

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

Leonardo Felipe Farinazzo

RAÇA E DOR: interpretações de fisioterapeutas

Belo Horizonte
2025

Leonardo Felipe Farinazzo

RAÇA E DOR: interpretações de fisioterapeutas

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, na área de concentração de Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof^ª Daniela Virgínia Vaz, PhD

Belo Horizonte
2025

F225r Farinazzo, Leonardo Felipe
2025 Raça e dor [recurso eletrônico] : interpretações de fisioterapeutas / Leonardo Felipe Farinazzo. – 2025.
1 recurso online (92 f. : il.) : pdf.

Orientadora: Daniela Virgínia Vaz

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inclui bibliografia.

1. População negra – Teses. 2. Dor musculoesquelética – Teses. 3. Manejo da dor – Teses. 4. Racismo – Teses. 5. Fisioterapeutas – Teses. I. Vaz, Daniela Virgínia. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO LEONARDO FELIPE FARINAZZO

Realizou-se, no dia 07 de março de 2025, às 08:00 horas, Miniauditório da EEEFTO, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Raça e dor: interpretações de fisioterapeutas*, apresentada por LEONARDO FELIPE FARINAZZO, número de registro 2020721184, graduado no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Daniela Virginia Vaz - Orientador (UFMG), Prof(a). Rodrigo Ednilson de Jesus (UFMG), Prof(a). Marcella Guimarães Assis (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 07 de março de 2025.

Prof(a). Daniela Virginia Vaz (Doutora)

Prof(a). Rodrigo Ednilson de Jesus (Doutor)

Prof(a). Marcella Guimarães Assis (Doutora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

UFMG

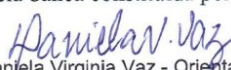
FOLHA DE APROVAÇÃO

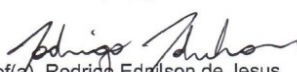
Raça e dor: interpretações de fisioterapeutas

LEONARDO FELIPE FARINAZZO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, área de concentração DESEMPENHO FUNCIONAL HUMANO.

Aprovada em 07 de março de 2025, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Daniela Virginia Vaz - Orientador
UFMG


Prof(a). Rodrigo Edmilson de Jesus
UFMG


Prof(a). Marcella Guimarães Assis
UFMG

Belo Horizonte, 7 de março de 2025.

AGRADECIMENTOS

Nos meses precedentes ao término deste trabalho, muitas reflexões e um grande sentimento de amadurecimento pessoal foram percebidos por mim. Recordo meus passos iniciais nessa jornada e, com distanciamento, vejo toda a sobrecarga mental daquele momento. Um misto de inocência e empolgação me atravessavam, feliz por ter logrado essa nova etapa. Adianto que nada de colorido aconteceu nos momentos iniciais. As esperanças de vivências acadêmicas marcantes foram arrancadas fortemente.

Certamente, o leitor deve estar surpreso por se deparar com algo tão incomum, já no início deste trabalho. Entretanto, diante da pouca liberdade imposta pelas normas não houve outro local para expressar os sentimentos envolvidos com a conclusão deste trabalho. Mas também, para cumprir as normas, venho agradecer àqueles que, após um início descolorido, me ajudaram a ressignificar o desejado processo de aprendizado, mesmo com novos desafios.

Agradeço grandemente à minha orientadora Dani Vaz, que talvez sem saber reacendeu em mim a vontade pelo conhecimento. Obrigado por permitir uma conversa inicial, pela liberdade de escolha do tema, pelo cuidado, suporte e acolhimento, mesmo eu sendo reservado(a). Obrigado pelo respeito em cada contato. Obrigado pelo aprendizado, ainda que tenhamos passado por turbulências sem soluções claras. Espero que a academia ainda possa se fazer do seu conhecimento e potência intelectual. Só aqueles que participaram de produções intelectuais ao seu lado entenderam a riqueza de seus raciocínios, que certamente encantaram a todos. Espero ter conseguido transmitir minha gratidão, mesmo que talvez ela não caiba aqui, mas que este MUITO OBRIGADO represente isto.

Agradeço aos meus pais, que tanto apostaram em minha busca pelo conhecimento, mesmo sabendo que o processo seria desafiador. Que para além da concepção da vida, me ensinaram os melhores caminhos para ser quem sou hoje. Obrigado por não desistirem de acreditar em mim. Obrigado pelos ensinamentos que transcendem as barreiras acadêmicas e

me ajudaram a superar as adversidades dessa etapa. Agradeço aos meus irmãos Júnior, Francisco, Leonor e sobrinhos que me mantiveram motivado até o fim dessa jornada. Amo vocês!

Agradeço aos meus amigos maravilhosos, que não se contentariam em não ter um parágrafo só para eles, mostrando a importância do acolhimento das angústias, tristezas, medos e inseguranças que se transformavam, em cada encontro, em sorrisos, leveza e coragem. Queridos, gratidão.

Obrigado ao meu companheiro e amor, Jordan, que esteve me apoiando e compreendendo os dias de cansaço, afastamento e noites mal dormidas. Obrigado por estar por perto.

Obrigado aos alunos e pacientes que, em momentos de cuidado e aprendizado, permitiram a minha evolução pessoal em cada troca proporcionada pelo ensino-aprendizado.

*“Aí, maloqueiro
Aí, maloqueira
Levanta essa cabeça (vem)
Enxuga essas lágrimas, certo? (É você memo)
Respira fundo
E volta a correr (vai)
Cê vai sair dessa prisão (aham)
Cê vai atrás desse diploma
Com a fúria da beleza do Sol, entendeu? (É isso)
Faz isso por nós
Faz essa por nós (vai)
Te vejo no pódio”*

AmarElo - Emicida (Sample: Belchior - Sujeito de Sorte) part. Majur e Pablllo Vittar

RESUMO

Estudos demonstram que pacientes negros têm sua dor subestimada e tratada de forma desigual. Crenças raciais e atitudes dos profissionais de saúde afetam o manejo da dor, perpetuando iniquidades raciais. Este estudo investigou, por meio de entrevistas semiestruturadas, a relação entre concepções de raça e dor de 15 fisioterapeutas clínicos que prestam assistência em dor musculoesquelética com mais de cinco anos de experiência. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo e os resultados organizados nas categorias: 'raça e saúde' e 'raça e dor'. A análise mostrou que fisioterapeutas reconhecem a importância do modelo biopsicossocial no tratamento da dor, mas têm dificuldades em aplicá-lo integralmente, especialmente na dimensão social. Enfrentam desafios na compreensão da dor crônica, atribuindo estereótipos psicológicos aos pacientes e reduzindo fatores sociais a questões individuais. Essa limitação também se reflete na compreensão de raça e racismo, reforçando a ideia equivocada de raça como categoria biológica, de "doenças raciais", além de atribuir características psicológicas e morais de enfrentamento à dor com base na raça. A falta de conhecimento sobre o impacto do racismo na saúde da população negra dificulta um cuidado equitativo e de qualidade.

Palavras-chave: Iniquidades Raciais; Dor Musculoesquelética; Racismo.

ABSTRACT

Studies show that Black patients have their pain underestimated and treated inequitably. Racial beliefs and attitudes of healthcare professionals affect pain management, perpetuating racial inequities. This study investigated, through semi-structured interviews, the relationship between conceptions of race and pain among 15 clinical physical therapists with over five years of experience providing musculoskeletal pain care. The transcripts were submitted to content analysis, and the results were organized into the categories: 'race and health' and 'race and pain'. The analysis revealed that physical therapists recognize the importance of the biopsychosocial model in pain treatment but struggle to apply it fully, particularly in the social dimension. They face challenges in understanding chronic pain, attributing psychological stereotypes to patients, and reducing social factors to individual issues. This limitation is also reflected in their understanding of race and racism, reinforcing the misconception of race as a biological category, of "racial diseases", and assigning psychological and moral characteristics of pain coping based on race. The lack of knowledge about the impact of racism on Black people's health hinders equitable and quality care.

Keywords: Racial Inequities; Musculoskeletal Pain; Racism.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ARTIGO	18
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	63
ANEXOS	71
MINI CURRÍCULO.....	92

1 INTRODUÇÃO

A compreensão sobre a dor mudou ao longo do tempo, passando de uma abordagem biomédica, destinada a encontrar a fonte da dor em alguma estrutura lesionada, para um modelo mais abrangente e integrativo (Mescouto *et al.*, 2020). O modelo biopsicossocial (BPS) foi adotado como referência, reconhecendo que a experiência da dor não é influenciada apenas por fatores biológicos, mas também por processos psicológicos e sociais (Mescouto *et al.*, 2020). Esse modelo permite compreender a dor por uma abordagem centrada no paciente e tem sido amplamente utilizada para a avaliação e manejo de diversas condições de saúde, como a dor crônica (Mescouto *et al.*, 2020). Por isso, a literatura recomenda que os fisioterapeutas adotem a perspectiva biopsicossocial, permitindo compreender a dor crônica em sua complexidade multifatorial (Mescouto *et al.*, 2020).

Esse referencial teórico está alinhado com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que é fundamental para a identidade profissional e prática da reabilitação e da fisioterapia (Escorpizo; Bemis-Dougherty, 2015; Escorpizo; Glässel, 2013; Leonardi; Fheodoroff, 2021; Atkinson; Nixon-Cave, 2011; Allet; Bürge; Monnin, 2008; Jette, 2006). Adotar uma conduta baseada no modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade permite ao fisioterapeuta considerar, em suas abordagens, um perfil funcional específico para cada indivíduo (Sampaio *et al.*, 2005). Dessa forma, é possível compreender que uma mesma patologia ou lesão de estruturas e funções do corpo, em diferentes indivíduos, pode ocasionar graus distintos de repercussão funcional nas atividades e na participação social (Sampaio *et al.*, 2005), no contexto em que o paciente está inserido. Por isso, o modelo da CIF é fundamental na construção do raciocínio clínico, focando a funcionalidade como um componente essencial da saúde. Ela permite uma avaliação ampla e individualizada, considerando não apenas a condição de saúde e as alterações de estruturas e funções corporais, mas também a interação do indivíduo com fatores contextuais ambientais e

peçoais que podem promover ou prejudicar a saúde e a funcionalidade, contribuindo para a formulação de intervenções mais eficazes e centradas no paciente (Sampaio *et al.*, 2005). Essa perspectiva torna-se particularmente relevante no manejo da dor crônica, uma das principais razões para a busca por atendimento fisioterapêutico, já que essa condição está frequentemente associada à incapacidade funcional e ao sofrimento (Dijk *et al.*, 2023).

Embora a literatura sugira o uso do modelo biopsicossocial para o cuidado da dor crônica, há uma tendência, por parte dos fisioterapeutas, de atuar com base no modelo biomédico, atribuindo causas exclusivamente biológicas à dor (Mescouto *et al.*, 2020) e dando pouca atenção às suas dimensões psicológica e social (Mescouto *et al.*, 2020). Os aspectos psicossociais da dor crônica são frequentemente abordados de forma reducionista. Quando analisados especificamente, os aspectos individuais e psicológicos tendem a ser restritos aos âmbitos cognitivo, comportamental e atitudinal. Há pouca atenção a outras dimensões como saúde mental, emoções e questões relacionadas à interação paciente/terapeuta (Mescouto *et al.*, 2020). Já os aspectos sociais costumam ser considerados apenas no contexto das relações familiares e laborais, abordando fatores como satisfação profissional, estresse, carga de trabalho e relacionamentos. Determinantes sociais da saúde e da funcionalidade, incluindo o funcionamento do sistema de saúde e as iniquidades sociais, por exemplo, são frequentemente ignorados (Mescouto *et al.*, 2020).

A invisibilização da dimensão social impede a compreensão de um dos maiores fenômenos que estruturam as sociedades com passado colonial, especialmente o Brasil: o racismo (Mescouto *et al.*, 2020; Guimarães, 2009). A dor crônica é frequentemente mal manejada em pessoas negras devido a estigmas sociais, como a crença de que possuem maior resistência à dor (Lima, Lewis e Lyra, 2021; Leal *et al.*, 2017). Devido a desigualdades estruturadas na organização social, a população negra brasileira está sistematicamente exposta

a mais riscos ambientais de adoecimento; enfrenta barreiras de acesso ao sistema de saúde; e ao acessá-lo, recebe cuidados de pior qualidade (Brasil, 2009; Werneck, 2016; Jones, 2002).

A dimensão social da dor crônica, assim como outras questões de saúde da população negra, é pouco investigada no campo da fisioterapia. Atualmente, as discussões sobre violências obstétricas em mulheres negras são um dos poucos temas abordados, ainda que de forma superficial (Lima, Lewis e Lyra, 2021; Leal *et al.*, 2017). Embora o raciocínio clínico baseado na CIF e no modelo biopsicossocial (Sampaio e Luz, 2009) seja amplamente recomendado e celebrado como parte da base teórica da profissão e da sua atuação na dor, as questões de raça/cor e racismo não são consideradas determinantes relevantes na compreensão da dor crônica, e da saúde, de maneira mais geral, dos pacientes atendidos na fisioterapia.

Raça, racismo e dor crônica

O racismo pode ser compreendido como um fenômeno social que estrutura relações de poder e naturaliza desigualdades a partir da ficção das raças. No Brasil, o racismo não se refere apenas a manifestações isoladas de preconceito, mas a um sistema que organiza práticas e distribui recursos de forma desigual (Guimarães, 2009). Embora o conceito de raça não tenha respaldo em evidência científica, foi historicamente empregado para demarcar fronteiras simbólicas e sustentar desigualdades sociais, possibilitando legitimações hierárquicas (Guimarães, 1999; 2009) enraizadas nas instituições e perpetuadas no cotidiano das interações sociais (Munanga, 2003; 2010). O racismo encontrou respaldo no meio científico, especialmente entre os séculos XIX e XX, quando discursos acadêmicos conferiram aparência de legitimidade a distinções sociais baseadas em “raça” (Munanga, 2003; 2010). Pesquisas e teorias pseudocientíficas elaboraram teses que sustentavam uma suposta hierarquia entre grupos raciais, colaborando para a exclusão sistemática de negros (Schwarcz, 1993). Nesse processo, a ciência serviu como instrumento de consolidação das

desigualdades, transformando diferenças fenotípicas em diferenças morais, psicológicas e intelectuais (Schucman, 2010). Essas narrativas criaram uma base simbólica que ultrapassou o campo científico, estruturando práticas institucionais e consolidando o racismo como princípio organizador das relações sociais (Souza, 2009).

