

Fabiana Caetano Martins Silva

**EXPERIÊNCIA DA DOR CRÔNICA:
COMPREENDENDO AS REPERCUSSÕES NA PARTICIPAÇÃO DE
TRABALHADORES**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2007

Fabiana Caetano Martins Silva

**Experiência da Dor Crônica:
Compreendendo as Repercussões na Participação de
Trabalhadores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Ferreira Sampaio

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Marisa Cotta Mancini

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2007

*“Hoje me sinto mais forte,
mais feliz, quem sabe...
Eu só levo a certeza
de que muito pouco sei
ou nada sei.”*

Renato Teixeira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha irmã pelo exemplo de inteligência, dedicação e perseverança que sempre demonstrou.

“Não há amigo mais chegado do que um irmão.”

(Provérbios 18:24)

AGRADECIMENTOS

*"E aprendi que se depende sempre,
de tanta, muita, diferente gente.
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.
E é tão bonito quando a gente entende
que a gente é tanta gente
onde quer que a gente vá.
E é tão bonito quando a gente sente
que nunca está sozinho,
por mais que pense estar."*

Gonzaguinha

Agradeço a Deus pelo amor, graça e misericórdia em todos os momentos.

Agradeço à Rosana, minha orientadora, por acreditar em mim, pelo grande aprendizado, pelo carinho nas lições de vida e pelo exemplo de profissional, mestra e pesquisadora.

"É no junto dos bão que a gente aprende o mió." (Guimarães Rosa)

Agradeço à Marisa, minha co-orientadora, pela ajuda e incentivos constantes.

Agradeço ao meu pai e à minha mãe, exemplos de amor, dedicação, incentivo e luta.

Agradeço aos trabalhadores que participaram deste estudo e que de forma tão carinhosa compartilharam um pouco de suas histórias de vida comigo.

Agradeço às amigas, Lu Gomes, Lu Braga e Tati, companheiras de todas as horas.

Agradeço aos colegas do mestrado, Dani, Marina, Carina, Warley, Viviane, Lúcia e Marcos, pela convivência.

Agradeço às pessoas especiais que trazem ternura ao prosaico da vida e com as quais podemos passar tardes em Itatiaia.

E, assim, agradeço a "tanta, muita, diferente gente" que estiveram presentes nesta minha caminhada, incentivando, abrindo portas e possibilitando, de uma forma ou de outra, a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
Capítulo 1 – INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos psicossociais da dor	10
1.2 LER/DORT e dor crônica	11
1.3 Implicações funcionais da dor crônica	12
1.4 A importância da participação no cotidiano das pessoas	14
1.5 Referencial teórico	18
Capítulo 2 – MÉTODOS	20
2.1 Participantes	21
2.2 A coleta dos dados	22
2.3 Análise	23
Capítulo 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
Capítulo 4 – PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO DA DOR CRÔNICA: RUPTURAS E RECONSTRUÇÃO	31
Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
ANEXOS	61

RESUMO

A dor é um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em especial, quando abordada sob os aspectos do sofrimento humano que a experiência dolorosa causa. Ela é considerada crônica quando persiste por mais de três meses e sua intensidade não corresponde a uma lesão específica. Existem diferenças individuais na percepção de dor e na forma como cada indivíduo responde à sua experiência dolorosa. A presença de condições crônicas, como a dor, tem contribuído para uma participação menos diversificada de trabalhadores, centrada em atividades mais domésticas, envolvendo relações sociais pobres e incluindo menos atividades recreativas. O trabalho é a área do constructo participação que mais sofre o impacto negativo da dor crônica. Assim, o objetivo deste estudo é entender os efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores, entendendo como estes lidam com suas vivências frente à restrição imposta pela dor. Participaram do estudo 10 trabalhadores com dor crônica. O estudo foi realizado numa abordagem qualitativa e a técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. A análise das entrevistas revelou que a dor crônica implica em conseqüências na participação de trabalhadores levando a restrições no trabalho representadas por perda dos papéis desempenhados e sofrimento em relação às mudanças do status de trabalhador. As relações sociais passam a se restringir à família e os trabalhadores apresentam um isolamento crescente de outros grupos sociais. A reconstrução da vida dos participantes é um contra ponto na ruptura biográfica identificada. As narrativas apresentaram estratégias dos próprios trabalhadores para lidar com a dor, tentativas de reorganização do cotidiano e formulações de novos planos para o futuro. Espera-se que os pesquisadores e clínicos possam adotar uma abordagem que busque uma visão ampliada do que é subjetivo na vida de pessoas com dor crônica para captarem os significados sobre a dor, a ruptura que ocorre na história de vida destes trabalhadores e as respostas frente à reconstrução que se impõe.

Palavras-chave: Dor crônica, ruptura biográfica, reconstrução, participação.

ABSTRACT

The pain is one of the greatest health problems nowadays, in special when approached under the aspects of human agony, which is caused by painful experiences. Pain is considered chronic when it persists for over three months and its intensity does not match one specific injury. There are some individual differences on the perception of pain and on the way that each person reacts to his/her pain experience. The presence of chronic conditions, such as pain, has contributed to a less diversified participation of workers, focused on domestic activities, involving poor social relations, and including a smaller number of recreational activities. Work is an area within the construct of participation that has the most negative impact from chronic pain. Thereby, the objective of this study is to understand the effects of chronic pain on workers' participation, focusing on how they live their lives dealing with the restrictions imposed by pain. Ten workers with chronic pain participated in this study. The study was conducted with a qualitative approach and the technique used for the data collection was a semi-structured interview model. The analyses of the interviews revealed that chronic pain has consequences on the participation of workers, leading to work restrictions, loss of performed roles and the suffering related to changes in workers' status. The social relations tend to be constrained only to the family and workers showed an increasing isolation from other social groups. The reconstruction of participants' lives was a counter point to the identified biographical rupture. The narratives showed strategies taken by the workers to deal with pain, attempts to reorganization of their daily activities and formulating of new plans for the future. It is expected that the researchers and clinical staff could use an approach that seek a broader perspective on what is subjective in the lives of people with chronic pain, in order to and capture the meanings about pain, the rupture that occurs on workers' life history and their responses to the imposed reconstruction.

Keywords: Chronic Pain, disruptive, re-construction and participation.

Capítulo 1 – INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma que afeta centenas de milhões de pessoas no mundo inteiro, alterando a funcionalidade física e o estado emocional, prejudicando a capacidade para o trabalho e diminuindo a qualidade de vida. Esse é um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em especial quando abordado sob os aspectos do sofrimento humano causado pela experiência dolorosa ¹. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) a define como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual atual ou potencial ², podendo ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo. Frequentemente associada ao sofrimento ou ao desconforto, a dor deixou de ser entendida como uma simples sensação, e hoje é reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um ².

Em geral, a dor divide-se em três categorias básicas: aguda, crônica e dor relacionada ao câncer ^{3, 4}. Estabelecer a diferença entre os tipos de dor existentes é importante para caracterizar a queixa, determinar os mecanismos básicos que contribuem para o desencadeamento da experiência dolorosa e, por conseguinte, adequar as ações terapêuticas ⁵. A dor aguda é uma resposta normal ao dano tecidual e geralmente resolve-se com a cura do tecido lesado ou logo após esta cura. A dor relacionada ao câncer refere-se à dor que resulta do crescimento do tumor, metástases ou efeitos tóxicos de quimioterapia e radiação ⁴.

A dor crônica, sintoma presente em diversas condições de saúde⁶, pode ser desencadeada por uma lesão ou doença, mas pode ser perpetuada por fatores que vão além da etiologia primária e específica da dor. Comumente, esta é definida como a dor que

persiste por um tempo maior que o esperado para a cura. Para Melzack e Loeser ⁷, não é necessariamente o tempo de duração da dor que distingue o processo agudo do crônico; o mais importante é a inabilidade do corpo em restaurar as funções fisiológicas para os níveis normais. Quando considerada crônica, a dor persiste por mais de três meses e a sua intensidade não corresponde a uma lesão específica ⁷.

A percepção de dor não se relaciona de forma linear com a condição de saúde, permanecendo por longo tempo após a diminuição ou cicatrização da lesão original. Como consequência, a abordagem de pacientes com dor crônica por profissionais de reabilitação tem se tornado cada vez mais complexa, o que sugere ser esta uma das mais difíceis áreas das ciências da saúde.

1.1 Aspectos psicossociais da dor

Diversos autores relatam que avaliar e tratar pacientes com dor crônica com base apenas em parâmetros biológicos ou aspectos físicos não é suficiente para a obtenção de uma resposta satisfatória ao tratamento ^{8,9}. Muitas vezes, os aspectos psicológicos e sociais da dor são considerados como fatores superficiais, influenciados ou modificados apenas pela fisiologia da dor. Existem, no entanto, diferenças individuais na percepção de dor e na forma como cada indivíduo responde à sua experiência dolorosa. De acordo com French ¹⁰ a dor é subjetiva, individual, modificada por níveis de atenção e por aspectos emocionais e influenciada por experiências passadas. Para essa autora, aspectos psicológicos e sociais são fatores centrais na experiência da dor e no comportamento do indivíduo associado a ela ¹⁰. Neste sentido, a dor crônica passa a ser entendida como uma experiência multidimensional com componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, que interagem e

contribuem para a resposta dolorosa final ¹¹. Gallagher ¹² relata ainda que a dor crônica é um sintoma difícil de ser avaliado por ser uma experiência subjetiva e por sofrer diversas influências, incluindo fatores ambientais, emocionais, comportamentais e sociais.

Outros autores destacam que, associadas à dor crônica, os pacientes podem apresentar importantes complicações como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, agitação, agressividade, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, levando à dependência em atividades de vida diária e a um maior gasto com serviços de saúde ^{13, 14}. Assim, a dor crônica é um fenômeno perceptual complexo e subjetivo, com dimensões como intensidade, qualidade, tempo de curso, impacto funcional e significado pessoal, vivenciados por cada indivíduo de forma única.

1.2 LER/DORT e dor crônica

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil. Reconhecidas pela Previdência Social desde 1987 ¹⁵, as LER/DORT têm sido, nos últimos anos, as mais prevalentes dentre as doenças ocupacionais registradas, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora segurada ¹⁶.

