

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

KARINE MUNIZ POLIZELLI

QUEM SENTE É A GENTE, MAS É PRECISO RELEVAR:

A LOMBALGIA NA VIDA DAS TRABALHADORAS

DO SETOR TÊXTIL DE BLUMENAU - SC

Itajaí

2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

KARINE MUNIZ POLIZELLI

QUEM SENTE É A GENTE, MAS É PRECISO RELEVAR:

A Lombalgia na Vida das Trabalhadoras do Setor Têxtil de Blumenau - SC

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Nair Leite

Itajaí

2008

KARINE MUNIZ POLIZELLI

**QUEM SENTE É A GENTE, MAS É PRECISO RELEVAR:
A Lombalgia na Vida das Trabalhadoras do Setor Têxtil de Blumenau - Sc**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada no Curso de Pós Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, ____ de _____ de 2008.

Profa. Dra. Silvana Nair Leite
UNIVALI – Itajaí
Orientador

Profa. Dra. Stella
UNIVALI – Itajaí
Membro Interno

Profa. Dra. Renata Rothenbuhler
UTP – Curitiba
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao meu amado Adriano. Obrigada por fazer parte da minha vida dando-me amor e carinho, força e segurança nos momentos difíceis desta caminhada.

Aos meus familiares, principalmente a minha mãe querida por me ensinar que o conhecimento engrandece a alma. Obrigada por estar ao meu lado sempre que precisei de seu amparo e de sua sabedoria, mostrando seu amor incondicional com gestos simples, mas grandiosos, dignos de alguém iluminada por Deus como você! Amo-te minha mãe!

Ao meu querido pai, que apesar de não estar mais presente fisicamente, deixou-me como ensinamento a persistência e a força de vontade como requisitos para alcançar o que se deseja, e sem dúvida, onde quer que esteja, iluminou meus passos nesta caminhada!

Aos meus irmãos Evandro e André, por respeitarem minhas escolhas e pelos momentos de alegria que passamos juntos.

A minha amada avó Mercedes, pelo exemplo de vida que é para mim.

Aos meus amigos, principalmente à Kátia e Lígia, companheiras de mestrado, obrigada pela amizade verdadeira, pelo companheirismo e otimismo em nossas idas e vindas. A querida Alessandra pelo carinho e disposição.

A minha querida orientadora, Profa. Dra. Silvana Nair Leite, obrigada pela paciência, carinho, disposição e confiança. Sou grata por tê-la conhecido e por ter o privilégio de usufruir de seus conhecimentos para a conclusão desta trajetória tão importante em minha vida.

Aos demais professores do curso de mestrado por seu carinho e dedicação.

Às participantes desta pesquisa, obrigada pela disponibilidade, carinho e atenção com que me receberam em suas casas, permitindo que este estudo se realizasse e contribuindo para meu engrandecimento profissional e pessoal. Minha sincera gratidão.

POLIZELLI, Karine Muniz. **Quem Sente é a Gente, mas é Preciso Relevar: A Lombalgia na Vida das Trabalhadoras do Setor Têxtil de Blumenau - SC.** 2008. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender o enfrentamento da lombalgia no cotidiano de mulheres trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau - SC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizando ferramentas e preceitos da etnografia. A pesquisa privilegiou o ponto de vista das mulheres. Foram utilizados como ferramentas de estudo um calendário com data e dias da semana para a marcação de dores relativas à lombalgia e uma Escala Análogo Visual (EVA) com notas de 0 a 10 para marcar sua intensidade. Além de relatos anotados em formulários de acompanhamento às visitas quinzenais utilizou-se um diário de campo para transcrição de fatos e conversas que poderiam contribuir ao estudo. As conversas foram gravadas objetivando uma melhor compreensão do depoimento das entrevistadas. Os dados coletados levaram à construção de categorias descritivas que, para facilitar o processo de interpretação foram agrupadas em duas grandes categorias analíticas: a dor lombar sob o aspecto da normalidade e a dor sentida. Os resultados da pesquisa levam à conclusão de que a lombalgia sob o ponto de vista das trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau – SC. apresenta-se como uma espécie de conflito entre a dor normal, sem importância, e a dor sentida e limitante, que traz sofrimentos e angústias. A dualidade da lombalgia é marcante, pois, são mulheres que têm dor, real para elas, com um impacto importante para suas vidas, mas elas mesmas esforçam-se por negligenciá-la. O conceito de lombalgia construído é de algo inerente à vida. O que não permite que nem elas assumam a lombalgia como doença, não tendo então o direito de sentirem-se doentes e não cobrando este direito da sociedade.

Palavras-chave: Lombalgia. Mulheres. Trabalhadoras. Setor Têxtil.

ABSTRACT

This study was developed with the objective of understanding the confront of the lombalgy in the daily of hard-working women of the textile section of Blumenau - SC. Treat-if of a qualitative research using tools and precepts of the ethnography, the research privileged the women's point of view. They were used as study tools a calendar with date and the days of the week that it was used by the participants for relative demarcations the lombalgy and a Visual Similar Scale (EVA) with note from 0 to 10, besides the participants' reports in biweekly visits be logged in an accompaniment form for explanations as the demarcations done by the participants. They were still used a field diary for transcription of facts and chats that could contribute to the study and a tape recorder with the intention of capturing everything that would be said aiming at a better understanding of interview. The given collected they took to the construction of descriptive categories that later to facilitate the interpretation process were contained in two great analytic categories: the lumbar pain under the aspect of the normality and the felt pain. The results of the research take the conclusion that the lombalgy under the workers' of Blumenau – SC, textile section point of view comes as a type of conflict among the normal pain without importance and the felt pain and restriction, that brings sufferings and anguishes. The duality of the lombalgy is outstanding, because, they are women that he/she has pain, this for your time it is real for them, he/she has an important impact for your lives, but they make an effort to neglect her. All this, because the concept of built lombalgy, is of something inherent the life. What doesn't allow that nor they assume the lombalgy as disease, doesn't tend the right then of feeling sick and not collecting this right of the society.

Words key: Lombalgy. Woman. Workers. Textile Section.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	CONTEXTOS DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	11
3	CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA DE ESTUDO	22
3.1	Aproximação do Campo.....	23
3.2	Escolha das Participantes e Esclarecimento do Método de Pesquisa ...	27
3.3	Os Encontros Subseqüentes	30
3.4	As Mulheres Participantes do Estudo.....	31
3.4.1	A História de Lúcia.....	32
3.4.2	A História de Rosa	34
3.4.3	A História de Jaqueline	35
4	ENTENDENDO O CONTEXTO	37
4.1	A Reestruturação do Modelo Produtivo na Indústria Têxtil de Blumenau, a Precarização do Trabalho e sua Influência na Saúde das Trabalhadoras	37
5	INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS.....	47
5.1	A Dor Lombar sob o Aspecto da Normalidade.....	47
5.2	A Dor Sentida.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	ANEXO A - ESCALA ANÁLOGO-VISUAL	75
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA A PRIMEIRA ENTREVISTA	77
	APÊNDICE C - CALENDÁRIO	78
	APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO.....	79

1 INTRODUÇÃO

[...] Dor nas costas? Ah, quem não tem? Você tem que relevar! (ROSA).

Ao iniciar o curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, uma de minhas preocupações era encontrar um tema de pesquisa que fosse próximo da minha vivência profissional como fisioterapeuta. Foi então, que surgiu o interesse em estudar os recursos terapêuticos mobilizados pela população para enfrentar os males de saúde. Restava decidir o recorte que faria deste tão vasto campo de pesquisa.

Refletindo sobre qual seria meu objeto de estudo, logo me dei conta de que um número elevado de pessoas que recorrem ao serviço de fisioterapia tem como diagnóstico clínico a lombalgia, e que, em sua maioria, as pessoas apresentam quadros crônicos de dor já instalados e vêm sofrendo com esta sintomatologia há anos.

Partindo desta reflexão surgiu a pergunta: Se as pessoas demoram tanto tempo para procurar ajuda profissional, como elas se relacionam em seu dia-a-dia com a dor lombar?

A idéia da pesquisa era compreender o enfrentamento da lombalgia, partindo do ponto de vista antropológico, na realidade, um grande desafio de interpretação para quem tem uma formação acadêmica extremamente biologicista e fragmentadora, em que o problema de saúde (aqui o caso específico da lombalgia) é visto como um problema físico localizado e o tratamento se detém apenas em aliviar o principal sintoma, sem levar em consideração o entendimento do doente em relação ao seu estado de saúde.

Era preciso abandonar a idéia biológica da lombalgia, em que as causas podem estar centradas em problemas de ordem postural, em decorrência de atividades diárias, mudanças de estrutura corporal (gravidez ou obesidade), permanência por tempo prolongado em incorreta posição sentada ou em pé, comportamentos sedentários, doenças inflamatórias, degenerativas, defeitos congênitos e debilidade muscular (KNOPLICH, 2003). Para entender que a sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, até as atitudes, dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências, condições de vida e bagagem cultural (HELMAN, 2006).

A dor é uma experiência subjetiva, privada, e sua percepção e tolerância variam significativamente conforme o grupo social (FERREIRA, 1994).

O grupo social ao qual se refere esta pesquisa são mulheres trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau. A escolha desta população foi feita, pelo fato de observar que em meu cotidiano profissional, os atendimentos que ocorriam para a dor lombar eram centrados em mulheres e estas, em sua maioria, trabalhavam no ramo têxtil da cidade. Em 2005, a lombalgia obteve o maior número de encaminhamentos ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, correspondendo a 14,48%. Neste mesmo ano, o número de doenças ocupacionais investigadas e confirmadas destaca o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo como principais atingidos (SILVA, 2007).

A intenção inicial era saber mais sobre as concepções e causas da lombalgia, identificar os recursos terapêuticos mobilizados, analisar a influência da dor no cotidiano destas mulheres, afinal as pessoas, de alguma forma, enfrentavam a dor lombar em seu dia-a-dia. No entanto, ao iniciar a coleta de dados percebi que muito havia a aprender, e que para compreender o ponto de vista das participantes seria preciso mais do que eleger objetivos específicos fragmentados sob o meu ponto de

vista biológico. Se a doença prevalece é necessário entender o que Alves; Rabelo (1999) descrevem. Segundo eles, a enfermidade não é apenas uma “entidade biológica”, que deva ser tratada como coisa; é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições. A dor ou a enfermidade dota-se subjetivamente de sentido à proporção que se afirma como real para os membros da sociedade, que por sua vez, a aceitam como real, justamente porque se origina no senso comum.

Helman (2006) apresenta o ponto de vista da dor pública onde o comportamento e, particularmente, seus aspectos voluntários são influenciados por fatores sociais, culturais e psicológicos. Parte da decisão de tornar ou não pública a dor privada depende da interpretação individual do significado da dor. Se a dor é considerada “normal” ou “anormal”, por exemplo.

Foram praticamente quatro meses de pesquisa, onde procurei uma aproximação com o contexto em que as participantes viviam tentando entender qual a compreensão que faziam da dor lombar, voltando meu olhar para as suas vivências, concepções e cultura.

No início do trabalho de campo, as informantes mostravam-se impressionadas com alguém querendo estudar a dor nas costas, afinal:

Dor nas costas quem não tem? Vocês dizem quando a gente vai no postinho que é normal, que tem que relevar! Relevar pra quem não está sentindo nada é uma coisa, agora, vamos trocar de lugar, vocês sentem minha dor e eu mando vocês relevarem, me ensinem então como que se faz pra relevar? (ROSA).

Isto falou-me Rosa, em nosso primeiro encontro, demonstrando um misto de sentimentos que permeavam entre o espanto e a revolta por alguém se preocupar com o assunto. Ficou evidente que nem sempre aqueles que dispõem do “conhecimento” para dar-lhe uma resposta e conseqüentemente o alívio ao seu

sofrimento o fazem de maneira eficaz, pois, geralmente a atenção que se dá para a lombalgia é a indicação de um medicamento, repouso no leito, aplicação imediata de um suporte que proporcione imobilização (este quando necessário) e fisioterapia (KENDALL, 1995).

O tratamento fisioterapêutico para a lombalgia é baseado no uso de termoterapia, eletroterapia e cinesioterapia (MALONE et al., 2000). Ainda técnicas como a Reeducação Postural Global (RPG), a hidroterapia, entre outras são artifícios terapêuticos utilizados para a dor lombar (SOUCHARD, 2005).

Os profissionais de saúde em geral olham a lombalgia como uma causa física, (mecânica), uma alteração neuromuscular ou neurofisiológica, e que muitas vezes é vista como dor comum, que acomete grande parte da população e que, na maioria das vezes, é passageira. Porém, para aquele que sofre, é importante que a sua dor particular e individual também seja levada em consideração pelos profissionais de saúde possibilitando uma reformulação da prática clínica, permitindo que as perspectivas do doente sejam privilegiadas. É preciso entender que o estado de saúde de um indivíduo não pode ser resumido a uma simples alteração biológica, a percepção do indivíduo em relação ao seu estado de saúde é de extrema relevância e deve ser abordada.

A partir de declarações como a de Lúcia que diz : *“A dor é horrível! Tem gente que diz que a dor não é dor, mas é horrível!”*, foi que percebi que a proposta inicial de estudar o enfrentamento da dor lombar e identificar os recursos terapêuticos mobilizados foi ficando pequena, pormenorizada demais à medida que as informantes foram me fazendo mergulhar no seu mundo, vendo a dor sob o seu ponto de vista.

2 CONTEXTOS DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

A antropologia médica é definida como um campo de estudo que se preocupa em conhecer como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas relacionadas à saúde e doença, às crenças sobre tipos de tratamentos e a quem recorrem quando doentes. É também o estudo das crenças e práticas relativas ao corpo, tanto nos estados de saúde como nos estados de doença (FERREIRA, 1994).

Sabe-se hoje, que noções como as de saúde e doença, aparentemente simples referem-se, de fato, a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Ele nos revela que este estado está associado ao modo de vida e ao universo social e cultural da comunidade (UCHOA; VIDAL, 2006).

Canesqui (2003) aborda as representações do corpo e doença ou de seu funcionamento e estrutura, considerando que cada sociedade ou grupo social dispõe de maneiras específicas de conceber e lidar com o corpo. Sendo que o saber biomédico contribui, ao longo da história, na difusão de sua naturalização, considerada universal. As muitas indagações e significados suscitados pela doença na sociedade superam os estreitos limites do corpo e as explicações biomédicas.

Para que se possa construir uma explicação mínima para o fenômeno da doença, os indivíduos não necessitam de um conhecimento médico. Ao contrário, precisam das imagens fornecidas pelo seu meio sociocultural, o que significa dizer que para que as pessoas possam entender suas doenças, não lhes basta somente

conhecer os agentes causadores, através das mais modernas técnicas de diagnóstico. Em algumas situações, o aspecto formal da doença é o que menos importa para as pessoas quando elaboram suas próprias interpretações sobre saúde, doença e tratamento, tendo como referência o quadro das suas vivências pessoais e culturais (CAROSO et al., 2004).