Apesar de cientificamente desacreditadas, tais teorias raciais mantêm ressonâncias que ecoam no presente, sobretudo quando discursos sociais e institucionais insistem em justificar desigualdades por supostas diferenças naturais. Estudos contemporâneos mostram que as distinções raciais permanecem ativas nas concepções sociais e culturais, mesmo sem qualquer base biológica (Pena; Birchall, 2006). Assim, ainda que as ciências modernas afirmem a inexistência de raças humanas, a crença em diferenças naturais continua legitimando desigualdades cotidianas (Munanga, 2003). Essas permanências simbólicas atualizam preconceitos sob novas formas de expressão e sustentam práticas discriminatórias nas instituições.

No debate contemporâneo, o racismo é tratado como fenômeno complexo e multidimensional. Do ponto de vista realista crítico, o racismo tem dimensões que se entrelaçam, nas quais se articulam as engrenagens institucionais, os repertórios ideológicos que circulam socialmente e também as disposições individuais (Campos, 2017). A dimensão ideológica se expressa na circulação de crenças em hierarquias raciais que justificam desigualdades (Campos, 2017). Já na dimensão individual, atitudes cotidianas, muitas vezes impensadas, traduzem esses vieses em práticas discriminatórias baseadas na raça (Campos, 2017). No plano estrutural, o racismo se inscreve no funcionamento das instituições e condiciona o acesso desigual a direitos como educação e moradia e saúde (Werneck, 2016; Campos, 2017).

Amplamente documentados, os efeitos do racismo sobre a saúde revelam como esse fenômeno estrutura a produção de iniquidades populacionais. O racismo institucional

funciona como uma barreira silenciosa, afetando o acesso, a qualidade e os desfechos do cuidado, com impacto particularmente marcante sobre a população negra. Trata-se de um obstáculo estrutural que, traduzido em rotinas concretas, produz exclusões que vão do acolhimento inicial às etapas críticas do tratamento, perpetuando desigualdades históricas (Werneck, 2016). O racismo opera por múltiplas vias, tanto pelas agressões diretas da discriminação quanto pelos efeitos indiretos do estresse crônico, cujos impactos cumulativos sobre a saúde física e mental merecem atenção (Williams; Mohammed, 2013).

Além disso, pesquisas recentes sobre a dor crônica apontam que a desigualdade racial não deve ser analisada somente sob a ótica individual do sofrimento, mas sim de um conjunto de fatores estruturais, históricos e culturais que moldam a experiência de dor (Pham *et al.*, 2023). Crenças falsas culturalmente difundidas sobre diferenças raciais na capacidade de experimentar dor influenciam condutas clínicas e decisões terapêuticas (Goyal *et al.*, 2015; Pham *et al.*, 2023; Hoffman *et al.*, 2016). Em serviços de emergência pediátrica, por exemplo, observou-se menor prescrição de analgésicos a crianças negras, evidenciando como vieses moldam o cuidado (Pham *et al.*, 2023). No cenário internacional, estudos apontam que pacientes negros e latinos recebem sistematicamente menos recursos terapêuticos no tratamento da dor crônica, demonstrando que o racismo é um determinante global de saúde (Morales; Yong, 2015; Paradies *et al.*, 2015; Rusinga *et al.*, 2023). No Brasil, essas crenças refletem um processo histórico de desumanização e naturalização do sofrimento da população negra (Souza, 2009). Mulheres negras relatam experiências frequentes de negligência no pré-natal e parto, o que confirma a persistência dessas desigualdades (Leal *et al.*, 2017; Lima, 2021).

Todos estes elementos, portanto, podem impactar significativamente a interpretação clínica da dor. Estereótipos e ideias equivocadas sobre resistência ou tolerância à dor em pessoas negras muitas vezes influenciam as decisões médicas, levando a tratamentos

insuficientes ou inadequados (Chapman, 2013; Goyal *et al.*, 2015; Hoffman *et al.*, 2016; Leal *et al.*, 2017). Essas crenças, enraizadas em visões históricas de inferiorização, refletem como as ideologias ainda mantêm práticas discriminatórias, afetando a vida de pacientes negros em situações críticas (Hoffman *et al.*, 2016). Identificar essas distorções é fundamental para evitar a normalização das desigualdades que compromete a eficácia do modelo biopsicossocial na assistência à saúde.

As discussões em torno do racismo e da saúde demonstram que a experiência da dor não pode ser reduzida a fatores biológicos ou psicológicos isolados (Chapman, 2013; Pham *et al.*, 2023). Quando essas condições se manifestam na clínica, não se trata apenas de sintomas individuais, mas de experiências moldadas por estruturas socioculturais históricas que precisam ser consideradas. O modelo biopsicossocial, embora amplamente difundido na fisioterapia, convida a incorporação da dimensão social do racismo como determinante da experiência de adoecimento.

A incorporação crítica do racismo ao raciocínio clínico implica reconhecer que práticas aparentemente neutras podem reproduzir exclusões. Essa constatação convida a fisioterapia a expandir seus horizontes, deslocando-se de uma abordagem centrada exclusivamente em estruturas corporais para uma perspectiva que também considere contextos sociais e relações de poder, em consonância com uma perspectiva biopsicossocial. A compreensão clínica da dor pode ser enriquecida ao considerar os aspectos sociais em sua análise, especialmente no que se refere às concepções de raça e suas consequências práticas que influenciam o olhar clínico e a relação terapêutica. A falta de atenção a essas dimensões pode prejudicar a eficácia do cuidado fisioterapêutico e reproduzir as desigualdades históricas no tratamento de pessoas negras. Refletir criticamente sobre como raça e racismo podem moldar as práticas de saúde, incluindo as interpretações da dor feitas pelos fisioterapeutas, é

essencial para expandir os horizontes da prática clínica e fortalecer um modelo genuinamente biopsicossocial de cuidado.

2 ARTIGO

Raça e dor: interpretações de fisioterapeutas

Race and pain: interpretations by physical therapists

Raza y dolor: interpretaciones de kinesiólogos

Vaz, DV; Farinazzo, LF; Lage, IL

Dra. Daniela Virgínia Vaz

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais.
Professora Associada, Departamento de Fisioterapia e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.
danielavvaz@gmail.com

Leonardo Felipe Farinazzo (Universidade Federal de Minas Gerais)

Mestrando do curso de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.

Izabela Liberato Lage (Universidade Federal de Minas Gerais)

Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.

Endereço para correspondência: Daniela Virginia Vaz. Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha, CEP: 31270-901 Belo Horizonte, MG, Brasil.

Declaração de conflitos de interesse: não há

Raça e dor: interpretações de fisioterapeutas

RESUMO

Estudos demonstram que pacientes negros têm sua dor subestimada e tratada de forma desigual. Crenças raciais e atitudes dos profissionais de saúde afetam o manejo da dor, perpetuando iniquidades raciais. Este estudo investigou, por meio de entrevistas semiestruturadas, a relação entre concepções de raça e dor de 15 fisioterapeutas clínicos que prestam assistência em dor musculoesquelética com mais de cinco anos de experiência. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo e os resultados organizados nas categorias: ‘raça e saúde’ e ‘raça e dor’. A análise mostrou que fisioterapeutas reconhecem a importância do modelo biopsicossocial no tratamento da dor, mas têm dificuldades em aplicá-lo integralmente, especialmente na dimensão social. Enfrentam desafios na compreensão da dor crônica, atribuindo estereótipos psicológicos aos pacientes e reduzindo fatores sociais a questões individuais. Essa limitação também se reflete na compreensão de raça e racismo, reforçando a ideia equivocada de raça como categoria biológica, de “doenças raciais”, além de atribuir características psicológicas e morais de enfrentamento à dor com base na raça. A falta de conhecimento sobre o impacto do racismo na saúde da população negra dificulta um cuidado equitativo e de qualidade.

Palavras-chave (DeCS/MeSH): iniquidades raciais, dor musculoesquelética, racismo

Race and pain: interpretations by physical therapists

ABSTRACT

Studies show that Black patients have their pain underestimated and treated inequitably. Racial beliefs and attitudes of healthcare professionals affect pain management, perpetuating racial inequities. This study investigated, through semi-structured interviews, the relationship between conceptions of race and pain among 15 clinical physical therapists with over five years of experience providing musculoskeletal pain care. The transcripts were submitted to content analysis, and the results were organized into the categories: ‘race and health’ and ‘race and pain’. The analysis revealed that physical therapists recognize the importance of the biopsychosocial model in pain treatment but struggle to apply it fully, particularly in the social dimension. They face challenges in understanding chronic pain, attributing psychological stereotypes to patients, and reducing social factors to individual issues. This limitation is also reflected in their understanding of race and racism, reinforcing the misconception of race as a biological category, of “racial diseases”, and assigning psychological and moral characteristics of pain coping based on race. The lack of knowledge about the impact of racism on Black people's health hinders equitable and quality care.

Key-words (DeCS/MeSH): racial inequities, musculoskeletal pain, racism

Raza y dolor: interpretaciones de kinesiólogos

RESUMEN

Los estudios demuestran que los pacientes negros suelen tener su dolor subestimado y recibir un tratamiento desigual. Las creencias raciales y las actitudes de los profesionales de la salud influyen en el manejo del dolor, perpetuando las desigualdades raciales. Este estudio investigó, a través de entrevistas semiestructuradas, la relación entre las percepciones sobre la raza y el dolor en 15 kinesiólogos clínicos con más de cinco años de experiencia en el tratamiento del dolor musculoesquelético. Las transcripciones fueron sometidas a un análisis de contenido, y los resultados se organizaron en las categorías: ‘raza y salud’ y ‘raza y dolor’. El análisis mostró que, si bien los kinesiólogos reconocen la importancia del modelo biopsicosocial en el tratamiento del dolor, tienen dificultades para aplicarlo completamente, especialmente en su dimensión social. Enfrentan desafíos en la comprensión del dolor crónico, atribuyendo estereotipos psicológicos a los pacientes y reduciendo los factores sociales a cuestiones individuales. Esta limitación también se refleja en su comprensión de la raza y el racismo, reforzando ideas erróneas como la raza como una categoría biológica, la existencia de “enfermedades raciales” y la atribución de características psicológicas y morales en la forma de afrontar el dolor según la raza. La falta de conocimiento sobre el impacto del racismo en la salud de la población negra dificulta la prestación de una atención equitativa y de calidad.

Palabras clave (DeCS/MeSH): desigualdades raciales, dolor musculoesquelético, racismo

INTRODUÇÃO

No Brasil e em outros países ocidentais, a dor tem cor. Estudos demonstram que pacientes negros têm sua dor subestimada e subtratada em diversos contextos clínicos, como fraturas¹, câncer metastático², assistência ao parto^{3,4} e apendicite infantil⁵. Pacientes negros têm menor probabilidade de receber medicação para a dor, e quando recebem, as dosagens são menores^{6,7}. Esse conjunto de evidências comprova a existência de iniquidades raciais nos cuidados da dor^{8,9}.

A dor é um fenômeno multidimensional. Trata-se de uma experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais que se entrelaçam^{10,11}. No entanto, muitas evidências indicam que o cuidado oferecido por fisioterapeutas a pacientes com dor musculoesquelética prioriza fatores físicos e/ou cognitivos, como dano tecidual, função física, conhecimentos sobre neurofisiologia da dor, crenças e comportamentos individuais relativos à dor¹²⁻¹⁵. Assim, aspectos sociais, como o racismo, raramente são considerados na experiência da dor.

O racismo é um fenômeno social complexo e multidimensional. As iniquidades raciais (re)produzidas por estruturas sociais e institucionais, como o sistema e os serviços de saúde, revelam uma de suas faces. Porém, o racismo também se manifesta na relação entre estruturas sociais, ideologias circulantes e atitudes individuais¹⁶. A face ideológica se baseia na crença de que existem “raças” superiores e inferiores em termos morais, físicos, cognitivos e estéticos. A face atitudinal se revela nas práticas discriminatórias, sejam elas ostensivas ou sutis, contra indivíduos ou grupos¹⁶. Estas três dimensões se retroalimentam: a ideologia racista legitima práticas excludentes, que moldam instituições e sistemas sociais geradores de desigualdades raciais, que por sua vez “confirmam” o imaginário social de inferioridade, perpetuando o fenômeno¹⁶.

Tanto as ideias e atitudes sobre raça quanto as ideias e atitudes sobre a própria dor podem afetar a experiência da dor. Diferentes estudos indicam que as crenças de profissionais de saúde sobre a dor musculoesquelética, explícitas ou implícitas, podem afetar as crenças dos pacientes e interferir no processo terapêutico^{9,17-22}. Ideias nocivas comuns incluem a crença de que a dor indica dano tecidual causado por má postura ou uso excessivo, que o tratamento precisa reconstruir estruturas teciduais e que descanso e proteção das áreas afetadas são necessários para a recuperação. Tais crenças são prejudiciais para os resultados terapêuticos, o nível de incapacidade e a qualidade de vida dos pacientes com dor musculoesquelética^{23,24}.