As LER/DORT, por definição, abrangem quadros clínicos do sistema músculo-esquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho ¹⁷. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como dor, parestesia e sensação de peso, geralmente afetando os membros superiores. A dificuldade de diagnóstico em alguns casos, aliada aos sintomas e a fatores como quadro clínico

heterogêneo, repercussões psicossociais e laborais e dificuldades no tratamento e na reabilitação desencadeia, em grande parte dos indivíduos com LER/DORT, um processo de cronificação da doença ¹⁸.

As dores crônicas, frequentes nesses pacientes, geram comportamentos caracterizados por queixa de dor, uso constante de analgésicos e diminuição da realização de atividades laborais e cotidianas. Atualmente, vários estudos analisam como as crenças e os comportamentos dos pacientes com dor crônica interferem na sua recuperação ^{19, 20 e 21}. Segundo Stroud *et al* ²², crenças são noções pré-existentes sobre a natureza da realidade que formam nossas percepções de nós mesmos e do nosso ambiente. Algumas crenças podem ser adaptativas e ajudar os pacientes a enfrentar a experiência dolorosa; outras, no entanto, podem contribuir para o aumento da dor ²³. A identificação de crenças adaptativas e não-adaptativas aumenta o entendimento dos profissionais da saúde sobre as respostas individuais à dor crônica, e contribui para a acurácia da avaliação e para o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos ²⁰.

1.3 Implicações funcionais da dor crônica

Uma das maiores implicações da dor crônica na vida do indivíduo é a sua associação com prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade. Segundo Mossey *et al* ²⁴ e Ratzon *et al* ²⁵, existe uma associação estatisticamente significativa entre dor e desempenho funcional. A redução das atividades de vida diária em pacientes com dor crônica, associada à depressão, interfere na sua motivação e, conseqüentemente, deteriora seu desempenho funcional ²⁶. Esse último parâmetro constitui o principal objetivo de

diferentes abordagens da dor e intervenções na reabilitação, que visam aumentar e/ou melhorar o nível de função dos pacientes nas áreas de desempenho funcional (atividades de vida diária, trabalho e lazer) que se encontram prejudicadas.

Nesse sentido, o processo de reabilitação deve ser respaldado por uma visão ampliada do que se entende por saúde. O modelo biopsicossocial ²⁷ expande os fatores envolvidos no entendimento de um constructo tão complexo como saúde e apresenta-se como uma tentativa de descrevê-la sob uma perspectiva multidimensional, englobando conceitos como subjetividade e individualidade. De acordo com esse modelo, fatores psicológicos, ambientais e sociais são importantes no desenvolvimento e na manutenção do sintoma doloroso ^{28,29}.

O modelo biopsicossocial ganhou força a partir da proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de envolver fatores como comportamento, estilo de vida, meio ambiente, políticas públicas, violência e economia, entre outros, para compor o campo das ciências da saúde ³⁰. Este modelo vem sendo usado por vários profissionais da saúde e tem contribuído para o entendimento das conseqüências de uma doença e de seu impacto na vida do indivíduo, ajudando estes profissionais a definir estratégias de avaliação e elaboração de um plano de tratamento ³¹.

Diante desta proposta, uma visão restrita dos fatores causais, focalizada exclusivamente nos aspectos biológicos, é inadequada para compreender o papel das múltiplas dimensões envolvidas na etiologia da dor crônica e como estas se integram às causas físicas. Os profissionais de saúde devem, então, adequar sua intervenção clínica considerando o paciente enquanto sujeito ativo no processo saúde-doença, analisando a experiência da dor e as percepções do paciente além da dimensão biológica. Para Caprara ³², os indivíduos, além de seres biológicos, têm de ser considerados como sujeitos que

refletem e vivenciam uma experiência subjetiva da doença. Para isso é necessário investigar o conhecimento absorvido, as percepções, conceitos, opiniões, expectativas e representações do universo cultural das pessoas que sofrem com dor crônica³³, o que permite explorar a experiência humana da doença e entender como os pacientes lidam com suas vivências³² frente à incapacidade e à limitação impostas pela dor crônica.

Pesquisas que utilizaram uma abordagem quantitativa já demonstraram haver uma correlação significativa entre dor, em especial dor crônica, e limitação na participação dos indivíduos^{25, 26, 34, 35, 36 e 37}. Atualmente, alguns achados na literatura na área de reabilitação, especificamente na Terapia Ocupacional, revelam um crescente interesse no entendimento do discurso de pessoas com incapacidades e no uso de suas percepções para direcionar o processo de avaliação e tratamento^{38, 39, 40 e 41}. Segundo Camargo Jr.⁴² “para o paciente a experiência da doença (sofrimento) é um fato concreto, incapacitante de uma forma que transcende sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do especialista”. Percebe-se aí a importância dos profissionais de saúde aliarem a dimensão subjetiva e as dimensões social e comportamental, no entendimento do impacto da dor crônica nos diferentes níveis de função humana e, especialmente, em sua participação.

1.4 A importância da participação no cotidiano das pessoas

A participação em ocupações da vida é fundamental para o desenvolvimento e experiências humanas. Pela participação, o indivíduo adquire habilidades e competências, estabelece relações com outras pessoas e com a comunidade e encontra significados para sua vida. Terapeutas Ocupacionais focam seu trabalho no estímulo da participação do indivíduo em ocupações do dia-a-dia que são significativas e proporcionam satisfação.

Participação social é um contexto no qual as pessoas formam relações de amizade, desenvolvem habilidades e competências, expressam criatividade, melhoram a saúde mental e física e determinam significados e propósitos na vida ⁴³.

Recentemente, a OMS avançou no debate sobre participação no âmbito dos processos de funcionalidade e incapacidade ao desenvolver a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), norteada pelo modelo biopsicossocial descrito anteriormente. A CIF é um sistema de classificação que proporciona uma base científica para compreensão e o estudo da saúde, e estabelece uma linguagem comum para a descrição dos níveis de saúde a partir de diferentes perspectivas: a perspectiva do corpo (classificação das funções e estruturas do corpo) e a perspectiva do indivíduo e da sociedade (classificação das atividades e da participação) ^{44, 45}.

Para a OMS ³⁰, participação é o envolvimento em situações de vida. Este conceito leva em consideração a experiência vivida pelo indivíduo, seu envolvimento e o contexto no qual ele executa suas atividades. Neste sentido, participar significa tomar parte, ser incluído ou participar em uma área da vida, ser aceito ou ter acesso aos recursos necessários para esta inclusão ³⁰. A estrutura da CIF sugere, então, que a participação é influenciada por características pessoais do indivíduo e por contextos ambientais, que representam as circunstâncias sociais e físicas das pessoas. Assim, participação inclui a manutenção de atividades pessoais, a possibilidade de mobilidade em diferentes ambientes, relações sociais, educação, lazer, espiritualidade e vida em comunidade ^{30, 43}. Para abranger a complexidade destes fatores a CIF categoriza participação em cinco domínios: cuidado pessoal, vida doméstica, interações interpessoais, áreas principais da vida (que incluem trabalho e estudo), e vida comunitária, social e cívica ³⁰.

No contexto da reabilitação e, em especial, no cuidado a pessoas com dor crônica, é fundamental entender o impacto das condições de saúde, dos fatores pessoais e dos fatores do contexto na participação do indivíduo e nas possíveis restrições que a pessoa apresenta. Segundo a OMS ³⁰, fatores pessoais são características individuais como gênero, idade, condições de saúde, hábitos, educação, estilo de vida, nível social, experiências passadas e atuais e aspectos psicológicos. Já os fatores do contexto envolvem os ambientes físico, social e de atitudes nos quais a pessoa vive e conduz sua vida. Estes fatores interferem de forma relevante na restrição da participação a qual abrangem problemas que o indivíduo pode apresentar no envolvimento em situações da vida ³⁰.

Pesquisas têm demonstrado que a participação em ocupações significativas, particularmente em atividades laborais e de lazer, influenciam de forma positiva a saúde e o bem-estar ⁴⁶. Em adultos, a participação em atividades recreativas e de lazer está estatisticamente relacionada com o desenvolvimento de redes de suporte social e qualidade de vida ⁴⁷. Já em idosos, existe uma associação positiva entre participação e os indicadores de saúde física e mental, assim como com a satisfação com a vida ⁴⁸. A satisfação na realização de atividades é um importante preditor de satisfação com a vida entre pessoas com incapacidades físicas, estando associada com ajustamento, bem-estar e melhor competência social ^{21, 43}.

Outros achados evidenciam a influência de um suporte adequado do ambiente, de redes sociais e de ações que não discriminem o indivíduo quanto às suas incapacidades e limitações na participação e em suas habilidades funcionais ⁴⁹. Segundo Law ⁴⁶, a presença de condições crônicas, como dor, tem contribuído para uma participação social menos diversificada e centrada em atividades mais domésticas, envolvendo relações sociais pobres e incluindo menos atividades recreativas. Percebe-se, desta forma, que indivíduos com

incapacidades experimentam restrições na participação e isolamento social, sendo importante entender os efeitos das condições crônicas de saúde, incapacidades e disfunções na participação dos trabalhadores.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é entender os efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores, explorando a experiência humana do adoecimento e entendendo como estes trabalhadores lidam com suas vivências frente à incapacidade e aos problemas decorrentes da mesma.

1.5 Referencial teórico

A coleta de dados deste estudo foi iniciada sem um referencial teórico definido a priori. Esta postura foi adotada principalmente com o objetivo de evitar explorar determinados aspectos em detrimento de outros. Dito de outro modo, alguns autores defendem a idéia de que a exploração empírica de um problema específico, não deve ser marcada por um referencial teórico definido antes do trabalho de campo, o que poderia enrijecer a análise na tentativa de se encaixar os resultados em uma teoria prévia ⁵⁰.

