7.*

O técnico em informática, a secretária e a recepcionista se sentam à frente do computador em uma posição não muito favorável recurvando-se para frente ou não fazendo uso correto do encosto. A costureira senta-se durante todo o período de trabalho, praticamente inclinada sobre a peça a ser costurada na máquina.

Ainda discutindo a opinião destas pessoas sobre o aparecimento de suas dores nas costas, pode-se constatar contribuição de um conhecimento baseado no modelo biomédico em que as causas são orgânicas e advêm apenas das lesões na estrutura dos tecidos. Arcanjo et al. (2007) já haviam demonstrado essas mesmas características sobre a etiologia dos sintomas em seus estudos com pessoas portadoras de dor lombar. Tal convicção reforça caminhos terapêuticos que serão discutidos mais a diante e explica preferências pela busca do subsistema profissional

#### 4.1.7 O Significado de Saúde e Doença para as Pessoas com Dor Lombar Crônica

O conhecimento do perfil dos participantes da pesquisa, também trouxe descobertas sobre o significado que estes dão ao processo de adoecer e ser saudável. A partir do significado que as pessoas dão para a saúde e para a doença, elas poderão identificar o seu problema e adotar os mecanismos na buscas pelos tratamentos/cuidados para a dor lombar crônica. Será que a dor lombar é uma doença para estas pessoas? Assim, discutiu-se a respeito com os sujeitos pesquisados sobre o conceito de saúde e doença e a relação disso com as suas dores.

Kleinman (1980) explica que a interpretação das ações desenvolvidas pelas pessoas para lidar com seus problemas de saúde podem ser características de um modelo de conhecimento científico. Neste sentido, as pessoas organizam e interpretam a explicação sobre sua sintomatologia de acordo com sua própria experiência, o que resulta nas suas ações, condutas e decisões para o cuidado/tratamento.

As definições do que constitui saúde e doença variam entre as diferentes pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais. Na maioria das vezes, a saúde é vista como algo muito além da ausência de sintomas desagradáveis (HELMAN, 2003).

Segundo as pessoas entrevistadas, saúde é o estado pessoal em que não existem queixas, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais. Torna-se uma condição essencial para que elas tomem o sentido de suas vidas, para que consigam trabalhar ou executar suas atividades, sejam elas profissionais ou não.

*É estar bem com a vida, tanto fisicamente como pessoal, trabalho, tem que estar bem com tudo. P14*

*É ter disposição para fazer as coisas, é tudo para a gente. P12*

Entretanto observa-se que grande parte dos depoimentos obtidos em resposta ao questionamento - O que é saúde para você? - se referiam ao sentimento ou não de algum desconforto, principalmente da dor.

*[...] Que não sinta dor, que possa ir e vir sem precisar se preocupar. Ah, se eu me abaixar aqui vai me prejudicar ou como, no meu caso, se eu ficar uma hora sentada no outro dia eu estou que não me agüento de dor. Ou, se eu ficar muito tempo em pé, da mesma maneira, então eu acho que uma pessoa saudável é a pessoa poder fazer as suas tarefas, os seus exercícios, sem sentir dor. P9*

*E uma pessoa que não tem queixas nenhuma em relação à dor ou desconforto P6.*

*[...] é uma pessoa que não sente nada. P7*

Ferraz e Segre (1997) sugerem que saúde seja o estado de harmonia entre o sujeito e sua realidade. Os depoimentos acima relatam a quebra desta harmonia implicada pela constante preocupação com os sintomas dolorosos provenientes da movimentação. Deste modo, a presença da dor significaria a perda da saúde.

Contudo, nem todas as respostas apontaram para este caminho. Algumas pessoas consideram a dor como situação normal do cotidiano, de maneira que somente passam a valorizá-la quando esta passa a apresentar-se como limitação funcional.

Para entender melhor esta situação de conflito, perguntou-se às pessoas o que significa doença. Nem todos os depoentes responderam a este questionamento empregando o mesmo significado. Para alguns, doença significava um estado grave, sem cura, focando os aspectos de fragilidade extrema e de dependência do outro:

*Doente é, assim, uma pessoa com câncer, uma doença que não tem mais cura. P14*

*Uma pessoa que depende de outra pra tudo. P10*

Já outros, consideravam a doença como um estado comum, rotineiro, mas não de menor importância:

*É um mal que faz parte do ser humano. P16*

*A gripe é uma coisa mais leve né, porque se tomar um chá ou outra coisa aí passa rápido, né. P15*

E ainda, existem aqueles sujeitos que classificam as doenças em doenças leves e doenças graves, que causam maiores limitações ao viver humano:

*Uma pessoa que está na cama, com uma doença... Não que eu não queira dizer que isso [aponta para as costas] não é uma doença. Isso é uma doença porque me impossibilita de fazer certas atividades. Mas uma pessoa doente é uma pessoa que não consegue andar, por um câncer ou problema do coração. Uma coisa que não tem mais solução. Que não tem mais retorno para você se tornar saudável, perfeita novamente. P9*

Mais uma vez, constata-se presença de uma experiência biomédica sobre saúde e doença, acusando estreita relação entre a integridade dos sistemas orgânicos e seu estado atual. Esta adaptação do saber popular ao saber profissional foi também encontrada num estudo realizado em uma comunidade rural no qual se verificou que há associação de percepções e cuidados em saúde aprendidos por intermédio da tradição das famílias e do convívio com o subsistema profissional (DENARDIM, 1999).

Desta forma, duas unidades de significado foram selecionadas durante a análise para explicar a dor e o seu papel de contribuição com a doença: a dor como sensação normal e a dor como sensação anormal.

### Dor como Sensação Normal

Assim como o prazer, a alegria e o bem estar, o sofrimento, o medo e a dor são companheiros do percurso de vida humana. Um não existiria sem o outro, ou seja, todo o ser vivo coloca-se mais próximo do que é bom para ele através de sensações de

esperança ou de prazer e passa a sentir dor, medo ou incômodo quando algo lhe parece prejudicial, afastando-se.

A dor tem uma prevalência na população geral de cerca de 20%, segundo Blyth et al. (2001). Ela se constitui em uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de características de lesão tecidual, mas que integra também fatores emocionais e culturais individuais (BUDÓ et al, 2007, p.37).

As respostas das pessoas à sensação dolorosa são determinadas pela sua tolerância à dor que também é dosada por estes fatores. Deste modo, é compreensível que algumas pessoas não a valorizem ou apenas interiorizem suas respostas frente a elas. Não estão em discussão aqui os resultados de que esse comportamento pode levar, mas sim, constatar que a situação seja verdadeira.

É justamente a dosagem da dor que permeia a divisão entre a sensação normal e anormal. Neste caso, quando a tolerância à dor for alta, ela pode ser considerada normal. Pessoas com alta tolerância à dor não a consideram como doença. Também não foi identificada aqui a completa inexistência da dor, ela existe sim e é percebida por todos os participantes.

*Normal, eu tinha uma dorzinha chata, mas eu conseguia controlar ela.  
P10*

*Se tu cortas um dedo, que te machuca, já é uma dor, tu não quer sentir.  
Lógico que é uma coisa passageira.” P1*

Pessoas que consideram as dores como sensação normal, enfrentam positivamente a situação da doença, geralmente tinham um tempo menor de persistência da dor.

*[...] quando eu tenho dor eu até fico triste, mas eu não quero me sentir doente. Assim, quando alguém me pergunta como é que tu estás com a tua dor, eu já me sinto até mal. Não gosto de dizer que estou doente, digo que estou bem. Mas assim, se tu me lembrar que eu tenho dor, eu prefiro esquecer ela, porque assim é melhor! P14*

Tal capacidade de se sobrepor às experiências negativas e frequentemente até se fortalecer durante o processo de superá-las é chamado de resiliência. O estudo da resiliência produz uma revolução filosófica que se desgarra do modelo biomédico de desenvolvimento humano baseado na patologia e se aproxima a um modelo proativo baseado no bem estar. Para Richardson et al. (1999), a resiliência proporciona ao indivíduo destrezas protetoras e defensivas adicionais para lidar com os acontecimentos associados à doença.

Todas as pessoas apresentam algumas características predisponentes à resiliência. Tais características são intimamente ligadas a fatores protetores internos, individuais que envolvem a capacidade de controle sobre o corpo, a independência, a auto-motivação e a manutenção da auto-estima e confiança em si mesmo. Assim, segundo Barlach (2006), a resiliência é a reconfiguração interna pela pessoa, de sua própria percepção e de sua atitude diante da vivência da condição de adversidade ou trauma, constituindo esta, a partir de então, fator de crescimento ou desenvolvimento pessoal. Daí resulta a confirmação de uma identidade, o desenvolvimento de novos recursos pessoais, constituindo uma reação que transcende os limites de um mero processo de adaptação.

Nordenfeld (2000) nos leva a pensar que a saúde é um estado de normalidade, talvez um pouco subjetiva, mas que é percebida inclusive pelas pessoas entrevistadas. No normal, não cabe algo diferente. Muitas dores já foram experimentadas por essas pessoas e até o momento elas às consideravam normais. O que torna esta, tão importante no momento? Qual é a diferença entre a dor percebida como sensação normal e anormal e quando ela passa a ser percebida como tal? A resposta a estes questionamentos pode ser encontrada no próximo tópico onde serão discutidas as diferenças sentidas pela sensação de dor anormal.

## Dor como Sensação Anormal

De maneira sintetizada, como forma de contraposição ao conceito de saúde de Nordenfeld (2000), a dor pode ser caracterizada como uma forma de sinalizar ocorrências de anormalidades no indivíduo. Ela é um alerta essencial para a nossa sobrevivência e precisa ser analisada assim que ocorra para que se tomem as devidas atitudes, conforme demonstram as falas:

*[...] não é normal, nós não fomos criados para sentir dor, eu acho a dor horrível. P11.*

*Eu não posso sentir dor, é uma coisa assim: eu quero ver o que é! Sabe? P1.*

Alguns aspectos da dor são observados pelas pessoas entrevistadas para que esta seja considerada anormal:

- Ela precisa ser intensa:

*eu vinha sentindo muita dor, mas chegou um dia que eu não consegui agüentar mais. Eu larguei as ferramentas e fui para casa pra procurar um médico porque eu não agüentava mais. P4*

Esta característica da percepção dolorosa recorda a noção de tolerância à dor, afinal é difícil quantificar a intensidade da dor para pessoas diferentes. Cada uma tolera a dor de maneiras diferentes. Tavafian et al (2005) encontraram relações estreitas entre a intensidade da dor lombar e a qualidade de vida das pessoas. Eles verificaram que quanto maior a intensidade da dor, pior era a qualidade de vida, enquanto nenhum outro fator (como emocional ou social) contribuiu tanto na interferência das pessoas com dor lombar quanto o próprio fenômeno doloroso. As dores intensas chamam mais atenção das pessoas e dependendo do seu comportamento, pode confirmar a gravidade da lesão.

- Ela precisa ser constante:

*[...] dor nas costas assim, que tu sempre tem [...] Incomoda! P20.*

Dunn et al (2006) encontraram moderadas taxas de disfunção em pessoas que tinham dor lombar de média intensidade por longos períodos. Aliás, a intensidade moderada da dor também contribuía para que ela permanecesse por maior tempo em serviços assistenciais. Apesar disso, a verificação de ausências no trabalho foi positiva em grupos cujas características denotam dores constantes.

- Ela precisa atrapalhar as funções:

*Quando esta dor pega [...], é a escada. Porque a minha lavação é em cima, o quarto é em cima, então eu estou lavando roupa, água no feijão ou toca o telefone, lá vai eu pra baixo. Então assim a escada me judia muito. Quando eu fui mais para cima na escada a dor aumentava. Eu não estava mais conseguindo subir a escada direito. P17*

As pessoas referiram que a dificuldade de realizar as atividades contribuiu para uma maior preocupação com o problema. Para alguns autores, as maiores queixas das pessoas que possuem dores lombares é a incapacidade de realizar suas tarefas. Muitas delas queixam-se mais desse aspecto do que da própria dor (POIRAUDEAU, 2007; VAN TULDER, 2006).

- Ela precisa trazer algum tipo de sofrimento ou revolta:

*O que mais me revolta com esse problema que eu tenho, a hérnia de disco é de eu não poder tá fazendo uma faxina na minha casa, eu não estar podendo exercer a minha profissão, porque eu sei que vou me prejudicar cada vez mais. Tenho vontade de poder limpar uma janela mas já aconteceu de eu estar subindo e descendo a escada e no outro dia me travar tudo e doer. Isso me incomoda demais. Me revolta. P9*

A noção de sofrimento faz alusão diretamente a uma trajetória concebendo a representação da doença remetendo às razões para o sofrimento. Dentro da concepção da doença, o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos abstratos determinantes para que a pessoa construa sua identidade social. Assim, o discurso sobre sofrimento significa ao mesmo tempo a doença localizada, a experiência e a emoção que às implica (RODRIGUES; CAROSO, 1998).

Nordenfeld (2000) não usa o sofrimento nas suas definições de saúde e doença, pelo menos o sofrimento como sensação somática (ou física). Pessoas paralíticas podem sofrer por não andarem, mas não sentem nenhum tipo de dor. Não é o caso aqui, pois a dor física, de característica anormal, esteve constantemente associada à idéia de doença para as pessoas que têm dor lombar crônica:

*Eu acho que a pessoa só se torna doente quando ela sente alguma coisa né. Sente algum tipo de dor. P4.*

A interpretação da doença é um processo no qual o indivíduo se guia por categorias cognitivas socialmente construídas. A dor pode possuir características próprias e variar conforme a localização e duração. A “dor no peito”, por exemplo, é considerada de tipo grave, pois pode envolver o coração; a “dor de barriga” tem a possibilidade de apresentar apendicite e assim por diante. A dor anormal é geralmente percebida como fenômeno violento: “uma dor tipo “pontada”, “facada”, “agulhada”, “ferroada”, “choque”, “dor rasgada”, e com os poderes que a fazem superior às defesas do organismo encarregadas de manter o equilíbrio corporal. Assim, a sensação dolorosa ganha vida própria, podendo “caminhar”, “se espalhar”, “vir de repente”, “atacar”. Vista deste modo, a doença é algo que se manifesta repentina e traiçoeiramente, não sendo possível, portanto, ser prevista quer pelo paciente quer pelo representante dos serviços de cuidado/tratamento (FERREIRA, 1994). Assim, corroborando com a teoria de Kleinman (1980), as pessoas somente passam a considerar-se doentes quando o problema for interpretado como realmente de algo grave.