Uma dos dados mais importantes nos estudos sócio-antropológicos da saúde diz respeito ao conceito de experiência da enfermidade, que se refere basicamente a forma pela qual o indivíduo situa-se ou assume a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. É importante ter em conta que as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores. Na lida com a enfermidade, o doente e aqueles que estão envolvidos na situação (como familiares, amigos, vizinhos, terapeutas), formulam, (re)produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte (ALVES; RABELO, 1999).

Ferreira (1995) aprofundou o significado do “estar doente”. Para a autora, a percepção se dá através de um conjunto de sensações desagradáveis e sintomas, sendo o corpo veiculador de mensagens que, ao serem apropriadas pelo indivíduo, conduzem ao significado da doença. A seu ver, a doença é uma construção social e cultural, plena de significações e que somente tem valor se compartilhada pelo grupo social.

Para Minayo (1998) perceber a doença como algo que não vai bem expressa a importância do uso social do corpo como meio de existência. Assim, o significado da doença remete à ordem social, porque sua presença tanto afeta a reprodução

biológica do indivíduo, quanto a sua reprodução social em termos de condições de existência. A autora relata informações de participantes de seu estudo referindo-se à saúde como riqueza, fortuna, tesouro, em oposição à doença, como castigo, desgraça, infelicidade, miséria.

A interpretação de saúde e doença estabelecida por Canguilhem (1963) define saúde como uma norma de vida superior sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas.

Ao mesmo tempo em que diferenciou qualitativamente saúde e doença, Canguilhem (1963) estabeleceu uma distinção original entre normalidade e saúde. A normalidade como norma de vida constitui uma categoria mais ampla, que engloba saúde e patologia como distintas subcategorias. Tanto saúde quanto doenças situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam uma determinada norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma.

Essas proposições de Canguilhem (1963) levam-no a advogar uma reformulação da prática clínica das ciências biomédicas. Nessas bases, o diagnóstico e tratamento deveriam estar calçados, sobretudo, na observação do doente, e não nas modernas técnicas de exame. Eles podem até contrariar o resultado destes exames. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico. A terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido de retorno ao

normal. Além do mais, a cura não implica necessariamente em saúde. Pode estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporciona encontra-se ausente ou presente uma abertura às modificações (COELHO, ALMEIDA, 2002).

Canguilhem (1963), ainda questiona a exclusão da saúde como objeto do campo científico e propõe uma oposição entre saúde filosófica e saúde científica. A saúde filosófica diria respeito à saúde individual, privada, incomensurável e não condicionada, implicando o conceito de corpo subjetivo. A saúde científica ter-se-ia reduzido ao estudo da salubridade e da doença das populações, decorrentes de processos objetivos. O autor propõe então, que a saúde individual, subjetiva e filosófica seja também estudada pela ciência. Essas novas concepções sobre normalidade e saúde, ainda pouco exploradas possibilitam repensar as bases epistemológicas de maior rigor e precisão.

Ainda sobre a objetividade científica pode-se aqui citar Camargo Jr. (2003), que defende a idéia de que o profissional de saúde procura hierarquizar as doenças dos pacientes de acordo com os interesses acadêmicos, entre outros. Desse modo, doenças evidenciadas objetivamente são mais graves do que as ditas funcionais, independentemente de qualquer consideração relativa ao sofrimento dos pacientes, que deveria, ao menos em tese, ser o referencial da prática destes profissionais. De forma geral, eles agem como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, seja psíquico ou cultural. Isso faz com que freqüentemente o problema seja visto de maneira bastante diversa das preocupações do paciente, porque o profissional vê o mundo através do filtro de suas representações; só que este imaginário está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica.

Boltanski (1989) entende que o enfoque não deve estar diretamente sobre a doença e sim sobre o doente, que, diferente de um carro a ser consertado por um mecânico, não é um objeto inerte, ele pode saber-se doente, conhecer algo sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo.

Assim, a relação entre os serviços de saúde e usuários envolve muitos aspectos além do encontro físico entre o profissional de saúde e paciente num consultório, por exemplo. Há, entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante. Isso não quer dizer que existe uma seqüência de: primeiro biologia e depois cultura, mas sim, que existe percepções culturais acerca de um fenômeno que também abarca o biológico, mas que o supera. Ou seja, uma determinada pneumonia bacteriana pode ser causada pelo mesmo agente infeccioso em todo o mundo, com alterações fisiopatológicas equivalentes em diversos indivíduos, mas a forma de tratamento, o sistema de saúde disponível e, sobretudo, a percepção que a pessoa acometida terá sobre a sua doença variarão enormemente (OLIVEIRA, 2002).

Leite e Vasconcelos (2006) afirmam que a maneira como os indivíduos de uma determinada sociedade se posicionam em relação à doença, como a percebem, é tema de grande importância para o estudo social das doenças e das maneiras de lidar com elas. Desde a antiguidade a humanidade teve que encarar a doença como parte de seu cotidiano, desenvolvendo para isto, estratégias diversas. O dia-a-dia é um lugar privilegiado para o estudo da sociedade e suas transformações. O

tratamento das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida em qualquer sociedade.

Para Helman (2006), na maioria das sociedades as pessoas contam com diversas formas de ajuda quando se julgam doentes e isso pode acontecer por conta própria ou através de outras pessoas. Elas podem tomar um remédio, descansar, tomar um chá caseiro, procurar um parente, amigo, uma pessoa sábia, ou um médico. Isso pode acontecer em qualquer ordem. E quanto maior e mais complexa a sociedade na qual a pessoa vive maiores são as opções terapêuticas disponíveis.

Quando as pessoas adoecem, em geral, procuram identificar a causa do que os aflige, analisam o que estão sentindo, buscam compreender quais são os mecanismos fisiológicos, avaliam a gravidade, e, por fim, buscam estabelecer um plano para que possam retornar à sua situação anterior, sem a doença. Este modelo e estes elementos nem sempre são pensados nessa seqüência ou estão completamente articulados entre si e podem apresentar inconsistências, erros e até mesmo, contradições internas. Mas é a base a qual o paciente recorre para tentar dar coerência ao que está ocorrendo com ele na situação de uma doença específica (OLIVEIRA, 2002).

Para a antropologia, a enfermidade não é apenas uma entidade biológica que deva ser tratada como coisa; é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições (ALVES; RABELO, 1999).

Para Ferreira (1995) os relatos sobre a doença, e mais especificamente sobre a dor sinalizam sofrimento, enfermidade, o estar doente. A autora diz que a percepção e os relatos a respeito da dor são influenciados por muitos elementos. São eles: a vivência cultural do doente, seu repertório lingüístico, o domínio ou não

dos termos médicos, as crenças e representações sobre corpo e doença, experiências individuais e gerais e sua memória específica de dor.

Para a biomedicina, a dor é um dos sintomas mais comuns denunciando lesões orgânicas que determinam o fenômeno reflexo, e, em menor frequência, exprimindo a origem psicógena. É uma sensação desagradável, mas para quem sofre é bem mais do que isto. Assim como as enfermidades, são muito mais do que os critérios e saberes médicos. Elas podem ter várias facetas, simultaneamente diferentes, intensas e verdadeiras: um valor intrínseco negativo, fato que designa a experiência da abolição da integridade do indivíduo consigo mesmo e/ou com seu meio. Desta forma, a dor ganha caráter trágico, portando, certezas excepcionais. De valor incomunicável e igualmente incontestável a dor é também inacessível ao termo que a designa clinicamente, não podendo, portanto, ser enquadrada em categoria alguma. Diferentemente de outros males, não admite distinção entre causa nociva e experiência penosa, ficando o indivíduo na solidão de sua experiência pessoal e única (ILLICH, 1975).

Radicada no corpo, a sensação de mal-estar, de dor, por exemplo, é inquestionável, pois está precisamente em mim, no meu corpo. A dor do outro, mesmo daquele que me seja mais próximo e íntimo, não é vivida por mim. Se lhe dói a cabeça, a mim representa a figura de alguém afligido pela dor, da qual só tenho patente certos sinais externos, que não são dor, como contrações musculares, gestos e gemidos com base nos quais construo certas inferências acerca de seu estado subjetivo (de dor).

A dor, seja qual for a sua forma, é uma parte inseparável da vida cotidiana, e deve ser considerada mais do que um evento neurofisiológico; há também fatores

sociais, psicológicos e culturais associados a ela que devem ser considerados (HELMAN, 2006).

O fato de a dor ser uma resposta biológica universal e individual a estímulos nocivos advindos de dentro ou de fora do corpo, não exclui que sua percepção e tolerância variem significativamente conforme seu grupo social. A sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, verbais ou não, as atitudes que visam remover ou não a sua fonte dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências passadas e principalmente a sua bagagem cultural (FERREIRA, 1994).

A dor pode ser a chance de envolvimento mais íntimo do doente consigo mesmo, seu meio, sua vida. Tal envolvimento pode ser – e amiúde o é – terapêutico; dele pode a pessoa sair mais forte, autônoma, mais responsável por si mesma perante a vida e ao sofrimento dos outros. Mas para uma melhor compreensão do problema da dor e adoecimento, é necessário incluir nessa discussão o contexto sociocultural em que ela ocorre (TESSER, 2006).

Para Illich (1975), a experiência da dor depende em qualidade e intensidade de outros fatores, independente da natureza e da intensidade do estímulo nervoso. Linguagem, ansiedade, atenção e interpretação são alguns desses fatores que dão forma à dor e por meio dos quais agem como determinantes sociais: a ideologia, estruturas econômicas, características sociais, crenças e concepções sobre o mundo e o homem. Desse modo, é a cultura que orienta o sentido dado ao indivíduo à experiência da dor e ao adoecimento. Portanto, a dor é vivida e se constitui em sofrimento se estiver integrada a uma cultura. Justamente pelo fato de fornecer um quadro que permite organizar o vivenciado ela é condição indispensável ao desenvolvimento da arte de sofrer. Fornece elementos para veicular a dor, sons, palavras, gestos que aliviam e permite a comunicação, o diálogo que liga a vítima ao

seu meio. Enfim, a cultura fornece a matriz explicativa, os mitos, o universo simbólico da existência de dor e a ela dá sentido.

Segundo Helman (2006), cada cultura ou grupo social, às vezes até cada família tem uma linguagem de sofrimento única e própria. Um conjunto complexo de termos próprios, por meio dos quais indivíduos enfermos ou infelizes fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento. Há uma forma específica, muitas vezes padronizada de sinalizar, tanto verbal quanto não verbalmente, que as pessoas estão sentindo dor ou desconforto. A forma que esse comportamento de dor vai tomar é amplamente determinada pela cultura, assim como a resposta a esse comportamento.

A doença, portanto, é um tema de extrema complexidade e passível de diferentes leituras que vão da sociologia à medicina, tratando quer de seu caráter individual, fisiológico, quer de seu aspecto cultural e social. Da mesma forma, são diversas as compreensões dos modos de lidar com a doença, da procura por serviços, das estratégias formuladas no dia-a-dia, para seu enfrentamento (LEITE; VASCONCELOS, 2006).

No caso da lombalgia, a dor é uma experiência multidimensional. Possui componentes sensoriais, cognitivos, emocionais e comportamentais. A magnitude relativa de cada componente ajuda a determinar como o problema do indivíduo vai ser enfrentado.

As opiniões que o indivíduo e a sociedade a que pertence tem a cerca de sua dor irão influenciar o que fará com ela. Alguns indivíduos consideram a dor uma inconveniência, e tentam ignorá-la, enquanto outros se preocupam com ela e com seu significado procurando algum tipo de assistência, que pode ser desde a

assistência profissional até as redes sociais ou informais, incluindo a família, amigos ou vizinhos (SIMMONDS, 2002).

A lombalgia é um problema de saúde presente em todo o mundo. Cerca de 80% da população, em algum momento da vida, já experimentou ou queixou-se de dores na coluna, por exemplo. A incidência e a prevalência deste sintoma são de tal modo freqüentes que devem ser estudados como desordens epidêmicas sociais e que causam grandes prejuízos econômicos, pois é a mais reiterada nos serviços de saúde, principal causa de afastamento do trabalho e de benefícios requeridos à Previdência em razão da deficiência causada (SCHMIDT; KOHLMANN, 2005).

Apesar de existirem inúmeros estudos, exames elaborados e tratamentos variados para a lombalgia, o modelo biomédico adotado para a dor lombar descarta o entendimento do doente em relação ao seu problema.

Camargo Jr. (2003) observou em sua experiência ambulatorial, pacientes entrarem e saírem de consultas com a frustrante sensação de que nenhuma de suas “doenças” teve solução. Dito de outra forma, a doença depende tanto de quem tem quanto de quem diagnostica. Existem certas situações que despertam no profissional da saúde respostas que dificilmente poderíamos qualificar de “cientificamente fundamentadas”, em especial quando lida com o sofrimento não “nosologizável”. A lombalgia de certa forma apresenta-se como um problema de saúde não nosológico, pois é um tema complexo e controverso tendo inúmeras explicações quanto a sua etiologia. O discurso biomédico é apenas mais um dos discursos sobre doença/saúde, aquele que os profissionais gostam de acreditar científico, verdadeiro, mesmo que não seja exatamente assim. Na verdade, este discurso é uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado a sua própria situação.

É comum ouvir as justificativas de não esclarecimento ao paciente sobre sua condição de saúde como algo que o doente não irá entender; que vai além de sua capacidade de compreensão. Na realidade, é que situações que poderiam ser esclarecidas são colocadas de maneira ininteligível, a não ser para aquele que faz parte da área biomédica. Isso torna fácil compreender o porquê de as pessoas procurarem ajuda em sua rede informal antes de recorrer ao profissional de saúde. As pessoas não iniciadas, como por exemplo, os curandeiros explicam de maneira fácil e compreensível o que as pessoas sentem (LÉVI-STRAUSS, 1996).

As posturas biomédicas, em regra, são dominadas pelo viés da heteronomia total e pelo preconceito cientificista que só valoriza o saber superesotérico científico, desqualificando todo o resto. A dor ou a doença ganham em natureza objetiva e os termos de referência subjetiva com os quais os pacientes se esforçam para discernir e dar significado para seus padecimentos esvaziam-se e perdem seu poder de comunicação, sendo engolidos e metamorfoseados pelo entendimento dos profissionais de saúde. É preciso superar a tendência controlicista da clínica biomédica e saúde pública, de pensar os sujeitos e grupos sociais apenas pelo lado da submissão e aderência (TESSER, 2006).

É importante então, que o profissional de saúde descubra os signos e significados da doença, a experiência vivida pelo doente e como lidam com ela, reconhecendo que a partilha de experiências conduz à feitura de um modelo de cuidado da saúde nos quais todos os atores estejam envolvidos, em discussão, planejamento, educação e na resolução dos problemas (VASCONCELOS, 2001).