As ideias e atitudes sobre raça podem incidir sobre a interpretação e as estratégias que pacientes e terapeutas utilizam para o manejo da dor. Crenças sobre diferenças entre as “raças” branca e negra, atribuindo a negros corpos mais fortes, potentes e resistentes^{6,25} pele mais grossa, terminações nervosas menos sensíveis, cérebro menor e sistema imune mais forte⁷ estão associados com a percepção enviesada do nível de dor do paciente e com oferta distinta de opções de tratamento⁷.

O racismo brasileiro é um fato social evidente nas iniquidades em saúde^{3,4,26,27} e ao mesmo tempo oculto pela negação de sua presença nas ideias e atitudes individuais^{28,29}. A negligência com ideologias e práticas racistas que podem compor a experiência da dor, especialmente na relação entre fisioterapeuta e paciente, impede o cuidado biopsicossocial e pode sustentar iniquidades. Assim, este trabalho investigou através de metodologia qualitativa, a relação entre concepções de raça e dor de fisioterapeutas clínicos que prestam cuidado em dor musculoesquelética.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Este é um estudo qualitativo, referenciado nos estudos de relações raciais^{30,31}, no modelo biopsicossocial da dor¹², e para sintetizar os dados, na análise de conteúdo de Bardin³². Foram realizadas entrevistas presenciais semiestruturadas no período de setembro de 2023 a junho de 2024. Os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 69518423.8.0000.5149). Este trabalho segue os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*³³ (ANEXO I).

Participantes

Foram entrevistados 15 fisioterapeutas clínicos de diferentes áreas de atuação, todos com mais de cinco anos de formação e experiência profissional no atendimento a pacientes com dor crônica (Tabela 1). O recrutamento dos participantes se deu por indicações em “bola de neve” e contactados via WhatsApp, o que permitiu uma aproximação mais natural com os entrevistados³⁴.

Outros 15 convites para participar do estudo não resultaram em entrevistas por diferentes motivos: tempo de formação inferior a cinco anos, mudança para outro estado, falta de tempo ou ausência de retorno por parte do convidado. Não houve estabelecimento de relacionamento prévio com os entrevistados. Eles tinham conhecimento limitado sobre os pesquisadores, sabendo apenas os objetivos da pesquisa. Além disso, características como concepções, opiniões ou interesses do entrevistador não foram explicitamente mencionadas, buscando manter neutralidade nas interações.

Procedimentos

Inicialmente foram realizadas discussões com especialistas e uma revisão assistemática de artigos, livros, teses e dissertações para o estabelecimento do referencial

teórico e do roteiro de entrevistas. Também foram realizadas buscas cruzadas para rastrear trabalhos relevantes por meio das citações de autores³⁵. Para a seleção dos textos, foram mapeadas as publicações sobre dor crônica e intervenções baseadas no modelo biopsicossocial¹². Em seguida, foram examinadas publicações sobre abordagens sócio-históricas dos fenômenos de raça e racismo no Brasil^{16,36,37,38}. Além disso, foram consultados estudos que relacionam os fenômenos de raça e saúde^{8,24}. Dada a escassa discussão sobre a intersecção entre raça e dor, inicialmente poucos artigos foram utilizados como suporte para a construção da reflexão entre esses temas, e nenhum se relacionava ao contexto da fisioterapia^{1,2,3,4,5}.

Roteiro de entrevista

Um roteiro flexível de entrevista foi elaborado com base na revisão da literatura pertinente e nas experiências prévias dos pesquisadores, para nortear o diálogo com os fisioterapeutas (APÊNDICE A). O formato de entrevista semiestruturada permitiu que os assuntos de interesse pudessem ser abordados com maior liberdade, pelo pesquisador e participante, revisitando temas e aprofundando discussões, além de permitir a expressão de dúvidas, desconfortos e silêncios. Essa flexibilidade foi importante visto que no Brasil as discussões sobre raça, racismo e desigualdades raciais tipicamente causam incômodo³⁹. Foram realizadas três entrevistas-piloto com a finalidade de testar e refinar a qualidade do roteiro e treinar o pesquisador entrevistador. Após essa etapa, foram implementados alguns aprimoramentos, sendo elas: (1) reestruturação da ordem das perguntas, (2) reformulação da redação de algumas perguntas para promover maior clareza, (3) inclusão da pergunta auxiliar direta sobre raça (“*O que é “raça” para você?*”) com intuito de explorar o conceito antes de discutir sua relação com a dor crônica.

Coleta de dados

As entrevistas foram conduzidas individualmente, em um único encontro, por um fisioterapeuta mestrando (L.F.F.) com mais de oito anos de experiência em atendimento com pacientes com dor crônica, treinado em metodologia qualitativa durante a pós-graduação, com uma acadêmica de graduação em fisioterapia (I.L.L.). O local escolhido para as entrevistas foi o ambiente de preferência dos entrevistados, usualmente o local de trabalho.

Os participantes foram informados sobre a natureza do estudo e seus objetivos, na ocasião do convite para participação no estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o formulário de autorização para registro das entrevistas (APÊNDICE C) foram enviados, lidos e assinados antes da entrevista. No início da entrevista foram registrados os dados pessoais e de formação. Cada entrevistado pôde definir se concordaria em ser novamente contactado pelo pesquisador para eventuais esclarecimentos sobre seu relato. Em todas as entrevistas, os entrevistadores registraram reflexões emocionais e desafios técnicos, além de discutirem e compartilharem entre si as experiências ao longo do processo. Todas as entrevistas foram gravadas por dois celulares e posteriormente transcritas com softwares de inteligência artificial (*Good Tape AI*). As transcrições foram conferidas por um dos pesquisadores para manter a fidedignidade com as gravações. Antes da análise, os entrevistados receberam uma cópia da transcrição e tiveram a oportunidade de fazer correções ou ajustes que achassem necessário. Dois entrevistados acrescentaram informações à transcrição, refinando o conteúdo sem alterar o contexto original das respostas.

As entrevistas foram encerradas quando os entrevistados ofereceram respostas claras e relevantes às perguntas de pesquisa, e tiveram duração de 30 a 70 minutos. A decisão de interromper novos convites para participação no estudo considerou os objetivos do estudo, a qualidade das respostas, as reflexões dos pesquisadores e a diversidade de experiências dos entrevistados.

Análise de dados

A pré-análise, conduzida antes da conclusão das entrevistas, permitiu avaliação preliminar dos dados e identificação da necessidade de novas entrevistas. Nessa fase, realizaram-se leituras flutuantes para iniciar a organização do *corpus*, posteriormente estruturado em documento online. Dois pesquisadores (D.V.V. e L.F.F.), independentemente, buscaram declarações significativas nas transcrições, utilizando como referência teorias crítico-raciais e o modelo biopsicossocial. Desse processo, definiram-se os índices: "raça", "dor", "raça e saúde" e "raça e dor".

Na exploração do material, esses índices foram codificados conforme unidades de registro e contexto relacionadas aos objetivos do estudo. Para explorar novos códigos, utilizou-se um *prompt* na inteligência artificial Gemini (*Google*). Os códigos foram mapeados e categorizados segundo os aspectos biológico, psicológico e social. Em seguida, realizou-se recategorização geral, agrupando códigos comuns em cada aspecto, o que permitiu a delimitação dos temas "raça e saúde" e "raça e dor". Todo o processo foi gerenciado manualmente no sistema Miro (*RealtimeBoard, Inc.*). Os pesquisadores discutiram as unidades de registro e de contexto, ajustando as categorias criadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre noções de raça e dor de fisioterapeutas clínicos. Apesar das consolidadas recomendações para o manejo da dor de uma perspectiva biopsicossocial, o racismo é raramente investigado como elemento social relevante para as experiências de dor. Os resultados evidenciam como fisioterapeutas concebem temas que podem influenciar o cuidado de pacientes com dor musculoesquelética.

A análise resultou em dois temas principais: (1) “raça e saúde” e (2) “raça e dor”. Isso permitiu interpretar os dados à luz do referencial teórico, o que levou à identificação dos subtemas: (1a) sentidos de raça, (1b) impactos na saúde, (2a) multidimensionalidade da dor crônica, (2b) elementos biológicos da “raça” e (2c) elementos psicológicos e sociais da raça e do racismo. Esta estruturação relacionou os conteúdos raciais mencionados pelos entrevistados ao modelo biopsicossocial da dor crônica. Pseudônimos foram usados para identificar as citações e preservar a identidade dos entrevistados.

Raça e Saúde

- Sentidos de raça

“Raça” como categoria biológica: “se a gente for pensar em, por exemplo, constituição de fibra muscular. A gente sabe que é diferente.” (Catarina)

A noção de “raça” foi amplamente baseada em características físico-biológicas tanto visíveis quanto presumidas, como cor da pele, textura do cabelo e traços, além de diferenças na composição de fibras musculares, tecido conjuntivo e características genéticas. Os entrevistados sugeriram que “raça” “cientificamente falando, é o conjunto de fenótipos de uma população”, de forma que “vão marcar aquela população em algumas características” como “a cor de pele, cor do cabelo, estatura, tipo físico, questões genéticas” (Natan).

[...] a gente tem um tecido conjuntivo mais resistente, [...] o assoalho pélvico da mulher negra, ele tem uma tendência a ter uma tensão maior, [...] da mesma forma, se eu vou numa branca, eu sei que depende, ela for muito branca, ela tem mais dispersão de tecido conjuntivo então, é um assoalho pélvico mais frouxo, eu tenho que tomar mais cuidado com o exercício. (Graziela)

As falas refletem o racismo científico dos séculos XVIII e XIX, que presumia diferenças biológicas entre grupos humanos, cristalizando a ideia de uma hierarquia racial.^{36,37} No entanto, a ciência moderna prova que não existem "raças" humanas distintas.⁴⁰ O Projeto Genoma Humano mostrou que não há “gene racial” e que diferenças genéticas

podem ser maiores dentro de um mesmo grupo do que entre grupos.^{41,42}. Pesquisas sobre genes da cor da pele confirmam que tais genes representam menos de 1% do patrimônio genético humano³⁷. Apesar disso, noções de “raça” como categoria biológica, como as mencionadas, permanecem enraizadas no imaginário popular, baseando formas de identificação e classificação^{36,37,43}.

Alguns entrevistados destacaram que a noção de “raça” estaria relacionada à descendência de um grupo de pessoas de uma determinada região geográfica, mostrando que “a raça tá muito ligada às suas origens[...], africana, indígena, europeia. Acaba que, fenotipicamente, eles vão se distinguir entre si”. (Lúcia).

Essa perspectiva se conecta com a discussão de Natan sobre a mestiçagem e como sua ideia de “raça” não está ligada apenas à cor da pele. Ele admite ser branco, mas se considera mestiço, acreditando que, no passado, existiram “raças” puras: “Eu, hora nenhuma me coloco como uma pessoa de uma raça pura”, ao passo que “se fosse pensar na cor de pele acho que... acho que branco, né? Mas eu não sou branco... eu me coloco uma pessoa mestiça, como todo brasileiro”, isso porque “meu avô era índio ou pai do meu avô, né? Não sei com quem que ele se casou, se era com uma mestiça”.

A ideologia da mestiçagem, base do projeto de embranquecimento da nação desde a virada do século XIX para o XX^{28,44,45}, enalteceu a miscigenação entre três “raças” originárias — branca, indígena e negra — como formadora da nacionalidade, especialmente na obra de Gilberto Freyre⁴⁶:

"Talvez em parte alguma se esteja verificando com igual liberalidade o encontro, a intercomunicação e até a fusão harmoniosa de tradições diversas, ou antes, antagônicas, de cultura, como no Brasil. [...] Mas não se pode acusar de rígido, nem de falta de mobilidade vertical o regime brasileiro, em vários sentidos sociais um dos mais democráticos, flexíveis e plásticos." (Freyre, 2006, p.115)

A visão positiva da mestiçagem, promovida pelo Estado, moldou a percepção de “todo brasileiro” como mestiço. Isto consolidou uma idealização do Brasil como nação harmoniosa

e igualitária^{46,47,48}. No entanto, essa perspectiva esconde as desigualdades causadas pelo racismo, onde negros e indígenas são marginalizados, enquanto brancos desfrutam de privilégios, incluindo o de não se reconhecer parte do sistema de desigualdade racial.^{38,49,50,51}. A entrevistada Paula afirmou que “como brasileira” não percebe “diferença entre brancos e negros”, reforçando: “acho que a gente é tudo igual”. Para ela, a diferença racial não se aplica entre brasileiros, mas para estrangeiros, e está “muito mais ligada à nacionalidade do que à cor”.

Em virtude da formação social histórica do Brasil, Guimarães afirmava em 1995 que “Qualquer estudo sobre o racismo no Brasil deve começar por notar que o racismo no Brasil é um tabu. De fato, os brasileiros se imaginam numa democracia racial” (p. 26)²⁸. Entre os entrevistados, três décadas depois, o tabu se revelou no desconforto: “Cara, se eu soubesse que ia virar esse assunto, eu não tinha participado disso não. Ai, cara! [risos]” (Max).

Raça como marca social no corpo: “Pele morena, cabelo ruim” (David)

Os entrevistados classificaram seus pacientes como negros principalmente pela aparência. A cor da pele foi o critério principal, descrito de forma direta: “Só a cor da pele” (Anaelia); “É mais pela questão da pele mesmo” (Bento). Outros atributos de aparência também reforçaram a identificação racial: “Por que ela tem a pele morena e o cabelo crespo” (David); “Eu vi pela cor de pele escura e por traços de cabelo crespo” (Fátima). Alguns reconheceram a subjetividade da classificação, mas mantiveram critérios de aparência: “Sei que é ela que deveria se classificar, mas eu consideraria preta pelos lábios carnudos e nariz” (Lucia); “Talvez tivesse dificuldade em classificar outros pacientes, mas ele é bem negro” (Natan).