São estas convicções<sup>7</sup> dos sujeitos que irão determinar seu comportamento frente à situação de dor e ao entendimento sobre o que é doença, ou conseqüentemente, seu comportamento será mediado por elas. Tal comportamento é gerado como resposta subjetiva ao mal-estar por parte da pessoa e de todos os que a cercam. Particularmente é a maneira como eles interpretam a origem e a importância

---

<sup>7</sup> Convicções são definidas pela forma como a pessoa entende a ela mesma e ao ambiente que a envolve (DAYKIN; RICHARDSON, 2004).

do evento, o efeito desse sobre seu comportamento e seu relacionamento com outras pessoas e as diversas providências tomadas pela pessoa para mediar a situação.

Neste contexto, o comportamento não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o sentido que o indivíduo dá à mesma. Para que a dor seja considerada como doença e ela, conseqüentemente seja tratada como tal, a pessoa precisa reconhecê-la. Os distúrbios ocorridos precisam ser relevantes e significativos.

Pessoas com dor lombar crônica, por exemplo, sob situações produzidas em laboratórios tendem a não serem capazes de predizer a dor, pois apresentam percepção já alterada dela (ARNSTZ, 1995). As diferentes formas de interpretação da doença ou do sintoma vão se diversificar conforme os distintos contextos sociais ou culturais. Estas variáveis interferem na capacidade de interpretação de dor e altera a forma do comportamento das pessoas perante a ela, favorecendo o aparecimento dos conflitos de interesse entre o terapeuta, a pessoa que busca o cuidado e o tipo de cuidado oferecido. Isto será visto mais adiante como fator decisivo na condução da busca pelos cuidados/tratamentos.

#### **4.2 Atitudes e comportamentos das pessoas frente à experiência da dor lombar crônica:**

A experiência da doença e da dor varia de pessoa a pessoa, o que as faz adotarem comportamentos e atitudes singulares. Segundo Canesqui (2007), a centralidade das ações das pessoas no enfrentamento da doença crônica envolve o processo de ajustamento à enfermidade, que pode estar situado na relação do indivíduo com a sociedade, que se expressa na interpretação da doença na impossibilidade de cumprir as expectativas e obrigações sociais. Outro eixo expressa o modo de incorporação da doença pelo indivíduo, isto é, a sua relação com a condição de doente.

Neste sentido, pode-se identificar que, na dor crônica, a maioria dos entrevistados já sentia os sintomas de dor há bastante tempo, fazendo esta parte do seu cotidiano, tanto que muitos nem mais se lembravam do seu primeiro episódio:

*Eu acho que foi depois de levantar um tapete, mas não me lembro bem!*  
P3

*Faz tempo, não sei quanto [...] P1*

A forma de expressar a dor também é variável, para alguns a dor começa geralmente na região da coluna lombar e aos poucos, conforme a progressão da lesão, passa a irradiar para os membros inferiores de tal maneira que gera até confusão sobre o que é que começou primeiro, ou seja, a “raiz do problema”.

*[...] jogava bola e pensei que tivesse machucado a perna jogando. [...] Acho que a dor era tão forte na perna que eu não sentia a coluna.*P4.

A sensação dolorosa não é constante, com variações da intensidade, e as dores de alta intensidade, sempre ligadas à atividade corporal, se intercalam por períodos de calma:

*É lógico que uma dorzinha assim suportável é normal [...]. P1.*

*Tem hora que ameniza um pouquinho e aí tem horas que eu começo a fazer um pouco de movimento... aí, começa... P15.*

*A dor não é sempre igual. Às vezes mais, se eu fico muito tempo em pé, aí eu sento tem que variar, mas é complicado. P4.*

Como são variados os fundos etiológicos das dores lombares, fica difícil estabelecer algumas explicações para as recidivas dos sintomas. Elas podem estar relacionadas a uma cicatriz não funcional que ao ser tensionada rompe-se e produz novas reações inflamatórias. Pode ser o corpo descondicionado que apresenta dificuldades na realização das mesmas tarefas anteriores, com a mesma capacidade de proteção ou pode ser que a dor nunca desapareceu, na verdade sempre esteve presente, porém de intensidade menor tornava-se imperceptível. Por fim, as sensações podem ter

sido desencadeadas por um aspecto psicológico embutido que aflorou como desencadeamento de um conflito (COX, 2002; CARRAGEE, 2005; WADELL, 2004; MCKENZIE, 1981).

O início dos problemas álgicos em geral, esteve relacionado à forma como as atividades das pessoas eram executadas. Situações como posturas erradas, sobrecarga e extensa jornada de trabalho foram indicadas como causadores das dores lombares:

*Eu calculo que eu faço todo o serviço da casa, eu tiro sofá, eu arrasto as coisas, meu marido diz isso muito. Então eu imagino que seja da forma como eu trabalho. P17.*

*O serviço, não sei se é o jeito de me abaixar e pegar as coisas, porque eu não sei me agachar, eu tenho que curvar. P20.*

Estes relatos demonstram clara relação biomecânica com a etiologia da dor por parte dos sujeitos investigados. Arcanjo et al (2007) também encontraram este padrão de respostas em mulheres com dores nas costas, confirmando a visão do modelo biomédico presente nesta pesquisa por parte dos participantes. Certamente eles acreditam que o trabalho a ser realizado ou a forma como este trabalho é executado são causadores de dores lombares. Convicções como estas contribuem para a perpetuação do problema, pois as pessoas evitarão quaisquer movimentos que possam gerar dor, enquanto já está comprovado que é necessário manter-se ativo para que se tenham bons resultados para o cuidado/tratamento da dor lombar (BURTON, 2005), para o qual se tem o seguinte relato:

*O senhor sabe que o que faz o pedreiro! Faz de tudo! Como é que eu vou conseguir trabalhar, doutor? P15*

Alguns autores conseguiram demonstrar que estas convicções estão fortemente ligadas ao absenteísmo ao trabalho como resultado da dor lombar (WADDELL; BURTON, 2001). Antecipando o aparecimento das dores e relacionando-as às atividades laborais, um pensamento sobre se é possível ou não voltar a trabalhar geralmente surge, o que atrasa seu retorno às atividades, convence o

cuidador de que a pessoa não pode mais trabalhar e aumenta os problemas sociais e econômicos associados à dor.

Os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas e o julgamento das pessoas sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com a situação determinam a experiência da sua dor (TURK; MEICHENBAUM; GENEST, 1983 apud PIMENTA, 2001). No cuidado de doentes com dor crônica é freqüente observar pessoas com pensamentos automáticos negativos, falhas cognitivas e crenças disfuncionais que resultam em estilo de pensamento e comportamento pouco adaptativos, conforme observado na fala:

*Às vezes desanima, né? Porque o meu serviço é muito pesado. Acho que para isso, tem hora que tu achas que não vai conseguir mais voltar a trabalhar. Mas, eu achei que ia ter que mudar de emprego para poder trabalhar de novo sem precisar de coisas [...] Assim, como cirurgia. P4*

As pessoas com dores insidiosas freqüentemente apresentam comportamentos que desafiam a compreensão. Relatam história prolongada de dor, uso de muitos medicamentos para o controle da queixa, realização de muitos exames e cirurgias e de cuidado/tratamentos com vários profissionais, sem que o sucesso esperado fosse alcançado. Há também uma história de incapacidade, restrição de atividades, sofrimento e desajustes profissionais. É especialmente sedicioso perceber que, por muitas vezes, revisitam o mesmo tipo de cuidado/tratamento ao qual já se submeteram sem resultados positivos ou retornam à realizar a mesma atividade que lhes desencadeou o desconforto (PIMENTA, 2001). Este comportamento de busca de cuidado/tratamento e tentativa de retorno as atividades foi observado entre os sujeitos pesquisados:

*[...] eu voltei lá de novo. Não tinha melhorado, eu continuava sentindo as dores. Aí, ele me afastou do serviço. Durante 3 meses eu ainda continuei tratando com ele aí depois ele me encaminhou para o Dr. D. Ele disse: “Não tem mais o que eu fazer, você vai ter que fazer com especialista que eu tenho para você.” P9*

*Eu fiquei meio parado. Eu fiquei pensando assim comigo que poderia passar! P15*

*Eu tomo um Buscopan, aquele para reumatismo, eu esqueci o nome. Aí quando passa, eu volto a trabalhar.” P17*

A compreensão das concepções e da explicação de causas das doenças requer que sejam observadas quatro questões fundamentais: o reconhecimento e a classificação de um estado de doença (o que é a dor?); a percepção ou representação da sua causa instrumental (de onde ela surgiu?); a identificação do agente responsável (quem ou o que a produz?); a reconstrução da sua origem (por que isso ocorreu neste particular momento da existência?). Tais questões podem ser aplicadas a diversos tipos de pessoas e suas respostas, mesmo que dentro do contexto de uma única sociedade, raramente possuirão o mesmo padrão (SINZINGRE; ZEMPLÉNI, 1981 apud MORGADO, 1994).

As causas explanatórias da doença não se apresentam sempre de forma coerente e dependem muito da interpretação das pessoas que estão envolvidas no contexto. Em certas situações, causas objetivas ou diagnósticos formais são o que menos importam para as pessoas quando elas elaboram suas próprias interpretações sobre saúde, doença e tratamento, pois elas têm como referência, as suas próprias experiências pessoais e as referências de sua cultura (KLEINMAN, 1980; CAROSO et al, 2004).

A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de doença é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos sobre saúde e doença. Estes conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas. É de se esperar, então, que tal experiência exista em um fluxo contínuo e que a mesma seja passível de mudanças, tanto em termos de extensão como em termos de estrutura. Como ela está sendo continuamente reformulada, é esperado que o indivíduo produza mais do que um tipo de explicação sobre sua doença.

Por isso, o comportamento pessoal perante a dor é aprendido, assim como a criança aprende como se comportar com seus pais. As pessoas atribuem-lhe significado pela observação ou experiência prévia. Esta experiência vem muitas vezes desarticulada com a situação de dor aguda, quando a imobilização e o repouso eram

suficientes para reduzi-la. No caso da dor crônica, quase sempre a lesão já foi resolvida, o repouso é contra-indicado e comportamentos inadequados podem perpetuar a incapacidade.

Porém, segundo Alves (1993, p. 269), é necessário ressaltar que “nem toda alteração ou disfunção orgânica ou psíquica desperta necessariamente uma experiência de sentir-se mal”. Processos ou estados patológicos podem estar presentes no nosso corpo sem que tenhamos consciência deles.

Pessoas com dor lombar crônica, contrariando Alves (1993), podem adquirir convicções mal adaptadas sobre suas dores. Tais convicções podem incluir a idéia que a única solução para os problemas das suas dores é cirúrgica ou biomecânica.

*Foi quando eu comecei a trabalhar de diarista. Antes eu trabalhava também de costureira. Ficava muito tempo sentada. P12*

Eles também acreditam que a dor sempre é um sinal de algum dano ou lesão tecidual, ou podem considerá-la como única fonte de suas disfunções. Desta forma, evitam qualquer tipo de movimento com receio de sentir o sintoma novamente:

*Jogar bola eu nunca mais tentei. [...] com medo né, de bater! Só eu sei o que era a dor! P4*

Este comportamento amplifica as predisposições à dor lombar, pois bloqueia atitudes e posturas que possam melhorar as pressões sobre a coluna vertebral (ARGURTA-BERNAL, 2004). Também representa forte a influência biomecânica no reconhecimento da doença, dado que também pode ser considerado como adquirido culturalmente pelas pessoas entrevistadas.

Assim, a maneira que as pessoas entrevistadas experienciam a sua dor e adotam atitudes comportamentos frente a dor estão relacionados as suas convicções e vivências. O enfrentamento é diverso, sendo que as pessoas tentam adaptar as suas atividades cotidianas, o que resulta muitas vezes em limitação das atividades. Para Canesqui (2007, p.44), a cultura e a estrutura social tendem a organizar a experiência e o comportamento na doença, “embora inexista correspondência unívoca de ambas, não sendo a experiência exclusivamente uma realidade idiossincrática e subjetiva”.

#### 4.2.1 A Busca pelos cuidados/tratamentos para a dor lombar crônica

O fato das pessoas conviverem com a dor lombar crônica não traz com que se acomodem. Assim, foram identificados quais os tratamentos e cuidados que as pessoas procuram na busca da solução do seu problema, pois acredita-se que a partir do itinerário percorrido é que é construído o significado dos cuidados/tratamentos. Discute-se como é a decisão de buscar os cuidados/tratamentos e os percursos terapêuticos seguidos para a dor lombar.

#### 4.2.2 A decisão de buscar cuidado/tratamento para a dor lombar crônica

Para Stork (1997), estamos em uma cultura em que o sofrer é inaceitável. Não temos motivos para suportar a dor e usamos vários meios técnicos para combatê-la. Amamos a comodidade, a ausência de dores, moléstias e esforços físicos, mais do que qualquer coisa, precisamente porque não suportamos o sofrimento. Infelizmente, os métodos que são utilizados para evitar o sofrimento não são suficientes, o que realmente eles conseguem fazer é diminuir nossa capacidade de agüentá-lo, impulsionando-nos cada vez mais para os prazeres e satisfações rápidas. Isto influi negativamente no processo, diminuindo a capacidade das pessoas de suportar as situações em que não se dá a satisfação imediata.

