

RUBENS BEDRIKOW

**DOR CRÔNICA EM MULHERES:
uma reflexão sobre a clínica**

CAMPINAS

Unicamp

2008

RUBENS BEDRIKOW

**DOR CRÔNICA EM MULHERES:
uma reflexão sobre a clínica**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B391d Bedrikow, Rubens
Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica / Rubens
Bedrikow. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dor. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Medicina
Familiar. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Chronic pain among women: a clinical reflection

Keywords: • Pain
• Family Practice

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Profa. Dra. Regina Giffoni Marsiglia
Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa

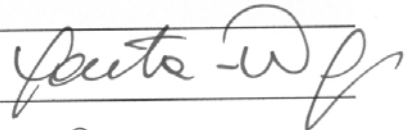
Data da defesa: 28 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

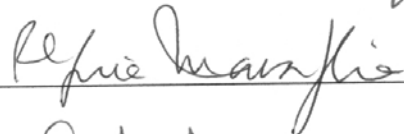
Orientador: Prof.^(a) Dr.^(a). Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

Prof.^(a) Dr.^(a) Gastão Wagner de Sousa Campos



Prof.^(a) Dr.^(a) Regina Giffoni Marsiglia



Prof.^(a) Dr.^(a) Carlos Roberto Silveira Corrêa



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/02/08

DEDICATÓRIA

Ao Renato (*in memoriam*),
Mestre em alegrar a vida dos outros.

Ao meu pai,
exemplo de abnegação, modéstia, retidão, altruísmo.

Eterno estudante.

Às mulheres, com dor crônica.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Gastão, pela confiança no meu trabalho, pela sua capacidade de entusiasmar e seduzir os colegas, alunos e orientandos para a defesa da saúde pública e da clínica ampliada.

À Mena, pelas conversas, sugestões, revisões, correções, livros. Seu amor e companheirismo são fundamentais.

Aos meus pacientes em geral, que tão bem me acolheram nas unidades de saúde de Campinas.

Às pacientes que colaboraram com este estudo, doando seu tempo e energia para a realização das entrevistas.

Aos meus pais, pelo amor e apoio de sempre.

Aos meus filhos que entenderam o pai vivendo a pós-graduação.

Aos meus irmãos que brincaram e passearam com os sobrinhos.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, pelos conhecimentos transmitidos com tanta competência.

Aos professores Paulo e Carlos Roberto, pelas sugestões durante a qualificação.

Ao professor Everardo, pela gentileza de enviar-me material bibliográfico e pela grandeza do seu curso.

À professora Regina, pelo tempo dispensado à leitura do texto, sugestões e empréstimo de vários livros.

Ao professor Guedes, pela acolhida no período de turbulência e pela compreensão do meu tempo de dissertação na reta final.

Aos colegas de trabalho dos Centros de Saúde São Domingos, São José e Barão Geraldo, todos em Campinas, por me ajudarem na tentativa de ampliar a clínica.

À Dra. Teresa que me incentivou e reconheceu meu amor pela clínica e saúde pública.

À Merian que abriu as portas do Centro de Saúde de Barão Geraldo e facilitou minha pós-graduação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que tornou possível a realização deste estudo nas suas unidades.

Aos meus colegas do PS da Santa Casa de São Paulo, Dr. Valdir, Sandra, Afonso, Paulo, Vânia e Mauro. Fonte de trabalho, estudo, disciplina, respeito e dedicação ao doente.

À Lola. *Thank you.*

Às secretarias Léo e Maísa, pela lembrança dos prazos, normas, documentos, cursos.

	PÁG.
RESUMO.....	<i>ix</i>
ABSTRACT.....	<i>xii</i>
APRESENTAÇÃO.....	15
1- INTRODUÇÃO.....	18
1.1- A mulher na Sociedade e no Trabalho.....	19
1.2- A Dor.....	23
1.3- O Programa de Saúde da Família.....	26
1.4- O PSF de Campinas: PAIDÉIA.....	30
1.5- A Clínica.....	32
2- OBJETIVOS.....	34
3- SUJEITOS E MÉTODOS.....	36
3.1- Aspectos Éticos.....	40
4- RESULTADOS.....	42
4.1- Distribuição das Pacientes Seleccionadas de Acordo com o Diagnóstico Registrado.....	43
4.2- Entrevistas por Questionário.....	44
4.3- Entrevistas Semi-estruturadas.....	46
4.4- Entrevistas Abertas e Estudo dos Prontuários.....	53
5- DISCUSSÃO.....	70
6- CONCLUSÃO.....	81
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
8- APÊNDICE.....	89

LISTA DE QUADROS

		PÁG.
Quadro 1-	Distribuição das pacientes segundo o diagnóstico.....	43
Quadro 2-	Distribuição das pacientes segundo a ocupação.....	44
Quadro 3-	Distribuição das pacientes segundo o estado civil.....	45
Quadro 4-	Distribuição das pacientes segundo o número de filhos....	45
Quadro 5-	Distribuição das pacientes segundo o responsável pela renda familiar.....	45
Quadro 6-	Distribuição das pacientes segundo a renda familiar.....	45
Quadro 7-	Distribuição das pacientes segundo a renda da paciente..	45

RESUMO

A partir de 2001, no bojo da reorganização do modelo de atenção à saúde no município de Campinas, surge a proposta de ampliação da clínica, valorizando o sujeito e o contexto, além da doença. Este estudo propôs-se a fazer uma reflexão sobre a clínica praticada em mulheres com dor osteomuscular crônica decorrente de tendinite, lesão por esforço repetitivo, lombalgia e fibromialgia, a partir da atividade do pesquisador como médico em uma unidade básica de saúde. O objetivo foi conhecer o significado da dor para essas mulheres e discutir como esse conhecimento poderia contribuir com a ampliação da clínica. O referencial teórico abarcou questões como a inserção da mulher na sociedade e no trabalho, o Programa de Saúde da Família, o significado da dor e os tipos de clínica. A metodologia incluiu a aplicação de questionário, realização de entrevistas e estudo de prontuários. A maioria das pacientes estudadas exerce atividades ocupacionais que exigem esforço físico diário ou movimentos repetitivos. Esse é o caso das faxineiras, domésticas, costureira, servente, auxiliar de cozinha, salgadeira e atendente de cafeteria, ocupações tipicamente femininas, pois são consideradas como extensão das atribuições do lar. Responsabilizam-se ainda pelos afazeres domésticos e contribuem ou garantem a renda familiar. Desvantagens determinadas pela cultura de gênero, em particular na divisão de responsabilidades entre homens e mulheres no cuidado dos filhos e do lar e na inserção no mercado de trabalho, parecem contribuir com o aparecimento ou manifestação da dor. Não obstante haverem atribuído a dor às tarefas profissionais e domésticas, têm a percepção de que a dor significa mais que um simples problema físico, guardando também relação com questões sentimentais e com suas histórias de vida. Os sentimentos revelados foram tristeza, solidão, angústia, desespero, nervosismo, irritação, depressão, desânimo, agitação, mal-humor, fracasso e ansiedade. As entrevistas abertas captaram ou aprofundaram várias questões geradoras de sofrimento, ligadas à subjetividade de cada paciente, que não haviam sido detectadas pela clínica tradicional. Mostraram também que a dor, muitas vezes, sinaliza sofrimento pessoal, pedido de ajuda ou atenção. Sob a ótica das pacientes, essas questões não biológicas têm grande relevância e precisam ser valorizadas pelos profissionais de saúde. Diante da

constatação de que tais questões vieram à tona apenas quando as mulheres encontraram espaço para falar livremente de si, o pesquisador concorda não somente com a mudança na dinâmica tradicional da consulta, mas também, e principalmente, com o acompanhamento do sujeito no seu caminhar na vida, assim como de sua família, conforme preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, em particular no modelo proposto por Campos (2003), enfatizando o estabelecimento de vínculo e a adoção da clínica ampliada.

ABSTRACT

Since 2001, at the summit of the health attention model rearrangement in the city of Campinas, there has come about a clinical improvement proposal valorizing the subject in her context besides the disease itself. This study suggests a reflection about the clinical practice in women undergoing chronic osteomuscular pain due to tendinitis, RSI (Repetitive Strain Injury), back pain, and fibromyalgia, from the researcher's activities as a physician in a public health care unit. The goal was to understand the meaning of pain to these women and to discuss how this knowledge would contribute to clinical improvement and expansion. The theoretical reference encompassed issues such as women insertion in the society and work, the Brazilian government "Family Health Program", the source of their pain and the types of clinical assessment. The methodology involved the utilization of a questionnaire, interviews, and the analysis of medical charts. Most patients enrolled in the study carry out occupational tasks that require daily physical strain or repetitive movements. This is the case of housekeepers, maids, sewing women, servants, kitchen helpers, appetizer (Brazilian snacks) makers, cafeteria attendants, all typical women occupations since they're seen as an extension of household attributions. These women are also in charge of domestic chores and contribute or provide the family income. Disadvantages determined by the local gender culture, in particular the distribution of household responsibilities among men and women as to taking care of home and children and insertion in the working market seem to contribute to the appearance or manifestation of pain. However, although they have attributed the pain to professional and household chores, they have the feeling that pain means more than a simple physical problem, but it is related to sentimental issues and their personal life stories. The feelings disclosed were sadness, loneliness, anguish, despair, nervousness, irritation, depression, hopelessness, agitation, bad mood, failure, and anxiety. The open interviews detected or went deep into several issues that generated suffering which were linked to subjective aspects of each individual patient not noticed in previous traditional clinical appointments. They also demonstrated that pain quite often signalizes personal suffering or a cry for help and attention. Under the patients' view, such non-biological issues are in fact relevant and need to be taken

into consideration by health professionals. Facing the fact that these issues were only revealed when women felt at ease to talk freely about themselves, the researcher agrees not only with the change in the traditional appointment dynamics, but also, and specially, with the need to follow-up the subject throughout her life, as well as her family, as preconized by the Family Health Strategy, in particular the model proposed by Campos (2003), emphasizing the establishment of a bond and the adoption of an expanded clinical attention.

APRESENTAÇÃO

Foram dez anos de carreira hospitalar, até que, em 2001, decidi engajar-me na atenção básica, numa unidade de saúde da periferia de Campinas. Nessa ocasião, processava-se, a todo vapor, a implantação do Programa de Saúde da Família – Paidéia – naquele município. Dentre suas diretrizes, identifiquei-me particularmente com a clínica ampliada, que tem por objeto não somente a doença, mas ainda o sujeito – biológico, subjetivo e social – e o contexto.

Uma vez seduzido pela clínica ampliada, passei a me sentir mais e mais preocupado cada vez que atendia pacientes reduzidos às suas doenças, sem que as demais dimensões das suas vidas adentrassem a unidade de saúde. Casos de lombalgia, tendinite, fibromialgia e lesão por esforço repetitivo (LER), entre outros, eram comuns. A maioria, mulheres habituadas a tomar analgésicos, antiinflamatórios ou antidepressivos e bem conhecidas da equipe de saúde, haja vista que retornavam repetidas vezes com dor refratária ou recorrente. Meu incômodo tinha sua razão de ser na aparente impotência da clínica tradicionalmente oferecida.

Mesmo depois da transferência para outra unidade, mantive o hábito de registrar sistematicamente o nome, idade, sexo, número da ficha familiar e diagnóstico dos pacientes atendidos. Os diagnósticos eram fruto das consultas, não havendo a preocupação de aguardar confirmação através de exames complementares ou de parecer de especialistas. A observação de tais registros ressaltava ainda mais a problemática das mulheres adultas, sofrendo com dores osteomusculares de difícil resolução.

Aos meus olhos, a clínica tradicional, centrada na doença, no biológico¹, amparada essencialmente em exames complementares e medicamentos, não se mostrava capaz de responder, satisfatoriamente, às reais

¹ Segundo Timo-laria C (1996) e Gadelha MIP et al. (1996), o vocábulo biologia designa tudo que se refere aos seres vivos, englobando, portanto, a sociologia e a psicologia. Não obstante, “a imensa maioria dos biólogos e todos os demais seres humanos distinguem biológico de cultural, biológico de psicológico, biológico de sociológico” (Timo-laria, 1996). Neste estudo, o referido erro de linguagem será tolerado a fim de permitir a compreensão do texto.

necessidades daquelas mulheres. Parecia-me que a ampliação da clínica, conforme o modelo proposto por Campos (2003), caberia melhor na abordagem das mesmas.

A redefinição ampliada do objeto, dos meios de trabalho e do objetivo da clínica confere-lhe potencialidade aumentada (Campos, 2003). Por isso, vislumbrei-a como ferramenta poderosa na luta contra o sofrimento daquelas pacientes queixosas de dor, aparentemente insensíveis à clínica tradicional.

O primeiro passo rumo à ampliação da clínica foi conhecer o contexto sócio-histórico que envolve essas mulheres e a atenção à saúde a elas dispensada. Entender o lugar que ocupam na sociedade moderna e sua inserção no mercado de trabalho. Assim, surgiram os capítulos “A mulher na sociedade e no trabalho”, “O Programa de Saúde da Família”, “O PSF de Campinas: Paidéia” e “A clínica”.

A doença, aqui representada pela dor e as formas como se apresentou nas pacientes, também fizeram parte do marco teórico estudado, resultando no capítulo “A Dor”.

Finalmente, o subjetivo, compreender o significado da dor para aquelas mulheres, de onde surgiu a necessidade do método qualitativo (Minayo, 1998), ou seja, as entrevistas semi-estruturadas e as abertas que formaram o trabalho de campo deste estudo.

O cotejo dos dados emergidos do referencial teórico com aqueles coletados durante a fase do trabalho de campo serviu de alicerce para uma reflexão sobre a clínica, apresentada na “Discussão”.

1- INTRODUÇÃO

1.1- A Mulher na Sociedade e no Trabalho

A opção de estudar apenas pacientes do sexo feminino, obrigou-me a levar em conta algumas características próprias dessa categoria social que poderiam contribuir para a análise dos resultados da pesquisa.

Ao abordar a questão de gênero, Helman (2003) afirma que a polêmica entre a determinação orgânica (natureza) ou ambiental (cultura) do comportamento humano e das diferenças entre homens e mulheres ainda é presente, embora de forma menos radical que no passado. Para antropólogos feministas, as mulheres são vistas como “menos culturais” que os homens, o que, no pensamento ocidental, equivale a considerá-las inferiores.

Outro conceito mencionado por Helman (2003) e que diz respeito às diferenças entre homens e mulheres é o de culturas de gênero que corresponde ao conjunto de diretrizes adquiridas desde a infância e que “ditam ao indivíduo como ele deve perceber, pensar, sentir e agir enquanto membro masculino ou feminino daquela sociedade”. Nessa ótica, tradicionalmente, na maioria das sociedades, caberia à mulher um papel de subordinação, responsabilidade doméstica e cuidado dos filhos. No entanto, operaram-se mudanças no perfil de divisão do trabalho com a urbanização e industrialização, de forma que as mulheres passaram, cada vez mais, a trabalhar fora de casa e a desempenhar um papel significativo no sistema econômico.