A mesma referência foi utilizada pelos entrevistados brancos: “[Sou] branca. *E o que te faz se classificar desse jeito? A cor da pele também.*” (Catarina); “Eu me classifico como

uma branca” (Fátima) também pelos “traços físicos, pele clara, tipo de cabelo, traços mais finos que me fazem classificar como branca.” (Fátima). Apesar do desconforto, Max afirma: “Eu sou branco. [risos] É difícil, né cara? A gente entra numa contradição violenta. Meu Deus, que horrível. *E o que te faz se classificar desse modo? Ah! Minha cor*”.

O uso da cor e outros traços físicos para a classificação racial reflete as ideologias raciais em diferentes contextos históricos e culturais³⁷. No Brasil, opera o “racismo de marca” ou “preconceito de cor”, em que a aparência determina a percepção das pessoas, sustentando a hierarquia social, discriminações e desigualdades⁴⁴. Nos EUA, vigora o “racismo de origem”, baseado na ancestralidade, não só à aparência física^{37,44}. As diferenças refletem o contexto histórico e político local, tornando a raça um conceito maleável às relações de poder e eficaz para justificar desigualdades³⁷.

“Raça” como produto do racismo: “Não quem eu sou do ponto de vista de essência, mas de como elas me enxergam, né?” (Graziela)

Alguns entrevistados refletiram que a identidade racial é formada pela vivência do racismo: “A minha raça é negra. [...] Uai, meu cabelo, minha pele e a forma como as pessoas me tratam” (Helena). Tal percepção mostra uma estrutura social que produz a “raça” por meio das experiências de exclusão e preconceito baseadas no racismo de marca, e não por qualquer atributo individual. A entrevistada Graziela é categórica ao relatar como sua identidade é informada pelo racismo:

Eu passava por situações de racismo e eu não entendia. Até eu entender quem eu era [...], qual era o contexto, da onde eu vim, da minha avó que era filho de escravo e de mudar o cabelo, sabe? Comportamento das pessoas comigo, falas. E aí eu fui me entendendo como mulher negra. Fui entendendo como essas pessoas me tratavam e vi que elas me tratavam muitas das vezes diferentes, justamente pela minha cor da pele, entende? Então eu sei que eu sou negra tanto por enxergar a minha pele negra, como pela atitude das pessoas também, porque se eu fosse branca, eu sei que metade das coisas nunca ninguém falaria comigo, se eu fosse branca, loira, maravilhosa e tal. Então eu vejo muito isso, na fala das pessoas me diz quem sou eu, assim, do ponto de vista de raça, sabe? Não quem sou eu do ponto de vista de essência, mas de como elas me enxergam, né? (Graziela)

Pelas experiências, indivíduos se tornam conscientes de sua cor quando enfrentam discriminação relacionadas à sua aparência racial^{46,51}. Isso mostra que raça é uma construção histórico-ideológica que, infundada cientificamente, se baseia em princípios que escondem relação de poder e dominação^{37,52}. Assim, o conceito de “raça” emerge de uma dinâmica social racista, ou seja, decorre do racismo, não o origina^{50,51,52}.

A fisioterapia, que atribui significados às características físicas e utiliza o corpo como ferramenta de trabalho, é influenciada por essas ideologias, afetando o acesso e a qualidade do atendimento⁵³. Práticas clínicas conscientes do racismo poderiam, portanto, reduzir disparidades raciais⁵⁴.

- Impactos na saúde

Entrevistados identificaram relações entre raça e saúde, relacionando doenças específicas à “raça” e reconhecendo a influência de fatores socioeconômicos e histórico-culturais no adoecimento de negros, ou seja, conceberam adoecimentos tanto em virtude da “raça” quanto do racismo.

Adoecimento pela “raça”: “eu acho que talvez os negros têm alguns problemas de saúde a mais do que os brancos” (Fátima)

Um entrevistado sugeriu que o comportamento dos negros escravizados deixou uma herança genética que tornou a população negra mais suscetível à hipertensão nos dias de hoje:

[...] reza a lenda, né? Que na época da colonização, quando os negros estavam vindo para o Brasil, [...] a hipertensão surgiu assim. A gente tem um pouco da herança genética nesse período colonial. [...] eram viagens longas, e eles sofriam com desidratação [...] E aí eles começaram, [...] ter uma ingestão maior de água salgada, porque ele conseguia reter mais líquido, né, não desidratava, mas em contra partida começava a ficar hipertenso. Então, às vezes, hoje que a gente tem no Brasil um grupo muito grande de pessoas com hipertensão, às vezes pode ter relação com essa questão. [...]. (Bento)

Outras condições de saúde foram relacionadas à “raça”: “Negro tem mais chance de ter AVC”, sendo este um dado “do ponto de vista físico e de saúde [...] desses fatores assim genéticos” (Olívia) e “Hoje a gente vê muito negro com fibromialgia” (Bento). O câncer de pele foi identificado como doença ligada à “raça” porque “a pessoa muito branquinha, tem que passar não sei o quê” (Fátima). Fátima sugere uma ligação entre “raça”, genética e doenças. Com incerteza, ela menciona que certas condições seriam menos comuns em pessoas negras, consideradas “mais fortes” devido a “raça”:

Tem algumas doenças que a gente vê que determinadas raças são mais atingidas, né? Isso já documentado mesmo. E na verdade aí é até o contrário. Isso também na minha cabeça. Eu nunca parei para pesquisar não. Eh, eu na minha cabeça, eu penso que a raça negra ela é mais forte assim, que é, muitos problemas atingem os brancos, e doenças genéticas, alguma coisa do tipo assim, pode atingir mais os brancos e os negros nem tanto. (Fátima)

A entrevistada reflete, porém, “que talvez os negros têm alguns problemas de saúde a mais do que os brancos”, mas nunca viu sobre esses dados. (Fátima)

Adoecimento pelo racismo: “se você é um hipertenso negro, você vai ter menos acesso do que hipertenso branco.” (Graziela)

Alguns entrevistados enfatizam que as diferenças de adoecimento são causadas por desigualdades e seus impactos psicossociais, em vez de diferenças biológicas entre as “raças”. Graziela refuta tal ideia dizendo: “Não penso na doença, tipo assim hipertensão [...] penso que se você é um hipertenso negro, você vai ter menos acesso do que hipertenso branco.”

Além disso, a entrevistada Helena aponta que as pessoas negras apresentam mais problemas de saúde, que “são muito mais ‘estropiados’”, com “várias coisas numa pessoa só”.

Para além das questões físicas, as questões psicológicas possuem grande relevância na saúde de pessoas negras, maior índice de suicídio entre negro, maior exposição à violência, doenças relacionadas a saneamento básico são fatores que servem de apontamento para mostrar que os problemas de saúde, apresentados pelos negros são diferentes dos brancos. (Helena)

A ideia de adoecimento pela “raça” está ligada ao racismo científico. Um estudo com profissionais de saúde no Brasil mostra que existem crenças em doenças de origem “racial”.²⁵ (p.190). No entanto, a população negra enfrenta múltiplas desvantagens em saúde, agravadas por condições socioeconômicas adversas. A exposição a riscos ambientais, o acesso precário ao sistema de saúde e a baixa qualidade dos cuidados⁵⁵⁻⁵⁷ são reflexos da escassez de recursos, que também restringe oportunidades de educação, moradia, emprego e segurança, ampliando a vulnerabilidade a doenças⁵⁷. Além disso, o estresse crônico da discriminação ativa respostas fisiológicas e psicológicas que aumentam o risco de doenças crônicas⁵⁸. Dessa forma, o adoecimento é resultado de vulnerabilidades causadas pelo racismo, não de supostas predisposições biológicas ligadas à “raça”.

Raça e dor

- Multidimensionalidade da dor crônica

A seguir, analisamos os resultados sobre concepções de dor crônica e sua relação com raça e racismo, com os resultados organizados nas dimensões biológica, psicológica e social e identificação de seu cruzamento com as dimensões ideológica, atitudinal e estrutural do racismo.

Dor crônica: “A pessoa pode ter dor sem inventar, sem achar que a pessoa é louca, dramática” (Fátima)

A dor crônica foi definida como uma experiência persistente superior a três ou seis meses, de origem multifatorial que ultrapassa o nível biológico da lesão tecidual inicial e envolve fatores psicológicos e sociais. A “dor é multifatorial”, em que “95% das vezes” “não é só musculoesquelética” e por isso “tem que olhar todo o contexto da pessoa, psicossocial mesmo, questão de trabalho, da família, dos relacionamentos” (Anaelia). O paciente não é só

“um pé doendo, ele é um contexto”, de forma que o tratamento vai “muito além de somente medicações, exercícios”, é também uma “questão psicológica” e “emocional” (Elisa).

Os fisioterapeutas reconheceram o modelo biopsicossocial como a abordagem mais adequada para compreender estes fatores contextuais de modo a fornecer tratamentos e orientações mais individualizadas para o paciente. Considerando os elementos não biológicos na dor crônica, dois conteúdos principais se destacam nas concepções dos entrevistados: a estigmatização dos pacientes e a redução de fatores sociais à sua manifestação psicológica.

A estigmatização se revelou pelo julgamento moral negativo de características psicológicas e comportamentais. As interpretações do sofrimento dos pacientes foram ligadas ao “pouco autocuidado” (Graziela), à “dependência emocional” (David) e ao “processo manipulativo da pessoa” (David). Foi identificado um perfil psicológico típico de pessoas com dor crônica: “deprimido, com ansiedade [...] tudo tá ruim, [...] poliqueixoso.” (Lucia), “muito fragilizado” (Max), “extremamente abalado emocionalmente” (Elisa), “desmotivado” (Max), “pacientes que catastrofizam muito a situação, muito hipervigilante” (Catarina), “com uma percepção negativa da vida, das coisas [...] do contexto [...] aquela pessoa reclamona” (Paula). Além disso, a dor foi relacionada a uma ferramenta para “benefício secundário” (Natan), de forma que “a partir daquele sintoma” o paciente passa ter “mais atenção da família”, “de um par romântico, da sociedade, do local [em que] trabalha” (Olívia). O paciente pode carregar a dor “como um troféu”, “como a arma, [...] uma carta na manga” (Davi). A dor passa a integrar a identidade do indivíduo, resultando em um “apego à dor” (Helena). Assim, “a dor vira a vida da pessoa” de forma que “a pessoa toma posse mesmo”.

Estudos evidenciam o estigma na experiência de indivíduos com dor crônica⁵⁹⁻⁷². Pacientes sentem-se culpados, enganados e negligenciados por profissionais de saúde^{61,69,73} que veem sua dor como exagerada ou inexistente^{68,72}. Os profissionais, em geral, demonstram indisposição e animosidade e menos empatia⁷⁴⁻⁷⁷ por pacientes quando a dor não tem

explicação biológica^{75,76}, ou quando é crônica⁷⁴. Fisioterapeutas inseguros para lidar com aspectos psicossociais da dor, podem questionar a legitimidade dos relatos e rotular pacientes como difíceis, carentes de atenção, desmotivados ou resistentes ao tratamento⁷⁸. A estigmatização impacta negativamente a autoestima e o comportamento dos pacientes, perpetuando um ciclo iatrogênico de sofrimento e incapacidade^{71,77,79,80}. Treinamentos de curta duração podem alterar positivamente estas crenças e atitudes dos profissionais em relação à dor e aos pacientes⁸¹⁻⁸⁴.

Os aspectos sociais, mesmo sendo mencionados como importantes na abordagem biopsicossocial do manejo da dor crônica, foram pouco elaborados e traduzidos em suas manifestações prioritariamente individuais. Questões sociais foram descritas como “uma questão da exaustão” personificadas por uma pessoa “cansada” e “muito sobrecarregada com a vida” (Elisa). Foi identificada a necessidade de “ver como a condição financeira influencia” dado que “isto está relacionado ao acesso que a pessoa tem para lidar com essa dor”, se referindo ao “acesso às práticas médicas, condições de transporte” (Olívia). Muitos enfrentam uma “rotina laboral que exaure o corpo” porque são “pessoas que têm muitas coisas para fazer, são muito atarefadas” (Julia), tem “uma fragilidade familiar, uma fragilidade social, um trabalho ...mais do que estressante...que consome a pessoa... É uma pessoa que não tem lazer” (Olívia).

As falas confirmam a limitação da literatura baseada no modelo biopsicossocial para lidar com aspectos socioculturais e de poder no cuidado da dor¹¹. Na pesquisa da dor, raramente são abordados elementos mais amplos, como classe social, cultura, normas de gênero, estruturas de poder e sistemas políticos, apesar de suas implicações significativas para a saúde. Em vez disso, fatores sociais são limitados a contextos imediatos, como família e trabalho⁸⁵⁻⁸⁷. Essa perspectiva individualista da incapacidade culpa os indivíduos por sua dor, desconsiderando fatores sistêmicos que produzem crenças, motivações, atitudes,

comportamentos e interações interpessoais. Em última análise, o modelo falha em considerar como as dinâmicas de poder operam em diferentes níveis sociais, limitando sua aplicabilidade na prática. Essa limitação se reflete na dificuldade dos entrevistados em conceber o racismo como elemento relevante para a produção social e individual da dor.

- Elementos biológicos da “raça”

Concepções biológicas: “Automaticamente, na minha cabeça eu já tenho vontade de colocar mais carga, por que eu acho que a pessoa vai aguentar mais” (Fátima)

Os entrevistados apontaram elementos biológicos ligados à “raça” como responsáveis pela diferença da experiência de dor entre pacientes brancos e negros. Alguns entrevistados relataram “a impressão de que os negros são mais resistentes” (Fátima), têm “o limiar de dor [...] um pouco maior” (Bento), de forma que “eles tolerariam mais” (Fátima), “se aperta um ponto, ele vai aguentar mais tempo que um branco” (Fátima), por isso que “automaticamente, na minha cabeça eu já tenho vontade de colocar mais carga” (Fátima). Julia completa dizendo não saber se “seria uma questão física mesmo, mas é porque a gente tem aquela questão da “raça” negra, ela é mais forte”. Dessa maneira “seria, assim, mais fácil de tratá-los” (Bento).