Assim, com o início da fase de análise das entrevistas, elegeu-se o referencial teórico de ruptura biográfica ⁵¹ e de reconstrução ⁵² usado para doenças crônicas. Esta escolha teve como base o fato dos trabalhadores apresentarem durante as narrativas relatos de descontinuidade no curso de suas vidas no período inicial do diagnóstico e dos sintomas de dor. Além disto, em momentos mais avançados da experiência dolorosa, os entrevistados descrevem atitudes de enfrentamento e resignificação da dor crônica e de reorganização de seu cotidiano.

Em 1982 ⁵¹, Michael Bury, em seu estudo com pacientes com artrite reumatóide, foi o primeiro autor a conceituar doença crônica como um tipo particular de evento que promove uma ruptura ou descontinuidade na vida do indivíduo. Para esse autor, um indivíduo é um agente social e histórico com uma identidade biográfica, e a consequência primária do início de uma doença crônica em sua vida é a ruptura desta biografia. Doenças, especialmente as crônicas, são experiências que rescindem com a estrutura de vida diária das pessoas que a sofrem. Os sintomas e as dificuldades no desempenho funcional são entendidos como situações críticas que levam a alterações na situação de vida do indivíduo e a perda de sua identidade. Além disto, muitas pessoas que sofrem com doenças crônicas

perdem sua capacidade para o trabalho e experimentam situações de baixa auto-estima.⁵³ Existe uma ruptura nos papéis normalmente desempenhados pelo indivíduo no seu dia-a-dia e uma quebra na rede familiar e de suporte social que o cerca⁵¹. Diferentes trajetórias de vida, caracterizadas por incerteza, são impostas na biografia do indivíduo, e alterações contínuas permanecem ao longo da vida de quem sofre com dor crônica⁵³. Assim, diante da experiência de uma doença crônica, com frequência, expectativas e planos que o indivíduo tem para o futuro precisam ser reexaminados.

Alguns autores como o próprio Bury⁵⁴, Salgado e Souza⁵⁵, Ong e Richardson⁵⁶, Richardson *et al*⁵⁷ e Wilson⁵⁸ sugerem que a ruptura biográfica, representa uma descontinuidade na vida do indivíduo e na sua interação social, provocando, por um lado, mudanças no seu comportamento, e por outro, respostas para uma reconstrução do ritmo de vida. Foi Gareth Williams⁵² que mostrou que, apesar da ruptura imposta pela doença crônica, existe uma reconstrução da história de vida de pacientes que vivenciam esta situação. Tal reconstrução faz-se principalmente pelo desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença e pela habilidade do indivíduo em manter ou criar uma rede de suporte social que ajude-o a desenvolver opções para uma biografia futura^{53, 54}. Nesse referencial, Williams⁵² destaca que a biografia de pessoas com doenças crônicas passa por resignificações através da narrativa que estas pessoas desenvolvem sobre sua história. A narrativa comporta-se como uma reorganização cognitiva da experiência biográfica e se mostra como uma ligação entre a relação que o indivíduo estabelece entre seu mundo de significados e o meio social que o cerca. Assim, as narrativas podem ser vistas como uma abordagem para reconstruir e reparar rupturas que a doença crônica estabelece no curso da vida⁵².

Capítulo 2 – MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, escolhida a partir do entendimento da experiência da dor como essencialmente individual e por considerar a narrativa capaz de apreender aspectos particulares permitindo a busca de significados associados à representação e à experiência da dor crônica. Esta experiência, segundo Gomes e Mendonça ⁵⁹, é uma vivência socialmente constituída e só é passível de análise quando expressa como narração individual e subjetiva. De acordo com Hudelson ⁶⁰, a pesquisa qualitativa descreve e analisa a cultura e o comportamento dos indivíduos e de seus grupos do ponto de vista de quem está sendo estudado; assim sendo, é a partir da experiência vivida que os indivíduos constroem suas narrativas. A técnica metodológica utilizada para coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada. A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado ⁶¹. Segundo Minayo ⁶², a entrevista proporciona o levantamento de dados objetivos relativos a condições sócio-demográficas e dados subjetivos os quais refletem diretamente as atitudes, valores e opiniões do indivíduo entrevistado. Num sentido amplo, a entrevista é uma fonte de informação sobre fatos, idéias, crenças, condutas ou comportamentos que apenas são conseguidos com a contribuição dos indivíduos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Entrevistas semi-estruturadas são aquelas em que o informante fala livremente sobre o tema proposto, limitado, contudo, por um roteiro de questões a serem abordadas ⁶² (ANEXO I). O roteiro adotado foi desenvolvido com base nas cinco categorias da CIF

associadas à participação, as quais envolvem cuidado pessoal, vida doméstica, interações interpessoais, principais áreas da vida e vida comunitária e social ³⁰.

2.1 Participantes

Quatro participantes deste estudo foram selecionados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT) do Distrito Sanitário Barreiro em Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil, três foram recrutados no Núcleo de Saúde do Trabalhador da mesma prefeitura e três foram indicados por informantes da comunidade perfazendo um total de 10 participantes. Todos os trabalhadores que concordaram em participar desta pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil (parecer número ETIC 511/06 e 080/2006 respectivamente) (ANEXO II).

Dos dez participantes que compuseram a amostra quatro eram homens e seis eram mulheres. Todos apresentavam queixa de dor crônica (dor há mais de seis meses), sendo que duas entrevistadas sentiam a dor à cerca de dois anos, três apresentavam dores entre seis e nove anos e cinco participantes sentiam dor há mais de 10 anos. Os trabalhadores tinham idade variando de 30 a 53 anos. Duas participantes viviam sozinhas, uma vivia com a mãe e irmãos e o restante viviam com os cônjuges e/ou filhos. Os trabalhadores apresentavam escolaridade variada, sendo que três tinham o ensino fundamental incompleto, cinco cursaram o ensino médio completo e dois completaram a faculdade. O diagnóstico mais freqüente foi síndrome do túnel do carpo presente entre cinco entrevistados. Três apresentaram epicondilite e dois tinham tenossinovites. A maioria dos

trabalhadores (6) estava aposentada ou afastada do trabalho devido à sua condição de saúde. Quanto à atividade exercida pelos participantes no início da dor crônica três eram bancários, duas trabalhavam com serviços gerais, quatro exerciam funções na indústria e comércio (soldador, auxiliar de almoxarifado, auxiliar de produção e auxiliar de escritório) e uma era artista plástica.

2.2 A coleta dos dados

As entrevistas começaram de forma padronizada, com a pesquisadora pedindo ao trabalhador que falasse de sua vida. Esta pergunta era ampla e o trabalhador discorria livremente sobre suas atividades. À medida que a entrevista avançava, os participantes eram questionados sobre a influência da dor em seu dia-a-dia. Algumas questões sobre atividades relacionadas às categorias que a CIF associa à participação eram realizadas caso o trabalhador não relatasse eventos destas categorias em sua narrativa.

Os próprios trabalhadores escolheram local, horário e dia para a realização das entrevistas. Desta forma, quatro entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e as demais foram realizadas no CERSAT e no Núcleo de Saúde do Trabalhador. Foi realizado um total de dez entrevistas e o critério para o encerramento das mesmas foi o momento em que as informações mostraram-se suficientemente confirmadas e o surgimento de novos dados tornou-se raro atingindo o chamado ponto de redundância⁵⁰.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, com autorização prévia dos participantes. O tempo de entrevista variou de vinte e cinco minutos a uma hora, perfazendo um total de 434 minutos de gravação. Em seguida, as gravações foram transcritas de forma a recuperar a integralidade dos depoimentos produzindo um total de 87

páginas. Após a transcrição, os depoimentos foram encaminhados aos participantes para leitura e confirmação das informações concedidas.

2.3 Análise

A análise das entrevistas foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que podem ser entendidos como unidades de significação que libertam-se naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura⁶³. As etapas para análise dos dados foram, de acordo com Bardin⁶³, pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise os documentos foram revisados e organizados em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa. Desta forma, foram realizadas leituras das entrevistas e em cada uma foram destacadas as categorias da CIF associadas à participação.

Na fase de exploração do material as unidades selecionadas na leitura e no recorte do texto foram organizadas em unidades temáticas de acordo com as categorias da CIF como formas de orientação da análise. Nesta fase, as unidades temáticas foram agrupadas de acordo com seu significado na biografia do trabalhador. Dito de outra forma, as unidades apresentavam-se como uma ruptura na vida dos participantes ou como uma atitude de reconstrução de suas histórias.

Já na fase do tratamento dos resultados obtidos buscou-se uma interpretação das informações a partir da revisão de literatura realizada do referencial teórico de ruptura biográfica e de reconstrução com o objetivo de dar sentido às narrativas para alcançar uma melhor compreensão do que foi descrito⁶³. Na apresentação dos resultados deste estudo os

nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos para preservar as suas identidades.

Capítulo 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TURK, D.C.; OKIFUJI, A. Treatment of chronic pain patients: clinical outcomes, cost-effectiveness, and cost-benefits of multidisciplinary pain centers. **Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 10, p. 181-202, 1998.
2. MERSKEY, H.; LINDBLOM, U.; MIMFORD, J.M.; NATHAN, P.W.; SUNDERLAND, S. Pain terms. A current list with definitions and notes on usage. In: **Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. Seattle: IASP Press, 1994.
3. MERSKEY, H. Pain, an exploration. **Pain**, v. 33, n. 1, p. 215-217, april, 1988.
4. ASHBUM, M. A.; STAATS, P.S. Management of chronic pain. **The Lancet**, v. 583, p. 1865-69, 1999.
5. PEREZ, R.S.G.M. Defining pain. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 6, p. 339-41, 2006.
6. GEERTZEN, J.H.B; VAN WILGEN, C.P.; SCHRIER, E.; DIJKSTRA, P.U. Chronic pain in rehabilitation medicine. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 6, p. 363-7, 2006.
7. MELZACK, R., LOESER, J.D. Pain: on overview. **The Lancet**, v. 353, p. 1607-1609, 1999.
8. SCHULT, M.L. **Multidimensional assessment of people with chronic pain. A critical appraisal of the Person, Environment, Occupation model**. Acta Universitatis Upsalaliensis. Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine, 2002.
9. SHELDRAKE, A. Models of health and illness. In: BANKS, C.; MACKRODT, K. **Chronic Pain Management**. London, Whurr Publishers, 2005, p. 1-35.
10. FRENCH, S. The psychology and sociology of pain. In: **Physiotherapy: a psychosocial approach**. London: Ed. Butterworth Heinemann, 1992, p. 145-57.
11. MELZACK, R. Pain – on overview. **Acta Anaesthesiologica Scandinavia**, v. 43, n. 9, p. 880-884, 1999.
12. GALLANGHER, R.M. Integrating medical and behavioral treatment in chronic pain management. **Medical Clinical N Am**, v. 83, p. 823-849, 1999.