Baseando-se nos seus conceitos e convicções sobre o motivo, intensidade e grau de incômodo que geram a dor, as pessoas entendem-se como doentes e passam então a buscar ajuda. Esta categoria chama atenção ao ponto de decisão sobre quando existe a necessidade da busca por cuidado/tratamento, que leva a consideração de alguns fatores contribuintes representados pelas seguintes unidades de significância:

- **Dúvidas quanto ao problema:**

O comportamento da dor foi observado como bastante diversificado no grupo estudado. As dores vão e vem, ficam fortes ou fracas, vão para as pernas, voltam para a região lombar ou outra região da perna mas, quando as dúvidas e incertezas com relação do problema tornam-se mais relevantes, as pessoas buscam cuidado/tratamento para a sua dor:

*Por causa que assim o, mesmo eu não fazendo eu sinto estas fisgadas, o tempo passa e lá uma vez ou outra eu vou sentir de novo. As vezes leva meses, as vezes leva dias ou horas. Assim ó, não tem uma coisa a ver com a outra. Acho que talvez não tenha nada a ver uma coisa com a outra, porque eu já tive estas dores mesmo sem estar fazendo exercício. P11.*

Esta inconstância (inconsistência) dos sintomas, com as dúvidas e incertezas quanto ao problema gera preocupações e também é fator influente nas mudanças terapêuticas e implica nas consecutivas visitas, em profissionais de especialidades médicas variadas.

*À medida que o tempo vai passando a dor na minha perna foi piorando e foi indo para a virilha. Aí eu pensava, será que é mesmo o problema na minha coluna? Ou é aqui na dobra? Eu fui no doutor, mas não era o ginecologista, e ele disse assim pra mim: isso daí é coluna que ta inflamada. P5*

- **Medo da reincidência ou do agravamento:**

O medo do reaparecimento da dor tem sido relatado por alguns autores (POIRADEAU et al., 2006; MCCAHON et al, 2005, ARCANJO et al, 2007) como aspecto desfavorável ao cuidado/tratamento da dor lombar, porque causa resistências ou obstáculos que impedem as pessoas de terem uma vida normal. Neste caso especificamente, ele desencadeia a busca pela ajuda ou solução do problema. As

peessoas sentem medo que o problema piore posteriormente se ele continuar a sentir as mesmas coisas:

*Não faço absolutamente mais nada. Por quê? Porque eu tenho medo que a dor apareça de novo. P4.*

*[...] se eu não cuidar pode me deixar até na cadeira de rodas né. P16.*

*Como eu disse antes, a gente tem receio de fazer as coisas erradas e que depois vem a doer mais. P8.*

Para Neto (1986 apud ARCANJO, 2007), por medo, as pessoas não vivem novas experiências, estacionando e dificultando as situações de suas vidas, culminando em insegurança, tabus, irrealidades, superstições, conceitos errôneos e preconceituosos, o que se assimila de forma verbal ou em gestos. A evitação por medo é uma forma de lidar na qual a pessoa, com medo da possibilidade de a dor voltar, evita comportamentos que podem produzir a dor (PFINGSTEN et al, 2000).

Isto se torna um problema para a terapêutica pois, evitando movimentos, a pessoa acena para a sua retirada do convívio social que contribuiria para a sua melhora. Também foram identificadas ações para se lidar com este comportamento como, por exemplo, não negar o aparecimento de dor e explicar que a dor pode ocorrer em alguns tipos de movimento. Desta forma, as pessoas passam a não sentir mais tanto medo e tornam a executar mais movimentos (COX, 2002; PFINGSTEN et al, 2000).

- **Incapacidade funcional:**

A incapacidade de realizar as atividades confirmou-se como o principal motivo pela busca de ajuda. Para alguns dos sujeitos entrevistados, muitas vezes a incapacidade para “fazer as coisas” é muito pior do que a própria dor.

*Eu disse: doutor, eu tô assim que eu não posso me abaixar, eu não posso varrer a minha casa, eu peço para o meu marido ou para o meu filho. P1.*

*Aí começou aquela dor, aquela dor... Aí comecei a não poder mais levantar, aquela dificuldade que tinha que levar um cabo de vassoura para ir para o banheiro [...] Aí eu vim para cá e os médicos me examinaram [...] P6.*

*[...] porque eu me afastei oito dias aqui do trabalho, por causa da dor. Aí eles falaram que eu tinha que me tratar e sem me tratar eu não podia mais trabalhar. Ficar sem trabalhar não posso por causa dos meus filhos. Aí foi por isso que eu resolvi vim fazer tratamento aqui. P3.*

Van Tulder et al (2005) e Poiraudeau et al (2007) entendem que o conceito de incapacidade funcional se refere a aspectos sobre a posição da pessoa perante a dor, fatores relacionados ao cognitivo, níveis de tensão, ansiedade e depressão portanto, a incapacidade engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Arruda e Duarte (2007) encontraram um escore funcional muito baixo em questionário específico para uma população relativamente parecida com a estudada nesta pesquisa.

A situação de impotência também gera sofrimento e revolta das pessoas com a própria situação:

*O que mais me revolta com esse problema que eu tenho, a hérnia de disco é de eu não poder ta fazendo uma faxina na minha casa, eu não estar podendo exercer a minha profissão, porque eu sei que vou me prejudicar cada vez mais. Tenho vontade de poder limpar uma janela, mas já aconteceu de eu estar subindo e descendo a escada e no outro dia me travar tudo e doer. Isso me incomoda demais. Me revolta. P9.*

A incapacidade de realizar as suas tarefas torna as pessoas que tem dor lombar crônica desestimuladas, com restrição da capacidade de adaptação à novos estilos de vida, e isso é diretamente proporcional a intensidade da dor. Quanto maior a dor, maior a prostração. Foram ainda relatadas descrenças nas ações medicamentosas para o alívio da dor, principalmente naquelas pessoas que mais sofreram esta intervenção (VIEIRA; NEVES, 2006).

Um aspecto relevante, é que a partir do momento que as pessoas identificam a dor como um problema, são motivadas a buscar ajuda seja pelo desconhecimento sobre o que está acontecendo, pelo o medo de agravamento do quadro ou mesmo pela incapacidade funcional que limita o exercício das suas atividades. Este aspecto será discutido a seguir.

#### 4.2.2. O percurso terapêutico seguido na busca da solução para a dor lombar crônica

Após a constatação do problema, quando as pessoas assumem a dor lombar como doença, procuram apoio em diversos campos do subsistema profissional, que foi o mais citado durante as entrevistas. A primeira ação relatada pela maioria das pessoas entrevistadas foi procurar a ajuda de um médico. Nem sempre o médico é o especialista ortopedista ou reumatologista, pois suas condições econômicas os permitem apenas a atenção pública à saúde, pelo SUS. Então, se dirigem ao Posto de Saúde da sua região para consultarem com um clínico geral. Segundo as normas do atendimento do SUS, primeiramente a pessoa deve-se agendar uma consulta no Posto de Saúde de referência com o clínico geral para posteriormente ser encaminhada ao profissional especializado no tratamento do problema específico apresentado, fato evidenciado na falas:

*Primeiro clínico geral! Eu não posso ir direto ao ortopedista. Tem que ir no clínico para depois ir para o ortopedista. P20*

*[...] como eu morava lá no São Judas, então eu me tratava só no São Judas que é aquela policlínica lá do perto asilo. P17*

*Sim, eu ia sempre no clínico geral, eu ia e me reclamava, ia no médico... Às vezes até no meu próprio ginecologista. P7*

*Fui primeiro num clínico geral [...] Lá no postinho do São Judas! P9.*

*Eu fui num clínico geral e daí ela me passou [...] P12*

Outras pessoas, como familiares e vizinhos, ou seja, o subsistema familiar e popular também apareceram, com menor frequência como rede de apoio que presta o primeiro auxílio ou constituem as primeiras pessoas com que trocam idéias e informações sobre a doença e busca da solução.

*Não sei se o problema dele (vizinho) era maior que o meu, não sei. Só sei que eu o vi. E o médico mandou ele, logo após fazer a cirurgia, fazer a fisioterapia de novo, pra ver. Aí eu peguei, olhei... Aí eu disse ... se for pra fazer cirurgia e ficar pior do que eu já estava então eu fico do jeito como eu estou. P5*

*Eu falei com a minha mãe, [...] me ajudou quando eu estava com dor, de cama e o psicológico da gente mexe muito. Então a minha mãe me deu uma boa ajuda a evitar a depressão” P4*

Para Kleinman (1980), a maior parte das iniciativas, interpretações e soluções destes problemas são resolvidas no âmbito do subsistema familiar. Nesta pesquisa, foi encontrada participação do sistema. O término também costuma ser nesta área já que a interpretação dos resultados e avaliações acontece dentro do grupo familiar (SAILLANT, 2004).

Em situações menos dramáticas, os cuidados domésticos sempre surgiram como primeira escolha. Para tosse, dor de cabeça, febre, entre outros, conhece-se remédios a base de plantas, chás ou compressas que geralmente trazem resultado para o problema. Desta forma, tais situações são resolvidas no âmbito da própria família, geralmente organizada pela mulher que é considerada a “cuidadora” principal deste subsistema. Os remédios, os médicos ou outros recursos de cura que podem estar ligados a religião e curandeirismo somente são procurados quando os resultados dos procedimentos familiares não surtirem o efeito desejado (SAILLANT, 2004).

Somente um entrevistado procurou um massoterapeuta, pois não havia vagas para consulta médica no momento em que ele considerava a dor muito intensa, indicando que algumas alternativas populares são utilizadas somente quando o problema torna-se muito importante.

*Consegui marcar consulta, mas ia demorar mais quinze dias. E eu estava com muita dor, eu estava desesperado né. Eu queria um tratamento na hora, daí eu procurei um massoterapeuta. P5.*

Acredita-se que a mesma reação seria diferente em locais que não contam com a presença intensa da atenção básica à saúde. Por conta disso, as pessoas chegam

mais freqüentemente ao limite do problema, procurando alternativas de cuidado que possam remedia-los.

Por povoar freqüentemente as queixas da população estudada, o cuidado/tratamento à dor lombar parece ser de conhecimento comum. Foi observada a utilização intensa de automedicação pelas pessoas que se antecipam aos procedimentos. O uso de medicações analgésicas e antiinflamatórias, orais e tópicas, foram recomendados por conhecidos, família, pelo atendente farmacêutico (geralmente um balconista) ou vindos de antigas receitas médicas:

*Aí eu comecei a tomar, deve ser uma dor cansada, vou tomar um analgésico. Tinha em casa e aí eu tomava e a dor não passava. P1*

*Primeira coisa que eu fiz foi procurar remédio. Na farmácia, depois que eu fui procurar o médico P8.*

*A única coisa que eu fiz foi eu esqueci o nome. A minha tia que não é do meu sangue falou que ela tinha problema nos ossos e o médico de lá receitou um remédio lá e eu tomava quando doía [...], ela não sentia mais nada. E tem o meu irmão lá de Guarulhos, [...] ele usa uma pomada [...]. P5*

Segundo Arcanjo et al (2007) a utilização de automedicação e automassagem são recursos bastante utilizados por pessoas que apresentam dor lombar. Para ela, isto pode ser decorrente de uma possível dificuldade na assistência, pode ser decorrido de experiências anteriores vividas pelas próprias pessoas ou por meio da sua convivência social. É relatado o uso de receitas anteriores, ou remédios prescritos pelo farmacêutico conhecido. A menção de remédios para diversas situações é sempre numerosa e a maioria destes medicamentos são misturados a outros procedimentos, sejam eles provenientes de modelos biomédicos ou não (SAILLANT, 2004).

Este comportamento de cura é advindo da experiência popular, a pessoa seleciona o tipo de medicamento a ser utilizado mediante o auxílio de pessoas do seu próprio convívio social como familiares, vizinhos, balconistas de farmácias e por esta medicação passa avaliar os resultados que são esperados. Uma vez utilizado certo remédio com resultado positivo, este volta a ser utilizado novamente com novos

episódios e são também divulgados a outras pessoas para que façam uso do mesmo (FERREIRA, 1998).

Atendendo aos “pedidos do próprio corpo”, como de forma intuitiva, as pessoas também costumam adotar ou modificar alguns dos seus hábitos como realizar alongamentos, melhoria da posição corporal e até esquecer o problema:

*[...] aí se levantava, saía, tentava esticar um pouco as costas, movimentar os braços. P2*

*Essa é a minha rotina [...]. Aí de noite eu costumo fazer alongamento. P9.*

Arcanjo (2007) encontrou várias formas de enfrentamento para a dor lombar, que vão desde atitudes físicas, educacionais e psicossociais até a alimentação. Tais estratégias podem variar de acordo com as experiências de cada um nos aspectos sociais, nível de conhecimento em relação à sua patologia e educacional. Também verificou que quanto maior o conhecimento, mais formas de enfrentamento surgiram, indicando que quanto maior a informação, maiores e melhores eram as atitudes com melhoria da qualidade de vida e tentativas de cura.

Intuitivamente o corpo pede ajuste para as tensões que ocorrem na coluna vertebral. Gevaerd (2005) encontrou posições de endireitamento da coluna vertebral com tendência à extensão ou alongamentos na maioria das pessoas que trabalham por muito tempo sentadas. As pessoas entrevistadas referiam que não aprenderam isso com ninguém, só perceberam que se sentiam melhor pela utilização deste comportamento. Relatos demonstram esta tendência das pessoas de buscarem alternativas para esquecer a dor:

*Tentar fazer outra coisa e tento esquecer da dor de cabeça, aí normalmente ela passa. De repente se ela começa a dor um pouquinho eu normalmente tento descansar um pouquinho, vou para o quarto, durmo um pouquinho, as vezes eu não dormi bem a noite, se eu não consigo dormir bem a noite eu fico como se eu estivesse doente. P18*

Outras pessoas com dor lombar crônica utilizam-se de métodos passivos para lidar com seu problema (KEEFE; DOLAN, 1986). Para Oliveira (1998) a doença

compele o indivíduo à imobilidade. É como se elas tivessem que esperar e torcer para que ela vá embora. Tais convicções podem ser prejudiciais ao prognóstico positivo do problema pois, ao manter-se inativa, a pessoa perde condições musculares e mantém certas tensões sobre os tecidos da coluna vertebral.