Já a população branca, “tem uma menor tolerância, então às vezes ela procura [atendimento] antes, comparada com as pessoas negras [...] que às vezes, deixa para procurar [atendimento] mais tardiamente” (Bento) e pode “ter mais dor, porque não foi bem atendido” (Fátima), o que pode prejudicar seu cuidado. Nesses casos, é preciso investigar se foi “por questão financeira ou [...] realmente a questão, como se diz, da ‘raça’” (Bento). Essas suposições podem influenciar a maneira como as pessoas são tratadas:

[...] já aconteceu comigo de tentar fazer obturação sem anestesia. Aí eu falei, “O que é isso? Não. Quero anestesia”. Aí deu anestesia. Falei, “Ainda tô sentindo dor”. Aí, depois de três ampolas, “Nossa, mas você é grande desse jeito. Deixa de ser fraca, mulher” [...] (Iara).

Estes resultados confirmam a dimensão ideológica do racismo, que sustenta a crença de que negros possuem atributos biológicos que conferem maior resistência à dor, já documentada em pesquisas anteriores^{3,4,7}. Por exemplo, geralmente se atribui a negros corpos mais fortes, potentes e resistentes^{6,25}, pele mais grossa, terminações nervosas menos sensíveis, cérebro menor e sistema imune mais forte⁷. A ideologia racial culmina na dimensão atitudinal do racismo, legitimando práticas discriminatórias contra negros, com percepção enviesada do nível de dor do paciente e oferta distinta de tratamentos^{7,88}. Pacientes negros têm menos chance de receber medicação para a dor e, quando recebem, as dosagens são menores^{1,3,4}. As entrevistas sugerem impactos potenciais nas escolhas de tratamento fisioterapêutico para os pacientes.

- Elementos psicológicos e sociais da raça e do racismo: a dor da cor

Concepções psicológicas: “A gente já nasce com dor, não tem como, a gente é negro, a gente tá no Brasil” (Graziela)

Para além de diferenças biológicas, os entrevistados atribuíram diferentes características psicológicas e morais aos indivíduos com base na “raça”, acreditando que pessoas negras possuem uma capacidade psicológica distinta para enfrentar a dor, considerada superior à dos brancos.

Os entrevistados reconheceram a expectativa cultural de que pessoas negras não podem “sentir dor” (Julia), e precisam “mostrar essa força o tempo todo” (Júlia). Segundo os entrevistados, negros são pessoas “mais fechadas” (David), “cheias de traumas” (Iara), que “aceitam mais certas coisas” (David) e não devem “ser frágeis” (Anaélia). Supostamente, aprendem desde cedo que não “podia estar sentindo isso” porque a “mãe passou por isso e ela não reclamou” (Julia). Assim, negros tem de “enfrentar mais as coisas, tipo, engole o choro e vão viver”, já que “a vida [...] não pode parar”. A pessoa negra “já tá acostumada a sofrer”,

“aguenta mais até reclamar” e busca ajuda só quando a situação se torna insuportável. Por outro lado, pacientes brancos, especialmente a mulher branca, foi descrita como “histérica” (David), “carente” (Anaelia), “caidinha” (Anaelia) e “mais frágil”, que reivindica bom atendimento, “fala bastante” (David) e “reclama mais” (Fátima). De forma geral, negros foram percebidos como estoicos, fortes, tensos, rígidos, fechados, sofridos, traumatizados, dóceis e resignados. Brancos, especialmente as mulheres, foram percebidas como fracas, histéricas, carentes, desequilibradas, sensíveis e expressivas.

Tais estereótipos evidenciam o racismo em ação, manifesto na crença de uma relação intrínseca entre traços de aparência interpretados como “raça” e qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais³⁸. Na literatura sobre dor crônica, notam-se elementos em comum entre o essencialismo racista e estereótipos projetados segundo o sexo dos pacientes. Homens são vistos como essencialmente estoicos, robustos, tensos, introvertidos e conformados, enquanto mulheres são vinculadas à fragilidade, histeria, instabilidade emocional e sensibilidade⁸⁹. Revela-se, porém, que os mesmos estereótipos que conferem mais credibilidade e garantem melhor tratamento para a dor de homens comparados a mulheres⁹⁰ também servem para justificar a negligência no tratamento de pacientes negros de ambos os sexos. Se homens, sendo estoicos e resistentes, relatam dor, é porque ela é real, importante e necessita cuidados. Negros, por outro lado, sentem menos dor^{3,4} e não necessitam tantos cuidados quanto brancos porque são estoicos e resistentes. Essa inversão revela o caráter falsificador das ideologias de dominação racista e sexista, que apelam à naturalização de hierarquias sociais para justificá-las como consequência de atributos essenciais dos indivíduos, de maneira arbitrária. Tais estereótipos, embora distorcidos, podem ser internalizados, influenciando identidade, comportamento e relações com corpo e saúde^{38,44,49}.

Concepções sociais: “Ninguém tem que suportar a dor por causa da cor” (Elisa)

Alguns entrevistados afirmaram “do ponto de vista biológico... não consigo acreditar que há uma diferença de resposta ao tratamento”, apontando que se trata de uma questão social: “Se estiver sendo levado os fatores sociais e o quanto... podem implicar no processo de dor, principalmente crônica... tá corretíssimo” (Max).

Eles reconheceram que a vulnerabilidade social influencia a experiência de dor de pessoas negras. Max destacou que “dependendo do bairro tem uma diferença muito grande na forma de expressar a dor”, de modo que “um menino rico da zona sul, branco, vai enfrentar essa dor diferente de um da comunidade” (Catarina). Bento apontou que negros ocupam “trabalho mais braçal, mais pesado” e “precisam trabalhar mesmo com dor”. Elisa complementou, afirmando que a persistência da dor se dá devido a “questão de muito trabalho e pouco cuidado”. Além disso, Helena acrescentou que “pessoas negras estão na escória da socie... dos trabalhos com menos benefício, mais demanda” e que muitos “trabalhavam em situação análoga a escravidão, sem direito de trabalho nenhum”.

Tais falas refletem o reconhecimento de que a dor é desigual, agravada por estigmatização, pobreza, sobrecarga e falta de acesso ao cuidado, a que negros são submetidos em virtude do racismo estrutural no Brasil⁸⁸. O perfil mais vulnerável foi o de mulheres negras com experiências negativas de subtratamento na saúde. Os “profissionais da saúde cuidam menos da dor dos negros” e “mulheres negras sofrem mais agressões obstétricas” (Anélia). Uma entrevistada descreve a situação:

A mulher negra [...] dentro do sistema de saúde, ela vai ter menos assistência. E isso já é comprovado mesmo. A gente tem menos assistência, menos dose de analgesia, por exemplo num parto, [...] acham que a gente é forte, que a gente tem que aguentar a dor, que a gente tá fazendo corpo mole e a gente não pode gritar, porque fala que a gente é escandalosa (Graziela)

Ela relata seu esforço para conscientizar pacientes negras para se protegerem das violências no sistema de saúde:

“Olha você está no Brasil, você não pode ficar a gravidez inteira iludida e deixar na mão do médico, e que vai ser lindo, ou você pode pôr o seu pé no chão e entender como é que funciona o sistema e ir pronta para esse parto” (Graziela).

Uma entrevistada nomeia como “dor social” o sofrimento da paciente negra que “chega assim, muito fragilizada pelo que ela já passou em relação ao preconceito” e pela falta de oportunidades enfrentadas pelas “pacientes que são realmente é.... domésticas e tudo mais” e se resignam, “ficam muito nisso: “Ah, não tem jeito, né? Não tem mais jeito!”. Ela reflete sobre a necessidade do esforço pessoal para reparar a auto-estima e lutar contra desigualdades:

“Tem [jeito]. Vamos estudar. Vamos fazer uma coisa diferente. Você consegue fazer outras coisas.” Aí ela vira: “Não, se bem que, você conseguiu, né?” Acho que a gente consegue também”... Eu acho que vem muito nessa questão da raça, da gente se conhecer e se amar, se respeitar do jeito que nós somos, sabendo que a gente pode melhorar, eu acho que isso trabalha muito a questão da dor. Dessas dores não só físicas, mas da dor emocional, do social, né? Da nossa dor social. Eu acho que isso influencia muito. Dor Social! Né? (Julia)

A violência simbólica⁹⁰ da ideologia racista, que opera pela internalização de estereótipos que influenciam a identidade, as atitudes e relações com o corpo e os cuidados com a dor, também foi questionada:

Então, eu acho que falar mais sobre essa questão da resistência a dor é uma questão importante, porque às vezes a pessoa só guarda a dor dela no bolso e “Eu tenho que sentir isso aqui mesmo, porque eu sou negro, porque eu dou conta de segurar essa dor”. Não e não. Não tem que fazer isso. Por isso que eu acho que cada vez a gente vê menos pessoas negras se tratando, porque elas acreditam, eu falando a minha opinião, né, que eu acho que elas acreditam que elas têm que enfrentar aquilo ali e que tá tudo certo, entendeu? E não. A gente não pode deixar isso ser dessa forma, entendeu? Ele tem que ser tratado da mesma forma que o branco é tratado, que o pardo é tratado, que o amarelo é tratado, que qualquer pessoa é tratada. Ninguém tem que suportar a dor por causa de cor, entendeu? (Elisa)

LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES

Este estudo é limitado pelo risco de viés de desejabilidade social. Participantes podem ter evitado verbalizar pensamentos e valores socialmente inaceitáveis, modulando suas concepções sobre raça e racismo conforme o que imaginaram que um entrevistador negro desejasse ouvir. Os resultados, porém, são compatíveis com achados anteriores.

A análise revelou que fisioterapeutas reconhecem a importância da abordagem biopsicossocial para a dor, mas têm limitações para aplicá-la integralmente, especialmente na dimensão social. Eles demonstraram dificuldade em lidar com a complexidade da dor crônica, atribuindo características psicológicas estereotipadas aos pacientes e reduzindo questões sociais a problemas individuais.

A mesma dificuldade ocorreu nos conteúdos sobre raça e racismo. A análise revelou a necessidade de aprofundar a compreensão sobre raça, desmistificando a ideia de “raça” como categoria biológica que afeta a saúde e origina atributos individuais distintos para negros e brancos. A falta de conhecimento sobre a contínua produção da ideologia de “raças” pelo racismo e seus impactos na saúde da população negra dificulta um cuidado equitativo e de qualidade.

Os resultados apontam para estudos futuros que explorem a interface entre dor, raça e racismo, aprofundando a compreensão sobre os mecanismos pelos quais o racismo afeta a saúde da população negra. Apontam também para a necessidade de instrumentalizar fisioterapeutas para um cuidado em saúde mais equitativo, que considere a complexidade do adoecimento e da dor crônica e reconheça o racismo como problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Todd KH, Deaton C, D’Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med* 2000; 35(1):11–16.
2. Cleeland CS, Gonin R, Baez L, Loehrer P, Pandya KJ. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Ann Intern Med* 1997; 127(9):813–816.

3. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad de Saúde Púb* 2017; 33:1-17.
4. Lima KD, Lewis L, Lyra TM. “O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores”: dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. *Physis: Rev de Saúde Colet* 2021; 31(1):1-17.
5. Goyal MK, Kuppermann N, Cleary SD, Teach SJ, Chamberlain JM. Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatr* 2015; 169(11):996–1002.
6. Staton LJ, Panda M, Chen I, Genao I et al. When race matters: Disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *J Natl Med Assoc* 2007; 99(5):532–538.
7. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *PNAS* 2016; 113(16):4296–4301.
8. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaheer M, Gee G. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015; 10(9): 1-48.

9. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *J Gen Intern Med* 2013; 28(11):1504-1510.
10. De Santana JM, Perissinotti DMN, Junior JOO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *J dor*. 2020, p. 11-18.
11. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe F, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan M, Tutelman P, Ushida T, Vander K. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020;161(9):1976-1982.
12. Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and Rehabilitation* 2020;44(13):3270-3284.
13. Wernli K, O'Sullivan P, Smith A, Campbell A, Kent P. Movement, posture and low back pain. How do they relate? A replicated single-case design in 12 people with persistent, disabling low back pain. *Eur J Pain* 2020; 24(9):1831-1849.
14. Slater D, Korakakis V, O'Sullivan P, Nolan D, O'Sullivan K. "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *J Orthop Sports Phys Ther* 2019; 49(8):562-564.

15. Costa LOP, Maher CGM, Latimer J, Hodges PW, et al. Motor Control Exercise for Chronic Low Back Pain: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Phys Ther* 2009; 89(12):1275-1286.
16. Campos LA. Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica. *Rev Bras de Ciên Soc* 2017; 32(95):1-19.
17. Bishop PA, Jones E, Woods AK. Recovery from training: a brief review: brief review. *J Strength Cond Res* 2008; 22(3):1015-1024.
18. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, Mendicino RW et al. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical practice guideline-revision. *J Foot Ankle Surg* 2010; 49(3):s1-s19.
19. Lin I, O'Sullivan P, Coffin J, Mak D, Toussaint S, Straker L. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open* 2013; 3:1-8.
20. Bunzli S, Smith A, Schütze R, O'Sullivan P. Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ Open* 2015; 5(10):1-10.
21. Darlow B. Beliefs about back pain: the confluence of client, clinician and community. *Int J Osteopath Med* 2016; 20:53-61.