3 CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA DE ESTUDO

Como a pesquisa primava pelo entendimento do ponto de vista das informantes em relação à lombalgia, a metodologia escolhida foi a de um estudo qualitativo utilizando o referencial da etnografia.

O método etnográfico de pesquisa é um conjunto de concepções e procedimentos para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa aos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico (VICTORIA et al., 2000).

Como um método de investigação, o método etnográfico data do fim do século XIX e início do século XX, quando alguns antropólogos começaram a propor uma abordagem diferente das existentes, no entanto, sua relação antropológica iniciou-se a partir da metade do século XIV (VICTORIA et al., 2000).

A abordagem etnográfica se constrói tomando como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam. Para tanto, torna-se fundamental entender o ponto de vista do nativo, procurando o significado das práticas pesquisadas para os participantes. Partindo do princípio de que as regras que norteiam os comportamentos humanos não estão explícitas (ao contrário, muitas vezes encontram-se veladas) o trabalho do pesquisador deve ser de examinar minuciosamente os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais. Por isso, o trabalho de campo intensivo com observação in loco que nos conduz ao ponto de vista do nativo é fundamental (VICTORIA et al., 2000).

A observação participante é a técnica fundamental da investigação etnográfica. Trata-se de uma pesquisa caracterizada por um período de interações

sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos e seu meio de vida. No decurso desse período, dados são sistematicamente coletados. Os observadores mergulham pessoalmente na vida das pessoas. Eles compartilham suas experiências (LAPASSADE, 2005).

Os dados coletados ao longo dessa interação provêm de muitas fontes e, principalmente, da observação participante propriamente dita (o que o observador nota que ocorre com as pessoas, compartilhando de suas atividades). O observador participante vai se esforçar em adquirir um conhecimento de membro. Identificar os motivos que as pessoas tinham para fazer o que fizeram e estabelecer o que tais atos significam para elas naquele momento (LAPASSADE, 2005).

É importante esclarecer que a etnografia propriamente dita é pautada pela convivência mais intensa com os sujeitos ou grupo em estudo, muitas vezes com co-habitação, portanto, nesta pesquisa foram utilizadas ferramentas e preceitos da etnografia para desenvolver o caminho metodológico.

3.1 Aproximação do Campo

Trata-se da aproximação do pesquisador ao grupo, em que uma série de variáveis e possibilidades poderão ser encontradas e estarão relacionadas ao universo a ser pesquisado; é uma forma de negociação com os órgãos envolvidos (TRAVANCAS, 2005).

A sondagem etnográfica implica geralmente em um acordo de acesso ao campo. A relação com as pessoas deve ser constantemente negociada ao longo da pesquisa e não apenas uma vez. Nada é conseguido de forma definitiva e global (LAPASSADE, 2005).

Para dar início ao processo de aproximação do campo, iniciei a busca por empresas do ramo têxtil que pudessem interessar-se pela pesquisa.

Num primeiro momento entrei em contato com pessoas de meu conhecimento pessoal que trabalhavam no ramo e expus o tema da pesquisa, estas por sua vez encaminharam-me para os encarregados do setor de recursos humanos da empresa aos quais apresentei meu projeto.

Logo na primeira apresentação percebi que as coisas não seriam fáceis.

No dia e hora marcados fui até a primeira empresa para conversar com a pessoa responsável, que educadamente me recebeu, ouviu minha exposição e logo fez um comentário:

[...] Acho a idéia da pesquisa relevante, mas você vai perceber que aqui na nossa empresa as costureiras não sofrem de dor nas costas porque nós fazemos tudo certo. Elas têm ginástica laboral, e eu fico em cima para que elas sentem direito, então, já te adianto que nós não temos ninguém com dor. Claro que uma dorzinha de vez em quando elas devem sentir, mas problema de coluna mesmo não temos nenhum registro aqui. E as que têm não irão falar, elas sabem que têm dor porque não fazem a ginástica e porque não sentam como é pra ser (RESPONSÁVEL PELO RH DA PRIMEIRA EMPRESA VISITADA).

Depois desta declaração percebi que por mais que eu insistisse em conversar com as trabalhadoras não teria abertura para a pesquisa ali.

Um pouco desanimada, mas ainda contando com outras duas apresentações, segui atrás de meu propósito.

Na segunda apresentação as coisas foram um pouco mais difíceis, a começar pela complicação em conseguir marcar um horário com a pessoa responsável. Depois de muita insistência o responsável acabou recebendo-me, mas, com uma má

vontade explícita, mal me cumprimentou na recepção e logo que entrei na sala já foi dizendo: [...] *Isso vai demorar muito? (RESPONSÁVEL PELO RH DA SEGUNDA EMPRESA VISITADA).*

Sua inquietação durante a apresentação era visível. Olhava insistentemente para o relógio demonstrando que seu tempo era escasso e que ele tinha muito a fazer além de ouvir minha apresentação. Para tornar isto mais nítido balançava as pernas incansavelmente.

Quando terminei de falar foi claro e objetivo: [...] *Não temos interesse em sua pesquisa, isso tudo causaria muita confusão aqui dentro (responsável pelo RH da segunda empresa visitada).*

Depois de uma resposta destas fiquei completamente desconcertada, desmotivada, comecei a achar que a pesquisa não poderia ser realizada, mas, ainda restava uma apresentação.

Na terceira tentativa as coisas correram de maneira mais amena, fui recebida cordialmente pela responsável do setor de recursos humanos e tive sua atenção durante a apresentação do projeto, mas apesar disso, a resposta não foi diferente:

[...] *Olha, acho que sua pesquisa tem a sua importância, e não só para as costureiras, ou pessoas do setor produtivo, o pessoal da administração também. O problema é que o assunto poderia causar uma certa polêmica, porque os funcionários poderiam começar a pensar muito sobre as causas da dor lombar e tenho certeza que começariam a reverter suas opiniões contra a empresa, não que façamos as coisas erradas, até temos um médico do trabalho e um ambulatório, mas sabe como é [...]. E vou ser sincera com você, acho meio inviável você conseguir a autorização para seu projeto em alguma empresa, a questão é um pouco complicada entende? (responsável pelo RH da terceira empresa visitada).*

Pela terceira vez recebi um não, mas desta vez percebi que a pessoa tinha razão quando disse que o tema era polêmico, afinal, a dor lombar em mulheres do ramo têxtil pode ter relação direta com o processo de produção da empresa e certamente ninguém gostaria de se expor.

Ao sair desta apresentação, me senti um pouco ingênua ao achar que as pessoas que conhecia e que são proprietárias de indústrias do ramo seriam solidárias ao meu propósito deixando com que eu realizasse a pesquisa em suas empresas. Certamente, desde o início de minha abordagem já acharam que a temática do estudo não era conveniente, porém, devem ter ficado sem jeito de negarem o acesso diretamente, então, mandaram seus subordinados cuidarem do assunto.

Apesar disto, comecei a pensar seriamente no que ouvi na última apresentação e conclui que estaria perdendo tempo procurando por empresas interessadas em meu projeto e resolvi encontrar outra forma de aproximar-me do campo de estudo.

Foi conversando com colegas fisioterapeutas e médicos que trabalham no setor público de saúde do município que considerei fazer ali a abordagem do projeto. Havia a preocupação inicial de não ligar o estudo ao serviço para não comprometer os relatos, porém, apesar de existir esta preocupação, parecia-me a alternativa mais viável para a execução da pesquisa.

Uma destas colegas relatou-me a alta incidência de trabalhadoras do ramo têxtil cadastradas junto à unidade de saúde em que ela trabalhava, devido ao grande número de facções (prestação de serviço de costura para empresas do ramo têxtil) naquele bairro.

Partindo desta informação, procurei dar início ao processo de aproximação do campo via sistema de saúde pública. Solicitei a autorização para realização da pesquisa junto à Secretaria de Saúde do Município e após o deferimento realizei contato telefônico com o PSF Marco Francisco Barth, que se localiza na Rua Rui Barbosa, 1616, no bairro Progresso, na cidade de Blumenau.

Através deste primeiro contato telefônico marquei um encontro com os profissionais do posto para esclarecer quais seriam os objetivos e a metodologia do trabalho visando obter a colaboração deles na indicação de possíveis participantes da pesquisa.

Este primeiro encontro aconteceu no dia 18 de outubro de 2007.

A boa vontade dos profissionais de saúde ficou evidente quando a médica se propôs a fazer uma pequena triagem durante as consultas com mulheres que atendessem ao perfil: fossem trabalhadoras do ramo têxtil e tivessem o diagnóstico clínico de lombalgia, convidando-as a participar do estudo. Com a mesma boa vontade foram solícitas a enfermeira e as agentes de saúde que se propuseram a divulgar a pesquisa.

Esse momento ficou entendido como a negociação entre mim (a pesquisadora), o posto de saúde e as candidatas a participar da pesquisa.

3.2 Escolha das Participantes e Esclarecimento do Método de Pesquisa

Com a colaboração dos profissionais da Unidade Básica de Saúde foi possível dar início a busca pelas informantes deste estudo.

Através da triagem feita pela médica da Unidade, foi estabelecido contato telefônico com algumas mulheres que pareciam estar interessadas em participar do estudo.

Logo nos primeiros telefonemas, as respostas não foram muito animadoras, parecia-me que as pessoas que diziam estar dispostas em participar do estudo haviam mudado de idéia, foi então que um sentimento de angústia e ansiedade passou a tomar conta de mim, até que três das pessoas que participaram da triagem com a médica da unidade se disponibilizaram em receber-me para a explicação dos procedimentos metodológicos da pesquisa, porém, ainda não era garantido que participariam do estudo o que me deixava apreensiva e um pouco insegura.

O primeiro encontro com as participantes aconteceu na casa de cada uma delas no dia 6 de novembro de 2007.

Neste primeiro contato, um certo grau de formalidade entre mim e as informantes parecia ser estabelecido. Afinal elas me recebiam em suas casas tendo como intermediária a médica da Unidade de Saúde de seu bairro, mas não sabiam ao certo quem eu era e o que queria efetivamente delas. O mesmo acontecia comigo, pois, eu estava indo em busca de pessoas que se disponibilizassem em participar de meu estudo sem saber ao certo quem eu encontraria, como seria recebida, e ainda tinha a responsabilidade de convencê-las a participar da pesquisa, confesso que estava um pouco apreensiva no início, mas com o andar das conversas fui ficando mais a vontade e pude perceber que o mesmo acontecia com as mulheres.

Passados os momentos iniciais da primeira aproximação, optei por prestar esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, enfatizando como o estudo iria ser realizado. Combinamos que as visitas seriam quinzenais, na residência de cada uma delas, e que possivelmente seria feito uma visita ao local de trabalho, para isto, seria solicitado uma autorização da empresa. Esta visita tornaria o estudo mais completo, pois seriam feitas observações não só no ambiente familiar da pesquisada, mas

também, no ambiente de trabalho (dinâmica da empresa, modo de produção, adaptações feitas devido à lombalgia, caso existissem). Preenchemos o primeiro passo da pesquisa: um formulário (Apêndice B) com algumas questões gerais sobre a lombalgia.

Depois da primeira entrevista, as participantes receberam uma espécie de calendário (Apêndice C), com data e dias da semana onde iriam marcar como se sentiram naquele dia. Caso sentissem dor marcarem no calendário uma nota de 0 a 10 de acordo com a Escala Análogo Visual EVA (Anexo A) (AGNE, 2005).

Era solicitado às participantes que marcassem que período do dia a dor começou, e o que elas fizeram para aliviar o sintoma.

A idéia de utilizar métodos como o calendário e a escala análoga visual era facilitar as anotações das participantes quanto aos sintomas e aos recursos de que dispunham para aliviá-lo. Além de subsidiarem a interação com as famílias, se constituíam em elemento concreto para encontros regulares, durante um período de tempo suficiente para criar uma rotina, condição ideal para a construção da relação de interlocução desejada. As anotações serviram mais como uma indumentária para garantir o estatuto de investigadora do que como instrumento de captação de informações (LEITE, 2007).

O calendário foi elaborado a partir do modelo utilizado por Leite (2007) num estudo sobre a utilização de medicamentos e outros recursos terapêuticos para o enfrentamento às doenças infantis no âmbito familiar na cidade de Itajaí.

Nos dias da visita, utilizei um formulário de acompanhamento com o objetivo de esclarecer as marcações feitas pelas participantes.

As conversas foram gravadas a fim de capturar tudo o que seria dito, pois na pesquisa etnográfica, esse procedimento tem sua importância em maior ou menor

grau. Estas informações ajudaram a compreender a entrevistada, o grupo a que pertence e as lógicas de sua cultura (TRAVANCAS, 2005).

Utilizei ainda um diário de campo, no qual eram transcritos fatos, conversas, etc., que poderiam contribuir para o trabalho.

Depois de todos os esclarecimentos quanto à forma de pesquisa as participantes mostraram sentimentos de curiosidade, suspeita e interesse num primeiro momento, e logo se colocaram a disposição. Entreguei-lhes então o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

3.3 Os Encontros Subseqüentes

Após este primeiro encontro iniciei o estudo propriamente dito, momento em que a primeira entrevista ocorreu.

Na realidade, este primeiro momento ficou entendido como o início de estabelecimento de vínculo com as informantes, ou como diz Allonso (2003) estabelecer códigos de credibilidade que façam emergir um vínculo interativo pautado na confiança mútua.

Esse é um processo de conquista gradativo e complexo que requer uma atitude sensível, ética, competente, igualitária e compartilhada frente aos compromissos e aos vínculos construídos (ALLONSO, 2003).

A qualidade dos dados obtidos depende em grande parte da maneira como essa interação social se estabelece. Por esse motivo, os etnógrafos buscam estabelecer com os seus informantes uma relação de aproximação, de confiança, baseada em princípios éticos (VICTORIA et al, 2000).

Conforme combinado com as informantes a primeira entrevista ocorreu no dia 08/11/2007 na casa de cada uma delas.

Na realização da primeira entrevista fui para casa com uma sensação de que não havia conseguido extrair daquele momento o que realmente era importante para o estudo, parecia que aquelas mulheres haviam falado de tudo menos do meu objeto de pesquisa que era a dor lombar.

E assim me senti por mais algumas visitas até que num determinado momento as conversas passaram a ser mais produtivas, não que considere as primeiras visitas improdutivas, o que quero dizer é que pude começar a ouvir as participantes sem exercer o papel formal de pesquisadora / informante , onde as perguntas eram feitas em busca de respostas pontuais. As informantes passaram a ser interlocutoras e a entrevista perdeu o seu caráter tradicional e passou a ser um diálogo, onde elas me contaram suas experiências e eu pude ouvi-las.