Nenhuma das pessoas entrevistadas fez utilização de medicamentos alternativos ou caseiros. Referiam-se receosas quanto à utilização destes, pois não os conheciam ou não conheciam muito bem os seus efeitos:

*[...] não tomei nada de chá. Nunca ninguém me ensinou chá para a coluna. Passa às vezes na televisão algum médico que fala, mas não! P1*

*Nada, nada. Este negócio de fazer as coisas em casa, passar não é comigo! P2*

*Eu passo um cremezinho que é feito de menta, mas ele não é caseiro! P14*

*Sempre fui no médico, porque diziam que coluna não tem remédio caseiro [...] P7*

Durante a realização do grupo focal, esta constatação foi reforçada atestando que as pessoas entrevistadas não conhecem outra forma de intervenção para a dor lombar além daquela proporcionada pelo subsistema profissional. Cabe ressaltar um fato importante registrado através de todas as entrevistas: as pessoas estudadas têm contato muito próximo, intenso e dependente do subsistema profissional, principalmente com o profissional da medicina.

*Mas eu sou muito de procurar médico sabe” P1*

*[...]eu sou desconfiado, é melhor esperar a sugestão do médico, né? P15*

*[...] eu sou assim. Se diz que tem que fazer a fisioterapia eu vou fazer, que eu quero o resultado né! Se tem que tomar remédio e não ta funcionando, e tem que tomar 5 remédios eu vou tomar até o último. Não vou esperar tomar 2, 3 e vou até o final. Se tem que tomar 10 tomo 10, se tiver que tomar 30 eu tomo, vai fazer o que? P17*

A ordem médica constitui-se como superior na relação das pessoas com o tipo de cuidado/tratamento a ser utilizado. É através desta ordem que se iniciam os percursos terapêuticos dentro do subsistema profissional:

*O médico mandou! Se ele tivesse falado toma só esse remédio e deu... Pronto, eu só fazia isso!P12.*

*[...] qualquer outro médico que me mandasse eu iria procurar. Porque eu realmente ia ver se ia ou não ter resultado. P10*

Segundo Oliveira (1998), é provável que as definições de doença, e conseqüentemente os seus caminhos de cura, sejam moldados ao contexto biomédico devido à proximidade das pessoas a tais serviços. A apropriação de termos médicos dos participantes desta pesquisa durante as respostas à entrevista também contribuiu para a observação disto, pois é vasta a relação de diagnósticos, exames e procedimentos provenientes do subsistema profissional presentes em suas falas.

*Eu vi no raio X esse desvio na coluna... O médico me disse que é escoliose né? P18.*

Oliveira (1998) coloca que quando isto acontece, em geral, a definição de doença é relativa aos problemas orgânicos que ocorrem com o corpo. Sendo assim, fica óbvia a identificação do profissional médico, já que culturalmente tal pessoa é a principal representante do contexto profissional (HELMAN, 2003).

Além do mais, a pessoa do médico é reconhecida como aquela que comprova a doença. Assim, torna-se figura necessária para que ela receba “um atestado de doença” e conseqüentemente uma consideração legal e pública para a sua doença (OLIVEIRA, 1998)

O percurso terapêutico inicia sempre pelo âmbito familiar. Somente quando este não apresenta os resultados desejados, as pessoas passam a buscar outras soluções. Além da caminhada pelo subsistema popular, todas as pessoas com dor lombar crônica pesquisadas referiram percorrer caminhos terapêuticos dentro de subsistema profissional. Foram vistos, em ordem de frequência:

- Médicos nas diversas especialidades: Clínico Geral; Ortopedista; Ginecologista; Cardiologista; Cirurgião Geral.
- Fisioterapeutas nas clínicas: Clínica de Fisioterapia – UNIVALI; Clínica de Fisioterapia – Hospital Marieta Konder Bornhausen e Clínica de Fisioterapia – Germinar.

Mesmo dentro do subsistema profissional, as pessoas demonstram aleatoriedade e diversidade de busca. Segundo as pessoas entrevistadas, os médicos, após a constatação de algum problema orgânico, tomam algumas iniciativas como:

- Solicitação de exames complementares para constatação da lesão estruturada:

*Pedi um RX. Através do RX ele mandou eu ir para o ortopedista. P9*

- A prescrição de medicamentos:

*[...] aí ele me deu injeção. Nesta época eu fiquei sem poder mexer com a perna, aí passou umas injeção, tomei quatro injeção. Uma era uma vermelhinha parece era “Esserolin” a outra era o “Voltaren”. P7*

*[...] ele disse para mim, você vai tomar esta medicação durante 15 dias. Se você não passar a dor, você volta novamente. P9*

- A indicação de Fisioterapia:

*Só falou que eu deveria fazer a fisioterapia. Me indicou fisioterapia. P4*

*Deu remédio. Disse que se não passar eu vou ter que fazer a fisioterapia né. P19*

Estas idas e vindas são resultados de avaliações pelo contexto de cada pessoa. Depende de como a doença é interpretada por ela ou pelo profissional que realiza o cuidado/tratamento. Muitas vezes, mudanças repentinas acontecem por conflitos entre profissional e pessoa a ser tratada/cuidada. Conflitos estes que provém de descuidos na abordagem ou convicções incompatíveis de ambas as partes como se vê adiante.

É sabido sobre a dificuldade de se estabelecer o diagnóstico clínico da dor lombar, principalmente da dor crônica, devido à imensidão de fatores associados ao seu significado. Soma-se a isso a limitação dos recursos públicos na adoção de exames e medidas diagnósticas eficientes como a ressonância nuclear magnética ou tomografias computadorizadas, as diferentes abordagens médicas constituídas por diversificadas especialidades que as pessoas se submetem durante o percurso terapêutico e as considerações da sabedoria popular.

Diante disso, a pessoa fica sem uma noção uniforme ou exata do seu real problema. As dúvidas sanadas na consulta anterior caem em descrédito no aparecimento da próxima crise dolorosa desenvolvendo motivos para uma nova consulta ao subsistema profissional, que é quem realmente certifica a doença para a sociedade.

*A gente fica sem saber se é o certo [...]. Não é que fica sem dor, ela volta e é só fazer um movimento assim que [...]. Aí eu tenho que voltar de novo no médico pra ver! GF3.*

A falha na comunicação entre os profissionais e as pessoas com dor lombar crônica foi amplamente constatada como fator mediador nas mudanças da rotina terapêutica. Uma comunicação inadequada aumenta as dúvidas das pessoas sobre o seu problema, a desconfiança da eficácia do cuidado/tratamento e interfere a reavaliação do problema:

*[...] não, porque a gente nunca teve instrução de ninguém né! Eu, por exemplo, nunca tive e quando a gente é orientada: “Ó, tem que fazer isso por causa disso, disso e isso. Desse jeito você vai se sentir melhor!” Aí a gente acha que vai dar certo, [...]. P3*

*[...] esta é a primeira vez que a pessoa me pega, explica o que eu tenho, vê. Antes eles só falavam que tinha que fazer deste jeito para poder tratar. Nunca mostraram o porquê e como fazer isso. Era só o remédio e pronto [...]. P5.*

*Ele não me falou do jeito que o senhor falou, eu até acho isso errado. Ele também deveria me explicar sobre o RX como você me explicou naquele dia. Tipo, ele simplesmente marcou e disse que eu teria que fazer umas 20 sessões de fisioterapia, só que ele não me explicou o que é que era. Você chegou ali e me explicou o que estava acontecendo. Então eu me senti melhor aqui porque você me explicou qual era o problema. Ele só mandou eu vim fazer a fisioterapia, ele não me disse qual era o problema, né. Mas só pelo fato de ele ter me ajudado já valeu a pena. P10.*

A consulta médica é uma transação entre as formas de explicação da pessoa e do profissional. Ela também é uma transação entre duas partes separadas por diferenças de poder, tanto social como simbólico. Para que a consulta tenha êxito, deve haver um consenso entre as duas partes sobre a etiologia, o diagnóstico, o prognóstico e o cuidado/tratamento ideal para determinada condição (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2003).

Profissional e pessoa tentam influenciar-se com relação aos resultados da consulta para que as interpretações agradem as duas partes. No contexto da pessoa, essa pode lutar para um diagnóstico mais convincente ou mais parecido com os seus sintomas. Muitas pessoas procuram os médicos com quadros de dor intensa e quando fazem o exame imageológico, não encontram nenhuma alteração na estrutura da coluna vertebral. Ao perceber-se num estado anormal, a pessoa busca explicação para isso e um diagnóstico estrutural normal pode não ser bem vindo. Na consulta, é possível encontrar uma série de problemas recorrentes que interferem no desenvolvimento do consenso entre estes dois atores (COX, 2002; HELMAN, 2003). Helman (2003) descreve os seguintes: diferenças na caracterização da pessoa, interpretação errônea da “linguagem do desconforto” das pessoas, incompatibilidade entre os modelos de explicação, dificuldade de encontrar sinais não orgânicos ou desconfiança quanto a isso.

Neste sentido, Canesqui (2007, p.39) relaciona que estudos sobre um conjunto de “síndromes” (tais como as dores lombares crônicas, a fibromialgia e a fadiga crônica), desprovidas de comprovações etiológicas e diagnósticas pela biomedicina e integradas à experiência do sofrimento, tem seus sintomas e dores permanentemente deslegitimados pelo saber médico. Geralmente esses sofredores percorrem vários serviços de saúde, sendo rotulados pelos profissionais sob diferentes

designações pejorativas (como poliqueixosos ou como portadores de doenças e dores imaginárias ou psicológicas).

Uma das maiores deficiências na atenção primária da dor lombar tem sido relatada como a inadequação das informações dadas aos pacientes sobre o seu problema (KLEINMAN, 1980; CHERKIN et al, 1998). Desproporcionar ao paciente uma informação adequada torna evidente a dificuldade da sua colaboração durante os procedimentos terapêuticos culminando a resultados insatisfatórios. Quando os pacientes não se sentem seguros das informações dadas pelos médicos necessitam de mais exames, gastam mais tempo e dinheiro e não cooperam com o cuidado/tratamento. Por certo, uma educação baseada nos preceitos do diálogo, confiança conhecimento apoiaria a intervenção terapêutica e o paciente “empoderado” de conhecimento poderá gozar de melhores resultados para as suas dores (BUSH et al, 1993; MARCHI, 2006).

### **4.3 O significado dos Tratamentos/Cuidados Seguidos**

Ao se falar de um processo de escolha e avaliação de cuidados, refere-se a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis a cada indivíduo. Portanto, é fundamental que se tenha em mente as condições sociais, culturais e econômicas dos indivíduos estudados para que se possa entender suas avaliações sobre o processo do cuidado/tratamento, que vão conferir-lhe significado ou não na resolução do seu problema.

Estas pessoas já confirmaram que têm limitada possibilidade de escolhas terapêuticas, por não terem recursos financeiros suficientes, por duvidarem de outras técnicas alternativas e/ou por necessitarem de um alívio imediato conseguido pela medicação, mesmo que em curto prazo. Nesta seção, serão avaliadas as interpretações que elas fazem sobre os resultados dos cuidado/tratamentos realizados.

Os problemas das pessoas que têm dor lombar crônica freqüentemente tornam-se centrados em torno da dor e em segundo lugar à incapacidade. Então elas

acreditam que a proposta do cuidado/tratamento deve estar centrada na dor. Muitas pessoas não conseguem enxergar uma melhora de 40% em um movimento, apenas procuram avaliar como está a sua dor durante ele. Outras não acreditam que a curto prazo a dor possa ser resolvida, visto que passaram tanto tempo e em tantos serviços que também não o fizeram (COX, 2002).

*Tenho vontade de dizer para ti que isso não adianta, [...]. As fisgadas eu continuo a sentir e eu ia falar que eu não vou mais porcaria nenhuma P11.*

Hadjistavropoulos e Craig (1994) constataram que existem pessoas congruentes e não-congruentes aos tratamentos/cuidados para dor lombar crônica. Pessoas congruentes entendem as metas e são mais realistas, trabalhando conjuntamente com o profissional para a recuperação do problema. Pessoas não congruentes têm suas próprias metas, quase sempre irreais ou inatingíveis (como por exemplo, solução absoluta da dor). Vários terapeutas apresentam dificuldades com o cuidado/tratamento destas pessoas tanto na abordagem quanto no quesito da prevenção. Neste caso, a educação torna-se de suprema importância (MARCHI, 2006).

Constatou-se através desta pesquisa que as pessoas, quando procuram um cuidado/tratamento para dor lombar, são otimistas e esperançosas quanto à solução do seu problema. Elas engajam o cuidado/tratamento mais facilmente se ele é convergente às suas metas. Relatam ter consciência de que devem participar do processo terapêutico realizando as orientações necessárias, desde que os resultados se apresentem em médio prazo.

#### 4.3.1 O sentir-se bem com o Cuidado/Tratamento

Durante as entrevistas, foi perguntado às pessoas o que cada opção terapêutica tem de bom e o que tem de ruim. Serão apresentados agora, os aspectos positivos dos tratamentos/cuidados que foram selecionados pelas pessoas durante o processo de sua escolha. Estes aspectos sugerem maior credibilidade e aderência às

técnicas e abordagens terapêuticas adotadas e um consenso de entendimento entre os profissionais e as pessoas. São eles:

- Melhora na intensidade e comportamento da dor:

*[...] pela dor, eu já não sinto mais o tempo todo. Ela vem, mas não fica mais durante muito tempo. P2*

Para as pessoas entrevistadas, o comportamento da dor é o principal objeto de observação para a avaliação da progressão do seu problema. Todas elas têm como objetivo o retorno às atividades anteriormente realizadas, porém sem a referida dor. Portanto, técnicas que oferecem diminuição efetiva da dor tendem a ser mais aceitas e utilizadas. Por isso, atitudes de posicionamento passivo como repouso no leito e utilização de medicação analgésica são tão utilizadas.

Este comportamento pode estar associado à idéia da dor lombar aguda que melhora em pouco tempo sem gerar conflitos extras, como se observa nesta fala:

*[...] antes eu dava uma parada e pronto, no outro dia tava novo! P2*

Porém, segundo Corbett et al (2007), uma das principais manifestações de tensão dentro do paradigma médico é de que a dor existe, ela é uma realidade. A dor lombar tem uma característica de inconstância, há momentos em que a pessoa se sente bem, sem dor, e há momentos em que a pessoa está em crise. Por isso, centrar-se na dor para a avaliação do resultado de um cuidado/tratamento de dor lombar crônica pode, às vezes, gerar incertezas e conflitos entre os atores do processo terapêutico e contribuir para mudanças de caminhos terapêuticos.