Estima-se que a população brasileira superou os 180 milhões de habitantes, com manutenção da tendência histórica de predominância feminina: em 1980, haviam 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que caiu para 97% em 2000 e será de 95% em 2050 (IBGE, 2007).

A proporção de domicílios com chefes mulheres vem crescendo de maneira regular desde a década de 80: em 1981 e 1985, essa proporção era, respectivamente, de 16,9% e 18,2%; em 1990 e 1995, era de 20,3% e 22,9%. Entre 1995 e 2005, a “chefia feminina” aumentou 35%, passando de 22,9% para 30,6%. (IBGE, 2007).

Segundo dados do IBGE (2007), observa-se crescimento da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho nos últimos anos. As mulheres estão predominantemente no setor de serviços, em atividades relacionadas ao cuidado, em áreas que poderiam ser consideradas extensões das atribuições familiares e domésticas. A inserção em nichos ocupacionais tipicamente femininos faz com que ganhem menos que os homens.

Apesar do crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, a responsabilidade pelos afazeres domésticos ainda é predominantemente das mulheres. Entre as trabalhadoras, 92% declaram cuidar de afazeres domésticos. Em média, as mulheres dedicam 25,2 horas semanais ao cuidado do lar contra 9,8 horas dos homens. (IBGE, 2007).

Cappellin (2005) afirma que:

...as mulheres trabalham muito mais. Observa-se um incipiente envolvimento masculino, ainda disperso, com algumas atividades familiares – o reconhecimento, por exemplo, de que vale a pena dedicar tempo à criança. Mas há pouquíssimo envolvimento com os afazeres clássicos domésticos.

Evangelista (2005) lembra que:

Quando os homens realizam algum trabalho doméstico ou de cuidado com os(as) filhos(as), estão apenas ‘ajudando’ a companheira, podendo deixar de fazê-lo se o desejarem, uma vez que esta é uma responsabilidade socialmente atribuída às mulheres.

Segundo Yannoulas (2005), “no entendimento da maioria dos governantes e legisladores, a responsabilidade pelo cuidado das crianças continua a ser uma questão feminina e de caráter privado”.

Bloch (1985) reconhece três componentes do trabalho feminino: de reprodução, de produção e o serviço sexual. O trabalho de reprodução compreende a educação dos filhos, cuidados domésticos, afetivos, gestão da

saúde e transmissão de uma cultura e maneira de viver. Esse papel costuma ser atribuído a dons próprios da natureza feminina, apesar de ser, na realidade, fruto de longa educação, iniciada no fim do século XVIII, que prepara as mulheres ao futuro papel de mãe e servidora.

O segundo componente, chamado por Bloch de trabalho de produção ou trabalho assalariado, caracteriza-se, essencialmente, pela ocupação de postos de trabalho com menor qualificação, menores salários e execução de tarefas mais repetitivas e menos valorizadas. A vontade e necessidade de conciliar o trabalho doméstico, não remunerado, e o trabalho de produção, mal remunerado, provoca o esgotamento da mulher.

Finalmente, ao analisar o componente sexual do trabalho feminino, a autora afirma que não há lugar para o corpo feminino nas profissões masculinas. Não há espaço para as emoções, o afetivo, o falar, o sentir femininos, num mundo onde o modelo dominante é feito à imagem do masculino. Bloch (1985) enxerga uma inexistência social do ser feminino, responsável pela discriminação social das mulheres que as conduz a oscilar entre o desejo de se moldar ao modelo dominante, ao preço de uma mutilação de seus próprios desejos, e de resistir a ele, com o risco de não ter existência social. O cumprimento das múltiplas tarefas exigidas para que tenha existência social coloca a mulher sob tensão nervosa, até que um dia os primeiros sintomas dessa sujeição surgem e são considerados expressão de doença: mulheres deprimidas, anuladas. Nesse contexto de desqualificação e desvalorização do papel da mulher, pode-se melhor entender o que tentam dizer através de seus sintomas (Bloch, 1985).

Na sociedade capitalista, o trabalho doméstico perdeu reconhecimento no conjunto das atividades produtivas e conquistou o rótulo de serviço de mulher. Para Moraes (1981), a inserção da mão-de-obra feminina na esfera produtiva depende tanto das condições e das exigências do mercado, quanto da maior ou menor disponibilidade dada pela situação familiar.

Moraes (1981) chama a atenção para um fato interessante, a saber, a desvalorização econômica do trabalho doméstico que passa a ser considerado função da biologia feminina:

Desde que os produtos da atividade do homem passaram a ser mercadorias, valorizadas segundo uma escala de preços monetários, as atividades que permaneceram como 'produção doméstica' [...] foram perdendo sua conotação econômica, terminando por serem vistas como uma espécie de prolongamento 'biológico' do sexo feminino.

Evangelista (2005) também relaciona a desvalorização do trabalho doméstico ao seu pequeno valor econômico:

É necessário desconstruir a categoria 'trabalho produtivo', responsável pelo não reconhecimento e pela desvalorização do trabalho doméstico e dos cuidados no âmbito familiar, em geral realizados pela mulher. Embora essenciais para a reprodução da família, essas atividades têm sido desvalorizadas – porque 'não geram valor', entendido como recurso monetário.

Para Nunes (2005), as trabalhadoras integraram-se no mercado de trabalho em posições desvantajosas e são objeto de opressão, exploração e discriminação. Na opinião de Mireya (2005), a discriminação traz como conseqüências o isolamento social e o rebaixamento da auto-estima.

Na atenção primária, a preocupação com a discriminação e a saúde da mulher trabalhadora pode ser percebida nas declarações produzidas nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que sucederam aquela de Alma-Ata. A Declaração de Adelaide (1988) coloca a saúde da mulher como uma das “quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis” e propõe “mecanismos de apoio à mulher trabalhadora”. Na Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992), encontramos o compromisso de “eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher”. (Brasil, 2001).

Tanto suas características biológicas como seu papel na dinâmica das famílias fazem com que as mulheres apresentem necessidades e dificuldades diferentes dos homens. Exemplo disso é a constatação de que as mulheres são mais atingidas pela dupla carga de trabalho – doméstica e profissional – do que os homens (Fischer e Lieber, 2003). Isto, no entanto, não pode impedir o acesso das mulheres ao mercado de trabalho, mas deve embasar ações no sentido de facilitar a conciliação do trabalho doméstico e profissional. Uma medida cabível seria a adoção de jornadas de trabalho mais curtas do que a dos homens (Korchounova, 1983). Por outro lado, soluções como essa são interpretadas, por alguns, como desrespeito ao princípio da igualdade entre os sexos.

1.2- A Dor

A dor resulta da interação de lesão tecidual com características emocionais e culturais individuais. A tolerância à dor varia de indivíduo para indivíduo e de uma cultura para outra e depende de fatores sensoriais, genéticos, emocionais, culturais e sociais (Budó et al., 2007). A maneira como as pessoas percebem, reagem e comunicam a dor sofre influências da sua formação cultural e social (Helman, 2003).

Transformar a dor privada em pública, seja através de demonstração verbal ou não-verbal, representa uma forma do indivíduo relacionar-se com a sociedade. No caso da dor crônica, sua manifestação pública pode significar pedido de ajuda, atenção, forma de comunicar desejos, necessidades. “Em muitas famílias e grupos culturais, a encenação da dor pode ser a única maneira de sinalizar sofrimento pessoal”. A dor crônica parece relacionar-se com depressão, ansiedade, tensões familiares e no trabalho (Helman, 2003).

Budó et al. (2007) entrevistaram 60 pacientes adultos com o intuito de estudar a percepção e o significado da dor. As respostas foram agrupadas nas seguintes subcategorias: dor como questão física, dor relacionada a questões

emocionais e sentimentais, dor como questão religiosa e dor como uma condição humana. A maioria dos entrevistados enxergou a dor como questão física e, a seguir, relacionada a questões emocionais e sentimentais. Para essas autoras, esse resultado espelha o predomínio do componente biológico na prática médica e sua influência no saber popular. No que se refere às questões emocionais e sentimentais, as autoras ressaltam a importância dos profissionais de saúde abordarem também esses aspectos ao cuidarem de pacientes com dor e o risco de dor crônica resultar em depressão e até suicídio. Ao interessar-se pela diferença de tolerância à dor entre os sexos, encontraram respostas como a mulher suporta mais que o homem, em função da cultura que nos passam e a mulher tem que se preocupar com os filhos, netos e com o serviço da casa. No entanto, lembram que “as mulheres são criadas para referirem suas dores e seus sofrimentos com mais emoção do que os homens”. Os sentimentos mais associados à dor foram depressão, nervosismo, ansiedade, tristeza e desespero.

Para Lima e Trad (2007), “a dor é apenas um dos elementos do sofrimento” da pessoa com dor crônica e “é preciso saber mais sobre o lugar que ocupa na vida do doente”. Kotarba², diante de pacientes com dor crônica, defende a abordagem de vários aspectos da vida da pessoa, a dinâmica familiar, o comprometimento físico e psíquico, a inserção social e produtiva, com ênfase na busca de sentido para a dor na vida.

A maioria das mulheres atendidas por mim com queixa de dor apresentavam lombalgia, tendinite ou lesão por esforço repetitivo, quadros que costumam relacionar-se com movimentos exigidos pelas atividades profissionais ou domésticas. A associação possível entre ocupações que dependem de esforço ou repetição de movimentos e o comprometimento da saúde não constitui novidade, haja vista que os gregos já falavam da degeneração física e da alma provocada pelos trabalhos manuais (Hunter, 1955). Interessante a observação grega do componente sentimental (alma), cuja importância tem sido resgatada em estudos recentes (Helman, 2003; Budó et al., 2007; Lima e Trad, 2007).

² Kotarba JA. *apud* Lima MAG, e Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. 23(11):2672-80.

A lombalgia mecânica é geralmente inespecífica e decorre de danos musculoligamentares, sem comprovação anatômica ou histológica. Trata-se de queixa muito comum, perdendo apenas para os problemas respiratórios como motivo de consulta médica. São a maior causa de limitação funcional em pessoas menores de 45 anos e a que mais acarreta faltas ao trabalho e aposentadoria por invalidez (Soibelman et al., 2004).

Tenossinovite corresponde à inflamação do tendão (tendinite) nos locais envolvidos por bainhas sinoviais. Comumente, decorre do uso excessivo do tendão. Nestes casos, os locais mais comumente acometidos são ombros (tendinite do supra-espinhoso), cotovelos (epicondilite), punhos e mãos (tendinite de de Quervain e dedo em gatilho).

O termo LER designa as alterações musculoesqueléticas do pescoço, dorso e membros superiores, cujas causas estão relacionadas a atividades ocupacionais (Assunção e Almeida, 2003). Para Maeno e Carmo (2005a), as LER surgem quando as formas de organização do trabalho não respeitam os limites fisiológicos dos trabalhadores. São freqüentes entre mulheres jovens (Pastre et al., 2007). Manifestam-se como tenossinovite, síndrome do túnel do carpo, tendinite do ombro, entre outros. Essas afecções, identificadas no Brasil desde a década de 1970, inicialmente entre lavadeiras, limpadoras e engomadeiras, ganharam notoriedade ainda maior com o movimento dos bancários devido ao acometimento dos digitadores, a partir da década de 1980 e foram descritas em várias outras categorias profissionais, de forma que passaram a ganhar destaque nos serviços e programas de saúde do trabalhador (Maeno e Carmo, 2005a). Na década de 1990, tornaram-se as afecções ocupacionais mais comuns. Seu caráter multifatorial exige abordagem ampla que inclui a investigação das dimensões biomecânicas, cognitivas, sensoriais e afetivas da atividade de trabalho, o que gera dificuldade para o médico instrumentalizado exclusivamente pelo raciocínio da medicina biológica (Assunção e Almeida, 2003). A partir de 1998, as LER passaram a ser chamadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (Azambuja e Viana, 2004).

A fibromialgia é uma síndrome multissintomática caracterizada por dor disseminada crônica, geralmente acompanhada de fadiga intensa, rigidez, distúrbio do sono e depressão (Bennett, 2005). O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos: dor disseminada com duração igual ou superior a 3 meses e hipersensibilidade dolorosa à palpação digital de, pelo menos, 11 de 18 pontos preestabelecidos (bilateralmente): inserção do músculo suboccipital, região cervical baixa (entre C5 e C7), borda superior do trapézio, origem do músculo supra-espinhoso, segunda articulação costovertebral, epicôndilo lateral, quadrante superior lateral do glúteo, grande trocânter e porção medial do joelho. O tratamento multidisciplinar inclui orientação sobre a doença, terapia cognitiva comportamental, terapia ocupacional, exercícios físicos e uso de fármacos como antidepressivos tricíclicos, sedativos não-benzodiazepínicos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (Brenol e Brenol, 2004; Bennett, 2005). Muitos pacientes associam os sintomas à carga de trabalho repetitivo; 70% dos portadores de fibromialgia atendidos em centros acadêmicos sentem-se incapacitados e 16% recebem benefícios do seguro social (Bennett, 2005).

1.3- Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa um modo de organizar a atenção à saúde a partir da unidade familiar, construído operacionalmente na esfera comunitária. Trata-se de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) que ganhou status de política nacional de saúde em 1994, com potencial para consolidar diretrizes do SUS tais como a universalidade, descentralização, regionalização, integralidade e controle social. Busca reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica (Alves, 2004; Andrade et al., 2006).

Merhy e Franco (2003) lembram que, “de acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população,

desqualificação profissional, iniquidades” e que “a assistência à saúde é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas”.

Para o Ministério da Saúde, “a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área. Devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (Brasil, 2004)³.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Mediante a adscrição de clientela, as equipes estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolubilidade da atenção, e que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança do modelo de atenção à saúde, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (Brasil, 2004)³.

O PSF não pode ser grosseiramente resumido a uma súbita replicação de modelos internacionais de medicina de família ou atenção à saúde simplificada. É fruto, isso sim, de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde, tecnicista, centrado no hospital e na

³ <http://drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>

medicalização, num contexto nacional de desigualdades regionais de acesso à saúde e de ofertas de serviços de saúde, e, no âmbito internacional, a popularidade de modelos de atenção primária centrados na comunidade, além da pressão de financiamento das agências internacionais de saúde (Andrade et al., 2006).

As características do modelo hegemônico que se buscava substituir obedeciam aos interesses dos grupos que detinham o poder e que entendiam a saúde como uma fonte a mais de acúmulo de capital, devendo ser ofertada de acordo com as normas do mercado. Nessa lógica, o ato de saúde é considerado um produto de consumo em si e a assistência à saúde confunde-se com a produção de consultas e exames e crescente medicalização da área, resultando na elevação dos custos dos serviços médicos que impediam o acesso de amplas camadas da sociedade (Merhy e Franco, 2003).