Para aprender a ouvir foi necessário despir-me de meus preceitos para poder entender o ponto de vista dessas mulheres. A partir de então, pude extrair resultados das conversas que antes para mim pareciam ser invisíveis

Como a pesquisa etnográfica contempla o ponto de vista dos envolvidos, escrevo a história de cada uma das participantes, com a intenção de destacar algumas particularidades que podem interferir na percepção do objeto de estudo: a lombalgia.

3.4 As Mulheres Participantes do Estudo

Para assegurar os princípios éticos da pesquisa chamarei as informantes pelos pseudônimos: Lúcia, Rosa e Jaqueline.

3.4.1 A História de Lúcia

Lúcia foi a primeira informante com a qual conversei.

Ela é uma mulher de 49 anos, divorciada, mãe de cinco filhos, três meninos e duas meninas e tem dois netos.

Lúcia mora no bairro desde menina, teve uma infância difícil, perdeu a mãe muito cedo e logo teve que ajudar seu pai a cuidar de seus irmãos, sendo que um deles era portador de necessidades especiais. Logo o pai casou-se novamente e ela ganhou uma madrasta a qual chama carinhosamente de mãe.

Para ela, seus filhos são sinônimos de alegria, fala de todos com carinho especial, seus olhos se enchem de ternura ao mostrar-me as fotos de sua família, a feição só se transforma quando começa a contar como foi triste o período em que viveu com seu ex-marido.

Ele era alcoólatra, e quando chegava alcoolizado era violento transformando sua vida e de seus filhos num pesadelo.

Lúcia foi vítima de violência doméstica por 11 anos. Conseguiu se ver livre do agressor devido ao apoio dos filhos (que também não agüentavam mais a situação) e à denúncia que fez junto à delegacia da mulher.

Começou a trabalhar desde cedo e sempre foi ela quem sustentou a casa.

Há 15 anos trabalha como costureira. Tem todos os afazeres domésticos e ainda arranja um tempinho para ganhar dinheiro extra com o artesanato.

Gosta de mexer na terra, de cuidar da casa, de brincar com seus netos, e reclama que não pode mais plantar, nem segurar as crianças no colo por causa da dor nas costas, que lhe acompanha há oito anos.

No início, Lúcia informou seu endereço errado. No dia e hora marcados, não consegui encontrar sua casa. Acabei batendo em uma casinha simples, de cor

branca com janelas marrons. Uma senhora de meia idade diz que mora ali há uma semana e que não pode ajudar a encontrar Lúcia. Agradei e fui a caminho do posto de saúde para confirmar o endereço de Lúcia, pois ali não havia sinal para uso do telefone celular.

Com o endereço correto em mãos voltei à procura de minha informante.

Nas ruas do bairro as pessoas me olhavam passar e já me identificavam como alguém que não era dali.

Não estava conseguindo encontrar a casa de Lúcia, então pedi ajuda a um senhor que cuidava das flores de seu jardim. Muito prestativo explicou que Lúcia morava na outra esquina, subindo o morro, e que sua casa era em frente ao campo de futebol das crianças.

Ao chegar à esquina havia duas senhoras na varanda de uma casa cor-de-rosa. Elas me olharam e perguntaram se eu era a “moça do posto que veio falar com a Lúcia”. Diante de minha afirmativa disseram que ela já estava a minha espera.

Ao chegar ao campinho de futebol encontro um grupo de crianças brincando com uma bola. Em pé, perto delas estava uma senhora que logo veio ao meu encontro. Concluí que era a pessoa por quem procurava.

Lúcia foi simpática e logo disse: *“Pensei que você não viesse mais!”*.

Expliquei rapidamente o ocorrido enquanto nos dirigíamos até sua casa, uma casinha muito humilde, de três peças pequenas, onde ela e o filho vivem.

Comecei a explicar a ela a metodologia do estudo e meus objetivos, e ela exclamou: *“Você quer estudar a minha dor nas costas? Nunca ninguém se interessou por isso!” (LÚCIA)*.

Apesar deste comentário ela mostrou-se solícita em participar.

Durante nossos encontros, sempre me recebia no campo de futebol com calma, meiguice e uma delicadeza que proporcionavam uma enorme sensação de bem estar.

Sempre fazia questão de ir comigo até o carro no momento em que eu ia embora. Parecia estar feliz em participar da pesquisa.

3.4.2 A História de Rosa

Rosa foi a segunda informante com a qual conversei para explicar a pesquisa e solicitar sua colaboração.

Ela mora em uma casa de madeira no alto de um terreno grande, na frente há uma casa de alvenaria em construção, *“como eu sempre sonhei”*, diz Rosa.

Mulher de 46 anos, decidida, falante, no primeiro encontro pareceu-me um pouco desconfiada, arredia talvez, foi ela a autora da frase: *“Dor nas costas quem não tem? Vocês dizem quando a gente vai no postinho que é normal, que tem que relevar! Relevar pra quem não está sentindo nada é uma coisa, agora, vamos trocar de lugar, vocês sentem minha dor e eu mando vocês relevarem, me ensinem então como que se faz pra relevar”* (ROSA).

Uma frase um tanto marcante para um primeiro encontro, mas gostei do seu jeito, ela mesma se define como uma mulher que não tem “papas na língua”.

Apesar desta declaração, ela ouviu atenta a explicação sobre a pesquisa, depois me olhou, pensou por alguns instantes e perguntou quanto tempo eu precisaria ir até sua casa. Quando falei em três a quatro meses, ela mostrou-se espantada e disse: *“Tudo isso pra falar de dor nas costas?”* (ROSA).

Diante desta exclamação pensei que ela não aceitaria fazer parte da pesquisa, mas para minha surpresa comprometeu-se a me ajudar.

Seu marido é presidente da associação de moradores. Ela é mãe de três filhos homens, sendo um deles casado. Mulher batalhadora, conhecida por todos no bairro, onde vive desde que se casou, há 26 anos.

Gosta do local onde mora e está sempre lutando para melhorar as condições de vida das pessoas que ali estão. Durante as visitas em sua casa, de vez em quando éramos interrompidas por pessoas que recorriam a ela ou ao marido solicitando ajuda.

Apesar de ela confessar que às vezes se preocupa demais com os problemas dos outros, não esconde a satisfação em ajudar.

Trabalha fora desde menina moça. Como costureira há 17 anos, e há 10 anos sente dores nas costas.

Aprecia sua casa organizada, faz o serviço com satisfação, adora cozinhar, e disto sou prova, pois sempre era me oferecido um delicioso café em nossos encontros, nos quais ela era sempre muito falante, dinâmica e prestativa.

Todos os dias ela me aguardava sentada em um banco de madeira que havia em sua varanda acenando aos vizinhos que passavam.

3.4.3 A História de Jaqueline

Jaqueline é uma jovem senhora de 29 anos, que mora há pouco tempo no bairro, vindo da cidade vizinha, Gaspar.

Mora em uma casa de quatro peças, sendo que uma delas é ocupada por máquinas de costura, pois Jaqueline trabalha para uma facção em casa, devido à dificuldade em conseguir creche para seu filho de dois anos. Ela não tem com quem deixar o menino, então, a facção para a qual trabalha cedeu duas máquinas de costura.

Jaqueline tem uma história sofrida. Conta que quando pequena ela e a irmã tiveram que ser criadas pela avó, pois a mãe não tinha condições.

Segundo ela, a avó era uma mulher dura, que lhes fazia acordar cedo para dar conta do serviço da casa e caso isso não fosse feito recebiam uma surra. Com 16 anos começou a trabalhar no ramo têxtil na cidade de Gaspar.

Primeiro trabalhou no setor manual (pessoa que corta as peças em pé) e depois de seis meses foi transferida para a costura.

Jaqueline é divorciada de seu primeiro marido. Hoje vive com seu filho e seu companheiro, dez anos mais moço.

Jovem e trabalhadeira ainda sofre com a traição de seu primeiro marido. Ele, homem pelo qual ela relata ainda ter um grande amor, a traiu com sua melhor amiga fazendo com que sua vida passasse de conto de fadas a pesadelo.

Por isso mudou-se para Blumenau, na ânsia de tentar esquecer o ocorrido.

Em nosso primeiro encontro ela foi muito gentil, pediu desculpas por estar me recebendo em meio a uma quantidade enorme de peças de roupas.

Jaqueline perguntou-me se poderia continuar trabalhando enquanto conversávamos, respondi-lhe que não haveria problema.

Iniciamos a conversa e ela sempre me dizia: *Pode ir falando que estou prestando atenção. Desculpa tá, mas é que tenho que terminar isso hoje (JAQUELINE)*. (Referindo-se às peças de roupa que ocupavam parte do ambiente).

Logo que terminei a explicação ela colocou-se a disposição para participar da pesquisa, mas perguntou se eu não me importaria em vir depois das 18 horas para que pudesse ser mais atenciosa comigo. Quis saber se haveria problema em conversarmos enquanto estava na máquina, sem deixar de trabalhar, caso fosse preciso. Fui solícita ao seu pedido concordando com suas condições.

Jaqueline sofre de dor nas costas há três anos e durante nossas conversas exclamou: *Fico aliviada quando você vem! Aí posso conversar com alguém!*

4 ENTENDENDO O CONTEXTO

4.1 A Reestruturação do Modelo Produtivo na Indústria Têxtil de Blumenau, a Precarização do Trabalho e sua Influência na Saúde das Trabalhadoras

Os alemães que vieram para Blumenau no início do processo de colonização eram na grande maioria colonos, pequenos proprietários ou artesãos. Este grande fluxo migratório se deu pela crise econômica que atingia a Alemanha e toda a Europa (SILVA, 2007).

Para Hillesheim (2000) a herança cultural destes alemães, seus valores e tradições vão marcar fortemente a maneira de viver nesta nova terra. Estas bagagens auxiliaram no desenvolvimento econômico e condenaram a mesma submissão enfrentada na Alemanha, porém, de forma mais sutil (HILLESCHHEIM, 2000).

A colônia de Blumenau foi fundada em 1850, na confluência do Rio Itajaí-Açu com o Ribeirão Garcia, há aproximadamente 65 quilômetros do litoral, no ponto em que finda a sua navegabilidade. O fundador da cidade: Hermann Bruno Otto Blumenau interessou-se pela colonização e veio ao Brasil, após a negociação com o Governo Provincial de Santa Catarina, de quem obteve uma área de duas léguas para administrar. Com os 17 colonos que o acompanharam iniciaram a colonização de Blumenau no dia 2 de setembro de 1850 (SINGER, 1977).

A princípio a colônia manteve-se como propriedade particular do fundador. Somente em 1880 com o apoio do governo Imperial a colônia foi elevada à categoria de município. Nesta época contava com uma área de 20 mil quilômetros quadrados e uma população de 15 mil habitantes (BLUMENAU, 2001).

Segundo Simão (1995), no período colonial, Blumenau teve suas relações fundadas em bases de cooperação e solidariedade doméstica. A sobrevivência da família era garantida no espaço privado, pelos laços da etnia e do próprio fundador da colônia, que garantia a sobrevivência das famílias enquanto não tivessem terra para produção. Nesse período, ainda não havia separação entre campo e cidade; a divisão do trabalho se definia pelas diferenças de sexo e idade, alicerçadas, portanto sobre uma base puramente natural e biológica. Todos produziam para sobreviver, não existindo a propriedade como dominação de trabalho acumulado, ou seja, o capital. Quando os comerciantes começam a comercialização dos produtos dos colonos ocorre a ruptura desta solidariedade, passando a existir as classes produtoras e comerciantes. Blumenau vai ultrapassando a fase de cooperação doméstica e avançando para a divisão social. Com a organização da pequena indústria constitui-se a sociedade civil.

À medida que a população foi crescendo, as necessidades e possibilidades começaram a surgir e com elas a economia artesanal, pouco a pouco foi se diferenciando da atividade agrícola (SINGER, 1977).

A história do pólo têxtil de Blumenau data de 1866, quando o fundador da cidade, para atender colonos interessados em implantar uma tecelagem, comprou na Alemanha um tear de ferro, que mais tarde foi desativado devido à dificuldade em importar matéria-prima.

A formação do pólo têxtil está relacionada ao caráter profissional dos colonizadores. Entre eles, alguns tinham experiência em tecelagem, atividade que oferecia vastas possibilidades de desenvolvimento no Brasil. A tradição familiar dos irmãos tecelões Herman e Bruno Hering possibilitou o surgimento da primeira indústria têxtil do município, em 1880 (PETRY, 2000).

A indústria têxtil expandiu-se pelo Brasil antes da última Grande Guerra e esse ramo industrial atingiu o ápice de seu desenvolvimento exportando grande parte de sua produção (SILVA, 2007).

A partir de 1970, Blumenau se destacou passando a ser reconhecida como pólo industrial e geopolítico. Essa posição exigiu uma grande demanda de mão-de-obra advinda de um intenso fluxo migratório de várias regiões do Estado (SILVA, 2007).

Segundo dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de Blumenau, em meados da década de 1970, já ultrapassava o número de 100 mil habitantes (PETRY, 2000).

A partir de 1980, com a ascensão neoliberal representada nas eleições de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, aconteceram no cenário econômico significativas mudanças no sentido de retrain a participação estatal nos mercados e inibir práticas monopolistas e individualistas. Essas mudanças atingiram drasticamente as indústrias têxteis em Blumenau que para sobreviverem precisaram investir em tecnologia, implantar novos modelos de gestão, reduzir custos, competir mais e conseqüentemente produzir com maior qualidade e com menos mão de obra (SILVA, 2007).

Na década de 1990, as empresa têxteis de Blumenau sofreram com medidas econômicas implantadas pelo governo Collor, dentre elas, o mercado aberto às importações que assustaram os industriais, pois em 1990, Blumenau importou US\$ 436 milhões em manufaturados e em 1994 totalizou US\$ 1,323 bilhão. Empresas operavam ociosamente ou quebravam corroídas pelas altas taxas de juros, o que acabou determinando a queda de 16% na produção nacional (PETRY, 2000).

As empresas tiveram que reconhecer a necessidade de modernização do maquinário, o que provocou a eliminação de postos de trabalho. A previsão em 1994 era de que o emprego formal têxtil na cidade, então com 35 mil trabalhadores, caísse 42% até o ano 2000, com a acomodação dos demitidos em facções prestadoras de serviços às indústrias do setor (PETRY, 2000).

As facções que acabaram surgindo são marcadas por intensas jornadas de trabalho, a remuneração dos trabalhadores é proporcional a produção ocasionando a informalidade do serviço e conseqüentemente a falta de assistência médica e seguridade social.

Este doloroso processo de reestruturação que envolveu a desconcentração da indústria, automação, terceirização da produção e precarização das relações de trabalho, aumentou o nível de desemprego e o grau de informalidade da economia, fazendo com que uma massa de trabalhadores ficasse a mercê desta nova conjuntura sujeitando-se a quaisquer tipos de organização nos processos produtivos a fim de garantir seus empregos (SILVA, 2007).