- Efeitos devem ser sentidos em curto e médio prazos;

*Primeiro não pode demorar muito pra passar essa dor. Se eu tomo um comprimido, não pode demorar muito para o comprimido fazer efeito e a dor tem que ir diminuindo. Se é um exercício que eu tenho que fazer, então logo após o exercício a minha dor já tem que reduzido um pouco para indicar a melhora. P6*

Mais uma vez se identifica aqui uma convicção baseada na condição aguda da lesão. As pessoas acreditam que a progressão da doença deve ser parecida em todas as etapas, não importando o quanto tempo já permaneceram os sintomas no corpo. Percebe-se também aqui que é o sintoma doloroso que está em julgamento, portanto além de se reduzir efetivamente a dor, esta deve ser em pouco tempo, o que também conflita com a característica do seu problema, que é uma condição crônica.

O diagnóstico da disfunção juntamente ao contexto da pessoa com dor lombar resulta no prognóstico temporal dos sintomas (COX, 2002). Há necessidade de se repetir ainda, que é comum a recidiva dos sintomas na dor lombar crônica e os prazos podem diferenciar-se dentro da população estudada. Portanto avaliações baseadas em dor e em resultados a curto prazo são linhas de pensamento frágeis e que não devem ser estimuladas entre as pessoas com dor lombar crônica.

- Boa relação entre cuidador e a pessoa cuidada;

*Se tu senta na frente do médico e ele te atende, ele mal olha pra ti, ele já está escrevendo, isso é uma má consulta. Como no geral as pessoas falam. É, realmente é isso! Já aconteceu comigo. Também conheço médicos ótimos, essa minha médica do Postinho olha pra gente, faz pergunta, te deixa a vontade, não tem pressa da consulta, mesmo sendo do Postinho. P16*

- Explicações suficientes sobre os procedimentos realizados e sobre o prognóstico

*Justamente porque você está me explicando e não está me mandando. A fazer o correto, não adianta eu chegar aqui e você me mandar eu fazer o certo e eu fazer o errado. Porque não vai ter melhorias para mim. Com certeza porque eu só estou aprendendo aqui! P10.*

Estes dois últimos tópicos apresentam características mais fortes e mais realísticas. Isso porque dependem da forma como os profissionais interagem com as pessoas que os procuram. Assim, este trabalho tenta contribuir para reforçar a necessidade de mudança do olhar profissional para a pessoa com dor lombar crônica.

Helman (2003) acredita que do ponto de vista de algumas pessoas, a medicina particular oferece mais controle sobre o tempo e a escolha de

cuidado/tratamento quando estes se encontram em estado de doença. A duração das consultas é maior no setor privado, o que proporciona mais tempo para explicações do diagnóstico, etiologia, prognóstico e tratamento da condição que os aflige. Neste sentido, como já foi discutido, os sujeitos pesquisados são dependentes do sistema público de saúde diante das suas condições sócio-econômicas, o que pode estar relacionado a baixa interação entre cuidador e pessoa cuidada apontada nas falas.

A superutilização pela demanda e a reduzida oferta de serviços de saúde pública no Brasil resultam em consultas mais breves e geralmente insuficientes para elucidação da condição das pessoas (GONÇALVES, 1994). Associa-se a isto a dificuldade diagnóstica da sintomatologia dolorosa lombar e os aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos. Tudo isso contribui para o surgimento das incertezas que iniciam ou mudam o caminho terapêutico no âmbito desta pesquisa.

Esta pesquisa constatou que a falha na comunicação entre os profissionais e as pessoas com dor lombar é potencialmente influente no processo de busca pelos tratamentos/cuidados. Comunicações inadequadas constatadas por Gonçalves (1994) em um serviço de saúde pública, dentro de uma pequena sala, com apenas uma mesa e duas cadeiras e cuja porta estava quase sempre aberta, podem exemplificar esta situação: os médicos falavam bem mais alto que o restante das pessoas, na verdade estas teriam pouco tempo para expor tudo aquilo que sentiam e o faziam em tom de voz baixo, quase que num sussurro.

Boltanski (1979 *apud* GONÇALVES, 1994, p. 110) destaca a assimetria da relação médico-pessoa quando a informação das suas prescrições durante a consulta é:

[...] tanto menos importante quanto mais baixo o doente estiver situado na hierarquia social, ou seja, quando for mais fraca sua aptidão a compreender e manipular a língua científica utilizada pelo médico.

Converge-se assim a uma relação hierárquica, em que o médico acredita ter o direito de se abster de maiores explicações por considerar que as pessoas não o irão compreender claramente.

É importante então que o profissional reconheça e revise a sua atitude nas negociações terapêuticas com as pessoas com dor lombar crônica e observe-as num

contexto mais amplo e irrestrito à estrutura biomecânica para que se favoreça o diálogo e o consenso entre as partes facilitando o processo de cura.

#### 4.3.2 O sentir-se (in)capaz frente ao Cuidado/Tratamento da dor lombar crônica

Algumas considerações podem predizer um percurso longo e instável das pessoas com dor lombar crônica pelas especialidades do subsistema profissional. Elas foram incorporadas aos aspectos negativos da avaliação do cuidado/tratamento mencionadas pelas pessoas, pois se sentem incapazes frente ao tratamento que realizam.

Dentre as questões apontadas pelos sujeitos, estão as dúvidas sobre o seu prognóstico e as explicações insuficientes sobre o seu processo terapêutico como se observa a seguir:

*O senhor vem até aqui porque o senhor quer saber o que o senhor tem. Que nem tem outros médicos, tu vai lá, tu tem que tentar descobrir o que tu tens para falar para o médico. Que nem aqui, eu quero tentar descobrir o que eu tenho, o motivo de tanto sofrimento... Me olham na cara e me dizem que é da idade! Ou outro olha ali e diz: “Ah, não tem nada o que fazer, toma isso aqui!” Eu acho que alguma coisa tem. Esses nunca mais! P20*

O significado da doença está baseado na experiência, assim, varia de pessoa a pessoa. Neste sentido, Gomes e Mendonça (2003, p.115) salientam que “nem sempre os conceitos dos profissionais de saúde e das pessoas que vivem com a doença tem os mesmos significados”. Para uns, ser doente significa estar impedido de fazer alguma coisa. Por outro lado, “os profissionais de saúde veêm doença com base no conceito da patologia”, como descrito na fala:

*É isso que eu digo: a injeção é para diminuir a dor e não diminuiu o problema. Então é uma coisa que se alguém indicar de volta eu não quero mais não. Eu quero fazer de tudo para poder melhorar sem precisar usar remédio. Eu até queria fazer a academia para fazer um tratamento longo de academia e natação para poder melhorar de vez. Acho que alongar a minha coluna de volta. P3*

Quando as pessoas tentam entender as causas e as conseqüências de suas dores, sentem que as explicações médicas e científicas nem sempre são suficientes para “fazer sentido”. Conseqüentemente as dúvidas são as principais características das doenças crônicas trazendo manifestações e comportamentos inerentes a elas. Três fatores devem ser analisados em relação a estas dúvidas (CORBETT et al, 2007):

- 1.a inconsistência do diagnóstico e/ou do efetivo cuidado/tratamento para a dor lombar traz certa dificuldade para a pessoa de construir uma estrutura de referencia para a natureza do curso de sua condição. Conseqüentemente, sua trajetória não poderia ser demarcada de encontro a um curso “normal”. Isto por sua vez, não permite que se julgue, com certo grau de clareza, todas as mudanças indicativas de sua melhora ou piora.
2. sendo a dor lombar inconstante em sua natureza, quando ela não ameaça a sua vida, a pessoa se comporta como se tivesse qualquer outro tipo de doença “assintomática”. Com a condição física melhorando e piorando sem predições ou afetando sua qualidade de vida a pessoa passa a exacerbar as conseqüências psicológicas e sociais, mudando drasticamente seu comportamento sendo muitas vezes caracterizado como “instável”;
3. preocupações e medo serão sempre temas dominantes que acompanham a pessoa com dor lombar crônica. Tais interações entre dúvidas, inconstância e/ou instabilidade comportamental e medo e/ou preocupações refletem na experiência das pessoas com o sistema de saúde e contribuem para uma avaliação negativa deles.

Um fato importante, também gerador de incapacidade dos sujeitos, é a falta de atenção aos seus problemas dispensado por parte de quem realiza os cuidados:

*Agora se o profissional não te recebe bem, não te trata bem, o paciente desiste do tratamento. É tudo por aí. P16*

A discussão da relação entre os profissionais de saúde e as pessoas que os procuram data de muito tempo. Autores como Jaspers (1991), Balint (1988), Parsons (1951) e Donabedian (1990) (*apud* CAPRARA E RODRIGUES, 2004) já a abordavam desde a década de 50. Parte da explicação para isso é denotada às

modernas técnicas de diagnóstico que se julgavam mais importantes do que a experiência subjetiva apresentada pelas pessoas que estavam doentes.

Sob o ponto de vista geral desta população, é necessário que se melhore a qualidade dos serviços de saúde. Donabedian (1990) verificou que a qualidade destes serviços depende de 30 a 40% da capacidade e conhecimento diagnóstico e terapêutico do profissional do cuidado, mas 40 a 50% dela, depende da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e as pessoas usuárias dele.

Segundo Kleinman (1980) a comunicação adequada entre os participantes do processo terapêutico tem sido mostrada como a maior determinante da cooperação das pessoas, da sua satisfação e apropriação dos cuidados em saúde, enquanto influências culturais negativas na comunicação clínica apresentam resultados inapropriados e insatisfatórios causando problemas de consenso entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Kurita e Pimenta (2003) realizaram um estudo avaliando a adesão das pessoas com dor crônica aos tratamentos. Acreditavam que a dor ou a depressão pudessem ser responsáveis pela não adesão das pessoas ao tratamento proposto. Porém isto não aconteceu. Eles encontraram que a crença do indivíduo determina a ação a ser tomada. Seu trabalho demonstrou que as pessoas perdiam a confiança na “cura médica” ao longo do tratamento. Pessoas como estas apresentam convicções de orientação externa, ou seja, acreditam menos na relação entre ação individual e resultado e enfatiza forças externas como o destino, a religião, a sorte e o sistema profissional, como sendo os únicos responsáveis pela “cura”.

Concluindo esta categoria, além de avaliar o serviço escolhido, as pessoas também analisaram a sua participação no processo terapêutico. Tais pessoas apresentam convicções de orientação interna. Elas têm consciência da necessidade do seu engajamento, portanto o processo terapêutico deve se consolidar pela interação entre o subsistema escolhido e os conceitos culturais das pessoas que têm dor lombar, com participação equivalente das duas partes estudadas, pois a sua participação no processo de cuidado poderá capacitá-lo para melhor enfrentamento do seu problema:

*[...] a gente ter que ter vontade de fazer as coisas. Porque eu quando comecei a fazer a fisioterapia eu quase não andava. Então tem que ter as duas coisas juntas, né. Eu fazer a minha parte, com os exercícios, tudo né? P8.*

Por isso, deve-se incorporar aos cuidados a percepção e os significados das pessoas acerca de sua doença, que possivelmente diverge exclusivamente do modelo clínico, sendo que os valores e compreensões são próprias para cada caso. O profissional que exerce o cuidado deve então além de prover o suporte técnico diagnóstico, precisa ter a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar junto a ele, caminhos que facilitem a adaptação da sua vida ao estado de doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Assim, principalmente nos quadros de dor crônica que são acompanhados de freqüentes mudanças sintomáticas, orgânicas e comportamentais, cada abordagem deve ser uma nova relação que se estabelece. Mas que habilidades do profissional são necessárias para que isso aconteça? Pois cabe a ele o papel de permitir que a relação seja focada no paciente e não apenas na doença, o que muitas vezes torna-se um desafio para todos os profissionais de saúde (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A partir dos cuidados/tratamento as pessoas buscam a solução do seu problema, que muitas vezes não é valorizado da forma que esperam, com várias dúvidas com relação aos cuidados indicados e a insatisfação quanto aos resultados. Os resultados dos tratamento muitas vezes não correspondem às expectativas. Assim, a busca do cuidado mescla sentimentos ambíguos quanto a capacidade e incapacidade para as atividades cotidianas.

#### 4.3.3 Manter a esperança quanto ao Cuidado/tratamento

De acordo com os achados de Arcanjo et al (2007), esta pesquisa também encontrou o elemento religioso nas falas dos participantes. Para os autores, o papel da fé está inserido seja na crença ou na técnica para conseguir a cura. Eles também

verificaram que a fé em Deus e confiar Nele é o primeiro passo para que as pessoas possam viver bem e chegar à cura.

*Eu levo assim, que Deus me ajude que eu faço com fé aquilo. Assim, vai dar certo, vai dar certo, tem que dar certo. Eu sou positiva. P1*

Por diversificados entendimentos, a dor pode ser interpretada por uma possível fatalidade que acomete seus portadores. Na busca pelas respostas ou explicações, algumas pessoas não se baseiam somente na ciência ou não esperam somente dela a solução. A visão religiosa passa então a moldar as percepções que as pessoas têm de si mesmas e também de suas respostas à dor. Assim, a fé e a esperança auxiliam na tolerância do quadro doloroso e contribuem para sua melhor adaptação ou cura. Para sua concretização, ela demanda de preces e rituais religiosos que foram discretamente demonstrados nesta pesquisa (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

*Espero que faça um efeito que eu fique tipo uns seis meses sem sentir dor. Ou quem sabe o resto da vida, também né. Isto é uma coisa assim que eu queria. P20*

Walker et al (2006) afirmaram que perante todo o conjunto de conseqüências que a dor lombar crônica traz, a pessoa torna-se desesperançosa com o tratamento e com as possibilidades de cura o que não se observa na fala acima. Eles encontraram incerteza e inabilidade na realização de planos para tarefas futuras em quase todas as pessoas que entrevistou em uma de suas pesquisas. Apenas aquelas que recebiam um bom suporte da família e amigos, tinham um diagnóstico exato e confirmado, confirmaram uma visão diferente apontando para possibilidades de mudanças como uma questão de esperança só que mais discreta.