13. DAVIS, M.C.; ZAUTRA, A.J.; SMITH, B.W. Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. **Journal of Personality**, v. 72, n. 6, p. 1133-59, 2004.
14. ADMS, N.; POOLE, H.; RICHARDSON, C. Psychological approaches to chronic pain management: part 1. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 3, p. 290-300, 2006.
15. Brasil. Ministério de Estado da Previdência e Assistência Social. Portaria número 4062 dispõe sobre a tenossinovite como doença ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1987.
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil: 1987/1988**. Rio de Janeiro, 1992.
17. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.
18. ASSUNÇÃO, A. A. Os DORT e a dor dos DORT. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 11., 2001, Belo Horizonte: **Anais...**: [S.I], 2001.
19. ASGHARI, A.; NICHOLAS, M.K. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. **Pain**, v. 94, n. 1 p. 85-100, 2001.
20. KEEFE, F.J.; RUMBLE, M.E.; SCIPIO, C.D.; GIORDANO, L.A.; PERRI, L.M. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. **The Journal of Pain**, v. 5, n. 4, p. 195-211, 2004.
21. VIANA, S.O.; SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C; PARREIRA, V.F; DRUMMOND, A.S. Life Satisfaction of Workers with Work-related Musculoskeletal Disorders in Brazil: Associations with Symptoms, Functional Limitation and Coping. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 17, p. 33-46, 2007.
22. STROUD, W.; THORN, B.E.; JENSEN, M.P.; BOOTHBY, J.L. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. **Pain**, v. 84, n. 2,3. p. 347-352, 2000.
23. KEOGH, E., HERDENFELDT, M. Gender, coping and the perception in the pain. **Pain**, v. 97, n. 3, p. 195-204, 2002.
24. MOSSEY, J.M., GALLAGHER, R.M., TIRUMALASETTI, F. The effects of pain and depression on physical functioning elderly residents of a continuing care retirement community. **Pain Medicine**, v. 1, n. 4, p. 340-350, 2000.

25. RATZON, N.Z; JARUS, T; CATZ, A. The relationship between work function and low back pain history in occupationally active individuals. **Disability and Rehabilitation**, v. 29, n. 10, p. 791-796, may, 2007.
26. TURNER, J.A.; FRANKLIN, G.; HEAGERTY, P.J.; WU, R.; EGAN, K.; FULTON-KEHOE, D.; GLUCK, J.V.; WICKIZER, T.M. The association between pain and disability. **Pain**, v. 112, n. 3, p. 307-14, 2004.¹
27. TALO, S.; RYTOKOSKI, U.; PUKKA, P. An empirical investigation of the Biopsychosocial Disease Consequence model: psychological impairment, disability and handicap in chronic pain patients. **Disability and Rehabilitation**, v. 17, p. 28-92, 1995.
28. WADDELL, G. Clinical assessment of lumbar impairment. **Clinical Orthopedics and Related Research**, v. 221, p. 110-20, 1987.
29. LINDSTRO, M.I., OHLUND, C., EEK, C., WALLIN, L., PETERSON, L.E., FORDYCE, W.E., NACHEMSON, A.L. The effect of graded activity on patients with sub acute low back pain: a randomized prospective clinical study an operant-conditioning behavioral approach. **Physical Therapy**, v. 72, p. 279-290, 1992.
30. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGAMIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Universidade de São Paulo; 2003.
31. SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção Científica e Atuação Profissional: Aspectos que Limitam esta Integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.
32. CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
33. FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 743-752, 2003.
34. TURNER, J.A.; FRANKLIN, G.; FULTON-KEHOE, D.; EGAN, K.; WICKIZER, T.M.; LYMP, J.F.; SHEPPARD, L.; KAUFMAN, J.D. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 5, n. 14, p. 1-7, 2004.²
35. WALSH, I.A.P.; CORRAL, S.; FRANCO, R.N.; CANETTI, E.E.F.; ALEM, M.E.R; COURY, H.J.C.G. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 149-56, 2004.

36. McCracken, L.; Eccleston, C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. **Pain**, v. 118, n. 1,2, p. 164-9, 2005.
37. Souza, L.H.; Frank, A.O. Experiences of living with chronic back pain: The physical disabilities. **Disability and Rehabilitation**, v. 29, n. 7, p. 587-596, april, 2007.
38. Helfrich, C.; Kielhofner, G.; Mattingly, C. Volition as narrative: Understanding motivation in chronic illness. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 48, p. 311-317, 1994.
39. Jonsson, H.; Josephsson, S.; Kielhofner, G. Evolving narratives in the course of retirement: A longitudinal study. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 54, p. 463-470, 2000.
40. Mattingly, C. The narrative nature of clinical reasoning. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, p. 998-1005, 1991.
41. Holzmüller, R.L.P. Therapists I Have Known and (Mostly) Loved. **American Journal of Occupational**, v. 59, n. 5, p. 580-87, 2005.
42. Camargo Jr., K.R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
43. Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P., Young, N., Hanna, S., Petrenchik, T. Patterns and Predictors of Recreational and Leisure Participation for Children with Physical Disabilities. **CanChild Centre for Childhood Disability Research**. v. 2, 2006.
44. Rimmer, J.H. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 17, p. 1087-1095, 2006.
45. Sampaio, R.F.; Mancini, M.C.; Gonçalves, G.G.P.; Bittencourt, N.F.N.; Miranda, A.D., Fonseca, S.T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 1-7, 2005.
46. Law, M. Participations in the occupations of everyday life. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 6, p. 640-649, 2002.
47. Lund, M.L.; Nordlund, A.; Nyga, L.; Lexell, J.; Bernspa B. Perceptions of participation and predictors of perceived problems with participation in persons with spinal cord injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 37, p. 3-8, 2005.

48. TIRADO, M.G.A.; SAMPAIO, R.F.; SILVA, F.C.M.; UMBELINO, T.E.R.; PAULA, A.M.C. Functional Profile and Quality of Life in Elderly Residents of a Community in Belo Horizonte. In: **Congress of the International Association of Gerontology**, 18., 2005, Rio de Janeiro: Anais... Rio de Janeiro, 2005.
49. JETTE, A.M.; KEYSOR, J.; COSTER, W.; NI, P.; HALEY, S. Beyond Function: Predicting Participation in a Rehabilitation Cohort. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 11, p. 2087-2094, 2005.
50. ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER F. **O método nas ciências sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
51. BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, july, 1982.
52. WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. **Sociology of Health and Illness**, v. 6, n. 2, p. 175-200, 1984.
53. GUY, L.M. **The meanings of chronic pain: chronic pain as a 'biographical disruption'**. Queensland: School of Public Health of Queensland University; 2005. 427 p. Tese (doutorado) – Program of Postgraduate in Philosophy of School of Public Health of Queensland University, Queensland, 2005.
54. BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. **Sociology of Health and Illness**, v. 13, n. 4, p. 451-468, 1991.
55. SALGADO, P.C.B; SOUZA, E.A.P. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 165-168, 2003.
56. ONG, B.N.; RICHARDSON, J.C. The contribution of qualitative approaches to musculoskeletal research. **Rheumatology**, v. 45, n. 4, p. 369-370, 2006.
57. RICHARDSON, J.C.; ONG, B.N.; SIM, J. Is chronic widespread pain biographically disruptive? **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 7, p. 1573-1585, 2006.
58. WILSON, S. 'When you have a children, you're obliged to live': motherhood, chronic illness and biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 29, n. 4, p. 610-626, 2007.
59. GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 109-132.

60. HUDELSON, M.P. Qualitative research for health programmes. Division of Mental Health. **World Health Organizations – OMS**. Geneva, 1994.
61. HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.
62. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
63. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1979.

PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO DA DOR CRÔNICA: RUPTURAS E RECONSTRUÇÃO

PARTICIPATIONS IN THE CHRONICAL PAIN CONTEXT: DISRUPTIONS AND RE-CONSTRUCTION

SILVA, F.C.M. ¹; SAMPAIO, R.F. ²; MANCINI, M.C. ¹; LUZ, M. T. ³.

¹ Terapeuta Ocupacional. Programa de Pós- graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

² Fisioterapeuta. Programa de Pós- graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

³ Socióloga. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

Correspondências para: Fabiana Caetano Martins Silva, Rua Paulino Vaz de Melo, nº 170, apto. 102, Bairro Dona Clara. CEP.: 31260-130. Belo Horizonte – Minas Gerais.

Telefone: (31) 3497-7224. E-mail: fabianacmartins@yahoo.com.br

Título curto: Participação no contexto da dor crônica

Experience of chronic pain and participation

Palavras-chave: Dor crônica, ruptura biográfica, reconstrução, participação.

Keywords: Chronic Pain, disruptive, re-construction and participation.

RESUMO

A dor é um dos maiores problemas de saúde da atualidade e é considerada crônica quando persiste por mais de três meses e sua intensidade não corresponde a uma lesão específica. Existem diferenças individuais na percepção da dor e na forma como cada indivíduo responde à sua experiência dolorosa. A presença de dor crônica tem contribuído para uma participação menos diversificada, centrada em atividades mais domésticas, envolvendo relações sociais pobres e incluindo menos atividades recreativas. O trabalho é a área da participação que mais sofre o impacto negativo da dor. O objetivo deste estudo é explorar os efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores, compreendendo como estes lidam com suas vivências frente à restrição imposta pela dor. Participaram do estudo 10 trabalhadores com dor crônica. Este foi um estudo qualitativo e a coleta de dados foi realizada através de entrevistas. A análise revelou que a dor crônica implica em conseqüências na participação de trabalhadores, levando à restrições no trabalho representadas por perda dos papéis desempenhados e à sofrimento em relação às mudanças do status de trabalhador. As relações sociais restringem-se à família e os trabalhadores apresentam isolamento social. A reconstrução da vida dos participantes é um contra ponto na ruptura biográfica identificada. As narrativas apresentaram diferentes estratégias dos trabalhadores para lidar com a dor, tentativas de reorganização do cotidiano e formulações de planos para o futuro. Espera-se que os pesquisadores e clínicos possam adotar uma abordagem que busque uma visão ampliada do que é subjetivo na vida de pessoas com dor crônica para captarem os significados da dor, a ruptura que ocorre na história de vida destes trabalhadores e as respostas frente à reconstrução que se impõe.