Estas mudanças que afetaram o ramo industrial e que inevitavelmente chegaram ao ramo têxtil de Blumenau vêm ao encontro do que preconiza Antunes e Alves (2004), ao relatar que o mundo do trabalho vem passando por um processo de mutação onde a classe trabalhadora compreende a totalidade dos assalariados, e presencia um processo multiforme cujas tendências indicam:

- 1) Retração do binômio taylorismo/fordismo, com redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual e estável, que com a reestruturação industrial dá lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho reduzindo fortemente o conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturavam por meio de empregos formais.

- 2) Aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado: terceirizados, subcontratados, entre outras formas assemelhadas, que se expandem em escala global. Na América Latina, depois de uma enorme expansão do proletariado industrial nas décadas passadas, presencia-se significativos processos de desindustrialização. Apresenta como resultante a expansão do trabalho precarizado, temporário, terceirizado, informalizado, além de enormes níveis de desemprego.
- 3) Há outra tendência de enorme significado no mundo do trabalho contemporâneo: trata-se do aumento significativo do trabalho feminino, que atinge 40% da força ativa em diversos países avançados. Tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho precarizado e desregulamentado. Os níveis de remuneração para as mulheres e homens são desiguais, o mesmo ocorrendo aos direitos sociais do trabalho.

Essa mudança provocada pelo processo de reestruturação industrial é evidenciada na realidade das informantes desta pesquisa. Durante o desenrolar das conversas para a coleta de dados, elas estabelecem comparações constantes entre o período anterior ao processo de mudança e ao que vivem atualmente.

[...] Antes, quando as fábricas grandes eram fortes, era diferente trabalhar como costureira, a gente tinha orgulho de dizer que trabalhava nas fábricas grandes né, porque todo mundo conhecia e se admiravam da gente trabalhar numa empresa dessas, a gente podia pensar em subir de cargo, ser encarregado, todo mundo tinha como sonho trabalhar assim, porque o salário era melhor, a gente podia até ter um carrinho! (LÚCIA).

[...] Mas aí, muitas fábricas começaram a falir, tiveram que mudar muita coisa pra não quebrar, daí começaram a demitir muita gente e pararam de produzir tanto lá dentro, e quem foi mandado embora, por exemplo, o supervisor, que ganharam um dinheiro a mais no acerto, começaram a abrir as facções e pegavam serviço das fábricas (LÚCIA).

Deixam transparecer características da terceirização que contribuem para a precarização do trabalho, enfatizando a necessidade de submeter-se às condições impostas:

[...] Trabalhei com alguns encarregados meus que abriram facção, o problema é que a maioria não paga imposto abre tudo frio, daí não registram a gente, só que você vai fazer o que? Já tá desempregada, sabe que a maioria das firmas grande não tão contratando, tem que se sujeitá a trabalhá conforme eles querem, se todo mundo tá aceitando vou ser eu que vou ficar sem dá comida pros meus filhos?! (ROSA).

A informalidade do serviço, o surgimento da produção domiciliar e a produção em alta escala, cujo ritmo muitas vezes é determinado pela demanda externa do comprador e a falta de fiscalização, são outras características da precarização na falas destas mulheres:

[...] Sai mais barato pras firmas grandes mandar pras facções, eles não precisam mais ter muitos empregados, eles terceirizam tudo e com isso as facções é que tem que contratar a gente, e se você não aceita fica sem trabalho (JAQUELINE).

[...] A maioria das facções são nas casas, tudo fundo de quintal a gente diz, é mais difícil de bater a fiscalização, como eu aqui que trabalho em casa, nunca vai entrar fiscal aqui, o ruim é que eu trabalho o tempo todo, não tem hora pra terminar

[...] Nas facções quanto mais você produzir mais você ganha, a produção varia com o tamanho do pedido, e você sabe né, são tudo pedido grande e querem tudo pra ontem, e como a gente quer ganhar um pouco mais tem que trabalhar mesmo, senão você não tira nada (JAQUELINE).

[...] Eu devo tirar o que, umas 500 peças por dia, daí é pesado né! (ROSA).

Pra você ter uma idéia, sabe quanto eles pagam pra gente fazer a bainha de uma camiseta? Quatro centavos minha filha! (JAQUELINE).

Às vezes o patrão quer agradar o cliente e pega coisa demais tudo junto, só que não põe gente a mais pra trabalhar, daí é de matar, a gente trabalha demais (ROSA).

Analisando o que foi exposto pelas participantes é possível estabelecer um parâmetro comparativo com um estudo realizado por Navarro (2003), sobre a reestruturação produtiva e precarização do trabalho na indústria de calçados do Brasil. Estas estabelecem um sistema de produção parecido com a indústria têxtil. Os calçadistas, ao invés de terem as facções como meio de terceirização, dispõem de ateliês.

De acordo com a autora, a transferência de partes da produção para serem realizadas fora dos limites das plantas fabris é responsável pelo agravamento e maior precarização das condições e das relações de trabalho na medida em que o contrato social não possui o mesmo estatuto da empresa principal. Ou seja, o trabalhador das bancas, ateliês ou que realizam trabalho para as fábricas em domicílio, por não possuir um vínculo empregatício formal com a empresa são mais vulneráveis às oscilações do mercado; sabendo-se que a necessidade de mão-de-obra das empresas calçadistas é marcada pela sazonalidade. Assim, quando há recebimento de grandes encomendas, o trabalho é repassado para terceiros; nas

encomendas menos expressivas, a própria empresa executa o serviço. Como este trabalhador, via de norma, não possui registro em carteira, não está coberto pelas garantias sociais previstas na legislação trabalhista, como férias, descanso semanal remunerado, licença maternidade, auxílio doença/acidente e outros.

O mesmo acontece com as facções onde os trabalhadores intensificam sua jornada de trabalho para conseguirem ganhar mais, pois, a remuneração tem relação direta com o que se produz. As facções informais aumentam o número de trabalhadores sem carteira assinada. Isto reflete a existência de um mercado de trabalho precário, que desencadeia baixos níveis salariais, não tem cobertura da seguridade social e assistência médica (SILVA, 2007).

Além do surgimento das facções prestadoras de serviço para as empresas têxteis é possível observar que, no interior das unidades fabris, houve reduções de postos de trabalho. Sobretudo daqueles relacionados às tarefas auxiliares, nas diversas seções das fábricas. Para compensar esta redução usa-se o trabalho em grupo ou células de produção, que pelo reagrupamento de tarefas, antes realizadas individualmente, representou para o trabalhador apenas uma sobrecarga, uma superposição de tarefas, que passam a coexistir com o maior controle do trabalho (NAVARRO, 2003).

[...] A produção em célula é assim: um grupo de 15 a 20 costureiras, depende da facção, aí cada célula tem sua operação, quanto mais você produzir, mais você ganha, e quem falta naquele dia, perde o prêmio daquele dia de produção, que é em dinheiro e vem no pagamento (ROSA).

[...] Na produção de grupo aí mesmo que eles querem que você dê pau porque se sozinha você produz 500 peças, no grupo tem que produzir 1000 no dia (JAQUELINE).

As condições precárias de trabalho marcadas pela informalidade, número excessivo de horas trabalhadas, exigência de produção associadas a condições ergonômicas inadequadas compõe um conjunto de fatores que influenciam diretamente as condições de saúde destas trabalhadoras. Sobre isto elas afirmam:

[...] Cada máquina tem um jeito pra trabalhar, depende da peça tem que trabalhar assim, abaixada, só que como a minha coluna já tá toda!! Eu não consigo mais! (LÚCIA).

[...] Daí a reta é mais baixa ainda pra trabalhar. A gente tem que se curvar ainda mais, quem não agüenta é a coluna! (ROSA).

[...] Naquelas máquinas maiores as catracas são maiores, daí às vezes mesmo você querendo ficar assim, na posição certa, você não consegue, porque elas são muitos altas, cada tipo de máquina é uma posição (JAQUELINE).

[...] As cadeiras são horríveis, eu trabalhei num lugar que as cadeiras eram de pau. Pra gente ficar um pouco mais acomodada um dia nós falamos com o encarregado pra ver se podia fazer umas almofadas com os retalhos de tecido que sobrava, daí depois que a gente fez isso ficou um pouco melhor pra sentar, doía demais a coluna! (ROSA).

[...] No meu trabalho a gente pode dar uma paradinha na hora do café, a máquina é elétrica, mas a cadeira é dura, com o resíduo a gente fazia almofada pra sentar e colocar no encosto porque cadeira de palha, não tem nem encosto direito (LÚCIA).

[...] Mas as costas da gente sofrem demais com isso! É muito tempo sentada! (ROSA).

[...] O pior é quando é aquelas cadeiras duras de madeira sabe?! (LÚCIA).

[...] Além de ter que ficar sentada tudo torta por muito tempo, tem o pó da malha que fica no ar o tempo todo, e eu que trabalho aqui em casa prejudica todo mundo, porque até meu filho já teve alergia e o médico disse que pode ser do pó que fica em casa (JAQUELINE).

No contexto apresentado pelas participantes é possível identificar que a leitura feita por elas em relação ao seu ambiente de trabalho apresenta condições precárias e inadequadas, além de demonstrarem uma interpretação ergonômica e biomecânica da lombalgia ao utilizarem termos como postura correta, influência das cadeiras duras e o tempo prolongado na posição sentada. Fatores estes, que para elas influenciam diretamente no quadro de sua dor lombar.

5 INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS

Ao longo do trabalho de campo, as informantes foram dando destaque para alguns aspectos de suas vidas como: relação com o trabalho, família, profissionais de saúde, concepções a respeito da dor lombar, recursos terapêuticos mobilizados e adaptações em seu dia-a-dia. Num primeiro momento, para facilitar o processo de interpretação, agrupei os dados e os chamei de categorias descritivas.

A análise dos dados levou-me à construção de dois segmentos analíticos: a dor lombar sob o aspecto da normalidade, vista pelo senso comum ou pelo público em geral, e a dor lombar íntima ou privada, vista por aquele que a sente.

5.1 A Dor Lombar sob o Aspecto da Normalidade

[...] Você quer fazer um estudo sobre dor lombar?! (LÚCIA).

Esta foi uma das perguntas que Lúcia fez quando fui solicitar sua colaboração para a realização deste estudo. Para quem lê, parece apenas uma pergunta, mas para mim, que vi a expressão dela, percebi a clara presença da ironia, como se me dissesse: *Com tanta coisa mais importante pra ser estudada você decidiu estudar a lombalgia?* Parecia que o assunto, num primeiro momento, não despertava interesse algum.

Esse questionamento e a expressão de Lúcia ao longo do processo de pesquisa repetiu-se em colegas de trabalho, de mestrado, familiares e amigos que demonstravam decepção quando eu revelava que a temática do meu estudo era a dor lombar. Parecia não ser relevante!

De certa forma é até compreensível tal decepção, afinal, a dor lombar já deve ter sido sentida pela maioria dos decepcionados com maior ou menor intensidade e

talvez por isso, pelo fato de a dor acometer um número expressivo de pessoas ela seja interpretada como normal, é comum senti-la. Então por que estudá-la?

Na verdade, este aparente “descaso” por parte das informantes e das pessoas em relação ao tema, me fez perceber que existe um motivo para que interpretem a dor lombar como normal.

Inicialmente é importante entender o que Hellmann (2006) preconiza sobre a dor e que pode aqui se reportar para a dor lombar. A dor é parte inseparável do cotidiano e talvez o sintoma mais presenciado na prática médica. Mas também é preciso considerar que a dor é mais do que um simples processo neurofisiológico: há também fatores sociais, psicológicos e culturais que devem ser considerados, fazendo com que nem todo grupo social reaja à dor da mesma forma, muitas vezes a cultura em que a pessoa está inserida exerce grande influência na maneira como percebem e reagem à dor, em si mesmas ou em outras pessoas.

A dor é um dado privado, isto é, para sabermos se uma pessoa tem dor dependemos de uma demonstração verbal ou não verbal a respeito do fato. Quando isto acontece, a experiência e percepções privadas de dor tornam-se um acontecimento público e social; a dor privada torna-se um fenômeno público. Parte da decisão de tornar ou não pública a dor privada depende da interpretação individual do significado da dor. Se, por exemplo, a dor é considerada “normal ou anormal”, esta última tem maior probabilidade de ser levada ao conhecimento das outras pessoas.

Partindo do aspecto cultural da dor é possível começar o entendimento sobre a normalidade da dor lombar sob o ponto de vista das informantes, inseridas em uma cultura predominantemente germânica. Das informantes, apenas Rosa não tem

descendência alemã, mas vive em Blumenau desde que nasceu e conseqüentemente, sofre influência da cultura.

No período de coleta de dados, à medida que ia conversando com as informantes ficava nítida a semelhança de pensamentos. As três possuíam em comum, aspectos como a valorização do trabalho. Repetiam várias vezes que gostavam de trabalhar, que não faziam corpo mole por qualquer coisa. Subentende-se que não deixavam de trabalhar, nem de realizar suas atividades domésticas pelo fato de estarem sentindo dores nas costas, o que provavelmente é preconizado em seu ambiente de trabalho e familiar. Gostam das coisas organizadas, suas casas são extremamente limpas e em ordem. Os sobrenomes germânicos têm o seu valor, transpareciam ser pessoas extremamente corretas, exigentes consigo mesmas. Mulheres sofridas, cada qual com sua história de vida, mas que pouco se queixam, característica marcante em seus depoimentos:

[...] Se queixar pros outros por causa de dor nas costas dá a impressão de que você é mole (LÚCIA).

[...] Eu aprendi desde cedo que a gente não tem que reclamar de qualquer dorzinha, tem que agüentar (ROSA).

[...] Tem gente que tem uma dorzinha e reclama (JAQUELINE).

Estas declarações evidenciam que falar da sua dor e ainda falar da dor nas costas é sinônimo de fraqueza, então é melhor não falar e sim suportar. É o que foi dito por Rosa no início deste trabalho *[...] Você tem que relevar! Afinal a dor nas costas é tida pela sociedade em que vivemos como normal.*

A grande questão é compreender porque as pessoas têm o comportamento de relevar a dor lombar. A partir deste pressuposto cabe refletir sobre o que Helman (2006) diz quanto aos aspectos sociais da dor. Segundo ele, a dor pública implica

em relação social, duradoura ou não, entre indivíduo com dor e outra pessoa ou pessoas.

A natureza dessa relação determinará, em primeiro lugar, se a dor será revelada, como isso será feito e a natureza das respostas. Para a autora, as expectativas do indivíduo com dor são importantes neste caso, principalmente em relação às reações possíveis à sua dor.

As pessoas com dor obterão o máximo de atenção e solidariedade se seu comportamento corresponde à visão social de como deve fazê-lo. Se extravasando suas emoções, ou modificando sutilmente sua conduta. É a adequação de determinados sinais com os principais valores de uma sociedade que determina o grau de atenção recebido. Há, portanto, uma dinâmica entre indivíduo e sociedade através da qual o comportamento de dor e suas reações influencia cada pessoa através dos tempos.