A esperança precisa ser vista como um processo suscetível a mudanças dependendo do tempo e do contexto. Alguns autores associam a esperança à saúde ou perspectiva dela, portanto pessoas mais otimistas e esperançosas podem apresentar um melhor índice de capacidade para o trabalho do que aquelas que se encontram desesperançosas. Sendo assim, a pessoa que tem esta característica comportamental tem mais chances de recuperar-se (WALSH et al, 2004; CORBETT et al., 2007).

A fé e a esperança de cura geralmente estão presentes na vida das pessoas com doença crônica, o que faz com que estas pessoas vivam numa constante busca. Pode ser considerado como um aspecto positivo, que dá forças para que as pessoas enfrentem as dificuldades e limitações que a doença traz.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, objetivou-se compreender o significado dos tratamentos/cuidados realizados pelas pessoas com dor lombar crônica que são atendidas em uma instituição de saúde pública. Estas pessoas se constituíram, na sua maioria, de mulheres em idade produtiva, com baixo grau de instrução e renda salarial, residentes nos bairros próximos ao serviço de saúde pesquisado. A dor estava presente em suas vidas em uma variância de 15 meses afetando várias dimensões dela. A dificuldade de realizar as atividades domésticas e profissionais, além da convivência social foram as mais afetadas. O significado dos cuidados/tratamentos para a pessoa com dor lombar perpassam a discussão sobre o sentir-se bem, sentir-se capaz ou não com a tratamento e a fé e esperança na solução do problema\.

Verificou-se que os tratamentos/cuidados selecionados, dependem de contextos que vão além dos componentes biomecânicos e estruturais causais. Atribuiu-se a esta escolha, o significado e as convicções que as pessoas têm sobre as suas dores nas costas.

Fatores como a intensidade dos sintomas, o tempo de permanência deles, a disfunção que eles proporcionam e o sofrimento que a eles é associado dão noção à pessoa de que ela está doente e precisa buscar ajuda. Esta ajuda é escolhida tendo como base aspectos econômicos e culturais de suas vidas.

Os resultados mostraram que o caminho terapêutico na busca por esta ajuda é limitado aos subsistemas familiar e profissional (principalmente médicos e fisioterapeutas) por alguns motivos:

1. O subsistema familiar foi o responsável por acolher e apoiar as pessoas nas escolhas e seguimento dos tratamentos/cuidados.
2. As pessoas desconhecem serviços de saúde do subsistema popular que sejam utilizados para o cuidado/tratamento de dores nas costas.

3. A localização dos serviços de saúde profissionais próximos às suas residências ou em seus bairros, tornaram-se escolha certa pelo fácil acesso.

4. Para as pessoas entrevistadas, a sua dor nas costas significa uma lesão da estrutura biológica, tendo este significado forte apelo biomédico, conseqüentemente a cura para ela, no seu entendimento, deve estar provavelmente no contexto biomédico.

5. As abordagens biomédicas certificam o estado de doença da pessoa, já que ela não é visível (não aparentam curativos, imobilizações gessadas, etc) e a única forma de expressá-la é através do comportamento.

6. As abordagens biomédicas trazem conforto com relação a dor em curto prazo.

O tempo da sintomatologia não influenciou na riqueza das escolhas terapêuticas como se pressupunha, pois todos os participantes apresentavam dor por períodos razoavelmente grandes e mantiveram-se com as diversidades limitadas aos subsistemas mencionados.

Outros determinantes que participam no processo atribuem significados pessoais negativos à escolha de tratamentos/cuidados específicos. Dentre eles podem ser citadas as relações entre o profissional e a pessoa com dor nas costas cujas diferenças nos modelos de explicação das doenças interferem no consenso ideal para ambas as partes. Desta forma, as falhas na comunicação e a incompatibilidade das convicções sobre o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica adotada servem como suporte para a modificação do cuidado/tratamento adotado.

As pessoas com dor lombar crônica, mesmo voltadas ao subsistema profissional, mudam constantemente de especialidade e de abordagem utilizada. Tal comportamento pode estar associado ao comportamento da dor que é instável e apresenta diferentes significados, em diferentes contextos com o passar do tempo. Outros motivos relacionados foram o não esclarecimento suficiente para a pessoa com dor lombar sobre o diagnóstico, prognóstico e terapêutica por parte do profissional que a atende e a não resolução dos problemas associados aos sintomas em curto prazo.

Conhecer a cultura das pessoas, acessando a interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às ações de saúde

nos dias atuais. Essa aproximação é necessária para que seja possível diminuir o distanciamento entre profissional e pessoa, no sentido de melhorar a adaptação e o consenso nas negociações terapêuticas.

O profissional de saúde, ao reconhecer as diferenças de conhecimentos, comportamento, atitudes, significados e valores atribuídos pelos sujeitos ao processo de viver e ser saudável, favorece a interação e a relação genuína. O reconhecimento desta dimensão sócio-histórico e cultural é importante para que se compreenda as limitações do modelo biomédico, no qual os profissionais de saúde estão geralmente enraizados, e então, estabelecer o diálogo e a interação que propicie o cuidado/tratamento das pessoas com dor lombar crônica.

É interessante observar como uma visão mais ampla sobre as coisas da vida pode proporcionar mais conforto e menos preocupação para algumas pessoas. Digo isso, não num sentido pejorativo ou de menosprezar situações contrárias, mas eu tinha uma grande preocupação quando as pessoas com dor lombar crônica me procuravam para buscar ajuda para o seu problema. Eu e, certamente muitos outros colegas de trabalho.

Acreditava que era eu, o único responsável pela evolução dos sintomas destas pessoas e que se elas melhoravam era por mérito meu, se elas pioravam era por culpa minha. A partir deste trabalho, pude compreender a gama de complexidade que envolve os sintomas de dores lombares e me pus menos conflitante na abordagem destas pessoas. Tenho intenção de causar a mesma sensação em muitos outros colegas que também atuam no cuidado/tratamento das dores lombares crônicas e sentem a mesma coisa que eu. Por isso, recomendo esta leitura assim como algumas de suas referências, principalmente aquelas que envolvem os aspectos culturais das doenças. Espero que este trabalho contribua para a modificação da abordagem multi-profissional junto às pessoas com dores lombares.

Ao considerar-se que a efetividade de um cuidado/tratamento depende da extensão em que a pessoa com dor lombar aceita e participa do processo, essa efetividade parece, assim, ser dependente do conhecimento prévio das maneiras

características de pensar e agir associadas à saúde dessa população e da habilidade do profissional em integrar esse conhecimento as suas intervenções.

As dificuldades, consideradas nesta pesquisa, foram relacionadas à experiência do autor com a metodologia qualitativa adotada. Elas serviram para aprimorar aspectos mais sensíveis de percepção sobre o processo de saúde e doença que passaram a ser observados por outra ótica.

Espera-se que os dados levantados e os resultados sejam utilizados pela equipe de saúde no processo da terapia/assistência de pessoas com dor lombar crônica, proporcionando que a abordagem, além de curativa, seja preventiva e educativa.

Não considero este trabalho como acabado, pois diante das diversas questões levantadas nesta pesquisa, ainda me questiono, dando possibilidade a outras pesquisas, pois como seriam os significados encontrados se as pessoas com dor lombar crônica estivessem noutra dimensão econômica e cultural?

Ainda, ponderando sobre as limitações no desenvolvimento desta pesquisa, o fato dela ter sido realizada em uma clínica de fisioterapia, ou seja, dentro do subsistema profissional de saúde, pode ter gerado interferências na expressão dos sujeitos pesquisados. Porém, saliento que, como pesquisador, procurei dar voz a estas pessoas, com abertura para a expressão dos significados e do ponto de vista dos sujeitos com relação ao seu problema, sem juízos e conceitos preconcebidos e fechados.

Como profissional de saúde, fica evidente que nos cabe ajudar às pessoas com doença crônica, mais especificamente dor lombar crônica, a resignificarem a sua doença. Conviver com doença crônica implica em aprendizagem no sentido das pessoas enfrentarem da melhor forma as dificuldades e limitações e compreenderem as reais possibilidades dos cuidados/tratamentos para um viver mais saudável. Ainda salientado que, além dos aspectos da vida privada, da vida cotidiana, do gerenciamento da doença, a experiência de adoecer cronicamente também se molda a partir de um conjunto de fatores como as políticas sociais e de saúde que proporcionam meios de diagnósticos e terapêuticos e outras condições que interferem nas suas vidas que devem ser considerados.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Trad. Alfredo Bossi. 4ed. São Paulo ; Martins Fontes. 2000.
- AGNE, J. E. **Eletroterapia**. Teoria e prática. Orium: Santa Maria, 2004.
- ALEXANDRE, N. M. C.; MORAES, M. A. A.; MAHAYRI, N. CUNHA. Aspectos ergonômicos e posturais em centro de material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.26, pp. 87-94, 1992.
- ALVES, P. C. S. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9, n. 3, pp. 263-271. Jul/sep, 1993.
- ALVES, P. C. S.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C; Alves, P. C. B; Souza, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ANDERSON, G. B. J., Low back pain. In: LEVY, B. S.; WEGMAN, D. H. **Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related Disease**. 3ed. Boston: Little Brown and Co., p.455-490, 1995.
- ANDERSON, J. A. Epidemiological aspects of back pain. **Journal of the Society of Occupational Medicine**. n.36, pp.90-94, 1986.
- ANDRUSAITIS, S. F., OLIVEIRA, R. P., BARROS, F. T. E. P. Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil. **Clinics**. v. 61, n. 6, pp. 503-10, 2006.
- APPEL, F. **Coluna Vertebral: Conhecimentos Básicos**. Porto Alegre: Age, 2002.
- ARCANJO, G. N.; SILVA, R. M.; NATIONS, M. K. O saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Set. 2007.
- ARENDT, A. **A Condição Humana**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- ARGUETA-BERNAL, G. Behavioral approaches for chronic low back pain. **Seminars in Pain Medicine**. v. 2, pp. 197-202, 2004
- ARNTZ, A; PETERZ, M. Chronic low back and inaccurate predictions of pain: is being too tough a risk factor for the development and maintenance of chronic pain? **Behavior Research and Therapy**. v. 33, n. 1, pp. 49-53, 1995.
- ARRUDA, A. E.; DUARTE, K. E. **Avaliação da Progressão Funcional dos Pacientes Submetidos à Escola de Coluna da UNIVALI**. 2007. Trabalho de

Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) Universidade do Vale do Itajaí. 2007.

ARRUDA, L. P. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. **Revista Virtual Textos e Contextos**. n.4, dez, 2005.

BAFGHI, S. et al. Psychological aspects of low back pain. **Archives of Iranian Medicine**. v. 6, n. 2, abril, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1979.

BARSKY, A. J.; PEEKNA, H. M.; BORUS, J. F. Somatic symptom reporting in women and men. **Journal of General Internal Medicine**. v.16, n. 4, pp. 266–275. May, 2001.

BIENFAIT, M.. **Estudo e tratamento do esqueleto fibroso: fascias e pompages**. 2.ed. Sao Paulo: Summus Editorial, 1999.

BLYTH, F. M.; MARCH, L. M.; BRNABIC, A. J. M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**. v. 89, pp. 127-134, 2001.

BOGDUK, N. Psychology and low back pain. **International Journal of Osteopathic Medicine**. v. 20, pp. 1-5, 2005.

BRASIL. Decreto 90.640 de 10 de dezembro de 1984. Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília, 1984.

BRASIL. Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Brasília, 1969.

BRETON, L. D. **Anthropologie de la douleur**. Metailié: Paris, 1995.

BURDORF, A. J.; JANSEN, P. Predicting the long term course of low back pain and its consequences for sickness absence and associated work disability. **Occupational and Environmental Medicine**. n.63, pp.522-529, 2006.

BURTON, A. K.; TILLOTSON, K. M.; TROUP, J. D. G. Prediction of the low-back trouble frequency in a working population. **Spine**. n. 14, pp. 939-946, 1989.

BUSH, T. et al. The impact of physician attitudes on patient satisfaction with care for low back pain. **Archives of Family Medicine**. v. 2, pp. 301–5, 1993.

CANESQUI, A.M. (Org.) Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos. São Paulo : HUCITEC – FAPESP, 2007. 149p.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, pp. 139-146, 2004.

CAROSO, C. A.; RODRIGUES, N.; FILHO, N. A. Nem tudo na vida tem explicação: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: LEIBING, A. (Org.). **Tecnologias do Corpo: Antropologias das medicinas no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2004.

CARVALHO, M. M. M. J. (org) **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

CASAROTTO, R. A. Grupo de Coluna e Back School. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. V. 2, n. 2, p. 65 – 71, ago/dez, 1995.

CECIN, H. A. Dor lombar e trabalho: Um estudo sobre a prevalência de lombalgias e lombociatalgias em diferentes grupos ocupacionais. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 31, n. 2. pp. 50-56. São Paulo, 1997.

CECIN, H. A. et al. **Projeto Diretrizes. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias**. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Jun, 2001.

CHERKIN DC, DEYO RA, BATTIE M et al. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. **The New England Journal of Medicine**. v.339, pp. 1021–1029, 1998.

CHERKIN, D. C.; DEYO, R. A.; WHEELER, K.; CIOL, M. A. Physician views about treating low back pain: the results of a national survey. **Spine**. v. 20, pp. 1–10, 1995.

CHESTERTON, L. S; BARLAS, P.; FOSTER, N. E. et al. Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. **Pain**. v. 101, n. 3, pp. 259–266. Mar, 2003.

CHIBNALL, J. T.; TAIT, R. C.; ANDRESEN, E. M.; HADLER, N. M. Race Differences in Diagnosis and Surgery for Occupational Low Back Injuries. **Spine**. v. 31, n. 11, pp. 1272-1275. May, 2006.

CLAIBORNE, N; KRAUSE, T. M.; HEILMAN, A., E., LEUNG, P. Measuring quality of life in back patients: comparison of Health Status Questionnaire 2.0 and Quality of Life Inventory. **Social Work Health Care**. v. 28, n.3, pp. 77-94, 1999.

COFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) Disponível em: [www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) Acessado em: 25/02/2007.