ABSTRACT

The pain is one of the greatest health problems nowadays, and is considered chronic when it persists for over three months and its intensity does not match one specific injury. There are individual differences on the perception of pain and on the way that each person reacts to his/her pain experience. The presence of pain chronic has contributed to a less diversified participation of workers, focused on domestic activities, involving poor social relations, and including a smaller number of recreational activities. Work is an area within the construct of participation that has the most negative impact from chronic pain. The objective of this study is to understand the effects of chronic pain on workers' participation, focusing on how they live their lives dealing with the restrictions imposed by pain. Ten workers with chronic pain participated in this study. The study was conducted with a qualitative approach and the technique used for the data collection was a interview model. The analyses revealed that chronic pain has consequences on the participation of workers, leading to work restrictions, loss of performed roles and the suffering related to changes in workers' status. The social relations tend to be constrained only to the family and workers showed an increasing isolation from other social groups. The reconstruction of participants' lives was a counter point to the identified biographical rupture. The narratives showed strategies taken by the workers to deal with pain, attempts to reorganization of their daily activities and formulating of new plans for the future. It is expected that the researchers and clinical staff could use an approach that seek a broader perspective on what is subjective in the lives of people with chronic pain, in order to and capture the meanings about pain, the rupture that occurs on workers' life history and their responses to the imposed reconstruction.

INTRODUÇÃO:

A dor é um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em especial, quando abordada sob os aspectos do sofrimento humano causado pela experiência dolorosa ¹. A dor afeta centenas de milhões de pessoas no mundo inteiro, alterando a funcionalidade física e o estado emocional, prejudicando a capacidade para o trabalho e diminuindo a qualidade de vida. Enquanto um fenômeno perceptual complexo e subjetivo com dimensões como intensidade, qualidade, tempo de curso, impacto funcional e significado pessoal, a dor é vivenciada por cada indivíduo de forma única. Ela é considerada crônica quando persiste por mais de três meses e sua intensidade não corresponde a uma lesão específica ².

Mais especificamente com relação a dor músculo-esquelética, uma das características mais marcantes é a incerteza quanto ao seu curso ³. Esta pode apresentar-se imprevisível e flutuante e, as pessoas que sofrem com dor crônica músculo-esquelética apresentam comportamentos caracterizados por uso constante de analgésicos, limitação na realização de atividades laborais e cotidianas e restrição na participação social. A participação social é a conjuntura, na qual as pessoas constroem relações de amizade, desenvolvem habilidades e competências, expressam criatividade, melhoram a saúde mental e física e determinam significados e propósitos na vida ⁴. Para a Organização Mundial de Saúde ⁵, participação é o envolvimento ou o ato do indivíduo de se envolver em situações de vida diária. Este conceito incorpora a experiência vivida pelo indivíduo, seu envolvimento e o contexto no qual ele executa suas atividades. Neste sentido, participar significa tomar parte, ser incluído em uma área da vida, ser aceito ou ter acesso aos recursos necessários para esta inclusão ⁵. A OMS sugere que a participação é influenciada por características pessoais e por fatores ambientais, que representam as circunstâncias

sociais e físicas das pessoas. Assim, participação inclui a manutenção de atividades pessoais, a possibilidade de mobilidade em diferentes ambientes, relações sociais, trabalho educação, lazer, espiritualidade e vida em comunidade ^{4,5}.

Segundo Law ⁶, a presença de condições crônicas, como a dor, tem contribuído para uma participação menos diversificada, centrada em atividades mais domésticas, envolvendo relações sociais pobres e incluindo menos atividades recreativas. Para Richardson *et al* ⁷, o trabalho é a área do constructo participação que mais sofre impacto negativo, principalmente por ser difícil para o indivíduo manter suas funções no ambiente de trabalho. O fato das doenças crônicas resultarem em incapacidades funcionais depende não apenas das demandas ambientais comuns aos trabalhadores e das circunstâncias familiares e sociais que os cercam, mas também da interação destes fatores com a história de vida do indivíduo ⁸.

Em 1982 ⁹, Michael Bury, em seu estudo com pacientes com artrite reumatóide, foi o primeiro autor a conceituar doença crônica como um tipo particular de evento que promove uma ruptura ou descontinuidade na vida do indivíduo. Para este autor, um indivíduo é um agente social e histórico com uma identidade biográfica e a consequência primária do início de uma doença crônica em sua vida é a ruptura desta biografia. Doenças, especialmente as crônicas, são experiências que rescindem com a estrutura da vida diária das pessoas que a sofrem. Existe uma interrupção nos papéis normalmente desempenhados pelo indivíduo no seu dia-a-dia e uma quebra na rede familiar e de suporte social que o cerca ⁹. Assim, diante da experiência de uma doença crônica, com frequência, expectativas e planos que o indivíduo tem para o futuro precisam ser reexaminadas.

Alguns autores como o próprio Bury ¹⁰, Salgado e Souza ¹¹, Ong e Richardson ³, Richardson *et al* ⁷ e Wilson ¹² sugerem que doença crônica tem duas fases: a ruptura

biográfica inicial, representando uma descontinuidade na vida do indivíduo e na sua interação social e provocando mudanças no seu comportamento, e, posteriormente, respostas para uma reconstrução e reorganização do ritmo de vida. Foi Gareth Williams¹³ que mostrou que, apesar da ruptura imposta pela doença crônica, existe uma reconstrução da história de vida de pacientes que vivenciam esta situação. Nesta perspectiva, Williams¹³ destaca que a biografia de pessoas com doenças crônicas passa por resignificações através da narrativa que estas pessoas desenvolvem sobre sua história. A narrativa comporta-se como uma reorganização cognitiva da experiência biográfica e mostra-se como uma ligação entre a relação que o indivíduo estabelece entre seu mundo de significados e o meio social que o cerca. Assim, as narrativas podem ser vistas como uma abordagem para reconstruir e reparar as rupturas que a doença crônica estabelece no curso da vida¹³.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é entender os efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores, explorando a experiência humana do adoecimento e entendendo como estes trabalhadores lidam com suas vivências frente à incapacidade e à ruptura impostas em suas vidas.

MÉTODO:

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, escolhida a partir do entendimento da experiência da dor como essencialmente individual e por considerar a narrativa capaz de apreender aspectos particulares permitindo a busca de significados associados à representação e à experiência da dor crônica. Esta experiência, segundo Gomes e Mendonça ¹⁴, é uma vivência socialmente constituída e só é passível de análise quando expressa como narração individual e subjetiva.

Quatro participantes deste estudo foram selecionados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT) do Distrito Sanitário Barreiro em Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil, três foram recrutados no Núcleo de Saúde do Trabalhador da mesma prefeitura e três foram indicados por informantes da comunidade perfazendo um total de 10 participantes. Todos os trabalhadores que concordaram em participar desta pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil (parecer número ETIC 511/06 e 080/2006 respectivamente).

Dos dez participantes que compuseram a amostra quatro eram homens e seis eram mulheres. Todos apresentavam queixa de dor crônica (dor a mais de seis meses), sendo que duas entrevistadas sentiam a dor à cerca de dois anos, três apresentavam dores entre seis e nove anos e cinco participantes sentiam dor a mais de 10 anos. Os trabalhadores tinham idade variando de 30 a 53 anos. Duas participantes viviam sozinhas, uma vivia com a mãe e irmãos e o restante viviam com os cônjuges e/ou filhos. Os trabalhadores apresentavam escolaridade variada, sendo que três tinham o ensino fundamental incompleto, cinco

cursaram o ensino médio completo e dois completaram a faculdade. O diagnóstico mais freqüente foi síndrome do túnel do carpo presente entre cinco entrevistados. Três apresentaram epicondilite e dois tinham tenossinovites. A maioria dos trabalhadores (6) estava aposentada ou afastada do trabalho devido à sua condição de saúde. Quanto à atividade exercida pelos participantes no início da dor crônica três eram bancários, duas trabalhavam com serviços gerais, quatro exerciam funções na indústria e comércio (soldador, auxiliar de almoxarifado, auxiliar de produção e auxiliar de escritório) e uma era artista plástica.

A técnica metodológica utilizada para coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada. Segundo Minayo ¹⁵, a entrevista proporciona o levantamento de dados objetivos relativos a condições sócio-demográficas e dados subjetivos os quais refletem diretamente as atitudes, valores e opiniões do indivíduo entrevistado. Num sentido amplo, a entrevista é uma fonte de informação sobre fatos, idéias, crenças, condutas ou comportamentos que apenas são conseguidos com a contribuição dos indivíduos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Entrevistas semi-estruturadas são aquelas em que o informante fala livremente sobre o tema proposto, limitado, contudo, por um roteiro de questões a serem abordadas ¹⁵. O roteiro adotado foi desenvolvido com base nas cinco categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) associadas à participação social, as quais envolvem cuidado pessoal, vida doméstica, interações interpessoais, principais áreas da vida (trabalho e educação) e vida comunitária e social ⁵.

Assim, as entrevistas começaram de forma padronizada com a pesquisadora pedindo ao trabalhador que falasse de sua vida. Esta pergunta era ampla e o trabalhador discorria livremente sobre suas atividades. À medida que a entrevista avançava, os participantes

eram questionados sobre a influência da dor em seu dia-a-dia. Algumas questões sobre atividades relacionadas às categorias que a CIF associa à participação social eram realizadas caso o trabalhador não relatasse eventos destas categorias.