Para Alves; Rabelo (1999), a enfermidade dota-se subjetivamente de sentido à proporção que se afirma como real para os membros da sociedade, que por sua vez, a aceitam como real. Existe, justamente porque se origina no mundo do senso comum. Assim, a enfermidade é construção intersubjetiva, isto é, formada a partir de processos comunicativos de definição e interpretação.

As mulheres desta pesquisa sabem a maneira como as pessoas reagem em relação a sua dor no âmbito familiar, de trabalho ou em relação aos profissionais de saúde. E por isso, admitem que ela seja normal e que não há nada a fazer a não ser relevar.

[...] Esses dias eu tava meio enjoada e falei pra minha cunhada que estava com dor nas costas, e ela disse que também tem dor nas costas, que tem isso, que tem aquilo, tem que levar ela disse (ROSA).

[...] Olha! O médico me disse que tinha que relevar, disse que não tem remédio que cure, não adianta pegar INPS... ir no médico, é ir relevando, tem que relevar ele disse!! (LÚCIA).

[...] Minha patroa já me disse que eu não tinha nada. Não pode nem reclamar, tem que agüentar a dor e continuar trabalhando (JAQUELINE).

[...] Não adianta! Se eu disser pra vocês que eu tenho muita dor, vocês vão dizer: O que eu tenho a ver com isso?! (ROSA).

As pessoas reagem de acordo com o que é aprendido na sua experiência em vida social. Dor nas costas é comum! Não reclame por qualquer coisa! Desta forma a reação das pessoas é de ironia ou de consolo dizendo que também já passaram por isso. Já que não tem cura é melhor se conformar!

O fato de ter que relevar e conformar-se com a dor pode estar relacionado a um aspecto mencionado pelas informantes. As pessoas não acreditam que a dor nas costas realmente exista, e quando se referem a dor lombar estão falando de algo crônico, que as acompanha há anos. Tal dor não provoca sinais visíveis para que as pessoas possam caracterizar a existência de sofrimento, como por exemplo, o curativo de uma cirurgia, um membro engessado, a pedra retirada de um rim. É preciso algo que possa ser visto para caracterizar doença. Esta compreensão de que a doença precisa ser palpável, visível, vai de encontro ao que BOLTANSKI (1989), exemplifica ao citar o caso de uma mulher que descreve com articulação e fundamento o episódio de pedra na vesícula de que foi acometida, explicando que elas foram retiradas e mostrando as pedras que ela guardava em um vidro.

[...] Mas os outros, se não aparece um corte fundo, alguma coisa, aí eles não acreditam, daí não está doente [...] Uma vez eu disse pra minha mãe que eu tinha

muita dor nas costas, aí ela nunca acreditava. Se eu tivesse doente mesmo, eu não tava aí forte, corada, indo trabalhar (LÚCIA).

[...] As minhas amigas me dizem: A gente olha para ela e parece que ela não tem nada (JAQUELINE).

As declarações de Lúcia e Jaqueline permitem duas interpretações. Uma é sobre o papel do doente e a doença, e a outra é a contribuição da ciência biomédica para este tipo de comportamento.

Para ilustrar o papel do doente cito aqui o recorte feito por Almeida; Coelho (2002) sobre o que Talcott Parson, principal teórico do funcionalismo norte-americano, desenvolveu sobre a “teoria do papel do doente”. Centrada na doença, a teoria do papel do doente reafirmou a adequação do estado patológico às normas sociais, ou seja, a enfermidade pode desviar o indivíduo de seu funcionamento biossocial normal, mas não consistiria em um desvio no sentido estrito de violação das normas da ação social. O doente teria um papel definido, que implica isenção das responsabilidades sociais, impossibilidade de cuidado a si mesmo, desejo de ficar bem e dever de procurar e cooperar com o tratamento médico.

No contexto em que se encontram as mulheres participantes desta pesquisa, parece-me que não desempenham o papel de doente perante as pessoas que as rodeiam, pois continuam trabalhando. Então não estão isentas de suas responsabilidades sociais. A própria mãe de Lúcia diz isso quando afirma que se ela estivesse doente não estaria indo trabalhar. Elas são capazes de cuidar de si e de seus familiares, e procuram ajuda médica apenas em últimos casos, como refere Jaqueline: *[...] Só vou no médico quando estou nas últimas.*

Canesqui (2003) define doença como um fenômeno social capaz de estabelecer uma relação entre as ordens biológicas e sociais, atingindo

concomitantemente o indivíduo, seu corpo, sociedade e as relações sociais. Muitas das indagações e significados, suscitados pela doença na sociedade, supera os estreitos limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas.

Para a autora, a percepção da doença dá-se através de alguns sinais e sensações corporais, indicativos de que “algo” impede o funcionamento “normal” do corpo (dor, febre, não comer, não dormir, fraqueza), e pela incapacidade de realizar as atividades cotidianas de trabalhar, em qualquer modalidade assalariada ou não, assim vista por homens e mulheres.

Além deste significado, Minayo (1992) acrescenta o peso das contradições e conflitos sociais do sistema de dominação. Uma vez transposto e mediado pela relação estabelecida com as classes trabalhadoras, situa a doença na incapacidade para trabalhar produtivamente.

Este aspecto da produtividade é marcante nas falas das entrevistadas. Se estiver indo trabalhar, não está doente, por isso a sua dor lombar não é significativa, é normal.

Parte deste pensamento foi influenciado pelas ciências biomédicas e refere-se não só à medicina, mas também à fisioterapia, que sofreu grande influência do pensamento biologicista. A fisioterapia surgiu devido à predominância de uma assistência “curativa, recuperativa e reabilitadora”, voltada para o processo de reabilitar para a volta ao trabalho, marcante no período da industrialização e que vigora até os dias atuais.

Durante o mestrado procurando literaturas que pudessem sustentar o meu estudo, li algo interessante que podem contribuir para o meu raciocínio.

No prefácio de um livro sobre distúrbios da coluna lombar havia a declaração de um médico ortopedista, da Escócia, chamado Gordon Wadell, que dizia que não

se deve transformar uma queixa subjetiva de saúde em uma condição clínica. Ele insinuava que o pensamento médico corrente considera a dor lombar como uma “doença”, o que não é aceito.

Outro artigo que chamou atenção foi escrito por Zillig (2008). O título da matéria era Lombalgia. O autor classifica a dor lombar como sendo comum e diz que muitos já tiveram a oportunidade de experimentá-la. Para ele, a maioria das dores é passageira e deve melhorar dentro de alguns dias. Afirma que, geralmente, as pessoas se classificam como sofredoras de dores na coluna, mas nenhum médico dá este diagnóstico ao seu paciente. Tais rótulos são auto-assumidos. Finaliza o artigo dizendo que a vida civilizada, que a maioria das pessoas vive sem fazer grandes exercícios, faz com que se tenha uma estrutura músculo-esquelética digna de um frango de granja. Ambos os autores desclassificam a subjetividade da dor lombar, indo ao encontro do que diz Camargo Jr. (2003) sobre a teoria das doenças. Para ele, todo trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam. Tudo o mais é secundário, até mesmo o indivíduo que incidentalmente, traz a doença. O saber médico é sobre a doença, não sobre o homem. Que só interessa ao profissional por ser o terreno onde a doença evolui. Os fatores extra-biológicos na produção da doença são subjugados pelo referencial biológico. Aqui, Camargo Jr. cita como exemplo a fala de um estudante de medicina: “Mulher de meia idade, com dor em hipocôndrio direito, alterações intestinais e pitiática é igual a cólon irritável” (2003, p. 82).

Ou seja, tudo aquilo que não é lesão está expresso na equação pitiática, termo pejorativo para se referir às pessoas com sofrimentos subjetivos. É igualada aos outros componentes na produção do diagnóstico, que terá provavelmente, como

seqüência lógica, a prescrição de um tranqüilizante, levando às últimas conseqüências a biologização do sofrer subjetivo.

A dor lombar não é exceção. Prescreve-se um analgésico e/ou a melhora da força muscular de “*frango de granja*”.

Um futuro profissional que dá o conceito de pitiática a um cólon irritável e outro, atuante, que conceitua quem sente a dor lombar como imaginários sofredores da coluna, supostamente deveriam interpretar não só o caráter biológico da doença, mas também, os fatores extra-biológicos. Se não o fazem, como não entender que a população considere a dor lombar normal, comum, irrelevante, se o próprio médico diz que é assim que se deve proceder?

Dá alta porque isso é normal, isso aí todo mundo diz que sofre da coluna, se fosse só por isso não ia ter mais ninguém trabalhando! (ROSA).

Sei que eles não acreditam (LÚCIA).

A partir destas declarações posso reportar-me ao pensamento de Tesser (2006), de que a profissão médica decide quais dores ou doenças são autênticas, imaginárias ou simuladas. Os termos com que os profissionais de saúde que praticam a docência (incluo aqui os fisioterapeutas) explicam aos seus alunos a natureza da dor ganham em precisão objetiva, e os termos de referência subjetiva com os quais os pacientes se esforçam para discernir e dar significado para seus padecimentos esvaziam-se e perdem seu poder de comunicação. A sociedade reconhece este julgamento profissional e adere a ele. A dor objetiva pode vir a ser sofrimento apenas através do olhar de uma pessoa, mas atualmente é o olhar profissional que mais determina a relação do paciente com sua experiência.

[...] Um dia que eu fiquei ruim das costas e fui parar no pronto socorro, quando eu cheguei me tiraram da maca, me botaram numa cadeira de rodas, daí

veio o médico, deu uma injeção, daí disse; te vira, se consegue levantar da cadeira levante, e vai embora, me deu um papel pra eu ir no postinho né, ou médico de firma. Aí, médico de firma sabe como é, querem que a gente fique bom ligeiro, pra trabalhar logo. Esses médicos tudo não tem paciência, não dá tempo de explicar nada! Já vão enfiando remédio na gente! (ROSA).

[...] Ah! Eu não vou no médico! Não adianta! Eu vou é trabalhar! O dia que eu não agüento eu vou no médico, daí ele me dá uma injeção e fico em casa uns 2 dias para sará e pronto! [...] Na fisioterapia elas só me diziam que eu tava ali por causa da coluna, mas coluna vem tanta gente né! Daqui um mês a senhora vai estar aqui de volta, isso é coisa que vai e vem (LÚCIA).

[...] Que nem o Dr. falou, isso não tem nada que ele possa fazer, é coisa que vai ficar pro resto da vida, o que eles podem fazer eles fazem que é dá remédio pra acalmar a dor (JAQUELINE).

Outro aspecto relevante que as informantes deixaram transparecer são os recursos terapêuticos que utilizam para alívio da dor lombar. É visível que o recurso mais utilizado é o medicamento, afinal vivemos em uma cultura que valoriza a medicação, a dor perturba e desnorreia a vítima sem que ela tenha outro recurso a não ser entregar-se ao tratamento medicamentoso. Na lombalgia o medicamento tem por função mascarar a dor para que as trabalhadoras do setor em questão possam voltar ao trabalho.

Sem ter outra saída, os pacientes aprendem a conceber sua própria dor ou adoecimento como fato clínico objetivo em um processo cíclico em que o indivíduo aprende a se ver como consumidor de anestésias, sintomáticos, quimioterápicos, etc. Combater os sintomas dentro da medicina pode se dar pelo dever ético de sedar a dor e aliviar o sofrimento, como regra geral, ou pode ser confundido com o

comodismo profissional e com a impotência do saber biomédico ao se defrontar com queixas e sofrimentos não enquadráveis na grade nosológica (TESSER, 2006).

Como a maioria dos profissionais de saúde é formada por uma metodologia fragmentadora e curativa, em que o problema de saúde é visto como físico, localizado fica-se sem poder dar sentido ou explicação satisfatória aos adoecimentos.

Os sintomas fazem parte da maioria dos relatos dos pacientes, e como fomos treinados a tratá-los, a tendência é usar o medicamento, ou no caso da fisioterapia a utilização de recursos que aliviem o sintoma. Não é levado em consideração o entendimento que o doente faz sobre o seu estado de saúde.

Tratando-se de trabalhadoras do setor têxtil, cita-se a contribuição da medicina do trabalho, que centrada na figura do médico orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicando em função de sintomas e sinais (MINAYO; COSTA, 1997).

Objetivando ser mais clara, em relação ao trabalho exercido por essas mulheres e à dor lombar, menciono uma visita que fiz a uma facção local e que pode ilustrar esta análise.

O trabalho na indústria têxtil vem sendo marcado pela sua precarização devido ao processo de reestruturação industrial. As grandes fábricas, para continuarem no mercado acabaram demitindo pessoal e proporcionando o aparecimento das facções (informais ou não). Tratando-se de um trabalho que utiliza os preceitos da etnografia. Decidi observar o funcionamento destas facções pessoalmente.

A idéia inicial apresentada na metodologia era tentar acompanhar as minhas informantes em seus locais de trabalho, mas alguns inconvenientes surgiram: duas de minhas informantes foram demitidas um pouco antes da finalização da coleta de dados, então tive que mudar minha estratégia. Com a ajuda de uma das agentes comunitárias do posto de saúde tentei visitar uma das facções pertencentes ao bairro. Após muita insistência consegui marcar a visita.

Conforme combinado com a dona da facção, que aqui chamarei de Ana, compareci ao encontro. Deparei-me com uma casa de quintal grande e ainda por acabar, ao lado da garagem, em uma sala pequena havia quatro máquinas de costura e um balcão cheio de peças de roupas.

Às máquinas estavam sentadas quatro costureiras, e em pé, defronte ao balcão, uma jovem, aparentemente menor de idade, dobrava as peças.

Cordialmente me apresentei e perguntei por Ana, logo a mulher que estava trabalhando na primeira máquina disse:

[...] Você é a moça que quer saber se a gente tem dor nas costas? Muito prazer eu sou a Ana! [...] Sente por aí, se você achar um lugar, eu não posso parar pra buscar uma cadeira pra você, como eu te disse tô cheia de serviço e as meninas também! Espero que não se importe de eu continuar fazendo o meu serviço! (ANA).

Logo percebi que minha presença não as deixava muito à vontade, e eu também não me senti confortável naquela situação, afinal imaginava não estar fazendo nada de mais. Apenas tentava entender um pouco melhor a concepção da dor lombar sob o ponto de vista das mulheres trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau.

Dando continuidade à visita, sentei em um banquinho que estava perto da porta e tirei meu diário de campo da bolsa. Educadamente perguntei se poderia

gravar nossa conversa, nesse momento todas olharam para mim com olhar de repreensão, então nem procurei insistir e resolvi anotar tudo o que era dito.

Mesmo assim Ana respondeu:

[...] Eu já tinha dito por telefone que as meninas não queriam conversar sobre este assunto, então acho que elas não vão querer que você grave a conversa.