CORBETTT, M.; FOSTER, N. E.; ONG, B. N. Living with low back pain-Stories of hope and despair. **Social Science & Medicine**. v. 65, pp. 1584-1594, 2007.

CORIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J. C. et al. **Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale**. Montreal: Université de Montreal, 1990.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G. et al. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathologie Africaine**. v. 24, pp. 183-204, 1992.

COX, J. M. **Dor lombar: mecanismo, diagnóstico e tratamento**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2002.

CROFT, P. et al. Psychologic distress and low back pain: evidence from a prospective study in the general population. **Spine**. n. 20, pp. 2731–2737, 1996.

CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C. F. **Medical Anthropology: contemporary and method**. Westport: Praeger, 1990.

DAVIS, K. G.; HEANEY, C. A. The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. **Clinical Biomechanics**. v. 15, n. 6, pp. 389-406. Jul, 2000.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.

DENARDIN, M. L. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M. B; BECK, C. L. C; DENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado**. p. 159-259. Santa Maria: Pallotti, 1999.

DEYO, R. A. Treatments for Back Pain: Can We Get Past Trivial Effects? Editorial. **Annals of Internal Medicine**. v. 141, n. 12, pp. 957-8. Dec, 2004.

DWORKIN, R. H.; BANKS, S. J. A vulnerability-diathesis-stress model of chronic pain: Herpes Zoster and the development of postherpetic neuralgia. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. (org). **Psychosocial factors in pain: critical perspectives**. New York: Guilford Press, 1999.

EHC - EFFECTIVE HEALTH CARE. Bulletin of effectiveness of health service interventions for decision makers. Chronic and acute low back pain. v. 6, n. 5, nov., 2000.

EHLRICH, E. G. Low back pain. Bone and joint decade: Special Theme. **Bulletin of World Health Organization**. v. 81 pp. 671 – 676, 2003.

ENGELS, F. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985.

ERIKSEN, W.; BRUUSGAARD, D.; KNARDAHL, S. Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. **Occupational Environment Medicine**. n. 61, PP. 398—404, 2004.

ERNST G. The myth about the "Mediterranean syndrome": do immigrants feel different pain? **Ethnography Health**. n. 5, pp. 121-126, 2000.

FERNBERG, P. M. Back Schools in session. **Occupational Hazards**. v. 61, pp. 39-41, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

FILHO, A. N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. IN: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 97-115.

FILHO, A. R. M. **Estudo da Eficácia da Escola da Coluna em Indivíduos com Lombalgia e Lombociatalgia: uma proposta baseada na manutenção da lordose lombar**. 2004. 31fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia)

Universidade do Vale do Itajaí. 2004

FONSECA, M. G. U.; PERES, F., FIRMO, J. O. A. et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. **Ciência & saúde coletiva**. v.12, n.1, pp.39-50. Mar, 2007.

FORSELL, M.Z. The Back School. **Spine**. v. 6, n. 1, pp. 104-106. Philadelphia, 1981.

FORSELL, M. Z. Back school. **Spine**. n. 6, pp. 104-106, 1981.

FRANK, A. Low back pain. **Brazilian Medical Journal**, v. 306 pp 901-909, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 28 ed. Paz e Terra: São Paulo, 1987.

GATCHEL, R. et al. Editorial: Functional restoration. Pitfalls in evaluating efficacy. **Spine**, n17, pp. 988-95, 1992.

GATCHEL, R.; ADAMS, L.; POLATIN, B. et al. Secondary loss and pain-associated disability: theoretical overview and treatment implications. **Journal of Occupational Rehabilitation**. v.12, n. 2, pp. 99-110, 2002.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERHARDT, T, E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, pp. 2449-2463, 2006.

GEVAERD, R., S. **Aspectos da dor lombar em indivíduos que trabalham na posição sentada**. 2004. 23fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) Universidade do Vale do Itajaí. 2005.

GÖHNER, W.; SCHLICHT, W. Preventing chronic back pain: Evaluation of a theory-based cognitive-behavioural training programme for patients with subacute back pain. **Patient Education and Counseling**. Article in press, 2006.

GOMES, M. E. S & BARBOSA, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Revista Educativa**, São Paulo, 1999.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. IN: MINAYO, M.C; DESLANDES, S. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.109-132.

GONÇALVES, H. D. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

GOOD, B. J. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**. 1ed. Nova Iorque: Cambridge, 1994.

GRIEVE, G. P. **Moderna terapia manual da coluna vertebral**. AG. São Paulo: Panamericana, 1994.

GUERCI, A. e CONSIGLIERI, S. Por uma antropologia da dor. **Ilha**. n.0, pp. 57-72, Florianópolis, 1999.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; FILHO, H. R. C. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.11, n.5, pp.608-613. Sept./Oct., 2003.

HADJISTAVROPOULOS H, CRAIG K. Acute and chronic low back pain cognitive, affective and behavioral dimensions. **Journal Consultant of Clinical Psychology**. v. 62, pp. 341-9, 1994.

HARREL, S. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing; A case study. **Culture, Medicine and Psychiatry**. v. 15, pp. 45-68, 1991.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOCHSCHULER, S.; REZNIK, B. **Trate sua coluna sem cirurgia**. As melhores alternativas não cirúrgicas para eliminar dores nas costas e no pescoço. São Paulo: Manole, 2000.

HOLBROOK, J. Reabilitação na dorsalgia. In: ANDREWS, J. **Reabilitação física nas lesões desportivas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

HONEYMAN, P. T. et al. Effects of Culture on Back Pain in Australian Aboriginals. **Spine**, v. 21, pp. 841-843, abril, 1996.

JAPIASSU, H. **Introdução às ciências humanas – análise de epistemologia histórica**. 3ed. São Paulo: Letras & Letras, 2002.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P. Control Beliefs, Coping Efforts and Adjustment to Chronic Pain. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 3, n. 59, pp. 85-114, 1991.

KATCH, F. I.; MCARDLE, W. D. **Nutrição, exercício e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.

KEEFE, F. J.; DOLAN, E. Pain Behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients. **Pain**. v. 24, n. 1, pp. 49-56, 1986.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: CURRER, C.; STACEY, M. **Concepts of Health, Illness and Disease: a comparative perspective**. Oxford: Berg Publishers, 1986.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**. Berkeley: University of California, 1980.

KLEINMAN, A.; BRODWIN, P. B., GOOD, B. J.; GOOD, M. J. **Pain as human experience: an introduction**. Califórnia: University of California, 1992.

KNOPLICH, J. Doenças ósteo-musculares: Coluna vertebral. In: **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

\_\_\_\_\_. **Enfermidades da Coluna Vertebral**. 3ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 2003.

KOVACS, F. M. et al. The Transition from Acute to Subacute and Chronic Low Back Pain: A Study Based on Determinants of Quality of Life and Prediction of

Chronic Disability. **Spine**. v. 30, pp. 1786-1792. Ago, 2005.

KRAMER, J. **Intervertebral disk diseases, causes, diagnosis, treatment and Prophylaxis**. 2 ed. Nova Iorque: Thieme Medical Publishers, 1990.

KURITA, G.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento de dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. n. 61 (2-B), pp. 416-425, 2003.

LAMÉ, I.E. et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. **European Journal of Pain**. v.9, n.1, pp.15-24, fev., 2005.

LANGDON, J. E. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica**. v. 2, PP. 241-260, 2001.

LANGDON, J. E. Cultura e processos de saúde e doença. In: JEOLÁS, L.S.; OLIVEIRA, M. (eds.). **Anais sobre o Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença**. Londrina, pp. 91-107, 2003.

LAPPONI, J. C. **Estatística usando o Excel**. São Paulo: Lapponi, 2000.

LEMONS, T. et al. Métodos McKenzie vs Williams: uma reflexão. **Fisioterapia Brasil**, n. 1, v. 4, jan/fev. 2003.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. p. 95, Santa Maria: Palloti, 2001.

LEWIT, Karel. **A manipulação na reabilitação do sistema locomotor**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2000.

LIMA, M. A. G., NEVES, R., SÁ, S., PIMENTA, C. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v.10, n. 1, pp. 163-173, 2005.

LISI, A. J. The centralization phenomenon in chiropractic spinal manipulation of discogenic low back pain and sciatica. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**. v.24, pp. 596-602, 2001.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGES, N. A critical interpretative approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In: JOHNSON, T.; SARGENT, C. E. **Medical anthropology: Contemporary theory and method**. New York: Praeger, 1990.

LODUCA, A. Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento da dor crônica: experiência da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org) **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MAKOFSKY, H. **Coluna Vertebral. Terapia Manual**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MANECK, N. J.; MACGREGOR, A. J. Epidemiology of back disorders: prevalence,

risk factors, and prognosis. **Current Opinion in Reumatology**. v. 17, pp. 134-140, 2005.

MARCHI, C L A. A Escola da coluna dialógica. Trabalho apresentado à disciplina de Projetos Assistenciais de Enfermagem e Saúde. **PEN/UFSC**, 2006

MARX, K. **O capital. Crítica da economia política**. 7ª ed. São Paulo: Difel S. A.. 1982.

MAYER, T. G. et al. **Contemporary conservative care for painful spinal disorders**. 4ed., Lea and Febiger: Philadelphia, 1991.

MAYER, T. Spine rehabilitation: secondary and tertiary nonoperative care. **The Spine Journal**. v. 03, pp. 28S-36S, 2003.

MCBETH, J; JONES, K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. v. 21, n. 3, pp. 403-425, 2007.

MCCAHLON, S. B.; STRONG, J.; SHARRY, R.; PHIL, M. et al. Self-Report and Pain Behavior Among Patients With Chronic Pain **Lippincott Williams & Wilkins, Inc.** v. 21, n. 3, pp. 223-231. May/June 2005.

MCGILL, S. M. Abdominal belts in industry: a position paper on their assets, liabilities and use. **American Industrial Hygiene Association**. 1994.

MCKENZIE, R. A. **The Cervical and Thoracic Spine: Mechanical diagnosis and therapy**. 1 ed, Waikanae: Spinal Publications, 1990.

\_\_\_\_\_. **The Lumbar Spine**. New Zealand: Spinal Publications, 1981.

MEIRELLES, E.S. Lombalgias. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.60, edição especial, p. 111-119, dez, 2003.

MICHAELIS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. 10. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ed. Hucitec-Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro, 1994.

MUHR, T. **Guia do Usuário**. Atlas.TI. 5.0. Long Island: Research Talk Inc, 2004.

MURTA, S. G. Avaliação e manejo da dor crônica. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org) **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

NACHEMSON, A., Newest knowledge of low back pain. A critical look. **Clinical Orthopedics and Related Research**, v.279, p. 8-20, 1992.

NETO, F. E. S. **As dores da alma**. São Paulo: Boa Nova; 1998.

NETO, O. C. et al. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação** Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press; 1995.

NICHTER, M. **Anthropology and International Health: South Asian Case**

**Studies.** Dordrecht: Kluwer Publications, 1989

NORDIN, M. et al. **The prevention and treatment of low back disorders. Adult spine: principles and practice.** Nova Iorque: Raven Press, 1991.

NORTON, B. J. et al. Differences in Measurements of Lumbar Curvature Related to Gender and Low Back Pain. **Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy.** v. 34, n. 9, pp. 524-534. Sep. 2004.

OLIVEIRA, F. J. A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

OLIVEIRA, J. T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuropsiquiatria.** v. 58, n. 2-A, pp. 360-365, 2000.

OWENS, M. K.; EHRENREICH, D. Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain. **Holistic Nursing Practice.** v. 6, pp. 24–31, 1991.

PAPAGEORGIOU, A. C.; CROFT, P. R.; FERRY, S. et al. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. **Spine;** v. 20, n. 17, pp. 1889–1894, 1995.

PERQUIN, C. W.; HAZEBROEK-KAMPSCHREUR, A. A. J. M.; HUNFIELD, J. A. M. et al. Pain in children and adolescents: a common experience. **Pain.** v. 87, pp. 51–58, 2000.

PFINGSTEN, M.; LEIBING, E.; HARTER, W. et al. Fear-Avoidance Behavior and Anticipation of Pain in Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Study. **Pain Medicine.** v. 2, n.4, pp. 259-266, 2001.

PILOWSKY I. Abnormal illness behaviour: a 25th anniversary review. **Australian Journal of Psychiatry.** n.28: pp. 566-573, 1994.

PIMENTA, A. M.; CRUZ, D. A. L. M; ROSSETO, E. G. et al. Epidemiologia da dor. In: FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. **Dor e Saúde Mental.** São Paulo: Atheneu, 2005.

PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). **Dor: um estudo multidisciplinar.** pp. 159-73. São Paulo: Summus, 1999.

PINCUS T, MORLEY S. Cognitive-processing bias in chronic pain: a review and integration. **Psychological Bulletin.** v. 127, pp. 599–617, 2001.

POIRADEAU, F.; RANNOU, G.; BARON, A. et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with sub-acute low back pain. **Pain.** v. 124, pp. 305-311, 2006.

RAINVILLE, J.; HARTIGAN, C.; MARTINEZ, E. et al. Exercise as a treatment for chronic low back pain. **The Spine Journal.** v. 4, pp. 106-115, 2004.

RAMAZZINI, B. De Morbis Artificum Diatriba. In: ESTRELA R. **As Doenças dos Trabalhadores.** São Paulo: Ministério do Trabalho, Fundacentro, 1985.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social, métodos e técnicas.** p. 90-102, São Paulo:

Atlas, 1999.

RICHARDSON, F. C.; FOWERS, B. J.; GUIGNON, C. B. **Re-Envisioning Psychology**. Jossey-Bass Inc.: San Francisco, 1999.

RICOUER, P. **Teoria da Interpretação**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1976.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

RUBEL, A. J.; HAAS, M. R. Ethnomedicine. In T. J. JOHNSON; C. D. SARGENT (Eds.), **Medical anthropology: Contemporary theory and method**. New York: Praeger, 1990.

SAILLANT, F. Saber e Itinerários de Cuidados na Amazônia Brasileira: o Doméstico na Encruzilhada do Espaço Terapêutico. In: LEIBING, A. (Org.) **Tecnologias do Corpo: Antropologias das medicinas no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2004.