No Brasil, o enfrentamento do modelo hegemônico tem suas raízes na luta pela redemocratização da sociedade, mais especificamente, no movimento conhecido como Reforma Sanitária, que ansiava mudanças na política nacional de saúde, defendendo a saúde como um direito público e rejeitando as precárias condições de saúde da população e a mercantilização do setor, na década de 70 (Silva Jr, 1998; Pereira et al., 2006). Seus princípios e diretrizes foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que destacou a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, a inadequação dos serviços às necessidades da população, a qualidade insatisfatória dos serviços de saúde e a ausência de integralidade das ações como principais problemas de saúde (Paim, 2003). Dessa conferência surgem o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a formulação de um embrião do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (Pereira et al., 2006). Esse movimento culminaria com a adoção de um novo sistema de saúde para o país na Constituição de 1988:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade (Nova Constituição Brasileira, 1988).

Nessa busca de novos modelos, experiências inovadoras de atenção à saúde como o Modelo em Defesa da Vida, o Modelo Ação Programática de Saúde e o Modelo Silos (Sistemas locais de saúde) antecederam o PSF (Andrade et al., 2006).

O Modelo em Defesa da Vida nasceu em Campinas, no final de década de 80, e estava fundamentado nos seguintes princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva (Andrade et al., 2004).

O Modelo Ação Programática de Saúde, elaborado no Departamento de Medicina Preventiva da USP, defendia a organização de atividades eventuais conforme a demanda espontânea de quem procurasse o serviço ou atividades de rotina para demanda organizada, programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais ou por importância sanitária, definição de finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas, hierarquização interna de atividades, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais, sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade, gerência da unidade por médicos sanitaristas e regionalização e hierarquização das unidades (Andrade et al., 2004).

A proposta Silos caracterizou-se por formulações-chave como território e problema. O enfoque por problemas pressupõe a interdisciplinaridade, buscando-se a integração conceitual e metodológica entre diferentes disciplinas do conhecimento, contrapondo-se à abordagem multidisciplinar que fragmenta o conhecimento nas especialidades envolvidas (Andrade et al., 2004).

Experiências pontuais de equipes de saúde da família em alguns municípios brasileiros e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) desde 1986 no Ceará, e a partir de 1991, em outros estados, serviram de substrato complementar para a formulação do PSF como política nacional de saúde (Andrade et al., 2006).

O PSF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Portanto, enfatiza a abordagem coletiva, sem desprezar a abordagem individual (Andrade et al., 2004).

Os componentes da organização do PSF são: a) definição e descrição do território de abrangência; b) adscrição de clientela; c) diagnóstico de saúde da comunidade; d) acolhimento e organização da demanda; e) trabalho em equipe multiprofissional; f) enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; g) estímulo à participação e controle social; h) organização de ações de promoção de saúde; i) resgate da medicina popular; j) organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe; l) identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; m) monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; n) clínica ampliada; o) educação permanente em saúde (Andrade et al., 2006).

1.4- O PSF de Campinas: PAIDÉIA

Diferentemente de outros municípios, nos quais se organizou o Programa de Saúde da Família paralelamente à rede já constituída, em Campinas a opção foi adaptar algumas das diretrizes do programa federal ao SUS municipal,

aproveitando uma rede básica que já contava com boa cobertura de serviços (Vilela, 2005).

O adjetivo Paidéia, conceito grego que significa desenvolvimento integral do ser humano, foi incorporado ao nome do Projeto de Saúde da Família de Campinas a fim de enfatizar a preocupação com o desenvolvimento integral da pessoa, cuidando da saúde, mas também da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo (Campinas, 2001).

As equipes de saúde da família passaram a ser chamadas de equipes locais de referência e, por respeito às características epidemiológicas e da própria rede básica de saúde, foram estimuladas a incluir também um pediatra, ginecologista e clínico, além do médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de cirurgia dentista (Campinas, 2001).

O núcleo de competência e responsabilidade do médico de família está representado pelo exercício da clínica ampliada em relação aos adultos. Como campo de responsabilidade, encontra-se a atenção a intercorrências e a problemas mais freqüentes em relação à criança e à saúde da mulher. Isto porque, em todos os centros de saúde, ele conta com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio (Campinas, 2001).

As equipes locais de referência passaram a contar com o apoio matricial de uma equipe local de saúde mental.

Com esse projeto, Campos (2003) pretende reformular o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde. Para tanto, propõe ampliar a clínica, o que, em outras palavras equivaleria à redefinição – ampliada – do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos. O objeto ampliado consiste no sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer – e não somente a doença – e não se limita a um paciente, mas engloba também grupos de sujeitos. Amplia-se, também, os meios de trabalho: a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica. A ampliação do objetivo significa ir além da

produção de saúde por meio da cura, do alívio do sofrimento ou da reabilitação e aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades.

Outra diretriz do projeto Paidéia é a ampliação das ações coletivas, o que se buscou através da organização de núcleos de saúde coletiva (NSC) em todas as unidades básicas de saúde. Os NSC teriam a dupla função de apoiar as equipes locais de referência e desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambientes, entre outros. O NSC deve ser composto por profissionais que integram as equipes locais de referência e, quando possível, contar com sanitarista (Vilela, 2005).

Na concepção do Paidéia, encontra-se um arranjo voltado para a co-gestão e a co-responsabilidade: o colegiado gestor, espaço privilegiado de análise e intervenção das questões organizativas, processos de trabalho e troca de informações da unidade, garantindo agilidade no compartilhar o que está acontecendo em nível local, nos demais níveis de gestão e no mundo, além de coletivizar parte importante das decisões da gestão cotidiana⁴.

1.5- A Clínica

O vocábulo clínico provém do grego *linikós* e tem como elemento de composição *klíno*, inclinar ou *klíne*, leito (Novo dicionário da língua portuguesa, 1975). Por extensão, entende-se que clínica é a prática da medicina à beira do leito.

Neste estudo, o termo clínica é empregado no sentido de prática da medicina lato sensu. Segundo Cunha (2004), essa prática processa-se através da interação complexa ou um encontro entre dois sujeitos singulares: um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo.

⁴ Gestão Paidéia e os coordenadores de serviços (PMC, 2004). Documento elaborado pelo colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Campos (2003) distingue três tipos principais de clínica: degradada, tradicional e ampliada.

A clínica degradada restringe-se à busca de resposta à queixa do doente, ao processo queixa-conduta, muito freqüente nos atendimentos em pronto atendimentos. Para dor receita-se analgésico, para febre indica-se antitérmico, para vômito, um anti-emético. Trata-se de clínica com potencialidade muito diminuída, calcada em atendimentos padronizados, que desconsidera a doença e a subjetividade de cada enfermo e que estimula a alienação dos profissionais de saúde.

A clínica tradicional é também chamada de oficial por Campos, uma vez que representa o modelo hegemônico. Tem como objeto a doença, ocupa-se das enfermidades e não dos sujeitos enfermos, num processo de apagamento das outras dimensões existenciais ou sociais do sujeito. A pessoa acometida por um câncer de mama passa a ser um caso de câncer de mama. Toma-se as pessoas por suas doenças, numa ontologia do objeto, prejudicial à compreensão das singularidades de cada doente. O enfoque desequilibrado para o componente biológico, em detrimento das dimensões social e subjetiva, compromete a potencialidade desse tipo de clínica.

A clínica ampliada surge como alternativa às limitações inerentes aos outros dois tipos de clínica, pois desloca o objeto de estudo e trabalho da doença para o sujeito concreto, portador de enfermidade, inserido em determinado momento histórico, cujas características socioeconômicas e culturais, ao interagirem com aspectos subjetivos do enfermo, determinam a forma como as doenças manifestam-se. Para Cunha (2004), “nesse modelo não existiriam quase nunca os purismos das racionalidades médicas, dos modelos teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas – ou no social, ou no biológico ou no psicológico”.

2- OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é conhecer o significado da dor osteomuscular crônica para as mulheres acometidas de lombalgia, tendinite, lesão por esforço repetitivo ou fibromialgia e discutir como essa compreensão pode contribuir para a ampliação da clínica.

Os objetivos específicos são:

- a) traçar um perfil das pacientes portadoras de dor osteomuscular crônica atendidas pelo pesquisador;
- b) identificar como essas pacientes entendem as causas de seus sintomas;
- c) identificar o significado da dor osteomuscular para essas pacientes;
- d) identificar como essas pacientes avaliam a clínica praticada;
- e) identificar espaços que possam ser ocupados pela clínica ampliada.

3- SUJEITOS E MÉTODOS

Uma vez definido o objeto de interesse, representado pelas mulheres portadoras de dor osteomuscular crônica atendidas na unidade básica de saúde, restava a tarefa de escolher a metodologia capaz de responder às indagações resultantes da interação entre a prática diária e a pesquisa bibliográfica complementar.

A opção metodológica foi ao encontro da metáfora proposta por Limoeiro Cardoso⁵ (1978):

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto...

Pode-se dizer que o objeto deste estudo foi iluminado por diferentes fontes luminosas, isto é, foram empregados diferentes instrumentos de pesquisa na expectativa que, em conjunto, comporiam um quadro mais fidedigno do problema em questão ou, em outras palavras, facilitariam uma maior aproximação do objeto.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: a) entrevista por questionário; b) entrevista semi-estruturada; c) entrevista não-estruturada ou aberta; d) estudo do prontuário.

À entrevista por questionário, coube um papel complementar, com o objetivo de traçar um perfil socioeconômico sucinto das pacientes. Este instrumento compôs-se das seguintes questões:

- Estado civil
- Número de filhos
- Pessoas que contribuem com a renda familiar

⁵ Limoeiro Cardoso M. *apud* Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 6^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO; 1998.

- Renda familiar
- Renda da paciente
- Ocupação
- Responsabilidade pelas tarefas do lar

As entrevistas semi-estruturada e aberta tinham por finalidade principal obter dados referentes a sentimentos, significados e opiniões a respeito da dor crônica e da clínica envolvida na sua abordagem. Por isso, a opção por essa metodologia qualitativa que permite estudar a significação do fenômeno e investigar opiniões, crenças ou representação (Minayo, 1994; Lefèvre e Lefèvre, 2003; Turato, 2005).

Moreira (1997) conceitua entrevista semi-estruturada como

...colóquio entre entrevistador e os informantes através de roteiro constando de questões estruturadas ou dirigidas onde se especificam as hipóteses da pesquisa em combinação com o discurso livre, buscando-se cuidadosamente evitar o caráter de interrogatório e procurando-se não interromper a seqüência de idéias do entrevistado.

O roteiro para a entrevista semi-estruturada abarcou as seguintes questões:

- A que você atribui a dor?
- Na sua opinião, como a dor poderia ser evitada?
- Na sua opinião, como a dor deveria ser tratada?
- O que a dor representa na sua vida?

Após a aplicação da entrevista semi-estruturada, julguei necessário aprofundar a conversa, utilizando a entrevista aberta. Nesse sentido, concordo com Minayo (1998) quando esta autora comenta que, na investigação qualitativa, os “instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação”.

Na entrevista aberta, solicitei às pacientes que falassem de suas vidas e da dor. À medida que a entrevista transcorria, outras questões referentes ao tipo de clínica foram sendo incorporadas.

Cabe lembrar que as afirmações do entrevistado representam sua percepção, filtrada e modificada por suas reações cognitivas e emocionais e relatadas através de sua capacidade pessoal de verbalização. Atentei para possíveis vieses de cunhos diferentes, relacionados ao informante: motivos ulteriores, quebra de espontaneidade, desejo de agradar, fatores idiossincráticos, conhecimento sobre o assunto, memória e fluência ou facilidade de expressão (Haguette, 1990).

Ao escolher esse instrumento, busquei informações diretamente dos sujeitos da pesquisa que, no caso, constituem, também, o objeto de estudo. Esses sujeitos do estudo são pessoas em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Portanto, o objeto é essencialmente qualitativo, pois lida com fenômenos que possuem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico (Minayo, 1992).

Finalmente, o estudo dos prontuários teve por finalidade trazer informações adicionais a respeito das pacientes, além de prestar-se à avaliação do grau de correspondência das afirmações presentes nas entrevistas com a realidade objetiva.

As pacientes foram selecionadas entre aquelas atendidas por mim durante minha atividade profissional como médico de família no Centro de Saúde de Barão Geraldo, no município de Campinas, entre fevereiro de 2006 e julho de 2007.

Os sujeitos de pesquisa deveriam ser do sexo feminino, ter entre 18 e 50 anos de idade e dores osteomusculares como causa do atendimento. Optei por limitar o estudo a pacientes adultas menores de 50 anos, pois a prevalência de

doenças tais como osteoartrites e artroses, que não interessam a esta pesquisa, aumenta muito após essa idade.

O tratamento dos dados coletados foi realizado por meio da análise de conteúdo, procurando ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda (Minayo, 1998).

Dentre as cinco técnicas de análise de conteúdo apresentadas por Minayo (1998), optei pela análise temática, trabalhando com significados. Neste caso, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Dois temas foram considerados fundamentais nessa análise: o significado da dor e as características da clínica praticada.

3.1- Aspectos Éticos

Tendo em vista que a pesquisa envolveu seres humanos, seu desenho respeitou os quatro princípios básicos da bioética, incorporados na Resolução nº 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Freitas e Hossne, 1998; Hossne e Vieira, 1999; Turato, 2003), dos quais destaco dois:

1) a não-maleficência: garantir a não invasão da privacidade, a não mobilização emocional de elementos traumáticos e a preservação do anonimato. Neste estudo, os sujeitos de pesquisa participaram de entrevistas que foram gravadas. As gravações transcritas e analisadas não se tornarão públicas, evitando-se assim que seus participantes sejam reconhecidos pela vozes e nem seus nomes serão divulgados, de forma a manter o anonimato;

2) a autodeterminação ou autonomia: direito de agir de acordo com os próprios julgamentos e as próprias convicções; as decisões devem ser, em princípio, respeitadas. Este princípio está respeitado na forma de obtenção do consentimento para a participação na pesquisa.

A participação dos sujeitos da pesquisa se deu somente após o seu consentimento livre e esclarecido, definido pela Resolução 196/96 como anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (Vieira e Hossne, 1998).

O pesquisador forneceu aos sujeitos da pesquisa as explicações necessárias para que pudessem decidir pela participação ou não na pesquisa.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado pelo pesquisador, foi lido a cada um dos sujeitos da pesquisa que o assinaram, referendando dessa forma a decisão de participar da pesquisa. De acordo com a Resolução 196/96, este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador (Apêndice 1).

Dessa forma, buscou-se preservar a autonomia individual na pesquisa, isto é, a observação do princípio ético e legal que prevê que todo ser humano adulto tem o direito de decidir o que será feito com seu próprio corpo (Nora e Benvenuti, 1998).