Os próprios trabalhadores escolheram o local, horário e dia para a realização das entrevistas. Desta forma, quatro entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e as demais foram realizadas no CERSAT e no Núcleo de Saúde do Trabalhador. Foi feito um total de dez entrevistas e o critério para o encerramento das mesmas foi o momento em que as informações se mostraram suficientemente confirmadas e o surgimento de novos dados tornou-se raro, atingindo o chamado ponto de redundância ¹⁶.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, com autorização prévia dos participantes. O tempo de entrevista variou de vinte e cinco minutos a uma hora, perfazendo um total de 434 minutos de gravação. Em seguida, as gravações foram transcritas de forma a recuperar a integralidade dos depoimentos produzindo um total de 87 páginas. Após a transcrição, os depoimentos foram encaminhados aos participantes para leitura e confirmação das informações concedidas.

A análise dos dados foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que podem ser entendidos como unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura ¹⁷. As etapas para análise dos dados, de acordo com Bardin ¹⁷, foram pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise os documentos foram revisados e organizados em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa. Desta forma, foram realizadas leituras das entrevistas e em cada uma foram destacadas as categorias da CIF associadas ao domínio participação.

Na fase de exploração do material as unidades selecionadas na leitura e no recorte do texto foram organizadas em unidades temáticas de acordo com as categorias da CIF como formas de orientação da análise. Nesta fase, as unidades temáticas foram agrupadas de acordo com seu significado na biografia do trabalhador. Dito de outra forma, as unidades apresentavam-se como uma ruptura na vida dos participantes ou como uma atitude de reconstrução de suas histórias.

Já na fase do tratamento dos resultados obtidos buscou-se uma interpretação das informações a partir da revisão de literatura realizada acerca do referencial teórico de ruptura biográfica e de reconstrução com o objetivo de dar sentido às narrativas para alcançar uma melhor compreensão do que foi descrito ¹⁷. Na apresentação dos resultados deste estudo os nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos para preservar as suas identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados deste estudo exploraram como os trabalhadores vivenciam a experiência da dor crônica nas atividades do dia-a-dia e nas inter-relações sociais. Os relatos são complexos e mostraram a luta das pessoas ao experimentarem um problema que não encontra-se suficientemente categorizado ou tratado pelo sistema de atenção à saúde¹⁸. Existe o diagnóstico médico para as lesões relacionadas ao trabalho e para condições crônicas de saúde; no entanto, em alguns casos como na dor crônica, a terapêutica ainda é pouco eficaz. Estas características levam o indivíduo a buscar alternativas de tratamento para lidar com suas dificuldades. Os trabalhadores procuram soluções em seu conhecimento acerca do próprio corpo, nas experiências acumuladas ao longo da vida e na interpretação que fazem do julgamento e da opinião dos especialistas⁷.

A dor crônica desencadeou rupturas em várias dimensões da vida dos entrevistados, e o relato destes apontou situações de perda nos papéis sociais anteriormente desempenhados, com impacto no trabalho e nas relações sociais. Além da interrupção do curso natural da vida destes trabalhadores, com a ocorrência de uma ruptura biográfica marcada pelo início da doença, foram identificadas também tentativas de reconstrução de suas histórias de vida e resignificação da dor crônica ao longo do tempo.

O trabalho possui uma função essencial no desenvolvimento psíquico por ser um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados. Este contribui para a construção das relações indivíduo-sociedade e para a constituição do próprio indivíduo^{19, 20, 21 e 22}. O trabalho proporciona um senso de identidade e frequentemente as pessoas definem quem elas são por suas ocupações e habilidades. Ele permite aos indivíduos partilhar experiências com os outros e engajar-se em atividades que ultrapassam

o interesse individual, adquirindo um status social e uma identidade profissional que envolve o indivíduo em um número maior de redes sociais^{23, 24}. Assim, o trabalho é reconhecido como um local privilegiado de integração social. A incapacidade de exercer o papel de trabalhador pode levar a reversões nos papéis dentro da família e a mudanças no estilo de vida, causadas por dificuldades financeiras, inatividade e dependência^{23, 24}.

Os trabalhadores deste estudo relataram principalmente dificuldades em desempenhar e manter suas funções no emprego com conseqüências como afastamento, desemprego ou aposentadoria, e sofrimento em relação à atual situação de trabalho, como pode ser identificado nas colocações destacadas a seguir: *“Eu ficava pior porque me sentia inútil, não conseguia fazer nada.”* (Maria Inês); *“Então a contagem de cédula era algo que eu tinha dificuldade (...) no final do expediente era sempre uma questão dolorosa.”* (Márcio); *“Aí foi onde eu não tava conseguindo mais trabalhar. Eu tava deixando as coisas cair no chão.”* (Vilma).

As dificuldades enfrentadas no trabalho, levando ao rompimento com as atividades laborais, são apontadas por vários autores como a principal ruptura que ocorre na vida do trabalhador com dor crônica^{7, 25}. O sofrimento posterior advindo da perda das atividades laborais é devido principalmente aos impedimentos para manter uma identidade positiva e à impossibilidade de desempenhar ou ocupar este lugar na sociedade¹². Alguns participantes falaram de seus sentimentos quanto a esta perda, relatando uma sensação de inutilidade e de serem vistos sem o mesmo valor pela família e pela sociedade. A seguir são destacadas três destas citações: *“Isso aí pra mim foi a mesma coisa que tirar meu chão, poxa! (...) Eu sempre fui uma pessoa lutadora. Nunca fui desonesto na minha vida! Sempre fui um lutador. Agora ... Deus do céu! Eu tô me sentindo um inútil. (...) Como eu tô hoje nessa condição, eu não tenho condição de fazer isso. Que serventia eu tenho?”* (Carlos); *“E um*

pouco chateada por eu ter perdido... não perdi 100%, mas mexeu com a minha cabeça (...) não só no trabalho fora, mas dentro de casa também. *Você se sente um pouco... deixa de ser um pouco mulher (...)* *Eu perdi um pouco, sei lá, a feminilidade. É como se você deixasse de sentir prazer até na hora de pentear o cabelo.*” (Carmem); “*A única coisa que eu sei fazer na vida é ser bancário! Eu não sei fazer outra coisa. Eu não tenho outra profissão.*” (Pedro).

Exercer papéis socialmente e culturalmente esperados torna-se o mecanismo principal através do qual uma pessoa expressa o seu comportamento e define uma posição no sistema social que a cerca. Assim, o cumprimento destes papéis dá às pessoas uma identidade social. A competência nas atividades de trabalho é valorizada e possui um significado simbólico pessoal com dimensões culturais, psicológicas e sociais^{19, 20, 21 e 22}. O início de uma doença crônica compromete não apenas o desempenho físico do indivíduo, mas também a sua identidade e auto-estima. As narrativas anteriores sugerem uma perda significativa de identidade, principalmente devido ao comprometimento no desempenho de alguns dos papéis sociais esperados. Um novo papel, não desejado e às vezes permanente, se descortina na vida dos trabalhadores com dor crônica: o papel de deficiente. Isto representa um comprometimento das capacidades e funções sociais das pessoas com doença crônica e influencia profundamente a forma como elas se vêem⁸.

Segundo Wilson¹², é importante entender a experiência de viver com uma doença crônica do ponto de vista do próprio sujeito e das expectativas que ele tem a partir de sua realidade. Segundo esta mesma autora, ter a oportunidade e o desejo de envolver-se em novas atividades é a chave para a reconstrução da própria história e da retomada de sua vida¹². Neste sentido, a reestruturação de papéis sociais traz a noção de um desempenho otimizado de suas tarefas e senso de competência o que favorece uma reordenação das

atividades e ações de sua vida como seres sociais²⁶. Além disto, as relações que ocorrem a partir do trabalho e, conseqüentemente, do desempenho de novos papéis, melhoram a autoestima do trabalhador e podem resignificar seu sofrimento²⁷.

A inversão de papéis na vida diária também foi observada na narrativa dos trabalhadores. Alguns participantes, como forma de preencher o seu dia-a-dia, começaram a assumir posições e papéis antes desempenhados por outras pessoas em sua casa ou na família próxima. Isto parece ocorrer pelo fato do afastamento ou perda do trabalho provocar um tempo excessivamente livre comparado aos seus pares sociais. Dois depoimentos foram destacados para ilustrar a inversão de papéis: *“Eu faço um almoço pra dar uma força. (...) eu lavo as vasilhas.”* (Pedro); *“Porque quando meu avô faleceu, eu tava afastada ainda. Eu fui morar uns tempos lá porque não tinha ninguém pra ficar com ele lá. Todo mundo trabalha, né!”* (Roberta).

Algumas narrativas destacaram o fato de que os participantes apresentam extrema dificuldade em falar sobre a sua doença ou até mesmo justificar a intensidade da sua dor para os vizinhos e amigos. Na tentativa de não compartilhar sua sintomatologia dolorosa, o convívio social dos entrevistados passou a restringir-se ao ambiente doméstico: *“Olha, é engraçado, porque as pessoas olham pra gente, mesmo os médicos, olham pra você, e você tá boa, ta com a aparência boa. Então as pessoas acham que você está bem. E às vezes não entendem que você tá sentindo a dor, não entende aquele estresse.”* (Maria Inês); *“Como eu disse, eu sou muito fechada pra essa situação. Talvez é como se eu quisesse que a pessoa entendesse o que ta acontecendo comigo, mas eu não falo, não, né!”* (Carmem); *“Então, assim, eu sinto a minha dor, eu sei o que sinto, mas eu não desabafo com ninguém.”* (Roberta).