Ana, desde o início das negociações da visita apresentava-se arredia ao tema, assim como os funcionários que me receberam para apresentação do projeto nas empresas de grande porte. Durante a visita percebi que ela parecia ter combinado com as suas colaboradoras de que somente ela responderia às minhas perguntas. Talvez como uma forma de defender o seu ganha pão. Para ela, eu era alguém de fora fiscalizando o serviço. Sua reação é compreensível, afinal ela trabalha “fria” como a maioria das facções do bairro, sem nenhum tipo de regularidade, muito menos assistência médica para as funcionárias. Então, pareceu-me que não foram as funcionárias que não quiseram falar.

[...] A maioria das facções é tudo fria (JAQUELINE).

[...] Trabalhei em bastante lugar de costureira, trabalhei muito sem registro, sempre na costura (ROSA).

Iniciei a conversa perguntando sobre o funcionamento da facção e observei aspectos relacionados ao ambiente. As costureiras estavam sentadas em cadeiras de madeira, duras, sem nenhuma almofada ou algo parecido; a iluminação era precária, não havia janelas no local e o calor que fazia lá dentro era insuportável.

Quanto ao funcionamento da facção ela não deu nenhuma informação que já não fosse de meu conhecimento. As empresas maiores é que mandavam as peças para serem confeccionadas e o preço era fechado por produção: quanto maior a produção, maior o ganho.

Ana explicou que o trabalho de uma facção não é fácil, que precisam trabalhar muitas horas por dia.

Quando perguntei sobre quantas delas tinham dor na região lombar, todas deram risada, e Ana falou:

[...] Ouviram isso meninas, quem tem dor nas costas? [...] Todas nós flor, até a pequeninha aí que fica o dia todo em pé tem dor nas costas, a gente sai daqui tudo quebrada! [...] Mas quem quer trabalhar com costura pra facção é assim, não pode fazer corpo mole! [...] Dor nas costas não é desculpa pra deixar de trabalhar!

O que Ana relata condiz com aquilo que as informantes da pesquisa falaram. Nas facções é preconizado que você não pode ser fraca, o importante é a produção.

[...] As meninas aqui já sabem que quando a gente senta na máquina não tem hora pra parar [...] Se tem alguém com dor eu já tenho uns comprimido ali que a médica me deu, a gente toma e pronto (ANA).

Lúcia, Rosa e Jaqueline também se referem à exaustiva jornada de trabalho a que são submetidas e à existência da dor lombar na maioria das trabalhadoras:

[...] Quase todas as costureiras sentem dor nas costas, tem umas que não sentem muito porque começaram agora (ROSA).

[...] Me esticava pra ver se passava, daí aliviava um pouquinho, quer dizer, a gente que diz que aliviava, quando saía pra almoçar eu sempre fazia isso, pra voltar na máquina andava devagar pra poder ficar um pouco mais de tempo em pé, depois que sentou na máquina acabou-se (LÚCIA).

[...] Trabalhava direto, às vezes das 5 horas da manhã até às 22 horas, só levantava pra almoçar e já ia correndo (JAQUELINE).

Ganhar um pouco mais para estas trabalhadoras significa sacrificar-se diante da máquina de costura, tarefa estressante e repetitiva, e a dor nas costas neste

contexto não pode ser considerado fator limitante para deixar de produzir, portanto não se queixe, é comum, todas as costureiras sentem.

A visita para a facção de Ana permitiu observar um fator também apresentado pelas informantes da pesquisa que é a necessidade de conciliar o trabalho e a rotina dos cuidados com o lar, filhos e marido, ou seja, cumprir com o seu papel de mulher: que é ser mãe, dona de casa, filha, esposa, trabalhadora.

[...] Não é fácil dar conta de tudo: é marido, filho, casa, mãe, trabalho (ANA).

[...] Meus filho às vezes não entendem, é complicado dar conta de tudo, além de eu trabalhar todo dia ainda tenho tudo em casa pra dar conta (LÚCIA).

[...] Mulher sabe como é, tem que ser 10 ao mesmo tempo (ROSA).

A mulher trabalhadora do setor têxtil, assim como toda mulher da vida moderna, não deixou de exercer o seu papel de mulher, apenas ampliou o seu significado.

Este papel se transformou através dos tempos devido a mudanças políticas, econômicas e sociais. Com o surgimento da burguesia e da família nuclear com pai, mãe e filho, a mulher passa a responder a essa exigência de cuidadora do filho e do marido, confinada ao âmbito doméstico (CAIXETA; BARBATO, 2004).

No século XX a mulher começou a se modificar devido às guerras. Passa a atuar no mundo produtivo, uma vez que seus homens saem para o campo de batalha. Mas o fato de assumir o novo papel social de profissional com carreira, não modificou a sua identidade de mulher e a dupla jornada de trabalho passou a fazer parte de seu cotidiano (CAIXETA; BARBATO, 2004).

Muitas vezes, em seu dia-a-dia, a mulher da vida moderna esgota suas energias entre trabalho e casa e acaba deixando de cuidar de si mesma. Colocando sempre à frente o trabalho e a família, fazendo jus ao título de super-mulher, aquela

que não tem dor, não precisa de ajuda, não reclama e quando o faz, dizem seus familiares, médicos e patrões que é normal, que tem que relevar, que não pode ser mole, fazendo com que a lombalgia passe a ser naturalizada colaborando assim para o processo de precarização do trabalho.

5.2 A Dor Sentida

Quem sente é a gente! (ROSA).

Quando pensamos na palavra dor, automaticamente nos remetemos às experiências de dor que vivemos e é através de nossa vivência que tentamos imaginar ou dimensionar a sensação vivida pelo outro.

Para Ferreira (1994), qualquer pessoa pode se reportar à sua experiência pessoal e dizer que sabe o que é a dor, ainda que a busca das palavras para expressar esta sensação seja difícil. Muitas definições podem ser dadas, mas nunca abraçarão a dimensão do que é esta sensação, isto porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir somente daquele que a sente.

Durante o processo de pesquisa o aspecto da normalidade da lombalgia parecia ser prevalente, mas, à medida que a relação de vínculo entre mim e as informantes ia tornando-se mais intensa, estas passavam a modificar o seu discurso, entendendo a lombalgia não como algo normal, como todos a classificam, mas como uma dor sentida por elas em seu dia-a-dia e denominada por Jaqueline como:

[...] A minha dor nas costas, a dor que eu sinto!

Por isso, minha intenção é denominar a lombalgia como dor sentida, tentando demonstrá-la partindo do foco de quem a sente.

A lombalgia aqui perde o caráter de normalidade e passa a ser algo que incomoda, que irrita, chateia, provoca sofrimento, influencia o dia-a-dia e permite questionamentos quanto à existência da dor.

A dor é horrível! (JAQUELINE).

Incomoda bastante, irrita, deixa a gente bem irritada porque dói! (ROSA).

Olha a dor faz você lembrá de tudo! Porque você pensa assim, meu Deus eu com essa dor? O que eu vou fazer com essa dor de novo? Não vai passar nunca? (LÚCIA).

A dor sentida passou a ser relatada pelas informantes no momento em que perceberam que não haveria censura de qualquer tipo, nem de familiares, patrões, colegas de trabalho ou profissionais de saúde. Creio que elas perceberam que o foco da pesquisa não era julgá-las ou repreendê-las quanto à dor, mas tentar entendê-las como mulheres que trabalham no setor têxtil de uma cidade como Blumenau e que sentem a lombalgia. Assim, Rosa, Lúcia e Jaqueline tiveram cada uma em seu momento a oportunidade de desabafar sobre a dor que sentiam e suas conseqüências.

Primeiro foi Lúcia. Quando cheguei a sua casa percebi que alguma coisa não estava bem, ela sempre me recebia no campo de futebol e naquele dia não estava lá. Sentada no sofá, cabisbaixa, convidou-me para entrar.

[...] Você me desculpe, mas não estou conseguindo nem caminhar, ainda bem que você chegou porque eu sentei aqui pra descansar um pouco, mas esqueci que esse sofá é baixo e não estou conseguindo levantar por causa da dor. Meu menino não está em casa pra me ajudar (LÚCIA).

Então a ajudei a levantar-se e quando estava em pé Lúcia disse:

[...] Você se importa se eu ficar em pé porque sentada pra mim é pior.

Sugeri que transferíssemos a visita para um outro dia, mas ela insistiu para continuarmos e então começou o seu desabafo:

[...] Você já deve ter sentido dor na vida né?! Então imagine isso todo dia te incomodando, claro que tem dias que dói menos, mas mesmo assim, tem sempre alguma coisa ali te lembrando que existe sabe? [...] Mas hoje tá complicado, mas eu sei o que foi, trabalhei demais ontem e ainda fui na casa do meu filho a pé e tem um morro pra subir ali, sempre que eu faço sinto dor depois, sempre no mesmo lugarzinho. [...] Você acredita que pra levantar da cama de manhã eu tenho que virar de lado, daí eu sento, fico uns 30 segundos sentada, depois eu fico mais uns 30 segundos em pé e depois é que eu vou caminhar? [...] Tudo tem que ter o seu jeito. É pra limpá a casa, pra estender a roupa no varal, eu coloco um balde em cima da cadeira pra não ficar me abaixando. [...] Não posso pegar meu neto no colo, não posso varrer, não posso capiná em volta da casa. Ainda bem que tenho meu menino mais novo que me ajuda, mas não gosto de ficar pedindo pra ele. [...] Todo dia eu choro sozinha lá no quarto! Todo mundo cobra! Tá tudo tão difícil e eles ficam cobrando ainda da gente! [...] A dor da gente só a gente sabe o que passa, dizem que é coisa da idade, mas é porque os outros nunca passaram por isso (LÚCIA).

Lúcia evidencia alguns aspectos e causas da dor, adaptações no dia-a-dia, limitações em cuidar da própria casa, em segurar o neto, a necessidade de ter alguém para ajudá-la a cumprir os afazeres da casa, a cobrança vinda por parte dos familiares e a busca de consolo para tudo isso esboçado pelo choro ao ficar só em seu quarto.

As situações aqui referidas por Lúcia foram também encontradas por Castro et al (1994) ao estudar mulheres portadoras de LER (Lesões por Esforço Repetitivo). As situações vividas assemelham-se aos conflitos relativos à divisão do trabalho

doméstico. A relação com os filhos é sensivelmente alterada, com a mãe lesionada estes passam a colaborar nas tarefas domésticas, contudo, para a mãe a situação é muito desconfortável.

Para Jaqueline, o momento de falar sobre a dor sentida ou a “sua dor”, como ela mesma definiu, foi quando em uma de minhas visitas perguntei sobre como ela tinha passado os últimos dias, ela olhou-me, deu um suspiro e disse:

[...] Passei com essa mesma dor de sempre me incomodando! [...] Você pode até achar assim, que eu tô sendo grossa, mas já que teu trabalho é sobre a minha dor eu vou te falar que tô cansada de sofrer com isso!

De acordo com Jaqueline a dor provoca indisposição, afeta o humor, o sono, dificulta o relacionamento com os outros (família, amigos), limita quanto às atividades domésticas e o lazer (brincadeiras com o filho).

[...] A gente fica indisposta! Não faz e não consegue fazer nada em casa! [...] Dor que incomoda mesmo! Tem vezes que juro pra ti, que quando a dor está muito forte se eu me abaixar, travo de um jeito que não consigo me indireitar! [...] Quando você tá com dor é melhor ficar calada pra não brigar com ninguém, a gente tem vontade de ficar quieta, não quer saber de papo, daí as pessoas acham que a gente não quer conversa com elas, mas não é! É a dor que incomoda! [...] Eu tenho fama de mal humorada porque eu quase não falo, mas também, passe o dia inteiro e a noite com dor, sem dormir até, porque não tem posição que passe! [...] Não consigo brincar com meu filho, se eu me abaixar, como eu disse não indireito! [...] Isso vai indo que te esgota! (JAQUELINE).

Diante do depoimento de Jaqueline é possível identificar que a dor provoca limitações que vão além do aspecto físico, mas também abrange aspectos

psicológicos e sociais que interferem nas atividades do cotidiano, o que impede uma satisfação pessoal provocando situações de chateação e esgotamento.

Os aspectos referidos por Lúcia e Jaqueline também podem ser evidenciados em um estudo realizado por Silva; Arcanjo (2006) intitulado “O saber popular sobre dor nas costas em mulheres nordestinas”.

Para as mulheres desta pesquisa a dor também impõe limitações em seu cotidiano, interferindo com intensidade no trabalho e em casa, o grau de dependência causada pela dor altera suas relações com a família e provoca sensações de chateação e incômodo. As mulheres nordestinas também citam alterações no sono e lazer resultando no estresse e alterando a qualidade de vida.

Rosa, assim como Lúcia e Jaqueline, também manifesta a sua percepção em relação à dor que sente. Para ela, a dor provoca a sensação de medo, medo de fazer alguma atividade em casa e a dor piorar, fazendo com que ela prive-se de realizar tarefas que considera simples como cozinhar, passar roupa, limpar a casa. Afirma que a dor requer adaptações até para vestir a roupa e calçar o sapato, além de proporcionar alterações na forma de caminhar adotando posturas que defendam seu corpo da dor.

Para Silva; Arcanjo (2006), quando temos a sensação de medo passamos a não viver novas experiências estacionando e dificultando situações de vida, produzindo insegurança, tabus, irrealidades, superstições, conceitos errôneos e preconceitos, o que assimilamos de forma verbal ou em gestos. No caso da lombalgia, o medo referido por Rosa faz com que ela estabeleça resistência e obstáculos a certos afazeres, na crença de que a dor poderá surgir e ela não poderá controlá-la, além de ter que, mais uma vez, sentir em si o sofrimento que a dor proporciona.

[...] Sem eu perceber eu ando igual uma deficiente, manco, a perna repuxa, parece que finca uma agulha. [...] Tem coisas que eu não faço, mas vou te dizer por que, tenho medo de fazer e depois a dor piorar! Sabe que a gente se priva das coisas, sempre pensando na dor, você pensa assim, será que se eu fizer isso vou ficar mais doída? E aí acaba não fazendo, porque a gente sabe que depois quem sofre é a gente! [...] Uma coisa que acho chato é ter que sentar na cama pra colocar a calça e o sapato, isso me incomoda! (ROSA).

Ferreira (1994) interpreta as associações como facadas, agulhadas, socos, como tentativas freqüentes do sujeito de interpretar a dor, e isto representa a dor socialmente identificada, como algo que agride.

Depois de ouvir das participantes o que a dor sentida lhes proporciona, percebi que este momento da pesquisa era único, revelador e reflexivo, porque os relatos que me foram feitos eram íntimos, talvez nunca antes ditos, ou talvez, nunca compreendidos. Falar sobre o sofrimento passou a ser irrelevante, considerado fraqueza. Não é importante para os outros saber como me sinto, então porque revelar?