4- RESULTADOS

4.1- Distribuição das Pacientes Selecionadas de Acordo com o Diagnóstico Registrado

Dos atendimentos por mim registrados durante minha atividade profissional como médico de família, no Centro de Saúde de Barão Geraldo, no período de fevereiro de 2006 a julho de 2007, setenta e uma pacientes, entre 18 e 50 anos de idade, apresentaram queixa de dor osteomuscular crônica.

Quadro 1- Distribuição das pacientes segundo o diagnóstico

<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>Nº PACIENTES</u>
LOMBALGIA/LOMBOCIATALGIA	21
LER	18
TENDINITE	13
MIALGIA	13
DOR NOS MEMBROS	11
DORSALGIA	04
POLIARTRALGIA	02
FIBROMIALGIA	02
CERVICALGIA/CERVICOBRAQUIALGIA	02
DOR SUPRAESCAPULAR	01
SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO	01
TOTAL	88

O achado de 88 diagnósticos, número superior ao de pacientes (71) explica-se pelo fato de que um mesmo paciente pode apresentar mais de um diagnóstico. Alguns podem corresponder a outros registrados, como por exemplo, dor no membro poderia significar mialgia ou mesmo tendinite, e a tendinite a síndrome do túnel do carpo ou manifestações de esforços repetitivos. Procurei tão somente conservar o diagnóstico tal qual aparece nos registros.

4.2- Entrevistas por Questionário

Das setenta e uma pacientes com dor osteomuscular crônica, vinte e uma foram entrevistadas. A seguir, será apresentado o perfil dessas pacientes.

Quadro 2- Distribuição das pacientes segundo a ocupação

Ocupação	número de pacientes
Faxineira	6
Doméstica	9
Manicure	1
Auxiliar de cozinha	1
Servente	1
Funcionária de estacionamento	1
Do lar	2
Desempregada	2
Professora de educação física	1
Nutricionista	1
Salgadeira	1
Costureira	1
Atendente cafeteria	1

Das pacientes entrevistadas, três exerciam duas profissões (doméstica e manicure, faxineira e nutricionista e faxineira e salgadeira, respectivamente), duas trabalharam como doméstica no período que consultaram o pesquisador e, por ocasião da entrevista, uma era auxiliar de cozinha e a outra funcionária de estacionamento e aquelas que aparecem como desempregadas, uma era faxineira e a outra costureira quando foram atendidas pelo pesquisador. Isto explica porque encontramos um número superior de pacientes quando distribuídas pela ocupação.

Quadro 3- Distribuição das pacientes segundo o estado civil

Estado civil	número de pacientes
Casada	10
Solteira	6
Separada\divorciada	2
Outros	3

Quadro 4- Distribuição das pacientes segundo o número de filhos

Filhos	número de pacientes
Nenhum	4
1 filho	4
2 filhos	11
3 ou mais filhos	2

Quadro 5- Distribuição das pacientes segundo o responsável pela renda familiar

Responsável pela renda familiar	número de pacientes
Apenas a paciente	5
Apenas outro(s) familiar(es)	3
Paciente e familiar(es)	13

Quadro 6- Distribuição das pacientes segundo a renda familiar

Renda familiar	número de pacientes
Menos que 1 salário mínimo (SM)	0
1 a 3 SM	9
Mais que 3 SM	11
Não sabe	1

Quadro 7- Distribuição das pacientes segundo a renda da paciente

Renda da paciente	número de pacientes
Nenhuma	4
1 a 3 SM	15
Mais que 3 SM	2

Responsabilidade pelas atividades domésticas

Todas as pacientes entrevistadas relataram serem responsáveis pelas atividades domésticas. Seis pacientes informaram que os familiares ajudam de alguma forma nas tarefas domésticas.

4.3- Entrevistas Semi-estruturadas

As respostas obtidas para cada uma das quatro perguntas são apresentadas a seguir e cada um dos sujeitos de pesquisa entrevistados recebeu um número de 1 a 21 para que suas respostas pudessem ser identificadas. As respostas foram registrada no papel pelo pesquisador.

1. A pergunta “**a que você atribui a dor?**” gerou as seguintes respostas:

1.1. ao problema de coluna; ao trabalho excessivo

1.2. Movimento físico; trabalho

1.3. Tristeza, solidão; falta dos pais; gostaria que a família estivesse mais próxima

1.4. Trabalho; a dor piora quando faz faxina pesada

1.5. Esforços; movimentos exigidos pelo trabalho de doméstica

1.6. Excesso de serviço

1.7. Por trabalhar bastante; separação dos pais

1.8. Trabalhos; movimentos repetitivos

1.9. Trabalho pesado

1.10. Desde que nasceu; genético; ataxia cerebelar

1.11. *O trabalho; muita escada; fica em pé o dia todo*

1.12. *Não sabe*

1.13. *Móveis muito baixos, para as crianças da creche; dobrar a coluna; postura*

1.14. *O trabalho; movimentos; peso; dupla jornada: trabalho em casa e no serviço*

1.15. *Não sei*

1.16. *Atividade física não orientada na infância*

1.17. *Excesso de trabalho*

1.18. *Esforço no trabalho e no lar*

1.19. *O serviço fora de casa; excesso de movimentos*

1.20. *Esforço físico; estresse*

1.21. *Pegar muito peso; estresse*

2. A pergunta “**na sua opinião, como a dor poderia ser evitada?**”, recebeu as seguintes respostas:

2.1. *Não poderia ser evitada, porque não poderia deixar de trabalhar*

2.2. *Ginástica, caminhada, acupuntura*

2.3. *Caminhada, dieta, ter dinheiro para fazer programas diferentes, sair de férias, afastar-se do agito da cidade*

2.4. *Não sabe*

- 2.5. *Orientação sobre postura, método de trabalho; evitar estresse; fazer o trabalho sem pressa, com calma*
- 2.6. *Serviço mais leve; melhorou após parar de trabalhar como doméstica*
- 2.7. *Não poderia ser evitada*
- 2.8. *Alongamento; cuidar do corpo*
- 2.9. *Não trabalhar*
- 2.10. *Não sabe*
- 2.11. *Não trabalhar (em casa, não tem dor); outro tipo de trabalho*
- 2.12. *Se não fizesse nada, se diminuísse o serviço, pois ele piora a dor*
- 2.13. *Não tem jeito; talvez se trabalhasse sentada*
- 2.14. *Trabalhar menos*
- 2.15. *Não sei*
- 2.16. *Orientação adequada sobre atividade física, alongamento, fortalecimento; tênis apropriado*
- 2.17. *Não sei*
- 2.18. *Não trabalhar; trabalhar menos*
- 2.19. *Diminuindo a jornada de trabalho; diminuindo a exigência de produtividade*
- 2.20. *Menos esforço físico*
- 2.21. *Pegar menos peso*

3. A pergunta “**na sua opinião, como a dor deveria ser tratada?**”, produziu as respostas:

- 3.1. *Medicamentos, ginástica, hidroginástica*
- 3.2. *Antiinflamatório, relaxante muscular*
- 3.3. *Remédios, exame mais específico, massagem, terapia no local*
- 3.4. *Não sabe*
- 3.5. *Bem examinada; medicamentos; exames*
- 3.6. *Remédios; Lian gong; exercícios*
- 3.7. *Não tomar muito remédio; tratamento psicológico*
- 3.8. *Massagem; alongamento*
- 3.9. *Medicamentos*
- 3.10. *Como pessoa normal, não como deficiente; analgésicos; exercícios; Lian gong*
- 3.11. *Remédio; exercício*
- 3.12. *Gostaria de ser tratada sem remédio; por exemplo, massagem, exercício*
- 3.13. *Fortalecimento muscular, ginástica; isso tem ajudado muito; freqüente mais a academia; alongamento; mais atenção à postura; variar o serviço; revezar com as colegas*
- 3.14. *Trabalhando menos*
- 3.15. *Não tomar remédio continuamente*
- 3.16. *Musculação; relaxamento*

- 3.17. *Menos remédio; academia; ginástica*
- 3.18. *Não sei*
- 3.19. *Remédio*
- 3.20. *Remédio; terapias sem remédio; terapia mental*
- 3.21. *Remédio, mas não gosta de remédio; massagem*

4. A pergunta “**o que a dor representa na sua vida?**”, gerou as seguintes respostas:

- 4.1. *Tudo de ruim; sofro diariamente; limita a realização de atividades no lar e no trabalho; incomoda para dormir*
- 4.2. *Insatisfação de estar com dor; não consigo fazer as coisas; não consigo ser feliz; não consigo ter vida normal*
- 4.3. *Tristeza, angústia, desespero, nervosismo*
- 4.4. *Tristeza; não consigo fazer aquilo que me proponho; impede de dormir*
- 4.5. *Tudo de ruim; incomodava, atrapalhava o desempenho no trabalho e nas tarefas do lar*
- 4.6. *Pior coisa do mundo; atrapalhava no cuidado do filho e da casa*
- 4.7. *Atrapalha; fico nervosa; perco a paciência; influencia o relacionamento com familiares; limita os cuidados com a filha*
- 4.8. *Judia muito do corpo; não consigo fazer o serviço*
- 4.9. *Transtorno, irritação, nervosismo*
- 4.10. *A dor me deixa deprimida; impede caminhadas mais longas; dificulta a vida na roça*

- 4.11. *Desânimo; não sinto melhora com os tratamentos tentados até agora; a dor provoca cansaço e falta vontade de sair; discuto com o namorado que gostaria de sair; a dor provoca depressão*
- 4.12. *Muito ruim; incomoda muito; limita o serviço da casa e cuidados comigo mesma como pentear-me; provoca nervosismo, agitação*
- 4.13. *Foi horrível, dificultava até para sentar e dormir; tinha medo de ser afastada ou ter restrição no trabalho; medo de piorar a situação; foi necessário que meu marido e filha ajudassem nas tarefas do lar para poder trabalhar fora*
- 4.14. *Incômodo; é ruim ficar com dor; é insuportável; influencia a vida familiar pois fico reclamando muito; deixa a pessoa mais para baixo, com menos vontade, mais indisposta*
- 4.15. *Tristeza; não consigo fazer as coisas; desânimo; fico nervosa e irritada; interfere, atrapalha no relacionamento com familiares devido ao nervosismo*
- 4.16. *Incômodo; limitava a prática de atividade física*
- 4.17. *Horrível; atrapalha para dormir; fico irritada, mal-humorada*
- 4.18. *Sinto-me inválida; ando mancando, arrastando a perna; dificulta até para me vestir; sinto-me fracassada, dependente de terceiros*
- 4.19. *Dor o resto da vida; tem dia que fico irritada, nervosa*
- 4.20. *Tristeza; fico nervosa, ansiosa; como muito chocolate e engordo. Incomoda a vida familiar: não tem ânimo para brincar, namorar, sair. Viajei e não pude aproveitar os esportes radicais*
- 4.21. *Nervosismo; atrapalha para executar as tarefas no trabalho e no lar. Fico irritada e descontente nas filhas*

5. Alguns **comentários emitidos pelas pacientes** durante as entrevistas:

5.1. *Acho que o emocional piora a dor; quando meu filho volta a usar drogas a dor piora*

5.2. *A dor ocupa um espaço importante na vida; penso bastante na dor*

5.3. *O estado emocional e a depressão podem causar a dor*

5.4. Nenhum comentário

5.5. Nenhum comentário

5.6. Nenhum comentário

5.7. *Fiz tratamento em casa espírita: foi bom*

5.8. Nenhum comentário

5.9. *A dor atrapalha o desempenho no trabalho*

5.10. Nenhum comentário

5.11. *Gostaria de consultar médico de ossos ou de nervos; penso que posso ter osteoporose*

5.12. *Mesmo que os familiares ajudassem nas tarefas do lar, teria dor*

5.13. Nenhum comentário

5.14. *O afastamento ajudou a melhorar a dor*

5.15. Nenhum comentário

5.16. Nenhum comentário

5.17. Nenhum comentário

5.18. Nenhum comentário

5.19. Nenhum comentário

5.20. Nenhum comentário

5.21. Nenhum comentário

Segundo o tipo de resposta obtido, as pacientes entrevistadas foram distribuídas em dois grupos: um, se mostrasse que o significado da dor estivesse mais relacionado às questões mecânicas e o outro, a fatores emocionais e psicológicos. Assim, no grupo que valorizou essencialmente as questões mecânicas foram incluídas as pacientes números 1, 2, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17 e 18. No grupo que associou o significado da dor principalmente a questões emocionais ou psicológicas foram alocadas as de número 3, 4, 7, 9, 11, 15, 19, 20 e 21.

De cada um desses dois grupos foram escolhidas duas pacientes para entrevistas abertas e estudo dos respectivos prontuários.

4.4- Entrevistas Abertas e Estudo dos Prontuários

As pacientes que participaram das entrevistas abertas e que tiveram seus prontuários analisados foram aquelas identificadas pelos números 2, 3, 7 e 14, cujas iniciais são CP, LAS, MCO e LPS, respectivamente. O prontuário da paciente CP não foi estudado, porque o acesso a ele tornou-se difícil após a mudança de endereço da paciente, o que se acompanhou da transferência dessa fonte de informações para outra unidade básica de saúde.

Pareceu-me que acrescentar a versão completa da transcrição das entrevistas, neste capítulo, tornaria sua leitura cansativa, prejudicando a compreensão do trabalho como um todo. Portanto, decidi resumir essas transcrições, valorizando os aspectos relevantes das entrevistas, e apresentá-las em conjunto com os resumos dos prontuários.

4.4.1- Paciente LPS

Trata-se de doméstica, solteira, vivendo sozinha em Campinas, natural do interior do Estado de São Paulo, tendo passado a infância na roça e que “divide” a sua vida em duas fases separadas pelo abuso sexual sofrido aos doze anos de idade: “*meu vô, quando a gente ia pra roça, o meu vô uma vez me pegou e me estuprou; pela primeira vez aconteceu isso e quando aconteceu, minha vida acho que acabou ali, praticamente ali*”. A paciente atribui as futuras mazelas da sua vida a essa agressão sofrida na infância: “*eu acho que aí foi que mudou toda a minha vida*”.

Outro fato que lhe perturba consideravelmente, é a separação do filho e da mãe:

Minha mãe se afastou de mim também e eu não tenho minha família próxima de mim; eu sou uma pessoa praticamente sozinha; ela levou meu filho e eu não sei para onde eles estão. Eu estou à procura; eu não sei para que lado eles foram. Isso está me deixando muito abalada com tudo isso, sabe? Eu estou sofrendo muito.

Ela vem sendo acompanhada na Unidade Básica de Saúde desde 1998. Nos primeiros anos de seguimento, predominaram as consultas ginecológicas. Em 2000, aparece o registro no prontuário de encaminhamento para psicólogo, porque se queixou de dificuldade em obter prazer no ato sexual. No mesmo ano, são firmados os diagnósticos de ansiedade, nervosismo e cefaléia. Nos próximos anos, sofre com dor lombar freqüente, obesidade, hipertensão arterial, cefaléia, queda de cabelos, dorsalgia, parestesia dos membros superiores e crises de choro que culminam no diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo, em 2003. Passa, então a fazer uso de antidepressivo, além dos analgésicos e antiinflamatórios, entre outras medicações.