22. Caneiro JP, O'Sullivan P, Smith A, et al. Physiotherapists implicitly evaluate bending and lifting with a round back as dangerous. *Musculoskelet Sci Pract* 2019; 39:107-114.
23. Caneiro JP, Smith A, Bunzli S, Linton S, Moseley GL et al. From Fear to Safety: A Roadmap to Recovery From Musculoskeletal Pain. *Phys Ther* 2021;102(2):1-12.
24. Carneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther* 2021;25:17-29.
25. Gonçalves MM. *Raça e Saúde: Concepções, Antítese e Antinomia na Atenção Básica* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
26. Antunes JLF. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. *Tempo soc* 2015; 27(1):177-194.
27. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Públ* 2005; 21(5):1595-1601.
28. Guimarães ASA. Racismo e Anti-racismo no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP* 1995; 43:26-44.
29. Bento MAS. Branquitude: O Lado Oculto do Discurso Sobre o Negro. In: Carone I, Bento MAS, organizadores. *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2014.

30. Munanga K. Teoria Social e Relações Raciais no Brasil Contemporâneo. In: *Cadernos PENESP – Periódico do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro: Alternativa/EdUFF; 2010. p. 169-203.
31. Guimarães ASA. Raça e os Estudos de Relações Raciais no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP* 1999; 54:147-156.
32. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ed. Edições 70, 2015.
33. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* 2021; 34: 1-9.
34. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [periódico na Internet]. 2014 [acessado em 2024 nov 11];67(2): [cerca de 17 p.]. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>.
35. Conforto EC., Amaral DC, Silva SL. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projeto. *8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento e Produto - CBGDP*; 2011 Sep 11-14; Porto Alegre/RS, Brasil.
36. Guimarães ASA. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP* 1999; 54: 147-156.

37. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In *3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação, PENESB-RJ*; 2003 nov 5; Rio de Janeiro, Brasil.
38. Schucman LV. *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. 2ed. São Paulo: Veneta, 2020.
39. Silva, PVB. O silêncio como estratégia ideológica no discurso racista brasileiro. *Curric. Sem Fronteiras* 2012; 12(1):110-129.
40. Pena SDJ. Birchall ST. A Inexistência Biológica versus a Existência Social de Raças Humanas: Pode a Ciência Instruir o Etos Social? *Rev USP* 2006; 68:p. 10-21.
41. Naicker R. Critically appraising for antiracism. *Educ Inf* 2022; 38(4): 291-308.
42. Bonham VL, Warshauer-Baker E, Collins FS. Race and Ethnicity in the Genome Era: The Complexity of the Constructs. *Am Psychol* 2005; 60(1): 9-15.
43. Jesus, R. E. Autodeclaração e heteroidentificação racial no contexto das políticas de cotas: quem quer (pode) ser negro no Brasil? In: Santos JS, Colen NS, Jesus R.E, organizadores. *Duas décadas de políticas afirmativas na UFMG: debates, implementação e acompanhamento*. Rio de Janeiro: UERJ LPP; 2018. p. 123-145.

44. Nogueira O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. *Tempo Soc* 2007; 19(1): 287-308.
45. Schwarcz LM. *O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
46. Freyre G. *Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global, 2006. p. 115.
47. Guimarães ASA. A democracia Racial Revisada. *Afro-Ásia* 2019; 60:9-44.
48. Munanga K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora vozes, 1999.
49. Schucman LV, Gonçalves MM. Racismo na família e a construção da negritude: embates e limites entre a degradação e a positivação na constituição do sujeito. *Odeere Rev Prog Pós-Grad Rel Étn Contemp* 2017; 2(4):61-83.
50. Fanon F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
51. Cardoso L. *O branco ante a rebeldia do desejo: um estudo sobre a branquitude no Brasil* [Tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara); 2014.
52. Moura C. O racismo como arma ideológica de dominação. *Rev Princ* 1994; 34:28-38.

53. Nicholls DA, Gibson BE. The body and physiotherapy. *Physiother Theory Pract* 2010; 26(8):497–509.
54. Cerdeña JP, Plaisime MV, Tsai J. From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act. *Lancet* 2020; 396:1125–1128.
55. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília:MS; 2009.
56. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* 2016; 25(3):535-549.
57. Jones CP. Confronting Institutionalized Racism. *Phylon* 2002. 50(1/2):7-22
58. Williams DR, Mohammed SA. Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. *Am Behav Sci* 2013. 57(8):1-19.
59. De Ruddere L, Kenneth DC. Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain* 2016. 157(8):1607-1610.
60. Asbring P, Närvänen A. Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res* 2002; 12(2):148-160.

61. Dewar A, White M, Posade ST, Dillon W. Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Heal Expect* 2003; 6(1):44-52.
62. Glenton C. Chronic back pain sufferers—striving for the sick role. *Soc Sci Med* 2003; 57(11):2243-2252.
63. Goldberg DS. Job and the stigmatization of chronic pain. *Perspect Biol Med* 2010; 53(3):425-438.
64. Holloway I, Sofaer-Bennett B, Walker J. The stigmatisation of people with chronic back pain. *Disabil Rehabil* 2007; 29(18):1456-1464.
65. Jackson JE. Stigma, liminality, and chronic pain: mind-body borderlands. *Am Ethnol* 2005; 32(3):332-353.
66. Monsivais DB. Decreasing the stigma burden of chronic pain. *J Am Assoc Nurse Pract* 2013; 25(10):551-556.
67. Newton BJ, Southall JL, Raphael JH, Ashford RL, LeMarchand K. A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Manag Nurs* 2013; 14(3):161-171.
68. Nguyen RHN, Turner RM, Rydell SA, Macle hose RF, Harlow BL. Perceived stereotyping and seeking care for chronic vulvar pain. *Pain Med* 2013; 14(10):1461-1467.

69. Slade SC, Molloy E, Keating JL. Stigma experienced by people with nonspecific chronic low back pain: a qualitative study. *Pain Med* 2009; 10(1):143-154.
70. Toye F, Barker K. “Could I be imagining this?”—the dialectic struggles of people with persistent unexplained back pain. *Disabil Rehabil* 2010; 32(21):1722-1732.
71. Toye F, Barker K. Persistent non-specific low back pain and patients’ experience of general practice: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2012; 13(1):72-84.
72. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 2003; 57(8):1409-1419.
73. Spitz A, Moore AA, Papaleontiou M, Granieri E, Turner BJ, Reid MC. Primary care providers’ perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. *BMC Geriatr* 2011; 35:1-9.
74. Taylor AG, Skelton JA, Butcher J. Duration of pain condition and physical pathology as determinants of nurses’ assessments of patients in pain. *Nurs Res* 1984; 33(1):4-8.
75. De Ruddere L, Goubert L, Stevens M, de C Williams AC, Crombez G. Discounting pain in the absence of medical evidence is explained by negative evaluation of the patient. *PAIN* 2013; 154(5):669–676.

76. De Ruddere L, Goubert L, Stevens MAL, Deveugele M, Craig KD, Crombez G. Health Care professionals' reactions to patient pain: impact of knowledge about medical evidence and psychosocial influences. *J Pain* 2014; 15(3):262-270.
77. De Ruddere L, Goubert L, Vervoort T, Prkachin KM, Crombez G. We discount the pain of others when pain has no medical explanation. *J Pain* 2012; 13(12):1198-1205.
- 78 Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother* 2015;61(2):68-76.
79. Eccleston C, Crombez G. Worry and chronic pain : a misdirected problem solving model. *PAIN* 2007; 132(3):233-236.
80. Fiske ST, Taylor SE. *Social cognition*. New York, NY: McGraw-Hill; 1991.
81. Leysena, 2020 - Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education- A cross-sectional study. *Braz J Phys Ther* 2021;25(3):319-328.
82. Rialet-Micoulau J, Lucas V, Demoulin C, Pitance L. Misconceptions of physical therapists and medical doctors regarding the impact of lifting a light load on low back pain. *Braz J Phys Ther* 2022;26(1):1-9.

83. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, O'Sullivan K. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *J Physiother* 2016; 62(4):215-221.
84. Nijs J, Roussel N, van Wilgen CP, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther*; 17(5):393-398.
85. Pilgrim D. The Biopsychosocial Model in Health Research: Its Strengths and Limitations for Critical Realists. *J Crit Realism* 2015; 14(2):164-180.
86. Hatala AR. The Status of the "Biopsychosocial" Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions. *Open J Med Psychol* 2012;1:51-62.
87. Henningsen, P. (2015). Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century. *J Psychosom Res* 2015;79(5), 362-363.
88. Kreling MCGD, Pimenta CAM, Garanhani ML. A discriminação racial no tratamento da dor. *Rev Dor* 2014; 15(3):230-235.
89. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag* 2018; 25:1-14.

90. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL; 1989.

Tabela 1 - Dados Demográficos dos Participantes

	Nome	Raça/cor autodeclarada	Especialidade	Tempo de formação	Experiência no atendimento de pacientes com dor crônica
1	Anaelia	Parda	Saúde da Mulher	7 anos	10 anos
2	Bento	Parda	Ortopedia	14 anos	5 anos
3	Catarina	Branca	Esportiva	9 anos	7 anos
4	David	Parda	Ortopedia	5 anos	5 anos
5	Elisa	Branca	Ortopedia	5 anos	5 anos
6	Fátima	Branca	Ortopedia	10 anos	10 anos
7	Graziela	Negra	Saúde da Mulher	8 anos	8 anos
8	Helena	Negra	Ortopedia	7 anos	7 anos
9	Iara	Negra	Geriatria	7 anos	9 anos
10	Júlia	Preta	Saúde da Mulher	6 anos	6 anos
11	Lucia	Branca	Atenção Básica	18 anos	15 anos
12	Max	Branca	Esportiva	6 anos	6 anos
13	Natan	Branca	Ortopedia	29 anos	29 anos
14	Olívia	Parda	Atenção Básica	22 anos	22 anos
15	Paula	Branca	Oncologia	23 anos	23 anos

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação investigou as noções de raça e dor crônica de fisioterapeutas clínicos, demonstrando por meio dos relatos, como o racismo afeta a experiência de dor e o atendimento prestado aos pacientes negros.

A pesquisa aponta que, apesar da recomendação para uma abordagem biopsicossocial da dor, o racismo e as ideologias biologizantes seguem sendo usadas como bases para os atendimentos de manejo da dor, perpetuando desigualdades no acesso e na qualidade dos atendimentos a pessoas negras. Tais achados possibilitam refletir sobre a relevância de ampliar e compreender a interação dos fatores sociais no manejo da dor, elementos raramente considerados nos estudos da reabilitação. Ao adotar uma visão que destaca a interconexão entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, este estudo destaca a importância de práticas clínicas que levem em conta não somente os aspectos físicos, mas também os subjetivos e contextuais do indivíduo quando em processo de reabilitação.

Abordar os fenômenos sociais relacionados à dor permite uma aplicação mais adequada do modelo biopsicossocial e a adoção de metodologias interdisciplinares que considerem as questões sociais, promovendo estratégias terapêuticas mais justas e eficazes. Nesse contexto, a desconstrução de estereótipos racistas e o reconhecimento do racismo como um determinante social da saúde são essenciais para garantir um atendimento mais humano e eficiente, que respeite as necessidades de cada paciente, sem reduzi-lo a estereótipos baseados em sua cor de pele.

Considerações pessoais: sobre o envolvimento do autor no estudo

Foi em meio a tantas reflexões, vivências e incômodos que, ao ser apresentado a um artigo que fazia uma reflexão crítica sobre o modelo biopsicossocial (MESCOUTO *et al.*, 2020) percebi a possibilidade de embarcar a temática racial no contexto da fisioterapia. Foi a

partir disso que também entendi a profundidade do tema raça/racismo e o quão problemática foi a percepção e aceitação de que pouco eu sabia, enquanto um homem negro, sobre esses fenômenos.

As leituras de autores brasileiros, principalmente a dissertação da Mônica Mendes Gonçalves (2017), foram de extrema importância para visualizar as questões de raça e dor, considerando a particularidade das relações raciais no Brasil. A cada leitura, minhas experiências e vivências ganhavam ainda mais significado, despertando uma empolgação insaciável para aprofundar meu entendimento sobre o tema. Quanto mais assimilava o conhecimento, mais naturalmente ele se integrava ao meu corpo e aos meus atendimentos. Meu olhar para o mundo, para os pacientes atendidos e, em especial, para os meus alunos foi ganhando tonalidades diferentes.

Tanta informação acumulada transbordava em tons de revolta, e às vezes, raiva. Nesses momentos, muitos diálogos sobre o meu tema de estudos foram recebidos com certa invalidação, dado o perfil qualitativo, teórico e sensível do estudo sobre relações raciais. Afinal, como fazer um estudo que não se enquadra na abordagem positivista e não gera uma intervenção prática para ser aplicado aos pacientes com dor? Além disso, havia também as inúmeras indicações de leitura impostas por terceiros quando explicava a eles o tema estudado. Muitas vezes, me obrigavam à leitura de determinados autores: “Você que está estudando sobre raça tem a obrigação de ler fulano”. Foram incontáveis títulos listados para mim!

Para além do artigo, das entrevistas e das reflexões provenientes de boas orientações, os comportamentos não verbalizados foram os que mais me marcaram durante todo o meu processo de formação. Em muitas conversas informais sobre meu tema de estudo, assim como durante as entrevistas com voluntários não-negros, a (in)expressão foi o que mais me incomodou. Muitos me interrogavam - ou melhor afirmavam - que seria extremamente

incômodo para mim ouvir determinadas falas nas entrevistas. Essa imagem fixou-se em minha mente ao longo das entrevistas, nas quais, de forma muito tensa, percebia que havia um certo medo da minha parte em ouvir assuntos que pudessem me ferir em algum grau. Porém, tudo aquilo que foi dito era comum aos meus ouvidos e não foi uma surpresa - talvez diferente do que será para quem lerá trechos incluídos neste trabalho final.