SAMPAIO, R. F. A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M. **O fisioterapeuta na saúde da população**. Atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

SANDERS, S. H. et al. Clinical practice guidelines for chronic non-malignant pain syndrome patients. **Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation**. v. 5, pp. 115–20, 1995.

SCHMITZ, M; ZENI, P. **Estudo da evolução da dor em portadores de lombalgia e lombociatalgia após aplicação do conceito sueco de Escola da Coluna**. 2006. 34fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) Universidade do Vale do Itajaí. 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. The health's concept. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Set. 2007.

SELLIGMAN-SILVA, E. S. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (org). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a interdisciplinaridade possível. In **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Fiocruz-Relume Dumará: Rio de Janeiro, 1998.

SHIRADO, O. et al. A Novel Back School Using a Multidisciplinary Team Approach Featuring Quantitative Functional Evaluation and Therapeutic Exercises for Patients With Chronic Low Back Pain: The Japanese Experience in the General Setting. **Spine**. v. 30, pp. 1219-25, 2005.

SILVA, C. S.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, pp. 377-385, mar.-abr., 2004.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus: experiências pessoais e culturais**. 188fls. Florianópolis: UFSC/PEN, Série Teses em Enfermagem, n. 27, 2001.

SILVA, D. M. G.; MEIRELES, B. S.; SOUZA, S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto e Contexto em Enfermagem**. v. 13, n. 1, pp. 50-6. jan-mar, 2004.

SILVERSTEIN, B; CLARK, R. Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**. v. 14, pp. 135-152, 2004.

SOIBELMAN, M., CAPOBIANCO, K. G. e BOTH, C. F. Dor lombar. In: **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

SPENGLER, D. et al. Back injuries in industry: a retrospective study. I. Overview and cost analysis. **Spine**, 1986.

STORK, R. Y. **Fundamentos de antropologia**. 2ed. Navarra: EUNSA, 1997.

STRAZDINS, L.; BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. **Social Science and Medicine**. v.58, n. 6, pp. 997–1005. Mar, 2004.

STRUNIN, L.; BODEN, L. I. Family consequences of chronic back pain. **Social Science & Medicine**. v.58, pp. 1385–1393, 2004.

TEIXEIRA, MJ; MARCON, RM; ROCHA, RO; FIGUEIRÓ, JAB. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, MJ; FIGUEIRO, JAB. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, syndromes dolorosas e tratamento**. pp. 1-7, São Paulo: Moreira Jr, 2001.

THOMAS, E. et al. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. **British Medical Journal**. n.318, pp.1662–7, 1999.

THOMSON, D. Medidas de eficácia terapêutica da coluna lombar - de clinical outcome measures for disorders of the lumbar spine. Disponível em: [www.fisioterapia.com.br/publicacoes/medeficadescolombar.asp](http://www.fisioterapia.com.br/publicacoes/medeficadescolombar.asp) acessado em: 11/04/2003.

TRAVELL, J. G.; SIMONS, L. S. **Dor e disfunção miofascial**. Manual dos pontos gatilho. V.1. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petropolis: Vozes, 2003.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e

Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 10, n. 4, pp. 497-504. Out/dez, 1994.

UNRUH, A. M. R. J.; MERSKEY, H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? **The Clinical Journal of Pain**. v. 15, n. 1, pp. 31–40. Mar, 1999.

VAN TULDER et al. Low back pain. **Best Practice e Research Clinical Rheumatology**, v. 16, n. 5, pp. 761-775, 2002.

VAN TULDER, M. W.; KOES, B.W.; BOUTER, L.M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. **Spine**. v.22, n. 18, pp.:2128-2156, 1997.

VAN TULDER, M.; KOES, B. W. Chronic Low Back Pain. **American Family Physician**. v.74, n.9, pp.1577-9, 2006.

VAN TULDER, M.; SCHOLTEN, R.; KOES, B. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2000.

VERSLOOT, J. M. et al. The cost-effectiveness of a back school program in industry. A longitudinal controlled field study. **Spine**. v. 17, pp. 22-7, 1992.

VELHO, G. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas. RJ: Zahar, 1994.

VIEIRA, R. S.; NEVES, F. R. Atitude frente à dor: Perfil em pacientes ortopédicos em tratamento fisioterapêutico. **Terapia Manual**. v. 4, n. 1. Out/dez, 2006.

VIEL, E.; ESNAULT, M.. **Lombalgias e cervicalgias da posição sentada: conselhos e exercícios**. São Paulo: Manole, 2000.

WADDELL, G. Outcome measures for low back pain: A proposal for standardised use. **Spine**. v. 23, n. 18, pp. 2003-13, 1998.

WADDELL, G.; BURTON, A. K. Occupational health guidelines for management of low back pain at work: evidence review. **Occupational Medicine**. v. 51, n. 2, pp. 124 – 135, 2001.

WALKER, J; SOFAER, B; HOLLOWAY, I. The experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. **European Journal of Pain**. v. 10, pp. 199-207, 2006.

WIJNHOFEN, H. A.; DE VET, H. C.; PICALET, H, S. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. **The Clinical Journal of Pain**. v.22, n. 8, pp. 717–724. Oct, 2006.

WILLIAMS, R. et al. Reliability of the modified – modified Schöber and double inclinometer methods for measuring lumbar flexion and extension. **Physical Therapy**, v. 73, n. 1, p. 33-44, jan. 1993.

WOOLF, A. D.; PFLEGER, B. Burden of major musculoskeletal conditions: Special Theme. **Bulletin of World Health Organization**, v. 81, n. 9, 2003.

YENG, L. T; TEIXEIRA, M. J. STUMP, P; KAZIYAMA, H. H. S; BARBOSA, H.

F. G. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. In: TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo: Moreira Jr., p. 131-40, 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Christian Lorenzo de Aguiar Marchi, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa “*O SIGNIFICADO DO CUIDADO/TRATAMENTO REALIZADO PELAS PESSOAS COM DOR LOMBAR CRÔNICA*”, orientada pela Professora Doutora Betina H. S. Meirelles, do Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que tem o objetivo de compreender o significado dos cuidados/tratamentos para as pessoas que tem dor lombar crônica. Como profissionais de saúde, necessitamos compreender melhor as suas avaliações e escolhas de tratamento e o significado que ela apresenta para você, a fim de melhorar a forma de abordagem que fazemos em relação às suas dores nas costas corrigindo as possíveis falhas. Este estudo é muito importante considerando crescente números de casos de pessoas com dor lombar que procuram os serviços de saúde. A participação não trará riscos a sua pessoa. Neste sentido gostaria de contar com a sua participação, através de realização de entrevistas e discussões a respeito da temática, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, a qualquer momento do desenvolvimento do mesmo, ou quiser desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente no endereço citado abaixo, através do telefone (0x47) 9986-3724 ou por meu endereço eletrônico: [profchristian@univali.br](mailto:profchristian@univali.br), sem que haja obrigação de esclarecimentos ou prejuízos ao seu atendimento. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, mantidas em anonimato e serão utilizadas em minha dissertação de mestrado, bem como publicação dos resultados em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

---

Christian L. A. Marchi  
Pesquisador

---

Dra. Betina H. S. Meirelles  
Orientadora

Telefones de contato: (47) 9986-3724 – (47) 3341-7655  
Endereço eletrônico: [profchristian@univali.br](mailto:profchristian@univali.br)  
Rua Uruguai, 348, bloco 24A – Clínica de Fisioterapia.

## **Consentimento Pós Informação**

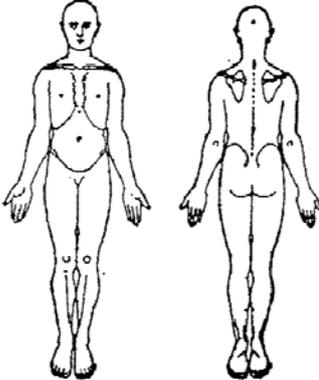
Eu, ....., fui esclarecido sobre a pesquisa “*O Significado do Cuidado/Tratamento realizado pelas pessoas com dor lombar crônica*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Itajaí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Assinatura \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nome:		Idade:	Sexo:
Procedência:			
Endereço:		Telefone:	
Escolaridade:	Renda Familiar:	Local da Dor: 	
Religião			
Profissão: Trabalhando?	Diagnóstico clínico: Tempo de dor:		
<b>ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA</b>			
Perguntas Norteadoras	O que significa para você ser saudável?		
	O que significa doença para você?		
	Como e quando começou o problema de dor nas costas?		
	Quem ou o que o Sr. (a). procura quando tem dor nas costas?		
	O que você fez e o que vem fazendo para cuidar desse problema?		
	O que estes recursos ofereceram ou têm a oferecer a você e ao seu problema?		
	Quem ou o que o (a) influenciou nesta escolha?		
	Você avalia o resultado dos cuidados/tratamentos que escolhe?		
Como é o cuidado/tratamento ideal para você?			

## **ANEXOS**



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**PARECER CONSUBSTANCIADO  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI**

<b>Título do Projeto:</b> O itinerário terapêutico das pessoas com dor lombar crônica.
<b>Orientadora:</b> Profª Dra. Betina Homer Schindwein Meirelles
<b>Pesquisador:</b> Prof. Christian Lorenzo de Aguiar Marchi
<b>Data do Parecer:</b> 23/03/2007 <b>Cadastro:</b> 66/07
<b>Grupo e Área Temática:</b> III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais

**Objetivos do Projeto**

Compreender o itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas que buscam o tratamento/cuidado fisioterapêutico para sua dor lombar crônica em uma Universidade do Vale do Itajaí na busca da solução de seu problema.

**Resumo do Projeto**

Esta pesquisa qualitativa descritiva objetiva compreender o itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas que buscam o tratamento/cuidado fisioterapêutico para sua dor lombar crônica em uma Universidade do Vale do Itajaí na busca da solução de seu problema. Pretende-se que participem do projeto cerca de 30 sujeitos provenientes da Clínica de Fisioterapia da UNIVALI com dor lombar crônica os quais estejam sendo submetidos a tratamento fisioterapêutico os quais deverão assinar previamente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando sua participação. Os sujeitos serão inicialmente submetidos a entrevista semi-direta abordando o tema e posteriormente serão convidados a participar de grupos focais, onde serão convidados a discutir um determinado tópico da pesquisa, sendo que todo o conteúdo da entrevista será gravado em áudio e o conteúdo discutido nos grupos focais também será gravado em áudio e/ ou vídeo para posterior transcrição e análise de conteúdo.

<b>Itens Metodológicos e Éticos</b>	<b>Situação</b>
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
<b>Comentários sobre os itens de Identificação</b>	

<b>Introdução/ Justificativa</b>	<b>Situação</b>
<b>Comentários sobre a Introdução/ Justificativa</b>	Adequada

<b>Objetivos</b>	<b>Situação</b>
<b>Comentários sobre os Objetivos</b>	Adequados

**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC**

Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-202 - Caixa Postal 360  
[www.univali.br/proppec](http://www.univali.br/proppec)

Gabinete do Pró-Reitor  
Bloco 05 - Sala 101  
Fone: (47) 3341 7557  
Fax: (47) 3341 7601  
e-mail: [proppec@univali.br](mailto:proppec@univali.br)

Departamento de Pesquisa  
Bloco 05 - Sala 102  
Fones: (47) 3341 7532  
(47) 3341 7579  
e-mail: [pesquisa@univali.br](mailto:pesquisa@univali.br)

Departamento de Extensão  
e Cultura  
Bloco 05 - Sala 103  
Fones: (47) 3341 7758  
(47) 3341 7580  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [extensao@univali.br](mailto:extensao@univali.br)

Departamento de Pós-Graduação  
Bloco 05 - Sala 105  
Fone: (47) 3341 7534  
Fone/Fax: (47) 3341 7652  
e-mail: [posgrad@univali.br](mailto:posgrad@univali.br)

Núcleo de Estudos de Língua e  
Literaturas Estrangeiras  
Bloco 12 - 2º piso - sala 211  
Fone: (47) 3341 7574  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [nello@univali.br](mailto:nello@univali.br)

Editora  
Bloco 08  
Fone: (47) 3341 7645  
e-mail: [editora@univali.br](mailto:editora@univali.br)



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 30 – Local Itajaí
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa qual
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
<b>Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos</b>	

<b>Cronograma</b>	Adequado
Data de início prevista	Abril/06
Data de término prevista	Novembro/07
<b>Orçamento</b>	Ausente
Fonte de financiamento externa	Não
<b>Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento</b>	

<b>Referências Bibliográficas</b>	Adequadas
<b>Comentários sobre as Referências Bibliográficas</b>	

**Parecer  
APROVADO**

**Comentários Gerais sobre o Projeto**

**Relator: Membro CEP/UNIVALI**

Profª Dra Márcia Maria de Souza  
Coordenadora CEP/UNIVALI

**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - Proppec**

Rua Uniguaí, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-202 - Caixa Postal 360

[www.univali.br/proppec](http://www.univali.br/proppec)

Gabinete do Pró-Reitor  
Bloco 05 - Sala 101  
Fone: (47) 3341 7567  
Fax: (47) 3341 7601  
e-mail: [proppec@univali.br](mailto:proppec@univali.br)

Departamento de Pesquisa  
Bloco 05 - Sala 102  
Fones: (47) 3341 7532  
(47) 3341 7579  
e-mail: [pesquisa@univali.br](mailto:pesquisa@univali.br)

Departamento de Extensão  
e Cultura  
Bloco 05 - Sala 103  
Fones: (47) 3341 7758  
(47) 3341 7580  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [extensao@univali.br](mailto:extensao@univali.br)

Departamento de Pós-Graduação  
Bloco 05 - Sala 105  
Fone: (47) 3341 7534  
Fone/Fax: (47) 3341 7852  
e-mail: [posgrad@univali.br](mailto:posgrad@univali.br)

Núcleo de Estudos de Língua e  
Literaturas Estrangeiras  
Bloco 12 - 2º piso - sala 211  
Fone: (47) 3341 7574  
Fone/Fax: (47) 3341 7533  
e-mail: [nel@univali.br](mailto:nel@univali.br)

Editores  
Bloco 08  
Fone: (47) 3341 7645  
e-mail: [editores@univali.br](mailto:editores@univali.br)

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)