Nos anos seguintes, consulta em diferentes oportunidades com médico de família, psiquiatra e psicólogo. Em 2007, passou por consulta em vinte e duas ocasiões. Persistia com dor e parestesia nos membros superiores. Suspeitou-se

de dor psicossomática. Além da dor, queixou-se de ansiedade, diminuição da libido, aumento de peso, solidão, angústia, sensação ruim, abandono familiar. Predominaram os seguintes diagnósticos: mialgia, tendinite, depressão e ansiedade. Como a dor comprometia o desempenho profissional chegou a ser afastada do trabalho.

Relata a influência negativa da dor na sua vida em vários trechos da entrevista:

Você não tem hora pra curtir porque você sempre tá sentindo mal[...].Se você sai, vai prum barzinho, fica conversando, você sempre sente alguma coisa, uma dor, uma dor no ombro, uma dor nas costas, uma dor no braço, uma dor na cabeça, aí você quer ir embora; é uma coisa que incomoda[...].Quando eu tô com dor, eu fico mal humorada; então elas falam assim ai hoje você tá chata; eu falo ai, mas é porque eu não tô legal, eu tô com dor. Aí elas reclamam, não me convidam mais pra sair à noite.

Faz referências à dor em várias oportunidades:

Sinto assim no ombro, nos braços, nas costas, às vezes nas pernas, no pescoço, na cabeça. Quando eu estou muito agitada, eu sinto no corpo inteiro; é uma dor assim que incomoda[...].não passa, é uma coisa, uma sensação ruim. É umas dores que parece que eu sinto que meus braços, minhas pernas tão tudo fraco[...].Tento me recuperar, mas, às vezes, no dia seguinte, parece que passa, mas à tarde volta[...].tem uns oito anos que eu venho me queixando disso... eu venho sentindo isso freqüentemente.

Expressou seu entendimento sobre as causas da dor das seguintes maneiras:

Eu não tenho uma noção porque eu sinto as dores[...].Isso eu não consegui ainda[...].Eles falam que é dores normais, que é dores de nervoso, dores nos músculos, depende do serviço que eu faço, que eu trabalho em casa de família, acho que vem do trabalho que eu faço, dos movimentos que eu faço, tipo passar

pano, lavar quintal, essas coisas; falam que vem, as dores vem disso. Agora, eu não consigo assim saber realmente se é verdade, se é disso mesmo, eu não sei. Porque quando eu estou em casa, eu também, que eu não tô fazendo nada, também tenho as dores. Então eu não sei se é do trabalho ou se é da minha consciência, da minha cabeça, eu não sei[...].Eu acho que não me encontraram daonde tá vindo tudo isso ou é eu que tô tentando justificar uma coisa; eu não consigo[...].se é da minha cabeça, se é eu que acho que tô sentindo ou tá acontecendo comigo mesmo na realidade. Eu não sei; eu só sei que isso me incomoda; eu sinto e eu acho que vem ou do meu organismo mesmo, não sei como que vai descobrir, eu não sei, até hoje eu não consegui achar uma determinação que falasse assim olha você não vai mais sentir isso; até hoje, não consegui ainda isso[...].Eu acho que tudo isso que acontece comigo hoje vem do meu passado, não pode ser de agora, é impossível[...].Eu acho que tudo que eu passei no passado, que aconteceu comigo, eu acho que eu tô sentindo agora; eu consigo assim analisar as coisas e hoje eu sou mais velha, uma pessoa adulta, então eu consigo pensar no passado e achar que tudo isso que está acontecendo comigo hoje é conseqüência do passado.

Perguntei diretamente se achava que as dores estavam mais relacionadas a sua história de vida ou ao trabalho atual. A resposta foi:

Eu acho que com a minha vida, com a minha vida pessoal mesmo. Não com o meu trabalho porque meu trabalho é, eu faço o que tá nas minhas condições, tipo eu faço hoje se eu quero fazer, se eu não quiser eu falo olha amanhã eu faço; então eu vou levando assim o meu serviço. Agora, minha vida, eu acho que a minha vida que foi mais sofrida. Eu fui mais abalada, eu tive mais conseqüências na minha vida, não no meu trabalho.

Vários sentimentos apareceram na entrevista:

Eu tive as minhas crises de depressão, mas estou me recuperando agora[...].Eu guardo muita mágoa[...].Isso está me deixando muito abalada[...].Eu estou sofrendo muito[...].se vai

continuar essa tristeza, se vou continuar com essa mágoa, não sei[...]Muito triste, tanto que eu faço tratamento com psiquiatra e com a psicóloga pra poder me superar. Agora eu estou conseguindo assim com a ajuda deles, mas pra mim no começo foi muito difícil. Já tentei se matar umas três vezes[...] Eu tenho crises de depressão, eu choro muito[...]você não tem tempo de felicidade[...]tem dia que eu já me levanto mal humorada[...]gostaria de me sentir uma pessoa mais leve, mais tranqüila, mais sossegada, mas não consigo, parece que é uma coisa assim que ocupa a minha mente, ela toma assim a minha mente inteira, me domina, parece que é uma coisa que domina.

No que diz respeito ao tipo de clínica, apareceram as seguintes opiniões:

Me passam diclofenaco, relaxante muscular, me passaram até calmante pra tomar, pra ver se, pra relaxar, pra ver se mudava um pouco. Muda, na hora. Na hora que você tá tomando o medicamento tá tudo bem, você se sente bem, mas quando você termina o, toma quatro, cinco dias que é o dia que é contado, aí, depois de três dias volta novamente as dores, daí eu procuro o médico de novo, vou, começo tudo de novo. E vai indo assim[...]eu me senti bem com os médicos que me atenderam no centro de saúde, isso eu me senti super bem e também os pronto socorros que me atenderam tão bem. Só com a psicóloga que eu não consegui me encaixar direito. Já com o psiquiatra eu consegui me soltar mais, conversar mais, falar sobre a minha vida, sobre meu passado, já me senti melhor, mas com, assim, a psicóloga eu não consegui me sentir super bem não, eu não consegui me sair aliviada da sala, não consigo sair; parece que eu tô presa[...]eles falam que pronto socorro é só pra atender casos de urgência; não me perguntam sobre a minha vida pessoal, mas falam que é para eu procurar um centro de saúde, fazer um acompanhamento no posto e que lá eles não podem fazer nada; a única coisa que eles podem fazer é aliviar uma dor que eu tô sentindo e me mandam embora[...]você precisa de um médico que esteja ao seu lado, que te apóie, que converse com você, que explica a sua situação, quais são seus sintomas; eu

acho que tudo isso tem que existir[...]eu acho que eles têm que estar sempre presente. Se a gente procura eles, naquela hora ele tem que estar presente no que tá acontecendo na vida da gente[...]eu acho assim que médico, eu acho que tem que saber da vida do paciente; não é só fazer uma receita e mandar o paciente embora; eu acho que ele tem que saber o que o paciente sente, de onde vem, quais são as conseqüências, pra onde vai tudo isso[...]Não é só tomar medicamento. Remédio, vai melhorar naquela hora. E o que você sente por dentro, vai mudar alguma coisa? Não muda; então, é isso.

Refere-se ao Centro de Saúde da seguinte forma:

Eu acho que aqui é um, é tipo uma casa que me acolhe na hora da minha necessidade, tipo eu chego e sou muito bem atendida, nunca ninguém me falou assim olha hoje esse médico não vai poder te atender; sempre, todas as vezes que eu vim, eu fui muito bem atendida. Gosto de vir aqui e eu me sinto bem aqui. Então eu acho que pra mim é tudo.

4.4.2- Paciente MCO

A paciente, nascida em 1975, é natural de Campinas e, aos 10 anos de idade, recebeu os diagnósticos de início de puberdade, esquistossomose e estrogiloidíase. Foi medicada com mansil, athelmin e cloreto de benzalcônio.

A partir de 1990, comparece à unidade básica de Saúde por cefaléia, sinusite e amidalite.

Em 1992, consulta a psicóloga em virtude de dificuldades de relacionamento com namorado e relata relacionamento bom apenas com a mãe, mas não com o pai. Diagnostica-se ansiedade e conflitos da adolescência. Em consulta posterior, relata ter contado para o namorado um incidente ocorrido na infância e que isso os aproximou. Contou, ainda, conflitos em poder ser mulher e viver sua sexualidade.

Em 1993, apresentou dor em articulações interfalangeanas e cotovelo.

Em 1994, faz tratamento para gastrite e esquistossomose.

Em 1996, procurou atendimento devido a dor nas costas. Trabalhava como balconista e percebeu que mantinha postura curvada. Relatou também inchaço ao redor do tornozelo direito e dor plantar à deambulação. Considerava-se acima do peso. Surgiram as hipóteses diagnósticas de vício postural e lesão ligamentar perimaleolar. A conduta foi orientação para correção postural, encaminhamento para grupo de lombalgia e diclofenaco. Na consulta seguinte (após quarenta e cinco dias), suspeitou-se de mialgia, receitou-se dorflex e repouso. Em 1998, sintomas semelhantes culminaram com receita de tandrila.

Em 2004, consulta em razão de poliartralgia, com acometimento mais acentuado do membro superior direito, diariamente, aparentemente relacionada ao trabalho de diarista. Além da dor, refere cansaço, fraqueza e pernas pesadas. Nesse ano, apresentou episódios de dor torácica acompanhada de falta de ar e taquicardia. Negava nervosismo. Mãe sofria de artrose. Foi submetida à investigação diagnóstica com vários exames complementares, principalmente de sangue. Suspeitou-se de colagenose e artrite reumatóide.

Em 2005, diagnosticou-se fibromialgia. Passava por problemas com a patroa e ficava muito nervosa no trabalho. Foram nove consultas em 2005, por dor e infecção urinária de repetição. Na consulta de setembro de 2005 aparece a informação de que a mãe apresenta fibromialgia, artrite reumatóide e gota.

Em 2007, iniciou uso de fluoxetina, com melhora transitória da dor. Em agosto de 2007, foi atendida por causa de dor lombar; já havia consultado no PS onde recebeu tandrila; fornecida receita de diclofenaco e atestado para afastamento por três dias. Em setembro, nova consulta por dor na região cervical e supraescapular.

Ao contar sobre sua vida, ressalta o fato de trabalhar pesado desde muito nova:

Eu trabalho desde cedo, desde os oito anos de idade eu comecei a trabalhar em casa, mas era assim, trabalhar mesmo[...]na minha casa é, desde limpar a casa, cuidar da comida, cuidar de roupa porque minha mãe e meu pai saíam muito cedo e voltavam muito tarde. Depois, com dez anos eu comecei também a já cuidar dos meus irmãos. Então era a casa, irmãos, tudo e sempre foi assim, sempre foi uma luta. Aos quinze anos eu saí pra trabalhar fora; só não saí antes porque meus irmãos estavam muito pequenos.

Comenta sobre sua atividade profissional:

Aí com quinze anos eu comecei a trabalhar fora, comecei em casa de família, depois eu fui pra escritório, comecei a trabalhar em escritório, loja, só que eu não tinha paciência pra ficar atrás do balcão sem fazer nada, porque eu sou muito ativa. Aí eu voltei pra casa de família e, aos vinte e um anos, eu comecei em casa de família novamente e não parei mais; eu tô até hoje[...]E foi sempre assim, trabalho pesado mesmo, bem pesado porque serviço doméstico não é fácil.

Faz menção à dupla jornada de trabalho:

Eu moro com a minha mãe, meu padrasto, meus avós, meu marido e minha filha. Temporariamente, né? Mas, assim, minha mãe e meu padrasto trabalham com reciclável, então eles pegam e, à tarde eles separam. Então, eu chego na minha casa, é continuação do meu trabalho. Eu vou pro fogão, eu vou cuidar de filho, eu vou cuidar de casa e isso vai até umas onze horas da noite[...]faço tudo que está ao meu alcance, né? Pra ajudar e vou deitar tarde e acordo cedo e é esse ritmo louco de segunda à segunda. Então, eu acho que é isso também que tá mais pesando também[...]não tem dia de folga[...]tenho folga no trabalho. Sábado, domingo e feriado não trabalho, mas em casa é puxadão também[...]O que me pega mesmo é essa coisa do

trabalho; eu trabalho muito. Eu já tô um caco, chego em casa vou trabalhar mais, vou estar mais caco ainda. Eu já tô assim, quando eu chego assim no extremo, que é no final do ano, eu começo a trocar as coisas no meu trabalho. Pra você ter uma idéia, já tô começando a guardar sabão em pó na geladeira, detergente eu vou procurar na despensa, nos mantimentos. Então, é uma coisa assim, o cansaço é tão grande que eu vou trocando as coisas, aí quando chega nesse nível é porque eu já tô precisando de férias. Mas aí eu entro de férias no trabalho, mas em casa, eu tento puxar menos, mas trabalho também.

No que diz respeito à dor, comentou:

Eu tô com muita dor[...]as dores tão muito; eu deito com muita dor e acordo com mais dor, parece que eu trabalhei a noite toda[...]dói tudo, desde a ponta do pé até a cabeça, tudo. Eu sinto que tá piorando[...]Eu vou pro trabalho já me arrastando, com muita dor. É assim, não é osso, é músculo mesmo, aperta assim parece que eu levei uma surra. Muita dor, muita dor mesmo, o que eu tô sentindo ultimamente[...]quando eu tô com muita dor no corpo me dá indisposição, dor de cabeça, às vezes o estômago dói, eu sinto muita dor nas costas, embaixo.[...]Acho que faz uns três meses atrás eu fui parar no pronto-socorro travada com as costas; eu fiquei depois de molho umas três semanas sem conseguir trabalhar. Eu acho que foi o corpo que deu alerta, né? Porque a gente não dá o nosso alerta. O corpo pede limite, aí parou, mas aí eu já tô no mesmo ritmo de antes.

A paciente fez referência à repercussão da dor na sua rotina e no seu relacionamento com os familiares:

Tem dias que eu fico tão nervosa, que dói tanto que eu não tenho paciência com a minha filha, não tenho paciência com o marido, não tenho paciência com ninguém. A minha vontade é de me fechar no quarto, me deitar e esquecer do mundo, mas como não dá pra fazer isso.