Nesta reflexão pude perceber que a dor é mais do que um sintoma que devemos eliminar em nossa prática clínica. Não devemos considerar aquele que sente dor apenas pelo foco organicista, é preciso considerar as experiências trazidas pela dor que são particulares e intransferíveis.

Aqui me reporto à interpretação de Illich apud Tesser (2006), de que a dor é uma sensação desagradável, fenômeno neurológico reflexo, mas para quem sofre, a dor é bem mais do que isto, assim como as enfermidades são muito mais do que os critérios e saberes médicos. Elas podem ter várias facetas, simultaneamente diferentes, intensas e verdadeiras: um valor intrínseco negativo, fato que designa a

experiência da abolição da integridade do indivíduo consigo mesmo e/ou com seu meio.

Neste sentido, a dor ganha caráter trágico, portando certezas excepcionais. De valor incomunicável e igualmente incontestável é também inacessível ao termo que a designa clinicamente, não podendo, portanto, ser enquadrada em categoria alguma. Diferentemente de outros males, não admite distinção entre causa nociva e experiência penosa ficando o indivíduo na solidão de sua experiência pessoal e única.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lombalgia para as mulheres trabalhadoras da indústria têxtil de Blumenau apresenta-se como uma espécie de conflito entre a dor normal, sem importância e a dor sentida, limitante, que traz sofrimentos e angústias.

Primeiramente exige o desenvolvimento do papel de mulher moderna, que auxilia ou mantém sozinha o sustento da casa. Ela desempenha uma atuação produtiva dentro de um sistema que passou por um processo de reestruturação, e que atualmente apresenta um modelo marcado pela precarização do trabalho, mas que exige pessoas fortes, que não se deixem abater por qualquer coisa, como uma simples dor nas costas. Uma mulher feminina, que precisa desempenhar seu papel de mãe, esposa, filha, que cuida da casa, não se queixa, não é mole.

A mulher que os outros vêem e não conseguem enxergar desempenhando o papel de doente. Afinal, nada nela aparece que confirme tal rótulo, nem mesmo os profissionais da saúde a classificam como tal, então, porque ela mesma ou os mais íntimos assim a classificariam?

O conflito parece intensificar-se quando esta dor que a princípio apresenta-se como normal passa a influenciar a qualidade de vida dessas mulheres. Proporciona alterações físicas, sociais e psíquicas.

Quando isto acontece esta mulher moderna e produtiva tenta de alguma forma assumir o papel de doente, esforçando-se para demonstrar seu sofrimento, expondo suas queixas, limitações e angústias frente à dor. No entanto, o sistema formado por família, sociedade e trabalho não permitem que isso aconteça, fazendo com que elas se calem e admitam que dor nas costas é preciso relevar.

A dualidade da lombalgia é marcante, pois mulheres que têm dor, real, sentida no dia-a-dia e com um impacto importante às suas vidas esforçam-se por negligenciá-la.

Tudo isso, porque o conceito de lombalgia construído é de algo inerente à vida. O que não permite que nem mesmo elas assumam a dor como doença, não tendo então o direito de sentir-se doente, e não cobrando este direito da sociedade.

Diante deste cenário não foi possível encontrar um enfrentamento, ou seja, a lombalgia por não ser considerada doença, não é enfrentada, e, portanto, não há procura por tratamento.

Em uma sociedade de origem germânica que preza o trabalho e o esforço individual, o discurso aceito e reforçado é de que a lombalgia é normal, tem que relevar, servindo assim para manter um sistema produtivo.

Ao que parece, encarar a lombalgia tentando aliviar o principal sintoma não tem sido muito efetivo, a problemática é muito mais ampla e envolve mudanças desde o ambiente de trabalho até o profissional de saúde. É preciso dar condições dignas de trabalho para estas mulheres. Pode-se partir da regulamentação das facções geradoras de emprego assegurando os direitos trabalhistas. Para isto, necessita-se de uma ação fiscalizadora mais efetiva por parte dos órgãos competentes, alterações na carga tributária e diminuição da burocracia para a regulamentação. Fazem-se necessárias ainda, alterações ergonômicas no ambiente de trabalho proporcionando assim melhores condições e saúde às trabalhadoras. Mas, sem dúvida, ainda mais relevante é considerar o sofrimento destas mulheres como real, e para isto é preciso rever a atuação do profissional de saúde frente à lombalgia, visto que a sua maneira de atuar influencia na percepção das pessoas sobre o problema.

É importante para o profissional considerar aspectos da vida, da percepção pessoal, socioeconômica e cultural das pessoas no processo saúde/doença buscando uma atuação mais integral e menos objetiva. É preciso dar as mãos aos sujeitos que recorrem ao serviços de saúde, para que juntos possamos encontrar um caminho para a melhora. Não podemos ter uma atitude simplista e acomodada resumindo a lombalgia como um problema biológico que acomete a maioria da população. Precisamos considerar o entendimento de quem convive com a lombalgia, respeitando a sua posição e estimulando a busca conjunta por uma terapêutica eficaz, conciliando as interpretações a respeito do problema.

Uma das responsabilidades do profissional de saúde é trazer a tona o problema da lombalgia que encontra-se vedado, escondido, naturalizado. Para isto, faz-se necessário que o próprio profissional desnaturalize a lombalgia para ele mesmo. Com isso, talvez seja possível entender o sofrimento do outro e o processo de produção social da doença que ocasiona um problema de saúde pública para estas mulheres.

É evidente que mudar a forma de atuação não é uma tarefa fácil, mas acredito que iniciativas como a deste estudo proporcionam uma outra vivência para o profissional, e sem dúvida, a experiência me fez refletir sobre as considerações que fazemos em relação ao sofrimento do outro. A preocupação é extremamente voltada para a doença e não para o sujeito doente, creio que esta mudança de enfoque proporcionou uma grande alteração em minha prática clínica e devo aqui concordar com o pensamento de Tesser (2006, p. 358) ao dizer que:

O fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação.

REFERÊNCIAS

- AGNE, J. E. **Eletroterapia: Teoria e Prática**. Santa Maria: Orium, 2005.
- ALLONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**. Florianópolis. Série teses de enfermagem, n. 43, UFSC, 2003.
- ALMEIDA, F.; COELHO, M. T. A. D. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos** v. 9 n.2. Rio de Janeiro mai./ago.2002.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. M. **Experiência de doença e narrativa: Significação e metáforas na experiência da enfermidade**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1999.
- ANTUNES, R.; ALVES, G.; As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**. Campinas. Vol.25, n.87, p.335-351, mai./ago. 2004.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989.
- BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de saúde: 2001-2004.
- CAIXETA, J. E.; BARBATO, S. **Identidade feminina, um conceito complexo**. Distrito Federal, 2004. Disponível em <<http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/09.htm>>. Acesso em 15 de jun. de 2008.
- CAMARGO Jr., K. R. **Biomedicina: saber e ciência**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANESQUI, A. M. Os estudos de Antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2003.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.
- CAROSO, C.; NÚBIA, R.; ALMEIDA FILHO, N. Nem tudo na vida tem explicação: explorações sobre causas de doenças e seus significados. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau, 2004.
- CASTRO, A.L.; FARIA, M.M.; ADORNO, R.C.F.; ZIONI, F. **"Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano"**. Saúde e doença um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- COELHO, M.T.A. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. Hist.cienc.saúde-Manguinhos v.9 n.2 Rio de Janeiro 2006.
- FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S (orgs). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 1994.
- _____. Semiologia do corpo, p.363-390. In: JMG Fachel & OF leal (org.) 1995.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes médicas, 2006.

HILLESCHHEIM, J. As associações de moradores na cidade de Blumenau: expressão das contradições urbanas. Blumenau: Ed. Furb Cultura e Movimento, 2000.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

_____. A expropriação da saúde. Apud: TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**. V. 9, n.18, p. 61-76, jan./jun. 2006.

KENDALL, E. **Músculos, provas e funções**. São Paulo: Manole, 1995.

KNOPLICH, J. **Enfermidades da coluna vertebral**: uma visão clínica e fisioterapêutica. 3. ed. São Paulo: Kobe, 2003.

LAPASSADE, G. **As microssociologias**. v. 9, Brasília: Líber livro, 2005.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, v.13, n.1, p.113-128, jan./mar. 2006.

LEITE, S. N. Construindo o campo de pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, v.16, n. 3, p. 169-177, São Paulo, 2007.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

MALONE, T.; MEPOIL, T.; NITZ, A. J. **Fisioterapia em ortopedia e medicina no esporte**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

_____. **A construção da identidade da antropologia na área da saúde**, p.29-46. In: PC Alves & MCM Rabelo, 1998.

MINAYO, C. G.; COSTA, S. M. F. T. Construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de saúde pública**, v. 13. Rio de Janeiro, 1997.

NAVARRO, V. L. São Paulo em perspectiva. Vol.17, n. 2. São Paulo. Apr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000200005&script>>. Acesso em 15 de jun. de 2008.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface, comunicação, saúde, educação**. V. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

PETRY, S. M. V. **A fibra tece a história**: a contribuição da indústria têxtil nos 150 anos de Blumenau. Blumenau: Sintex, 2000.

SCHMIDT, C. O.; KOHLMANN, T. **What do we know about the symptoms of back pain? Epidemiological results on prevalence, incidence, progression and risk factors.** Z. Orthop. Ihre Grenzgeb, p. 143-292, 2005.

SIMÃO, V. M. **Blumenau: da indiferenciação étnica à diferenciação de classe.** 1995. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SIMMONDS, M. J. **Fisiologia do exercício clínico, afecções músculoesqueléticas, neoplásicas, imunológicas e hematológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SINGER, P. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto alegre, Belo Horizonte e Recife.** 2. ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional e EDUSP, 1977.

SILVA, R. M.; ARCANJO, A. **Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas.** Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr., 2006.

SILVA, R. W. **Trabalho e saúde na indústria têxtil de Blumenau - SC.** Itajaí, 2007. Dissertação (Mestrado em Gestão de políticas públicas) - Universidade do Vale do Itajaí.

SOUCHARD, P. **Fundamentos da reeducação postural global.** São Paulo: É Realizações, 2005.

TRAVANCAS, I. Fazendo etnografia no mundão da comunicação. In: **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2005.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação.** V. 9, n.18, p. 61-76, jan./jun. 2006.

_____. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface, comunicação, saúde, educação.** V. 10, n. 20, p. 347-62, jul./dez. 2006.

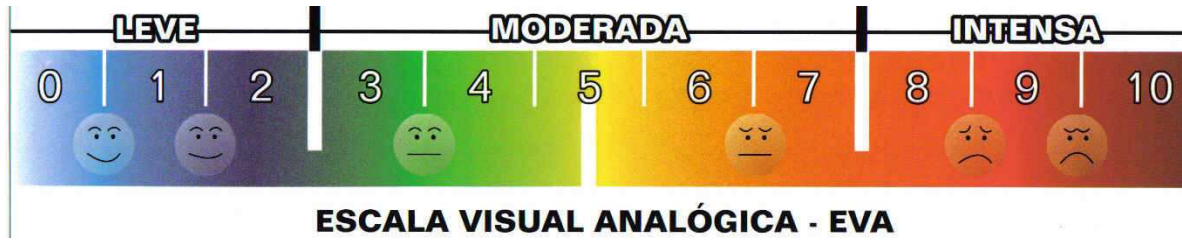
UCHOA, E.; VIDAL, J.; **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em 10 nov. 2006.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Heicitec, 2001

VICTORIA, G. C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo, 2000.

ZILLIG, C. Lombalgia. **Jornal de Santa Catarina,** Blumenau, 03 de março de 2008. p. 32.

ANEXO A - ESCALA ANÁLOGO-VISUAL



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A Dor Lombar no cotidiano de mulheres trabalhadoras da Indústria têxtil de Blumenau.

Pesquisador Responsável: Karine Muniz Polizelli.

Telefone para contato: (47) 3337- 6716/ 3222- 0010/ 9654- 9717.

A pesquisa intitulada: “A Dor Lombar no cotidiano de mulheres trabalhadoras da Indústria têxtil de Blumenau”, tem como objetivo compreender o que estas mulheres fazem para o alívio da dor lombar em seu dia-a-dia.

A pesquisa terá uma frequência quinzenal, onde as visitas acontecerão em seu cotidiano familiar e de trabalho, com horários negociados entre as partes.

A pesquisa terá início com uma pequena entrevista onde serão abordadas questões gerais sobre a dor lombar, e neste primeiro encontro as participantes receberão uma espécie de calendário, com a data e os dias da semana, onde se comprometem em marcar como se sentiram naquele dia, colocando uma nota para sua dor que irá variar de 0 a 10, além disto, as participantes deverão descrever o que fizeram para aliviar o sintoma de dor. Nos dias das visitas a pesquisadora utilizará um formulário de acompanhamento, com o objetivo de esclarecer as marcações feitas pelas participantes. As conversas serão gravadas, com o intuito de captar tudo o que é dito, no sentido de auxiliar na compreensão do entrevistado.

É importante deixar claro que a pesquisa não tem o intuito de prejudicar nenhuma das participantes, portanto a pesquisadora se compromete em não divulgar o nome da participante em qualquer circunstância, marcar horários para as visitas de melhor disponibilidade para a participante, garantir a participação livre, a qualquer momento a pessoa pode deixar de participar da pesquisa, e isso não trará qualquer consequência para a pessoa ou sua família.

- Nome do Pesquisador: Karine Muniz Polizelli

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA A PRIMEIRA ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Telefone:

1. Você acha que a dor incomoda seu dia-a-dia?
2. Você se cuida para não sentir dor? O que você faz?
3. Você sabe qual é a causa da sua dor nas costas?
4. Você procura falar para as pessoas da sua casa ou do seu trabalho que você está com dor?
5. O que elas falam para você? (caso a resposta seja afirmativa), caso seja negativa, porque não fala?
6. O que sentir dor significa para você?
7. Quantas horas você trabalha por dia?
8. Você poderia dizer como é sua rotina de trabalho?
9. Durante o seu horário de trabalho, se você começa a sentir dor, ou se já está sentindo, o que você procura fazer para que ela passe?
10. Quando você está com dor, você procura ajuda de alguém?

APÊNDICE C - CALENDÁRIO

Você sentiu dor hoje?

Nome:

Data coleta:

Períodos	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO

Nome:

Data Coleta:

1. Você marcou que estava com dor no dia X, o que você fez para que a dor passasse?
2. O que você fez para aliviar a dor foi eficaz?
3. Neste dia o fato de estar com dor mudou alguma coisa na sua rotina? (na sua casa ou no trabalho?).
4. Quem lhe ensinou, ou onde você aprendeu o que fazer para a dor?
5. Você foi ao posto de saúde a procura de uma solução para a sua dor? (caso positivo o que foi feito?) (caso negativo porque não foi?).
6. O que você acha que um profissional de saúde poderia fazer quando você está com dor?

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](#)