A invisibilidade dos sintomas é percebida como uma dificuldade para a legitimação da dor crônica. Quando a deterioração física ou a deficiência provocada por uma doença se tornam evidentes, o reconhecimento e a aceitação dos pares sociais são mais imediatos. No entanto, condições de saúde que produzem sintomas já experimentados pela população (como dor) tornam o processo de legitimação algo extremamente difícil¹⁰. A invisibilidade, a evolução clínica imprevisível e a subjetividade dos sintomas que caracterizam a dor crônica relacionada ao trabalho²⁸ favorecem o não reconhecimento da situação de saúde do trabalhador por pessoas próximas. Com a intenção de se protegerem em relação a estigmas e atitudes de preconceito, os participantes optaram por um afastamento de relações sociais mais amplas. Esta situação é assinalada por Goffman²⁹ como uma consequência na vida de pessoas que convivem com situações sociais estigmatizantes. Segundo Bury⁹ a ruptura no envolvimento da pessoa em relações de amizade ou em situações comunitárias surge não apenas como uma limitação na participação, mas também como situações de constrangimento para o trabalhador, conforme relatado por Pedro: *“Que realmente o problema existe que a dor existe, mas a maioria das pessoas não olha assim. A maioria das pessoas fala ‘olha lá, não ta trabalhando porque não quer. Ta aproveitando a situação.’ E isso, até certo ponto é constrangedor. Pelo menos pra mim, sim. Pra mim é constrangedor.”* (Pedro). Conseqüentemente, as dificuldades encontradas no reconhecimento da doença e na legitimação dos sintomas são particularmente problemáticas e interferem de forma decisiva na rede de relacionamentos que o trabalhador estabelece⁹.

A dor crônica é um evento com duração longa e talvez mostre-se de forma permanente com o passar do tempo. No campo de estudo da sociologia, pesquisadores têm dado significativa importância às consequências da doença crônica na vida dos indivíduos e

de suas famílias. Trabalhos mais recentes nesta área têm feito mais do que apenas documentar os problemas e dificuldades no curso das condições crônicas de saúde. Dentro de uma abordagem interpretativa, os sociólogos têm destacado as mudanças e as ações positivas que as pessoas assumem para conter os efeitos dos sintomas e do tratamento em suas vidas ^{9, 10 e 13}.

Uma das questões mais importantes impostas na vida de pessoas com uma doença crônica é aprender a viver ou a conviver com a doença ⁹ – no caso específico deste estudo é necessário aprender a conviver com a dor. Viana *et al* ³⁰ demonstraram que a adaptação a uma condição crônica pode ser afetada por fatores psicológicos e que o modo como o paciente enfrenta os problemas advindos do processo de adoecimento deve ser considerado, uma vez que este enfrentamento da doença interfere no seu nível de bem-estar. A ruptura biográfica encontrada nas entrevistas analisadas representa apenas uma das faces do impacto da dor. Durante as narrativas também foram encontrados vários relatos de respostas a esta ruptura ou tentativas de reconstrução da vida. Desta forma, os trabalhadores com dor crônica criam novos sentidos para a dor e para o seu dia-a-dia, re-significando sua experiência e sua vida como um todo. São desenvolvidas, então, estratégias para lidar com a dor e reconstruir ou reorganizar a vida inesperadamente interrompida. Estas respostas são influenciadas pelo contato social que as pessoas desenvolvem, pela natureza dos sintomas, pela percepção das pessoas acerca delas mesmas e pelo olhar do outro ¹⁰.

Na tentativa de reconstrução, a normalização das atividades desenvolvidas pelo trabalhador surge como uma forma de enfrentamento da dor crônica e reorganização de sua vida diária. Enfrentamento, segundo Bury ¹⁰, refere-se aos processos cognitivos através dos quais o indivíduo aprende a tolerar ou organizar os efeitos da doença. Neste sentido, sujeitos com dor crônica buscam normalizar suas vidas, freando o impacto da doença e

tentando a todo custo preservar suas identidades. Os participantes consideraram suas vidas normais e percebem sua rotina igual à de um parente, vizinho ou amigo. Como pode ser observado nos fragmentos das entrevistas, no processo de normalização, o trabalhador negocia com a doença um espaço, um lugar em sua vida, incorporando-a o mais completamente possível em sua identidade e em seus papéis sociais: *Tranquilo, sem problema nenhum. Eu saí pra vida. Fui trabalhar. Mas o braço... você sente a dor.*” (Cláudio); *“Mas num segundo momento eu acho que isso contribuiu muito pra um crescimento pessoal meu. Me trouxe muita maturidade, abriu muito meu leque de opções. Me fez ver possibilidades.”* (Márcio); *“Eu acho que é uma vida... tirando a parte do trabalho mesmo, é uma vida normal.”* (Pedro); *“Eu levo uma vida normal. Eu não vou falar que a minha vida não é normal. Ela é normal, né?”* (Roberta).

As estratégias para lidar com a dor, diferente do enfrentamento, são as ações e atitudes que os trabalhadores desenvolvem para maximizar resultados positivos e minimizar os efeitos da doença ¹⁰. As estratégias para normalização da vida são respostas aos efeitos da dor crônica e não significam apenas a habilidade da pessoa manipular o ambiente ou minimizar o impacto da doença, mas também a tentativa de mobilizar recursos para melhorar e estabelecer metas realistas para manutenção da vida diária. Assim, a reconstrução da história dos participantes também passa por uma reformulação de planos para o futuro e pela reorganização das atividades do cotidiano. Os trabalhadores traçam novas perspectivas, mudanças na história de suas vidas e tentam reescrever suas biografias: *“Eles me mandam uma lingüiça... eu saio vendendo na rua. Eu vou ali, faço umas broas, faço uns biscoitos. Quer dizer! Eu peguei e simplesmente ignorei esta dor. Eu tenho é que trabalhar!”* (Cláudio); *“Nesse tempo eu fui me preparando pra um dia poder voltar, sabe? Porque eu não via possibilidade antes. Eu achei que eu nunca ia dar conta. Fui me*

preparando, sabe? Aí eu voltei e fiquei primeiro com outra professora me ajudando e tal. E o mesmo esquema que eu fazia em casa eu tinha na sala, pra ter jogo de cintura e dar conta de tudo. E aí eu faço o que eu dou conta. Não dou conta, não dou! Fica sem fazer, faço no outro dia. Não faço muito esforço com a mão. Se eu vejo que começou a doer eu paro. (...) Eu tô me dirigindo. Eu tô colocando os objetivos e as metas e tô conseguindo. Então tá sendo muito gratificante pra mim” (Maria Inês); “Em todo caso eu exerço algumas atividades de cunho social, participo de um conselho da comunidade em Piranga que é um órgão de assistência a presidiários. Então em alguns casos, e a pedido às vezes do juiz, eu costumo fazer alguma coisa no exercício da advocacia, mas é muito raro. Até por isto também, eu permaneço estudando ou alguma atividade extra pra tentar concurso. Venho tentando concurso na área jurídica há algum tempo.” (Márcio).

Dentre as estratégias dos trabalhadores para lidar com a dor, as ações mais constantes referem-se ao uso de medicamentos e à interrupção da realização das atividades ou repouso. Os participantes também disseram usar recursos térmicos como bolsas de água quente ou gelo. Estes achados corroboram com os estudos de Oliveira³¹ e Keogh *et al*³² e de que mostraram que pessoas que sofrem de dor crônica fazem uso constante de medicamentos, principalmente de analgésicos e antiinflamatórios.

Nas entrevistas os trabalhadores apontaram dificuldades na realização de suas atividades rotineiras. Carregar peso, realizar a higiene pessoal e preparar uma refeição foram citadas como situações de difícil desempenho pelos participantes. Existem evidências da associação negativa entre dor crônica e desempenho funcional^{33, 34, 35, 36, 37, 38} e³⁹. Diante destas situações, os trabalhadores desenvolveram estratégias para a realização de suas atividades e para superar as dificuldades que encontram no cotidiano, demonstradas nos dois depoimentos a seguir: “Essa mudança de movimento da mão direita me fez parar

de usar o dedo indicador e usar o dedo médio para contar. (...) Até pra um investimento pessoal meu, eu fiz um ambiente em casa. Então o meu teclado é diferente, o ambiente de monitor é diferente. Então eu me viro.” (Márcio); “Aí eu comecei a modificar algumas coisas, modificar os hábitos. (...) Eu quebrava tudo que ficava na mão, caía e quebrava. Então eu mudei os pratos, os copos. (...) Aprendi a trabalhar com as duas mãos. Aprendi a trabalhar com a outra mão por causa da dor. Aliviava a de cá, eu começava a trabalhar com a de lá.” (Maria Inês).

Condições crônicas, como a dor, contribuem para uma participação menos diversificada, incluindo menos atividades recreativas e um lazer mais pobre ⁶. Alguns participantes, como Pedro e Cláudio, destacaram restrições nas atividades de lazer depois do início dos sintomas dolorosos. Já Márcio associou o pouco tempo dedicado ao lazer com as restrições financeiras advindas das dificuldades com o trabalho. A doença crônica requer um tempo prolongado para adaptação e percebe-se nestes relatos que a incapacidade de mobilizar estratégias adequadas para esta adaptação pode levar à deterioração das condições de vida: *“A dor me limitou a muita coisa. Por exemplo: natação. Eu sempre gostei de nadar. Nunca mais eu nadei!” (Pedro); “Churrasco que é uma paixão minha, acabou! Parei de fazer churrasco.” (Cláudio); “Morar em Belo Horizonte sem ter dinheiro é a mesma coisa que restringir lazer.” (Márcio).*

Bury ¹⁰ destaca em seu ensaio que estratégias para lidar com o impacto de doenças crônicas na vida diária envolvem documentar o sucesso de ações com resultados positivos com o objetivo de manter a auto-estima e o sentido de valor pessoal. Estas ações incluem uma ampla rede de recursos possíveis como atividades de lazer, apoio religioso e grupos de auto-ajuda. Apesar das dificuldades encontradas por alguns trabalhadores no desempenho ou no envolvimento em atividades recreativas, o lazer e o apoio religioso apareceram nos

relatos como um suporte que auxilia os participantes na busca de uma reconstrução de seu dia-a-dia. O lazer é, na maioria das vezes, compreendido por atividades quase sem custo financeiro e surge para os trabalhadores como um momento de bem-estar. Segundo Knox⁴⁰, o lazer fornece oportunidades para alegria, relaxamento, recreação e crescimento pessoal. Os papéis sociais exercidos durante atividades de lazer permitem à pessoa sentir-se envolvida em um meio social e geram sensações de satisfação. Deste modo, o lazer, como uma atividade de apoio e de equilíbrio entre autocuidado e trabalho na rotina diária, oferece benefícios físicos e psicossociais aos participantes, os apóiam em momentos de angústia e parece fortalecê-los diante das dificuldades⁴⁰. Fragmentos das entrevistas mostraram a tentativa dos trabalhadores com dor crônica de envolverem-se em alguma atividade que torne o dia a dia mais prazeroso: *“É sagrado! Eu assisto a missa do padre Marcelo na televisão. Eu acho que é por isso que eu to de pé. Às vezes eu to dentro da igreja, uma coisa que o padre fala... me toca.”* (Carlos); *“Ah! Eu aumento o som lá no talo! Eu gosto de ouvir música, televisão, ver filme. Tem uns filmes que a gente pega o DVD emprestado lá dos vizinhos, né.”* (Roberta); *“Mas uma coisa que eu venho tentando fazer hoje na minha vida é ler. A leitura, ela me faz bem. Ela me leva pra um mundo que é diferente do meu dia-a-dia.”* (Carmem); *“Meu divertimento é só ir na igreja. (...) Mas eu gosto de sair um pouco. Parece que você distrai um pouco. Aí, parece que quando você sai, viaja, parece que muda um pouco, o clima... Aí você coloca a sua mente naquilo. Aquilo você até esquece da dor um pouco. Mas o que ta me deixando com a cabeça erguida mesmo é que eu tô na igreja.”* (Vilma).