Quando perguntada sobre a causa da dor, respondeu:

Olha, a causa da minha dor, eu não sei porque problema emocional eu só tive isso que eu disse lá com aquela mulher lá que eu trabalhei. Eu acho, na minha opinião, que é porque eu trabalho demais e é um trabalho bem puxado. Como eu disse, eu sou muito ativa, não adianta querer que eu faça outra coisa porque eu não vou conseguir. Eu tenho que estar em atividade. Mesmo com dor, eu não consigo ficar parada, mas tem hora que não dá; você tem que parar, respirar, descansar uns quinze minutos pra depois continuar. Só que o ritmo da minha vida é tão intenso que, no momento que eu paro um pouco, por exemplo no meu trabalho, se eu paro quinze minutos, depois eu tenho que trabalhar mais meia hora pra compensar. É muita coisa, muita carga. Eu acho que as minhas dores vêm agravando, com o tempo, disso[...]. Eu acho que está sendo mais ou menos por aí, excesso de trabalho[...]. Juma professora da UNICAMP que me examinou aqui no posto. Ela apertou os dezesseis pontos que ela disse que[...]. Onde doía, aí eu falei, não, dói tudo, aí ela constatou que era fibromialgia.

Durante a entrevista, citou os exames e tratamentos aos quais se submeteu:

Tomo analgésico, aí passa o efeito do analgésico e as dores voltam. E é assim. Dorflex, eu tomo Dorflex, ele faz efeito, aí passa e volta tudo de novo. Prozen, eu tô tomando dois Prozen, mas eu tô sentindo que não tá fazendo efeito, sabe? Não é assim que eu sou hipocondríaca; eu detesto tomar remédio, mas vou tomando, tem que tomar se não não funciona[...]. Eu já fiz com analgésico, só tomando analgésico, analgésico e já estava no ponto do analgésico não fazer efeito. Eu tomava Dipirona, Novalgina, Aspirina e já não tava mais fazendo efeito, aí foi quando eu passei de novo por nova consulta, aí o senhor me receitou Prozen. Na época, me receitou um Prozen que já não estava mais fazendo efeito, aí o senhor passou mais um[...]. Olha, eles aqui no posto mesmo, eles pediram raio x pra ver se não tava com reumatismo, exame de sangue pra ver se não tinha

reumatismo, artrite, mas não foi constatado nada disso. Depois que eu passei com essa doutora da UNICAMP que ela constatou fibromialgia, mas antes disso eu fiz um monte de exame pra ver se não era outra coisa[...]eu fiz uma vez fisioterapia porque eu tava com problema na minha panturrilha esquerda, fiz tratamento dois anos na UNICAMP porque ela incha e aí começa a doer; só que eles não acharam, não deram o diagnóstico. Eu fiz tratamento por dois anos, eles acharam que era uma trombose, eu fiquei internada, mas eles descartaram, eu fiz tratamento dois anos, fiz tudo quanto é tipo de exame, não deu nada. Inclusive ela é um pouco maior que a outra até hoje, mas não foi achado, constatado nada. Eles me dispensaram, né? Quando começasse a doer era pra eu tomar analgésico.

À respeito da postura dos profissionais de saúde frente ao paciente com dor, emitiu as seguintes opiniões:

Olha, eu acho que depende da pessoa que a gente acha pela frente porque muitas vezes eu já vim aqui pra pegar encaixe porque eu estava com muita dor e eles olham pra cara da gente e falam assim ‘você tá querendo atestado pra não trabalhar’. Olham pra gente com uma cara de deboche. Então, até por esse motivo, eu tenho evitado de vir. Eu tenho consultado pessoas atenciosas que ouvem a gente, são legais. [...]Eu acho que depende muito de quem a gente acha pela frente, né?Eu acho que o centro de saúde trata melhor que o pronto-socorro. O pronto-socorro é mais a urgência mesmo, né? E o centro de saúde, eu acho que é um pouco melhor que o pronto-socorro.

A paciente afirma que os profissionais de saúde não costumam se interessar pela vida do enfermo e “vão direto na dor”. Acredita que isso se deva à pressa, mas desejaria que fosse diferente pois “aí seria uma qualidade melhor de consulta também, né? Às vezes, vai só naquilo, na coisa da dor, não pergunta uma coisa assim que possa vir a melhorar”.

Quando perguntada se o nervosismo tinha relação com a dor, respondeu: “é por causa da dor porque eu não consigo, tem horas que é preciso parar, tem que parar”.

4.4.3- Paciente LAS

Trata-se de paciente natural da Bahia, nascida em 1978, em acompanhamento na unidade básica de saúde de Barão Geraldo desde 1995. Nos primeiros anos de seguimento, consulta por cefaléia e dor epigástrica. Em 1998, procura atendimento devido a dores articulares, dificuldade em falar palavras com a letra “l” e coceira no couro cabeludo. Esses sintomas são atribuídos à somatização e ansiedade, relacionados à morte da mãe que era diabética e hipertensa. Tem uma irmã em Campinas e um irmão na Bahia. Trabalhava como doméstica. A partir de 1999, queixa-se com freqüência de dor nos membros inferiores e, mais recentemente, nos cotovelos, ombros e mãos. Realizou exames como fator reumatóide, proteína C reativa, glicemia, escarro e Waller-Rose. A glicemia revelou intolerância à glicose. Em 2002, foi encaminhada ao psicólogo em razão da ansiedade e, três anos depois, a paciente mostra-se confusa e agressiva, durante consulta ginecológica na qual menciona o desejo de fazer exame de virgindade e nega relação sexual. Em 2007, frente ao quadro de febre e dor no corpo, suspeitou-se de dengue e leptospirose: ambas as sorologias se mostraram positivas.

A paciente conta que trabalha desde a infância:

Com sete anos eu já trabalhava em casa. Agora, lá fora eu comecei a trabalhar com uns doze anos; aí eu saí pra fora pra trabalhar[...]eu ajudava minha mãe em casa e pra fora eu fui trabalhar tipo um ajudante de cozinha, assim. Fazer serviço de cozinha, assim. Limpeza, essas coisas. Aí, com quinze anos eu vim pra cá pra Campinas, pra trabalhar.

O distanciamento dos familiares e o fato de morar sozinha em Campinas são destacados na entrevista:

Eu vim pra cá pra Campinas pra trabalhar; minha vida com minha família nunca foi boa, justamente por essa distância, né? Por essa distância, porque eu saí de casa muito cedo e, como se fala, saí de casa muito cedo e não tive muito assim, digamos

família, na verdade. A palavra família pra mim é um pouco meio ausente assim, porque não tive muito assim contato, deixei meus pais, separei dos meus pais muito cedo pra vim aqui pra Campinas pra trabalhar e não muito tarde a minha mãe já veio a falecer, né?[...]Os parentes também vivem distante porque eu vivo pra cá e eles vivem pra lá. Só tem alguns que moram aqui em Bertioga e, final de ano, às vezes, eu vou pra lá. Por parte de pai. Por parte de mãe, as minhas tias, eu não tô tendo muito contato porque elas moram lá pra Bahia. Então, eu não tenho muito contato; faz muitos anos que eu não vejo elas[...]Eu vim através de uma amiga minha. Eu vim trabalhar; eu vim de serviço. Eu vim sozinha mesmo, vim morar sozinha, praticamente. E fiquei por aqui e a vida foi passando[...]Eu sinto muita falta da família.

As explicações para as dores variaram:

Ah, começou assim de repente, eu não sei assim, não tem, não existe uma causa assim porque eu não sei o motivo. Não tem assim, ah, sei lá, um motivo. Um pouco é por causa de sofrimento; eu não sei se é exatamente físico o problema. É assim porque é emocional, eu não sei se carrega emocional...Eu não sei explicar...eu não vejo assim uma lógica, uma causa...pode ser que seja isso porque, depois que minha mãe faleceu, eu fiquei muito doente, eu tive depressão, muito doente. Então, algumas coisas vieram, acredito, depois disso. Depois disso, eu não fui mais a mesma pessoa. Então, eu não sei se isso tem alguma coisa a ver. Pode ser que sim, pode ser que não. Acho que alguma coisa pode até ser, mas não é tudo não. E, acho que é isso. Não tem assim uma lógica. Na verdade, eu também não entendo porque assim tantas as dores. Eu também não tenho assim uma resposta conclusiva sobre isso, não, porque eu não entendo. Porque, primeiro porque eu sou nova ainda, muito nova e segundo que não tenho um fundamento assim pra tantas dores, tantos problemas[...]talvez seja por exercício repetitivo[...]De uns tempos pra cá também, agora que eu tô trabalhando de manicure, tá doendo muito...repetição de movimento, aí talvez tem causado também um pouco de

dores[...]eu acho que um pouco é falta de exercício[...]Às vezes, eu acho que era por causa quando eu mexia com água e às vezes tinha que mexer no fogão, o forno; acho que eu tomava aquele vapor meio quente, aí dava aquele choque com a água fria[...]talvez seja relacionado a meu, a minha parte emocional, talvez que seja isso que cause dor em mim porque eu percebo que quando eu fico estressada, quando eu tô passando tipo meia triste assim, eu percebo que a, que meu corpo muda um pouco.

Perguntei se havia comentado com os profissionais de saúde sobre a possibilidade da dor relacionar-se com aspectos emocionais. Respondeu: "não, nunca falei não. Eles não perguntam também, mas também nunca falei."

No que se refere ao significado da dor, comentou:

Ah, significa tristeza, angústia, desespero um pouco porque aí você fica triste, poxa, tanta dor, tanto sofrimento. Significa isso. Você não se sente bem, você se sente triste porque aí você vê a dor. Dependendo daonde dá, você não pode andar, você não pode fazer nada. Então, você se sente triste, né? Tristeza[...]às vezes, eu percebo isso quando eu tô muito nervosa, quando eu passo por alguma decepção emocional[...]Quando eu tô muito agitada, nervosa, passo por alguma coisa que me estressa, aí eu fico assim[...]eu teria que ser mais um pouco feliz, digamos assim; melhoraria as coisas. Porque só assim eu ia perceber se é ou não é. Porque aí eu ia ver se tava melhorando; se eu tivesse mais feliz, se tava melhorando era porque estava realmente relacionado ao problema emocional, tristeza e outras coisas.

Durante a entrevista, mencionou várias vezes a necessidade de realizar exames complementares:

Eu espero que melhore, que faça um tratamento mais profundo... investigue mais, tipo, faça um tratamento mais...porque tipo assim, às vezes só mandam eu tirar um raio x, mas eu não acredito que exista só isso de tratamento[...]Eu tô sempre

voltando no médico, mas eles também não fazem o exame pra ver se realmente é isso[...]fazendo uns exames mais específicos, mais profundo[...]se não der nada nos exames específicos que a pessoa fez, aí você pode pelo menos suspeitar que seja realmente emocional.

4.4.4- Paciente CP

A paciente tem trinta e um anos de idade, proveniente de Santa Catarina, chegou em Campinas há pouco mais de três anos a fim de trabalhar em churrascaria, da mesma forma que seu marido. Tem um filho de onze anos.

Deixa claro que a dor tem relação com o esforço e os movimentos exigidos pelo trabalho no restaurante e, em seguida, como doméstica:

Comecei trabalhando em restaurante logo que cheguei; uns quinze dias logo que eu cheguei, eu comecei a trabalhar. Eu gosto de trabalhar, eu sou trabalhadeira, me esforço muito pelo trabalho, mas, há um ano e oito meses atrás, eu tive um problema de dor. Começou a doer meu ombro, aí travou, né? Eu não conseguia mais movimentar ele. Então, foi dado como tendinite, né? Fiquei um ano afastada, fiz fisioterapia, ajudou a melhorar, mas aí, depois, voltei a trabalhar. Aí, quando voltei a trabalhar, trabalhei oito meses, a dor começou a voltar de novo...aí eu já tava como empregada doméstica porque não podia mais voltar pro restaurante porque se eu fizesse o mesmo serviço, não tinha como, né? Ia voltar pior. Então, comecei a trabalhar de empregada doméstica e a dor começou a voltar de novo, acho que pelo esforço, serviço, peso, né? Acho que deve ser por isso... foi após uns três, quatro meses depois, né, de trabalho que começou a doer de novo...o mesmo ombro... É uma dor assim doída, às vezes ela dói forte, às vezes ela diminui, conforme o movimento do braço. Se eu relevo o braço muito alto, né? Se eu ergo peso...

No que se refere ao significado da dor na sua vida, fez os seguintes comentários:

É importante assim porque você tem e você não queria ter, né? Porque incomoda, né?... por causa do meu relacionamento, né? Às vezes fica com dor. Eu me queixo muito pro meu marido, né? Quando tem dor, eu fico reclamando, né? Aí, às vezes que eu não posso fazer alguma coisa, ele me ajuda, né?[...]às vezes, eu acho ruim porque eu reclamo demais. Só reclamando, então, né? Ele também trabalha; trabalha de dia, trabalha à noite. Só folga uma vez por semana, né? Então, às vezes, no horário que tá em casa[...]às vezes eu paro e penso 'nossa, tô reclamando, tô me queixando demais, né?'. Assim não, eu peço pra ele ajudar a fazer alguma coisa e ele ajuda, né? Na hora que dá, na folga. Na folga dele, ele sempre me ajuda a fazer o serviço[...]eu não quero incomodar ele, né? Ele trabalha bastante, né? atrapalha, né? Porque atrapalha, né? Incomoda...agonia, né? Você sempre fica agitada. É ruim, né? Uma coisa ruim.

A paciente chorou durante a entrevista, principalmente quando abordou questões sentimentais:

Preocupa. Ah, eu fico bem preocupada. À noite, eu não durmo, fico pensando, né? Ah, como eu vou explicar assim? Assim é sentimental. Tipo assim, pensar, meu marido trabalha, eu sempre trabalhei, gosto de trabalhar. Pensando, nossa, não poder ajudar em casa, né? Gosto de ter meu dinheirinho, nunca fui dependendo assim, dependendo dos outros, né? Sempre tive meu dinheiro desde que vim pra cá e comecei a trabalhar, né? Então, nunca fiquei sem, né? Mesmo quando afastada, recebia pelo INSS, né? Mas, quando não tava, sempre tava trabalhando. Então, fica preocupada de ficar sem emprego.

Quando perguntei se já havia chorado antes por causa da impossibilidade de trabalhar, respondeu: “*ah, eu já. A gente tem filhos, né?[...]Eu sou muito nervosa, sou preocupada.*”

O fato da dor limitar a realização de alguns movimentos e incapacitá-la para determinados tipos de ocupação acarretam grande sofrimento relacionado ao futuro incerto:

Meu futuro, com esse problema, eu enxergo muito complicado, em termos de trabalho, né? Já tenho problema, qualquer serviço que faz acho complicado, né? Então, eu acho assim, eu penso assim 'nossa, eu tô trabalhando, aí você tá com esse problema, você volta a patroa manda embora' Então, você já fica pensando 'do que que eu vou trabalhar agora?', né?[...]pelos comentários que eu sei, minha patroa falou que vai me mandar embora, né? Que não vai mais querer, porque não tem condições[...]é porque a gente se preocupa com o futuro, né?