Por outro lado, foram as atitudes não verbais que mais me assustaram. Ao fim de cada entrevista, o comportamento, o incômodo ao falar sobre o tema, o rubor facial, as mãos ansiosas e principalmente, o cuidado com as palavras posteriormente foram o que mais me atravessaram. Ali, pude perceber um tipo de racismo que nunca antes tinha experimentado: um racismo não verbalizado, por talvez, antes, não ter um letramento racial suficiente para entender. A cada ocorrido, refletia sobre como enfrentar essa forma de racismo, que até então nunca tinha experimentado tão vividamente.

REFERÊNCIAS

- ALLET, L.; BÜRGE, E.; MONNIN, D. **ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review.** *Adv Physiother*, v. 10, n. 3, p. 127-137, jan. 2008.
- ATKINSON, H. L.; NIXON-CAVE, K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Phys Ther*, v. 91, n. 3, p. 416-430, jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, L. A. Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica. *Rev Bras de Ciên Soc*, v. 32, n. 95, p. 1-19, 2017.
- CHAPMAN, E. N.; KAATZ, A.; CARNES, M. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *J Gen Intern Med*, v. 28, n. 11, p. 1504-1510, 2013.
- DIJK, H. A. *et al.* Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators-A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, v. 20, n. 2, p. 1-15, jan. 2023.
- ESCORPIZO, R.; BEMIS-DOUGHERTY, A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. *Physiother Res Int*, v. 20, n. 4, p. 200-209, dec. 2015.
- ESCORPIZO, R.; GLÄSSEL, A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. *Physical Therapy Reviews*, v. 18, n. 5, p. 368-372, dec. 2013.
- GONÇALVES, M. M. **Raça e Saúde: Concepções, Antítese e Antinomia na Atenção Básica.** 2017. 204 f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- GOYAL, M. K. *et al.* Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatr*, v. 169, n. 11, p. 996-1002, 2015.
- GUIMARÃES, A. S. A. **Raça e os estudos de relações raciais no Brasil.** Novos Estudos CEBRAP, n. 54, p. 147-156, 1999.
- GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e antirracismo no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.
- HOFFMAN, K. M. *et al.* Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *PNAS*, v. 113, n. 16, p. 4296-4301, 2016.

JETTE, A. M. Toward a common language for function, disability, and health. **Phys Ther**, v. 86, n. 5, p. 726-734, maio 2006.

JONES, C. P. Confronting Institutionalized Racism. **Phylon**, v. 50, n. 1/2, p. 7-22, 2002.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017.

LEONARDI, M.; FHEODOROFF, K. Goal Setting with ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and Multidisciplinary Team Approach in Stroke Rehabilitation. In: PLATZ, T. (Ed.). **Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations**. Cham (CH): Springer, 2021. p. 35-56.

LIMA, K. D.; LEWIS, L.; LYRA, T. M. “O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores”: dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-17, 2021.

MESCOUTO, K. *et al.* A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? **Disability and Rehabilitation**, v. 44, n. 13, p. 3270-3284, jun. 2020.

MORALES, M. E.; YONG, R. J. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. **Pain Medicine**, v. 22, n. 1, p. 75-90, 2021.

MUNANGA, K. Teoria Social e Relações Raciais no Brasil Contemporâneo. In: **Cadernos PENESP – Periódico do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira**. Rio de Janeiro: Alternativa/EdUFF, 2010. p. 169-203.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: **SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO**, 3., 2003, Rio de Janeiro. Anais [Title of document assumed]. [S.l.: s.n.], 2003.

PARADIES, Y. *et al.* Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. 1-48, 2015.

PENA, S. D. J.; BIRCHAL, S. T. A Inexistência Biológica versus a Existência Social de Raças Humanas: Pode a Ciência Instruir o Etos Social? **Rev USP**, n. 68, p. 10-21, 2006.

PHAM, T. V. *et al.* Addressing chronic pain disparities between Black and White people: a narrative review of socio-ecological determinants. **Pain Management**, v. 13, n. 8, p. 473-496, 2023.

RUSINGA, A. *et al.* Exploring the systemic structures that affect access to physical therapist services for non-Indigenous Black people in Australia. **Physical Therapy**, v. 104, n. 2, 2024.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009.

SAMPAIO, R. F. *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo**: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo. 2. ed. São Paulo: Veneta, 2020.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças**: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SOUZA, J. **Ralé Brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. **Am Behav Sci**, v. 57, n. 8, p. 1-19, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados demográficos

Nome:

Idade:

Local e tempo de formação:

Grau mais alto de formação:

Área de atuação:

Tempo de experiência com pacientes com dor crônica:

Outras formações relevantes:

Experiência clínica tratando da dor crônica em pacientes negros

Experiência clínica tratando da dor crônica em pacientes negros

1. Me conte o que você sabe sobre dor crônica.
2. Me conte sobre suas percepções acerca dos pacientes com dor crônica.
3. Existe alguma questão ou particularidade nestes pacientes que te chame a atenção?
4. Em relação a dor, você acha que há diferenças entre negros e brancos? E semelhanças?
5. O que é raça para você?
6. De maneira geral, você acredita que a raça tenha alguma interferência na saúde das pessoas? Isso se verifica ou não no seu cotidiano?
7. Você acha que a raça pode ter influência na dor? Como?

8. Algumas pesquisas apontam existir uma crença de que pessoas negras teriam uma experiência de dor diferente de pessoas brancas. O que você acha disso?
9. Agora, me conte sobre uma pessoa negra em tratamento para dor crônica que você tenha atendido.
10. Houve algo marcante pra você ao longo do contato com ela? Algo que chamasse sua atenção? Do que você mais se lembra a respeito desse paciente?
11. Além da parte física, que outros fatores foram determinantes para esse atendimento? Que elementos dificultaram ou facilitaram? (Aspectos psicológicos + Aspectos sociais + Organização do serviço de saúde)
12. Você acredita que algo teria sido diferente neste caso se a pessoa fosse branca?
13. Acima, você contou sobre o atendimento a uma pessoa negra. O que te fez classificá-la como negra?
14. Qual a sua raça? O que te faz se classificar desse modo?
15. Você acredita que a sua cor ou raça tenha algum efeito na interação com os pacientes? Dê exemplos.
16. Gostaria de dizer alguma coisa que não foi perguntada ou fazer alguma consideração?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA - Nº: xxxx**

Pesquisador: Leonardo Felipe Farinazzo

Orientadora: Prof.^a Dra. Daniela Virgínia Vaz

INFORMAÇÕES

Você está sendo convidado(a) para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo investigar a relação entre a noção de raça e dor de fisioterapeutas clínicos. Este é um projeto de pesquisa desenvolvido que resultará em uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

Concordando em participar do estudo inicialmente serão coletados seus dados pessoais e clínicos. Para garantir seu anonimato serão utilizados códigos, dessa forma, em momento algum haverá divulgação do seu nome ou de qualquer outra característica que possa identificá-lo. Essa entrevista será sobre suas opiniões em relação a raça/cor e dor crônica quando estamos atendendo pacientes negros. A ideia é que possamos ter uma conversa livre sobre o assunto, sendo guiado por um entrevistador que tenha conhecimentos sobre o que será conversado. O entrevistador irá gravar um áudio das suas respostas e realizar algumas anotações. Esse áudio servirá para analisar suas respostas com cuidado e atenção, gerando os

dados necessários para nossa pesquisa. Depois, esses dados serão transcritos, ou seja, virará um texto e estará à sua disposição. As anotações e a gravação de áudio serão identificadas através de códigos numéricos para mantermos o seu sigilo. As anotações e as transcrições do áudio serão guardadas no armário da sala da Professora Coordenadora da Pesquisa Daniela Vaz, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e serão utilizadas somente para fins de análise de pesquisa científica. O áudio será gravado no celular particular do Mestrando Leonardo Felipe Farinazzo, um Iphone 7 plus de registro ID:xxxxxxxx e ao final da entrevista será transferido, imediatamente, para o computador da Professora Coordenadora Daniela Vaz, em sua sala, na Escola de Educação Física, Fisioterapia, onde ficará armazenado por 10 anos. Ao final desse prazo o áudio será destruído. Iremos fazer uma cópia do áudio, por questões de segurança dos dados, caso ocorra alguma pane no computador. O áudio e sua transcrição serão utilizados somente pela equipe de pesquisadores para análise dos temas, mantendo o seu sigilo e evitando qualquer tipo de exposição. Todos os dados coletados serão usados, exclusivamente, para gerar informações para a nossa pesquisa e outras publicações dela decorrentes. Caso você aceite participar do estudo, o tempo aproximado para a entrevista é de 60 minutos. A qualquer momento você poderá desistir de participar do estudo, sem qualquer custo ou prejuízo para você.

RISCOS

Não há nenhum tipo de risco físico para participar dessa pesquisa. Há possibilidade de desconforto, frustração, inibição e timidez durante a entrevista. Se em algum momento você se sentir desconfortável e não quiser mais participar, poderá abandonar nosso estudo, sem precisar se justificar e sem qualquer tipo de prejuízo ou custo para você. Para controlar os riscos de exposição, seu anonimato será mantido, usaremos códigos numéricos como identificação ao invés do seu nome.

BENEFÍCIOS

A sua participação nesta pesquisa contribuirá para o entendimento e reflexão sobre como as relações raciais podem interferir no atendimento dos pacientes com dor crônica. Os resultados poderão qualificar o cuidado ao paciente levando em consideração a realidade social da raça e do racismo.

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR

A sua participação é totalmente voluntária e você tem o direito de se recusar a participar do estudo por qualquer motivo e a qualquer momento, sem constrangimento e custos a você.

GASTOS FINANCEIROS

A aplicação da entrevista e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você.

USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigo científico; porém, sua identidade será mantida em completo sigilo. Vale lembrar que, as informações coletadas durante sua participação no projeto serão armazenadas no Laboratório de Pesquisa de " Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano" do PPGCR/UFMG.

Declaro que li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar a informação acima, e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou ciente de que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à

pesquisa com o pesquisador Leonardo Felipe Farinazzo: (31) 97219-2898 (leonardoffarinazzo@gmail.com) ou com a orientadora Prof^a Dr^a Daniela Virgínia Vaz (danielavvaz@gmail.com).

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 3409-4592.

Assinando este termo de consentimento, estou indicando que concordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante _____ Data: ___/___/_____

Assinatura do pesquisador 1 _____ Data: ___/___/_____

Assinatura do pesquisador 2 _____ Data: ___/___/_____

**APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ DA
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ - Nº: _____

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Raça e Cor: Interpretações de fisioterapeutas” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista. Eu AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Leonardo Felipe Farinazzo e Daniela Vaz, a realizar a gravação de minha participação na entrevista, sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante ao compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. se for da minha vontade, poderei ler a transcrição da gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 10 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Coordenadora da pesquisa Daniela Vaz, e após esse período, serão destruídos e;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou custo.

ANEXOS

**ANEXO I - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE
RESEARCH (COREQ)**

Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	<p>Página = 20</p> <p>As entrevistas foram conduzidas individualmente, em um único encontro, por um fisioterapeuta mestrando (L.F.F.) com mais de oito anos de experiência em atendimento com pacientes com dor crônica, treinado em metodologia qualitativa durante a pós-graduação, com assistência de uma acadêmica de graduação em fisioterapia (I.L.L.).</p>
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	<p>Página = 12</p> <p>Dra. Daniela Virgínia Vaz Professora associada do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais.</p> <p>Leonardo Felipe Farinazzo (Universidade Federal de Minas Gerais) Fisioterapeuta, Mestrando do curso de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.</p> <p>Izabela Liberato Lage (Universidade Federal de Minas Gerais) Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.</p>
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	<p>Página = 12</p> <p>Dra. Daniela Virgínia Vaz Fisioterapeuta, Professora associada do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais.</p> <p>Leonardo Felipe Farinazzo (Universidade Federal de Minas Gerais) Fisioterapeuta, Mestrando do curso de Pós-Graduação em Ciência da</p>

			<p>Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.</p> <p>Izabela Liberato Lage (Universidade Federal de Minas Gerais) Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.</p>
4	Sexo	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	<p>Página = 20</p> <p>As entrevistas foram conduzidas individualmente, em um único encontro, por um fisioterapeuta mestrando (L.F.F.) com mais de oito anos de experiência em atendimento com pacientes com dor crônica, treinado em metodologia qualitativa durante a pós-graduação, com assistência de uma acadêmica de graduação em fisioterapia (I.L.L.).</p>
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	<p>Página = 20</p> <p>As entrevistas foram conduzidas individualmente, em um único encontro, por um fisioterapeuta mestrando (L.F.F.) com mais de oito anos de experiência em atendimento com pacientes com dor crônica, treinado em metodologia qualitativa durante a pós-graduação, com assistência de uma acadêmica de graduação em fisioterapia (I.L.L.).</p>
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	<p>Página = 18</p> <p>Não houve estabelecimento de relacionamento prévio com os entrevistados.</p>
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	<p>Página = 20</p> <p>Eles tinham conhecimento limitado sobre os pesquisadores, sabendo apenas os objetivos da pesquisa.</p>
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	<p>Página = 18</p> <p>Além disso, características como concepções, opiniões ou interesses do entrevistador não foram explicitamente mencionadas, buscando manter neutralidade nas interações.</p>
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			

9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	Página = 18 Este é um estudo qualitativo referenciado nos estudos de relações raciais, e no modelo biopsicossocial da dor , e para sintetizar os dados, na análise de conteúdo de Bardin.
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	Página = 18 O recrutamento dos participantes se deu por indicações em “bola de neve” e contactados via WhatsApp, o que permitiu uma aproximação mais natural com os entrevistados.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	Página = 18 O recrutamento dos participantes se deu por indicações em “bola de neve” e contactados via WhatsApp , o que permitiu uma aproximação mais natural com os entrevistados.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	Página = 18 Foram entrevistados 15 fisioterapeutas clínicos de diferentes áreas de atuação, todos com mais de cinco anos de formação e experiência profissional no atendimento a pacientes com dor crônica (Tabela 1).
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	Página = 18 Outros 15 convites para participar do estudo não resultaram em entrevistas por diferentes motivos: tempo de formação inferior a cinco anos, mudança para outro estado, falta de tempo ou ausência de retorno por parte do convidado.
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	Página = 20 O local escolhido para as entrevistas foi o ambiente de preferência dos entrevistados, usualmente o local de trabalho
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	Não se aplica.
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	Página = 18 Foram entrevistados 15 fisioterapeutas clínicos de diferentes áreas de atuação, todos com mais de cinco anos de formação e experiência profissional no atendimento a pacientes com dor