Em determinados momentos da entrevista, faz menção ao tratamento:

Foi dado como tendinite, né? Fiquei um ano afastada, fiz fisioterapia, ajudou a melhorar[...]fazia exercícios; eu fazia uns tipos de exercícios; eu fazia todo dia. Uma vez por semana, eu ia lá e todo dia fazia em casa. Ele repassava pra semana inteira. Se tava melhorando, ele aumentava os exercícios. Levou quase esse um ano aí[...]bolsa de água quente pra acalmar a dor[...]tomo Paracetamol e Diclofenaco...só quando dói muito, que eu não agüento muito a dor.

Finalmente, introduzi na entrevista o tema da abordagem do sofrimento ou dos sentimentos durante as consultas. A paciente disse ter dificuldade de “se abrir” diante da equipe, mas acha que essa abordagem seria importante e poderia ser alcançada caso o profissional de saúde insistisse em perguntar-lhe sobre isso: “acho que insistir em perguntar, né? Se a pessoa está mesmo bem ou não, né?...conversar mais, tipo perguntar, né? Se perguntasse, né? Como é seu dia a dia, né? Tipo assim. Acho que seria melhor, né?”

5- DISCUSSÃO

Com a revisão teórica e a aplicação das entrevistas busquei, em última análise, elementos que pudessem contribuir para melhorar a prática da clínica em mulheres portadoras de dor osteomuscular decorrente de quadros como lombalgia, tendinite, fibromialgia e lesões por esforços repetitivos, diagnosticados por mim durante os atendimentos no Centro de Saúde de Barão Geraldo.

O primeiro conjunto de informações, obtidas através do questionário, permitiu traçar um perfil dessas pacientes.

Predominaram aquelas com atividades ocupacionais que exigem esforço físico diário e movimentos repetitivos. Esse é o caso das faxineiras, domésticas, costureira, servente, auxiliar de cozinha, salgadeira e atendente de cafeteria. São ocupações tipicamente femininas, pois são consideradas como extensão das atribuições do lar.

A constatação de que todas se ocupam dos afazeres domésticos confirma os achados da pesquisa do IBGE e a opinião de vários autores (Moraes, 1981; Bloch, 1985; Cappellin, 2005; Evangelista, 2005) que destacam a responsabilização feminina pelo trabalho doméstico.

Portanto, a maioria enfrentava uma dupla carga de trabalho, profissional e doméstica, o que, muito provavelmente, contribuiu com o surgimento da dor osteomuscular de difícil resolução. Esta relação esteve presente nas falas das pacientes entrevistadas e condiz com a afirmação de Fisher e Lieber (2003) sobre serem as mulheres particularmente sensíveis a essa condição de trabalho.

Este estudo mostrou ainda que a maioria das pacientes tem um ou mais filhos e que sua atividade ocupacional é necessária para garantir a renda familiar. Como a responsabilidade pelo cuidado dos filhos é essencialmente feminina, se a criação deles apontar sinais de insucesso, as mães tendem a se sentir culpadas por permanecer muito tempo fora do lar, exercendo atividade profissional em detrimento dos cuidados domésticos e familiares. Acredito que aliar a responsabilidade pela renda familiar com o cuidado dos filhos gera tensão nessas

mulheres que, muitas vezes, procuram atendimento em unidades de saúde, queixando-se de dor ou depressão. Para Bloch (1985), essa situação provoca esgotamento e anulação social da mulher, assim como sintomas de depressão.

O referencial teórico deste estudo valoriza a visão feminista do trabalho doméstico e de produção. Sob essa ótica, numa sociedade ocidental e capitalista, em que o trabalho doméstico e o cuidado dos filhos não se transformam diretamente em riqueza e recurso monetário e as mulheres são tidas como inferiores e subordinadas, a elas são reservados os trabalhos menos qualificados, menos valorizados e pior remunerados. Para diferentes autores, esse fato se traduz em tarefas mais repetitivas, esgotamento físico e mental, tensão nervosa e rebaixamento da auto-estima (Moraes, 1981; Bloch, 1985; Helman, 2003; Nunes, 2005; Mireya, 2005). As pacientes estudadas ilustram esse fato, uma vez que realizam tarefas que exigem esforço físico e movimentos repetitivos, recebem baixos salários e relatam esgotamento físico e problemas sentimentais.

Através da entrevista semi-estruturada, constatei que a maioria imputa a dor às atividades profissionais e domésticas. Isso ficou patente quando responderam à pergunta “a que você atribui a dor?”. Predominaram explicações relacionadas ao trabalho excessivo e movimentos repetitivos. Tal achado assemelha-se ao resultado da pesquisa realizada por Budó et al. (2007) na qual a maioria dos entrevistados associou a dor à questão física.

Essa mesma questão emergiu das entrevistas abertas, sob diferentes roupagens. As pacientes apontaram que a rotina doméstica exige esforço físico e não permite descanso. Reconheceram dois componentes físicos determinantes da dor nas atividades que realizam, a saber, a repetição de movimentos e a excessiva carga de trabalho.

A paciente MCO enfatizou na sua entrevista o papel desse segundo componente ao mencionar que, após a jornada habitual de trabalho como doméstica, encarrega-se do cuidado da sua casa onde moram mais cinco pessoas, o que significa manter-se ocupada até onze horas da noite. Enxerga, nas

tarefas do lar, a continuação do trabalho. Para ela, *“isso está pesando, é muita carga e as dores vêm do excesso de trabalho”*.

LAS, por sua vez, destacou a repetição de movimentos, própria da ocupação de manicure, como responsável pelas dores.

No caso da paciente CP, o afastamento do trabalho de doméstica por oito meses e a adoção, por parte do marido, de várias tarefas do lar durante esse período, proporcionaram-lhe melhora do quadro doloroso relacionado à tendinite. No entanto, poucos meses após a retomada de suas atividades habituais, a dor retornou e exigiu nova interrupção do trabalho. Nesse contexto, sobressai a dor como questão física diretamente ligada à ocupação.

Por outro lado, chamou-me a atenção justificativas como *“tristeza, solidão, falta dos pais, separação dos pais e estresse”*. O mesmo componente sentimental ou emocional apareceu nas respostas referentes ao significado da dor na suas vidas: *“tudo de ruim, insatisfação, tristeza, angústia, desespero, nervosismo, irritação, deprimida, desânimo, agitação, indisposta, mal-humorada, inválida, fracassada, ansiosa”*. Estes achados assemelham-se àqueles da pesquisa de Budó et al. (2007), em que os sentimentos freqüentemente associados à dor foram nervosismo, ansiedade, tristeza, desespero e depressão.

No caso da paciente LPS, o sofrimento e a tristeza estão presentes no discurso, porém, aparentemente, menos relacionados à dor e mais vinculados a outros aspectos da sua existência. Com efeito, ela dá destaque à sua história de vida, apontando dois episódios negativos fortemente marcantes que são o abuso sexual sofrido aos doze anos de idade e a separação do filho e da mãe. Parece-me que são esses os fatos que mais se relacionam com seu sentimento de tristeza e podem ajudar a entender o porquê do insucesso do tratamento da dor.

Para LAS, a dor significa sofrimento crônico responsável pelos sentimentos de tristeza, angústia e desespero. No entanto, aqui também a participação da história de vida no surgimento da dor e na manifestação dos

sentimentos é enfatizada nas suas falas: *“depois que minha mãe faleceu[...]algumas coisas vieram[...]depois disso, eu não fui mais a mesma pessoa[...]separei dos meus pais muito cedo[...]Jeu sinto muita falta da família”*.

À primeira vista, a paciente MCO parece atribuir um papel menor à história de vida como determinante da dor, sendo destacada apenas a necessidade de assumir a responsabilidade pelo cuidado dos irmãos menores e do lar desde muito cedo. Tendo ela recebido a informação de que sofria de fibromialgia, posso supor que, a partir do estabelecimento desse diagnóstico biológico, passou a atribuir-lhe a origem dos seus sofrimentos. Em outras palavras, parece-me que, da mesma forma que ao focarmos nosso olhar num determinado objeto, a visibilidade dos objetos ao redor torna-se prejudicada, a assunção da explicação biomédica fornecida pelo experto dificulta-lhe a percepção de outras possíveis causas do sofrimento.

Para a paciente CP, está claro que a dor tem origem física ou mecânica. Mesmo assim, existe um sofrimento não físico expresso pelo ato de chorar durante a entrevista, principalmente quando discorria sobre sua insegurança em relação ao futuro e a preocupação de incomodar o marido com as reclamações freqüentes.

As pacientes ressaltaram ainda o efeito negativo que a dor pode ter no relacionamento com os familiares.

Diante daquilo que foi exposto até aqui, salta à vista que, na percepção das pacientes entrevistadas, a dor significa mais do que um simples problema físico, guardando relação também com questões sentimentais e com a história de vida. Nesse sentido, concordo com Helman (2003) e Lima e Trad (2007) quando apontam que a dor pode ser uma maneira de sinalizar sofrimento pessoal, pedido de ajuda, atenção, comunicação de desejos ou necessidades e que representa apenas um dos elementos do sofrimento do paciente com dor crônica.

O aparecimento da dor crônica e o recebimento de diagnósticos como tendinite ou fibromialgia provocaram mudanças significativas na vida das pacientes estudadas. A essa desestabilização da situação social normal provocada pela dor crônica, Aïach et al. (1990) chamam de situação limite. Segundo esses autores, “é o momento da ruptura com seu passado, da reconsideração do presente e do início da incerteza em relação ao futuro[...]fonte de tensão, ansiedade e angústia[...]redefinição da vida cotidiana em todos os níveis da vida social e uma reformulação dos vínculos⁶”. Os transtornos que a dor provocou na vida cotidiana das mulheres entrevistadas constituem acontecimentos sociais que não se sujeitam a uma simples abordagem biomédica. A meu ver, parte do sofrimento decorre da dificuldade de adaptação à nova situação social imposta pela doença. Portanto, parece-me que uma parcela da ajuda oriunda da equipe de saúde deveria ser dirigida para facilitar esse processo de adaptação.

No que diz respeito à clínica usualmente adotada, encontrei menção ao uso de medicamentos, terapias corporais e, menos freqüente, psicoterapia. Preponderou a referência ao uso de medicamentos, mesmo nas falas daquelas que demonstraram desejo de não serem tratadas dessa forma. Usaram os termos “*medicamentos, remédios, antiinflamatório, relaxante muscular, analgésicos*”.

Das entrevistas abertas emergiram opiniões mais aprofundadas e críticas em relação ao uso de medicamentos. Entendem que o uso freqüente de analgésicos, antiinflamatórios e antidepressivos não garante o fim do sofrimento, tendo apenas efeito transitório e obrigando, quase sempre, à retomada ou continuação dessas drogas. Tal dependência espelha um modelo de atenção à saúde altamente centrado no consumo desses produtos que é, a meu ver, questionado por essas mulheres quando dizem, por exemplo: “não é só tomar medicamento; remédio, vai melhorar naquela hora; e o que você sente por dentro, vai mudar alguma coisa?”. Entrevejo nesse discurso um pedido de mudança de estratégia, com participação menor dos medicamentos.

⁶ Documento original em espanhol.

Consideradas complementares, as terapias corporais são mencionadas nas entrevistas de diferentes maneiras: “*ginástica, hidroginástica, massagem, Lian gong, alongamento, exercícios, postura, musculação, relaxamento, academia, fisioterapia*”. Algumas delas, como o Lian gong e a ginástica postural, fazem parte da rotina atual das unidades básicas de saúde da rede municipal e, por esse motivo, as pacientes mostram-se familiarizadas com elas. Ainda assim, priorizam a abordagem mecânica da dor reduzida à questão física.

A ênfase nas terapias medicamentosa e corporal e o enfoque puramente mecânico da dor, explícitos nas falas das pacientes, refletem aquilo que Campos (2003) chamou de clínica tradicional, com o sujeito e o contexto desprezados detrás da doença ou do sintoma para o qual são dirigidas as propostas terapêuticas. Claramente, o arsenal teórico-prático disponível ao profissional de saúde garante-lhe maior desenvoltura no manejo imediato destes últimos, em consonância com os preceitos da medicina biológica. Entendo essas ofertas como parte de um modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico no nosso país, centrado na consulta médica, no procedimento e no uso de medicamentos e em acordo com os interesses dos grupos neoliberais capitalistas. Nessa mesma direção apontam Carvalho e Cunha (2006) quando mencionam o

desafio de repensar a prática clínica hegemônica reconhecendo suas limitações, seu caráter ritualesco e medicalizante[...]seu papel na redução de sujeitos a objetos/doenças, na viabilização de interesses corporativos de natureza economicista e no fortalecimento de interesses privatistas do complexo médico-industrial.

A clínica tradicional relega a um segundo plano a preocupação com os componentes sociais e subjetivos do sofrimento. Seu objeto de atenção, no caso das mulheres estudadas, é a dor que limita as atividades domésticas e profissionais.

Sob o enfoque da clínica ampliada, faz-se mister discutir o pano de fundo representado pelo contexto histórico-social. No caso das pacientes estudadas, a incorporação do contexto no raciocínio clínico permite-nos

compreender porque exercem atividades que exigem movimentos repetitivos, com elevado desgaste físico, em troca de baixos salários, ao mesmo tempo que conservam a responsabilidade pelos cuidados domésticos e pela criação dos filhos. Essa compreensão possibilita aos profissionais de saúde não reduzir a dor a uma questão puramente física e lhes permite ampliar seu objeto e seus meios de trabalho. A abordagem deixa de ser apenas individual para incluir também a família e o coletivo. Discussões como a dinâmica familiar e a inserção da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, passam a ter relevância nesse tipo de clínica.

O resgate das demais dimensões existenciais do sujeito, até então apagadas pela enfermidade, concomitante à recuperação do contexto como elemento co-determinante do processo saúde-doença, ampliam as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde, antes limitados ao manejo da doença.

Como exemplo dessa ampliação, destaco o caso da paciente CP. Uma leitura superficial e biológica de sua queixa pode resumí-la a um caso de tendinite decorrente de sua atividade num restaurante e, posteriormente, como doméstica. Se ampliarmos nosso olhar e considerarmos também o contexto e a subjetividade, poderemos reconhecer outras questões não contempladas através da clínica tradicional que tem por objeto apenas a doença. São elas: 1)os efeitos na paciente da migração, relativamente recente, do interior do Paraná para Campinas a fim de trabalhar em churrascaria, como vários outros conterrâneos que a antecederam; 2)o significado da realização de atividade ocupacional – doméstica – diferente daquela que planejou ao vir para Campinas – trabalho em churrascaria, talvez com menor satisfação profissional; 3)surgimento de doença ocupacional até então desconhecida para ela, ceifando-lhe algo que julgava muito valioso, a saber sua capacidade de trabalhar muito; 4)desligamento do emprego por meio de acordo, em vez de afastamento por doença ocupacional, em razão do receio de prejudicar o marido que trabalhava no mesmo restaurante; 5)sofrimento psíquico relacionado à insegurança com relação ao futuro uma vez que acredita que será dispensada pela atual patroa e que dificilmente dará conta de conseguir novo emprego devido

à tendinite; 6) insatisfação pela perda da independência financeira; 7) dificuldade de compartilhar com o marido suas inseguranças e sentimentos surgidos após a instalação da doença ocupacional; 8) impossibilidade de compartilhar com o profissional de saúde as questões não biológicas e o desejo de fazê-lo.

Essas questões, detectadas pelas entrevistas abertas, acarretam ou significam sofrimento e exigem ampliação da abordagem além dos medicamentos ou fisioterapia. No caso em pauta, fica nítido que a dor é apenas um dos elementos do sofrimento da paciente. Por trás da dor há um pedido de ajuda que não se resume, como quer a clínica tradicional, ao componente biológico.

Da mesma forma, entendo que a paciente LPS ansiava mais por atenção ao seu sofrimento psíquico decorrente de um relacionamento ruim com a mãe e o filho ou do trauma provocado pelo abuso sexual na infância, não obstante procurar amiúde o serviço de saúde com queixa de dor. Este sintoma, capaz de abrir as portas da unidade, não constitui necessariamente o objeto desejado do cuidado.

Acredito que a ampliação da clínica passa pela compreensão do sentido da dor na vida dessas pacientes que manifestam sofrimento físico e psíquico, comprometimento da capacidade laboral e prejuízo dos relacionamentos com familiares, além da dependência de medicamentos e suas conseqüências negativas. Essa compreensão pode servir como elemento para o autoconhecimento e, assim, possibilitar o resgate da autonomia da pessoa, tirando-lhe a condição de vítima no processo saúde-doença. Sorajjakool et al. (2006) apresentam impressões semelhantes: a dor crônica significa a perda da capacidade das pessoas de se engajarem em atividades produtivas ou relacionamentos positivos; medicamentos servem para tornar a convivência com a dor possível, mas provocam dependência que, por sua vez, compromete ainda mais a referida capacidade. Finalmente, apontam o autoconhecimento frente à dor como o caminho para entender a inter-relação entre a dor, as emoções e a dependência de medicamentos e recuperar a capacidade de se relacionar e produzir positivamente. De forma semelhante, Carvalho e Cunha (2006) enxergam

na clínica ampliada “a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida”.

Se por um lado, como vimos acima, a singularidade de cada história pede estratégias diferentes de abordagem, por outro, corre o risco de se perder ante a força da generalização do diagnóstico biológico voltado para a doença ou o sintoma. Nessa mesma direção aponta Cunha (2004), quando afirma que o saber biomédico, que sustenta a clínica tradicional, “trabalha com uma ontologia, uma generalização,” insuficientes diante de uma situação singular e que “o sujeito doente nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja”. A clínica ampliada, por outro lado, exige que “se reconheça, além do que o sujeito apresenta de igual (o diagnóstico), o que ele apresenta de diferente, de singular...” (Carvalho e Cunha, 2006).

A condução deste estudo, principalmente pela aplicação de metodologias diversas indo do questionário à entrevista aberta, revelou-me que a percepção de questões não biológicas, mas altamente relevantes na vida dessas mulheres, só ocorreu quando lhes foi dada a oportunidade de falar livremente de si e não ter seu discurso restrito às normas da biomedicina. Diante de tal constatação, impõe-se a discussão sobre a dinâmica da consulta que, ao que me parece, precisa libertar-se das rígidas regras da anamnese tradicional e abrir espaço para a conversa menos estruturada. Concordo com Carvalho e Cunha (2006) quando afirmam que

“No lugar, por exemplo, de técnicas semióticas tradicionais, que neutralizam a interferência do social e da subjetividade na prática clínica, é necessária a realização de uma prática holística em que se valoriza a relação intersubjetiva, uma vez que o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre sujeitos. Ela nunca é redutível a uma objetividade positiva, sendo sempre influenciado pela história social e pelas características psíquicas dos sujeitos envolvidos.”

Empresto também à clínica a metáfora usada por Limoeiro Cardoso ao tratar da metodologia⁷. Nesse sentido, o acompanhamento do sujeito no seu caminhar na vida, assim como de sua família, conforme preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, em particular no modelo proposto por Campos (2003), enfatizando o estabelecimento de vínculo e a adoção da clínica ampliada, por si só já constitui um avanço nessa caminhada em direção à valorização do sujeito no processo saúde-doença. Compartilho, portanto, da visão de Cunha (2004) que propõe uma história clínica diferente “dando espaço para as idéias e as palavras do paciente”.

A riqueza das informações contidas nas entrevistas abertas mostrou que as pacientes não poderiam ser separadas em dois grupos, um valorizando a questão física e o outro a questão sentimental, conforme realizado após as entrevistas semi-estruturadas. As diferenças dessa ordem desapareceram com o aprofundamento da abordagem.

Finalmente, considero que este estudo abriu-me os olhos para a possibilidade de que, afora individualmente, as mulheres aqui estudadas protestam coletivamente, através de suas dores, contra as desvantagens femininas determinadas pela cultura de gênero da nossa sociedade, em particular na divisão de responsabilidades entre homens e mulheres no cuidado dos filhos e do lar e na inserção no mercado de trabalho, e contra o modo de produção que exige carga de trabalho e movimentos repetitivos que elas não poderiam dar conta. Essa maneira de agir e sentir pode ter na sua origem um componente coletivo e coercivo, dando-lhe ares de fato social, o qual refuta a abordagem puramente individual (Durkheim,1978). Trata-se, talvez, de um protesto inconsciente, manifesto pelo corpo biológico. Na área da saúde, o clamor parece indicar desejo de mudança da clínica hegemônica.

⁷ “O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz[...]A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto...”

6- CONCLUSÃO

As mulheres atendidas por mim no Centro de Saúde de Barão Geraldo, em Campinas, com queixa de dor crônica, acometidas de lombalgia, tendinite, lesão por esforço repetitivo ou fibromialgia, exercem atividades domésticas e/ou ocupacionais que exigem esforço físico diário ou movimentos repetitivos. Elas associam o surgimento da dor a essas atividades, enxergando na dor um problema físico.

Por outro lado, as entrevistas abertas revelaram que a dor não se resume a uma questão física e envolve componentes sentimentais e da história de vida das mulheres entrevistadas. A clínica tradicional, hegemônica, não valoriza estes componentes, enfatiza o uso de medicamentos e, por isso, amiúde fracassa na sua tentativa de abrandar o sofrimento crônico dessas pacientes.

A compreensão de que conviver com a dor crônica significa, além de perturbação do físico, mudança na rotina das vidas das mulheres, comprometimento da relação com familiares, prejuízo da capacidade laboral, dependência de medicamentos, sentimentos de tristeza, desespero, nervosismo, depressão, frustração, entre outros, exige dos profissionais de saúde mudança na forma de cuidar dessas pacientes. Valorizar também esses componentes não físicos da dor equivale a ampliar o objeto de interesse da clínica que, por sua vez, pede a ampliação dos meios de trabalho.

Ampliar os meios pode corresponder à modificação da consulta e, mais particularmente, da anamnese. Este estudo sinalizou que a conversa aberta, menos dirigida, deixando a paciente discorrer sobre sua história de vida e sua percepção sobre a origem e o significado da dor, é mais eficaz para detectar as questões não físicas ligadas à dor. A Estratégia de Saúde da Família, ao preconizar o acompanhamento de famílias, fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade, facilita a inclusão das singularidades nas conversas.

O autoconhecimento frente à dor, estimulado pela abordagem junto às pacientes das questões acima mencionadas constitui estratégia promissora para a recuperação da auto-estima e autonomia dessas mulheres.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiach P, Kaufmann A, Waissman R. La enfermedad como situación límite. In: Aiach P, Kaufmann A, Waissman R. La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales. Trad. Urquía LB. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1990. p.11-28.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Comunic Saúde Educ* set.2004/fev.2005; 9(16): 39-52.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p.83-836.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A estratégia saúde da família. In: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. - Porto Alegre: ARTMED; 2004. p.88-100.

Assunção AA, Almeida IM. Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: membro superior e pescoço. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: ATHENEU; 2003. p. 1501-39.

Azambuja MIR, Viana MCV. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). In: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. - Porto Alegre: ARTMED; 2004. p.1239-51.

Bennett RM. Fibromialgia. In: Goldman L, Ausiello D. *Cecil: Tratado de medicina interna*. 22ª ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER; 2005.

Bloch F. Le travail des femmes: um exercice d'équilibriste?. In: Dejours C, Veil C, Wisner A. *Psychopathologie du travail*. Paris: Éditions ESF; 1985.

Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília; 2001.

Brenol JCT, Brenol CV. Reumatismos de partes moles. In: Duncan BB. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. - Porto Alegre: ARTMED; 2004. p.798-807.

Brasil. Ministério da Saúde. <http://drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>.

Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm* 2007;41(1): 36-43.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS – Campinas, 2001.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Cappellin P. In: Anais do II Encontro de intercâmbio de experiências do Fundo para Igualdade de Gênero da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional. Reflexões sobre a diversidade no mundo; 2005. p.28.

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p.837-868.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Durkheim E. O que é um fato social? Regras relativas à observação dos fatos sociais. In: Durkheim E. As regras do método sociológico. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 87-109.

Evangelista CAV. In: Anais do II Encontro de intercâmbio de experiências do Fundo para Igualdade de Gênero da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional. Reflexões sobre a diversidade no mundo; 2005. p.45-9.

Fischer FB, Lieber RR. Trabalho em turnos. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: ATHENEU; 2003.

Freitas CBD, Hossne WS. Pesquisa com seres humanos. In: Costa SIF et al. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 193-204.

Gadelha MIP, Guimarães IC, Spínola LL. Recomendações de Normas e Estilo. *HB Científica*, 1996, III(2):194-210.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 2ª Ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 1990. p.52-92.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. Trad. Buchweitz C, Garcez PM. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Hossne WS, Vieira S. Experimentação com seres humanos: aspectos éticos. In: Segre M, Cohen C. Bioética. 2ª ed. São Paulo: Edusp; 1999. p.127-146.

Hunter, D. The diseases of occupations. London: English University Press; 1955.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

Korchounova E. Women in employment. In: Parmeggiani L. Encyclopaedia of occupational health and safety. 3rd ed. Geneva: ILO; 1983.

Lefèvre F, Lefrévre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Ed. EDUCS; 2003.

Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. 23(11):2672-80.

Maeno M, Carmo JC. LER/DORT: crônica de um adoecimento anunciado. In: Maeno M e Carmo JC. Saúde no trabalhador no SUS. São Paulo: HUCITEC; 2005a. p.123-177.

Maeno M, Carmo JC. Trabalhar o presente e construir o futuro. In: Maeno M e Carmo JC. Saúde no trabalhador no SUS. São Paulo: HUCITEC; 2005b. p.265-314.

Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. O trabalho em saúde: experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003. p.55-124.

Minayo MCS. Introdução à Metodologia de Pesquisa Social. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 3^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 6^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO; 1998.

Mireya S. A força do imaginário individual na desconstrução da ordem social. In: Anais do II Encontro de intercâmbio de experiências do Fundo para Igualdade de Gênero da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional. Reflexões sobre a diversidade no mundo; 2005. p.21-2.

Moraes MQ. Família e feminismo. Cad. Pesq., São Paulo 1981; (37):

Moreira ME. Gestão do trabalho em saúde: desvendando a trama e o drama institucional. Campinas, 1997. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

Nora LM, Benvenuti RJ. Medicolegal aspects of informed consent. neurologic clinics of north america 1998; 16(1): 207-16.

Nova Constituição Brasileira, 1988.

Novo dicionário da língua portuguesa. 1^a ed. Rio de Janeiro: organização Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; Editora Nova Fronteira; 1975. Clínico; p.337.

Nunes CGF. Auto-estima e capacidade de imaginar-se outra(o) em outro mundo. In: Anais do II Encontro de intercâmbio de experiências do Fundo para Igualdade de Gênero da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional. Reflexões sobre a diversidade no mundo; 2005. p.16-20.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. (Orgs.). Epidemiologia e Saúde. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86.

Pastre EC, Carvalho Filho G, Pastre CM, Padovani CR, Almeida JS, Netto Júnior J. Queixas osteomusculares relacionadas ao trabalho relatadas por mulheres de centro de ressocialização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007,23(11): 2605-12.

Pereira AMM, Godinho MLSC, Bergamo MIBB. Saúde da família: uma análise baseada no sistema de informação da atenção básica. Rev. APS jan./jun.2006; 9(1): 50-63.

Silva Júnior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1998.

Soibelman M, Schenatto CB, Restelli VG. Dor lombar. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. - Porto Alegre: ARTMED; 2004.

Sorjjakoll S, Thompson KM, Aveling L, Earl A. Chronic pain, meaning, and spirituality: A qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. J Pastoral Care Counsel. Winter, 2006; 60(4): 369-78.

Timo-laria C. Peculiaridades do Texto Científico. HB Científica, 1996, III(2): 194-210.

Turato ER. Respeitando o informante e submetendo-se a um comitê de ética. In: Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Ed. Vozes; 2003. p.595-605.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3): 507-14.

Vieira S, Hossne WS. Pesquisa médica: a ética e a metodologia. São Paulo: Ed. Pioneira; 1998.

Vilela MFG. Da moça da vigilância ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Yannoulas S. Percepções, aspirações e imagens de gênero no Brasil contemporâneo: trabalho, perspectiva profissional e crise do emprego. In: Anais do II Encontro de intercâmbio de experiências do Fundo para Igualdade de Gênero da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional. Reflexões sobre a diversidade no mundo; 2005. p.20-3.

8- APÊNDICE

APÊNDICE 1

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Para as mulheres: flores ou comprimidos? Uma reflexão sobre a clínica”

Responsável: Rubens Bedrikow

médico, aluno regular do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (RA: 057151)

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Telefones para contato: Comitê de Ética em Pesquisa da FCM da UNICAMP: (19) 35218936

Pesquisador (Rubens Bedrikow): (19) 32877692 ou (11) 30858287

Estamos realizando um estudo que tem por objetivo compreender o significado que as dores osteomusculares têm para as mulheres, em quais contextos ocorrem esses sintomas e como são vivenciados por elas. O conhecimento desses aspectos relativos às mulheres com dores osteomusculares poderá contribuir para a prática da Clínica Ampliada nessas situações.

A Clínica Ampliada difere dos dois outros semblantes possíveis da Clínica: Degradada e Tradicional ou Oficial. A primeira limita-se à queixa-conduta. A segunda, ocupa-se essencialmente da doença. Já a Clínica Ampliada, considera o enfermo, sua subjetividade, sua doença e o contexto.

Este processo de investigação faz parte do meu projeto de mestrado.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido o seu anonimato. Você não terá qualquer ônus nem compensação financeira por participar da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita, e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga conseqüências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ___/___/____.

assinatura da participante

RG: _____

assinatura do pesquisador

RG: 11207252-5