			<p>crônica (Tabela 1).</p> <p>Foram realizadas entrevistas presenciais semiestruturadas no período de setembro de 2023 a junho de 2024.</p>
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	<p>Página = 19</p> <p>Um roteiro flexível de entrevista foi elaborado com base na revisão da literatura pertinente e nas experiências prévias dos pesquisadores, para nortear o diálogo com os fisioterapeutas (APÊNDICE A).</p> <p>Foram realizadas três entrevistas-piloto com a finalidade de testar e refinar a qualidade do roteiro e treinar o pesquisador entrevistador.</p>
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	<p>Página = 20</p> <p>As entrevistas foram conduzidas individualmente, em um único encontro.</p>
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	<p>Página = 20</p> <p>Todas as entrevistas foram gravadas por dois celulares e posteriormente transcritas com softwares de inteligência artificial (<i>Good Tape AI</i>).</p>
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	<p>Página = 20</p> <p>Os entrevistadores registraram reflexões emocionais e desafios técnicos, além de discutirem e compartilharem entre si as experiências ao longo do processo.</p>
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	<p>Página = 20</p> <p>As entrevistas foram encerradas quando os entrevistados ofereceram respostas claras e relevantes às perguntas de pesquisa, e tiveram duração de 30 a 70 minutos.</p>
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	<p>Página = 20-21</p> <p>A decisão de interromper novos convites para participação no estudo considerou os objetivos do estudo, a qualidade das respostas, as reflexões dos pesquisadores e a diversidade de experiências dos entrevistados.</p>
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	<p>Página = 20</p> <p>Antes da análise, os entrevistados receberam uma cópia da transcrição e tiveram a oportunidade de fazer</p>

			correções ou ajustes que achassem necessário.
Domínio 3: Análise e resultados			
Análise de dados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	Página = 21 Dois pesquisadores (D.V.V. e L.F.F.), independentemente, buscaram declarações significativas nas transcrições, utilizando como referência teorias crítico-raciais e o modelo biopsicossocial. Desse processo, definiram-se os índices: “raça”, “dor”, “raça e saúde” e “raça e dor”.
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	Página = 21 Dois pesquisadores (D.V.V. e L.F.F.), independentemente, buscaram declarações significativas nas transcrições, utilizando como referência teorias crítico-raciais e o modelo biopsicossocial. Desse processo, definiram-se os índices: “raça”, “dor”, “raça e saúde” e “raça e dor”. Na exploração do material, esses índices foram codificados conforme unidades de registro e contexto relacionadas aos objetivos do estudo. Para explorar novos códigos, utilizou-se um prompt na inteligência artificial Gemini (Google). Os códigos foram mapeados e categorizados segundo os aspectos biológico, psicológico e social. Em seguida, realizou-se recategorização geral, agrupando códigos comuns em cada aspecto, o que permitiu a delimitação dos temas “raça e saúde” e “raça e dor”. Todo o processo foi gerenciado manualmente no sistema Miro (RealtimeBoard, Inc.). Os pesquisadores discutiram as unidades de registro e de contexto, ajustando as categorias criadas.
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	Página = 21 Dois pesquisadores (D.V.V. e L.F.F.), independentemente, buscaram declarações significativas nas transcrições, utilizando como referência teorias crítico-raciais e o modelo biopsicossocial. Desse processo, definiram-se os índices: “raça”, “dor”, “raça e saúde” e “raça e dor”.

			<p>Na exploração do material, esses índices foram codificados conforme unidades de registro e contexto relacionadas aos objetivos do estudo. Para explorar novos códigos, utilizou-se um prompt na inteligência artificial Gemini (<i>Google</i>). Os códigos foram mapeados e categorizados segundo os aspectos biológico, psicológico e social. Em seguida, realizou-se recategorização geral, agrupando códigos comuns em cada aspecto, o que permitiu a delimitação dos temas “raça e saúde” e “raça e dor”. Todo o processo foi gerenciado manualmente no sistema Miro (<i>RealtimeBoard, Inc.</i>). Os pesquisadores discutiram as unidades de registro e de contexto, ajustando as categorias criadas.</p> <p>A análise resultou em dois temas principais: (1) "raça e saúde" e (2) "raça e dor". Isso permitiu interpretar os dados à luz do referencial teórico, o que levou à identificação dos subtemas: (1a) sentidos de raça, (1b) impactos na saúde, (2a) multidimensionalidade da dor crônica, (2b) elementos biológicos da “raça” e (2c) elementos psicológicos e sociais da raça e do racismo. Esta estruturação relacionou os conteúdos raciais mencionados pelos entrevistados ao modelo biopsicossocial da dor crônica. Pseudônimos foram usados para identificar as citações e preservar a identidade dos participantes.</p>
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	<p>Página = 21</p> <p>Na exploração do material, esses índices foram codificados conforme unidades de registro e contexto relacionadas aos objetivos do estudo. Para explorar novos códigos, utilizou-se um prompt na inteligência artificial Gemini (<i>Google</i>). Os códigos foram mapeados e categorizados segundo os aspectos biológico, psicológico e social. Em seguida, realizou-se recategorização geral, agrupando códigos comuns em cada aspecto, o que permitiu a delimitação dos temas “raça e saúde” e “raça e dor”. Todo o processo foi gerenciado manualmente no sistema Miro (<i>RealtimeBoard, Inc.</i>). Os pesquisadores discutiram as unidades de registro e de contexto, ajustando as categorias criadas.</p>

28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	Página = 20 Dois entrevistados acrescentaram informações à transcrição, refinando o conteúdo sem alterar o contexto original das respostas.
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	Página = 22 Pseudônimos foram usados para identificar as citações e preservar a identidade dos participantes.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	Página = 21-38 Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados. As categorias foram identificadas por meio de uma análise rigorosa das entrevistas e da literatura. As interpretações foram fundamentadas nas falas dos participantes e ilustradas por meio de trechos das entrevistas. A análise garantiu que os achados surgissem diretamente dos dados coletados, evitando conclusões infundadas.
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	Página = 22-38 Houve apresentação clara dos temas, subtemas e categorias por meio da estruturação do texto com identificação das seções por título e citações de falas ilustrativas na seção Resultados e Discussão
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	Página = 22-38 Temas minoritários e contrapontos às concepções principais foram contrastados com temas principais ao longo da seção Resultados e Discussão.

ANEXO II - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO - REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.



A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão** de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação**. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões



de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.**

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no



início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract/resumen com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra - "resumo"/"abstract"/"resumen" até a última "palavra-chave"/"keyword"/"palabra clave").

O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os



princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter comprimento: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo.

As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.



2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE



CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende à Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Exemplo: Minayo *et al.*³



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.



Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal



Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO III - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Raça e dor: Interpretações de fisioterapeutas

Pesquisador: Daniela Virgínia Vaz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69518423.8.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.083.282

Apresentação do Projeto:

No Brasil e em outros países ocidentais, a dor tem cor. Estudos têm mostrado que pacientes negros têm sua dor subestimada e subtratada em diferentes contextos, incluindo fraturas, câncer metastático, parto e até mesmo intervenções para apendicite em crianças. Pacientes negros têm menos chance de receber medicação para dor e, quando recebem, as dosagens são menores. Essas evidências demonstram a existência de iniquidades raciais no cuidado da dor. A dor é um fenômeno multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. No entanto, evidências indicam que o cuidado oferecido por fisioterapeutas a pacientes com dor musculoesquelética prioriza fatores físicos e/ou cognitivos e raramente considera aspectos sociais, dentre eles se destaca o racismo. O racismo é um fenômeno social e multidimensional que produz desigualdades raciais nas estruturas e instituições sociais, como os serviços de saúde. O racismo se articula na relação entre estruturas sociais, ideias circulantes e atitudes individuais. As três dimensões se alimentam, e a ideologia racista legitima práticas excludentes que moldam instituições e sistemas sociais geradores de desigualdades raciais. As crenças dos profissionais de saúde sobre a dor musculoesquelética, sejam elas explícitas

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.083.282

ou implícitas, podem afetar as crenças do paciente e interferir negativamente no processo terapêutico. Crenças prejudiciais incluem a ideia de que a dor indica danos nos tecidos causados por má postura ou uso excessivo, que o tratamento precisa restaurar as estruturas dos tecidos, e que o descanso e a proteção das áreas afetadas são necessários para a recuperação. As ideias e atitudes sobre raça podem afetar significativamente a interpretação e as estratégias que pacientes e fisioterapeutas usam para experimentar e tratar a dor. As crenças sobre as diferenças entre as raças branca e negra atribuem aos negros corpos mais fortes, mais resistentes, com nervos e cérebros menos sensíveis. Essas crenças perpetuam estereótipos negativos e podem afetar o tratamento da dor.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar as noções de raça e dor de fisioterapeutas clínicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a entrevista pode surgir algum constrangimento devido ao conteúdo abordado. Para contornar este risco, o entrevistador procurará adotar uma postura imparcial e uma atitude acolhedora perante o entrevistado. A entrevista será realizada em um local reservado em que estarão presentes apenas entrevistador, entrevistado, e uma assistente que fará apenas anotações, sem participar dos diálogos. Além disso, pode haver cansaço mental ao longo da entrevista. Serão oferecidas pausas com a duração que os participantes julgarem necessária para se recompor. Todos os dados obtidos serão de uso exclusivo da finalidade prevista mencionada no TCLE. Ademais, nenhum dado pessoal será divulgado e a privacidade e o anonimato serão sigilosos, mantidos por meio de códigos, que substituirão os nomes de cada participante. Todos os participantes terão acesso garantido aos resultados da pesquisa.

Benefícios:

Não são previstos benefícios diretos aos participantes. No entanto, os resultados da pesquisa poderão contribuir para o entendimento e reflexão sobre como as relações raciais podem interferir no atendimento dos pacientes com dor crônica. Os resultados poderão qualificar o cuidado ao

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.083.282

paciente com dor crônica levando em consideração a realidade social da raça e do racismo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem comentários

Recomendações:

Sem comentários

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2130762.pdf	11/05/2023 10:21:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/05/2023 10:21:04	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Outros	Parecer_Camara.pdf	11/05/2023 10:19:01	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA.docx	10/05/2023 13:40:22	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Leonardo.pdf	10/05/2023 13:39:50	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.docx	10/05/2023 13:39:27	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_VOZ.docx	10/05/2023 13:38:48	Daniela Virgínia Vaz	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.083.282

Justificativa de Ausência	TERMO_VOZ.docx	10/05/2023 13:38:48	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
---------------------------	----------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 26 de Maio de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

MINI CURRÍCULO

LEONARDO FELIPE FARINAZZO

Fisioterapeuta

Resumo

Mestrando em Ciências da Reabilitação (UFMG). Pós-graduado em Fisioterapia Ortopédica e Esportiva (UNIBH). Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no ano de 2016. Bacharel e Licenciado em Educação Física pelo Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH (2010). Docente da disciplina de Biomecânica, Cinesiologia e Ergonomia no Instituto Educacional São Camilo desde 2024 e Preceptor de ortopedia e gerontologia no Centro Universitário UNA Barreiro desde 2022.

Experiências

Instituto Educacional São Camilo

Docente da disciplina de Biomecânica, Cinesiologia e Ergonomia

2024 - atual

Faculdade UNA Barreiro, UNA, Brasil.

Preceptor de estágio em gerontologia do curso de fisioterapia

2022 - atual

Faculdade Pitágoras, UNIMINAS, Brasil.

Preceptor de estágio de gerontologia, ortopedia dos alunos do 9º período de fisioterapia

2021-2022

Faculdade Pitágoras, UNIMINAS, Brasil.

Preceptor de estágio de gerontologia, ortopedia e neurologia dos alunos do 9º período de fisioterapia

2019-2019

Minas Tênis Clube, MTC, Brasil.

Fisioterapeuta no torneio de tênis ?Roland Garros Amateur Séries.

2018 - 2018

Minas Tênis Clube, MTC, Brasil.

Fisioterapeuta no Campeonato Brasileiro Interclubes de tênis

2018 - 2018

SECONCI: Fisioterapia do Serviço Social da Indústria da Construção Civil de Minas Gerais

Estagiário bolsista no projeto de extensão

2014 - 2015

DuoFisio - Clínica de Fisioterapia, DF, Brasil.

Sócio-proprietário e atendimento clínico de Fisioterapia na área de Ortopedia e Traumatologia

2018 - 2019

Federação Mineira de Tênis, FMT, Brasil.

Fisioterapeuta no Torneio FMT Circuito Sudeste Copa Minas 1ª e 2ª etapas

2019 - 2019

Studio Pilates Bem Viver, SPBV, Brasil.

Atendimento fisioterápico com o método pilates

2017 - 2017

Centralli - Pilates, fisioterapia e nutrição, CENTRALLI, Brasil.

Atendimento fisioterápico usando o método pilates

2015 - 2017

Formação Acadêmica

Mestrado em andamento em Ciências da Reabilitação.

Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.

2022 - atual

Especialização em Fisioterapia Ortopédica e Esportiva. (Carga Horária: 432h).

Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.

2017 - 2019

Graduação em Fisioterapia.

Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.

2011 - 2016

Graduação em Educação Física.

Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.

2008 - 2010