Segundo Bury⁹, um distúrbio crônico envolve um processo de ajustamento e mudança contínua. A busca de suporte social é considerada uma estratégia fundamental no enfrentamento da doença e sua ausência pode contribuir para uma pobre reabilitação do

trabalhador com dor crônica^{7, 10, 11 e 30}. É possível identificar nas entrevistas ruptura nos relacionamentos em casa e no ambiente social. Como dito anteriormente, o trabalhador não compartilha a experiência do adoecimento com outros, reduzindo seu convívio social aos familiares mais próximos. Assim, os indivíduos restringem suas relações sociais ao território local e familiar, aumentando seu isolamento social⁹. Durante a análise das entrevistas, pode-se observar que os participantes que apresentaram uma melhor reconstrução da sua vida foram aqueles que dispunham de uma rede de suporte familiar mais organizada. Pedro e Márcio relataram o auxílio fundamental das esposas. Carmem conta do suporte de seu marido e filha. *“Eu sempre tive apoio. Dela e dos meus pais. Nunca me reprimiram. Neste ponto eu to tranqüilo.”* (Pedro); *“Com meus filhos, meu marido, você acaba tendo pessoas pra te ajudar. São pessoas mais próximas, pessoas que têm mais afinidade com você. Então você deixa de se sentir tão inválida.”* (Carmem). Roberta fala da ajuda e da amizade de sua mãe e Maria Inês conta como a assistência de sua filha foi fundamental para encontrar um tratamento adequado para seus sintomas e para a reorganização de seu cotidiano. *“Eu não converso com ninguém nada sobre isso. Eu sinto pra mim. Só com a minha mãe. Porque a minha mãe, eu sei que eu posso confiar com ela.”* (Roberta)

A literatura mostra que a ruptura, que apresenta-se como uma descontinuidade no curso da vida de pessoas com doenças crônicas, tem seu grau de impacto relacionado com a idade no início dos sintomas^{10, 41}. Portanto, a contextualização temporal de uma doença faz-se importante diante das implicações desta na vida do indivíduo. Pessoas mais jovens geralmente têm mais dificuldades para aceitar a doença crônica e muitas vezes vêm-se obrigadas a mudar o curso de suas vidas de forma mais intensa comparado com pessoas mais idosas. Neste estudo, a idade não influenciou de forma marcante o comportamento dos

trabalhadores diante da dor crônica, o que pode ser explicado pelo fato da experiência dolorosa ser um processo contínuo e imprevisível que obriga as pessoas a estarem sempre atentas e a controlar suas atividades ao longo da vida para não desencadear a dor. Outro fator é que a variabilidade da idade entre os entrevistados foi pequena, o que é justificado pelo fato de todos serem trabalhadores que ainda encontravam-se na ativa ou, se aposentados, era devido à doença.

Com relação à categoria educação, que faz parte do constructo participação definido pela OMS, somente um entrevistado relatou ter encerrado os estudos após o início dos sintomas dolorosos. A busca por tratamento, a dificuldade financeira, a impossibilidade de dirigir e deslocar-se para a escola e principalmente a dor levaram Pedro a abandonar o projeto de fazer uma faculdade. *“Então, num determinado dia, eu cheguei na casa dela e falei: olha, hoje eu não consigo ir pra aula. Até isso me prejudicou! Eu parei o cursinho.”* (Pedro). No entanto, o que parecia ser uma decisão definitiva foi modificando-se ao longo do tempo e um dos projetos de Pedro é retomar os estudos e fazer um curso superior: *“Quero voltar a estudar. Eu quero voltar a estudar principalmente pra uma atualização mesmo. Eu tinha vontade de fazer farmácia. Então agora eu tenho que voltar a fazer pra não ficar completamente alienado do mundo, né! Porque afastou bastante.”* (Pedro).

Em síntese, a dor crônica implicou em conseqüências na participação de trabalhadores levando a restrições no trabalho representadas por perda de papéis sociais, problemas financeiros com diminuição do poder aquisitivo em alguns casos e sofrimento em relação às mudanças no status de trabalhador. As relações sociais passaram a restringir-se à família e os trabalhadores apresentaram um isolamento crescente de outros grupos sociais. A reconstrução da vida dos participantes é um contra ponto na ruptura biográfica identificada neste estudo. As narrativas apresentaram estratégias dos próprios trabalhadores

para lidar com a dor, tentativas de reorganização do cotidiano e formulações de novos planos para o futuro.

Atualmente, a literatura na área de reabilitação tem revelado um crescente interesse no entendimento do discurso e percepções da experiência de pessoas com incapacidades^{42, 43, 44 e 45}. Segundo Camargo Jr.⁴⁶, para o paciente a experiência da doença (sofrimento) é um fato concreto e incapacitante e é o que o motiva a buscar a ajuda do especialista. Diante disto, o sofrimento e as repercussões da dor crônica na vida do trabalhador não podem ser considerados irrelevantes. No encontro entre profissional de saúde e trabalhador que sofre de dor crônica a subjetividade e a experiência devem ser compartilhadas.

Este estudo encontrou alguns exemplos de como a narrativa pode auxiliar na reestruturação de significados. Mattingly⁴⁷ afirma que as narrativas desempenham um papel central no trabalho clínico e sua análise oferece um caminho importante para que se retome “o significado de uma vida que deve ser refeita em face de uma doença grave”:

“Então eu to realmente desabafando, né. Independente do problema da pessoa, independente da doença, ela acaba te ajudando. É como se você tivesse tirando um peso de você. Essas experiências traumáticas que eu tive, eu colocando elas aqui pra você, ta sendo muito bom.” (Carmem)

“A gente pega e alivia um pouco. Pra mim ta sendo muito bom desabafar contigo aqui, porque a gente tem que dar muito valor às coisas, né? Mas eu vou te falar uma coisa Fabiana, Foi muito bom falar com você. Foi muito bom.” (Carlos)

Assim, as narrativas podem ser usadas na área da saúde possibilitando aos pacientes a reestruturação de suas formas de pensar sobre a dor, a configuração da experiência dolorosa vivida e as reconstruções futuras^{13,48}. Neste sentido, entender o ponto de vista dos trabalhadores, saber como a dor crônica afeta a sua vida e que recursos pessoais ele tem para enfrentar suas dificuldades permite aos profissionais da saúde apreender as respostas

dos clientes à terapêutica empregada e planejar um tratamento que seja direcionado às suas necessidades.

Desta forma, espera-se que os pesquisadores e clínicos possam adotar uma abordagem que busque uma visão ampliada do que é subjetivo, individual e particular na vida de pessoas com dor crônica. Tais abordagens permitem captar os significados, as expressões sobre a dor, a ruptura que ocorre na história de vida dos trabalhadores e o potencial de cada um frente à reconstrução que se impõe. Além disto, a oportunidade de envolver-se em novas atividades representa, para estes trabalhadores, um ponto-chave na reconstrução de suas histórias e na retomada de suas vidas. Sendo assim, é essencial que os profissionais da área da saúde primem por desenvolver tais experiências e por oferecê-las a seus pacientes, contribuindo para uma efetiva participação destes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TURK, D.C.; OKIFUJI, A. Treatment of chronic pain patients: clinical outcomes, cost-effectiveness, and cost-benefits of multidisciplinary pain centers. **Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 10, p. 181-202, 1998.
2. MELZACK, R., LOESER, J.D. Pain: an overview. **The Lancet**, v. 353, p. 1607-1609, 1999.
3. ONG, B.N.; RICHARDSON, J.C. The contribution of qualitative approaches to musculoskeletal research. **Rheumatology**, v. 45, p. 369-370, 2006.
4. LAW, M., KING, G., KING, S., KERTOY, M., HURLEY, P., ROSENBAUM, P., YOUNG, N., HANNA, S., PETRENCHIK, T. Patterns and Predictors of Recreational and Leisure Participation for Children with Physical Disabilities. **CanChild Centre for Childhood Disability Research**. v. 2, 2006.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Universidade de São Paulo; 2003.
6. LAW, M. Participations in the occupations of everyday life. **American Journal of Occupational Therapy**, v.56, n.6, p. 640-9, 2002.
7. RICHARDSON, J.C.; ONG, B.N.; SIM, J. Is chronic widespread pain biographically disruptive? **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 7, p. 1573-1585, 2006.
8. BARNES, C.; MERCER, G.; SHAKESPEARE, T. sociological approaches to chronic illness and disability. In: _____ **Exploring disability: a sociological introduction**. Polity Press, Cambridge UK, 1999.
9. BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, July, 1982.
10. BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. **Sociology of Health and Illness**, v. 13, n. 4, p. 451-468, 1991.
11. SALGADO, P.C.B; SOUZA, E.A.P. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.1, p. 165-168, 2003.
12. WILSON, S. 'When you have a children, you're obliged to live': motherhood, chronic illness and biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 29, n. 4, p. 610-626, 2007.

13. WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. **Sociology of Health and Illness**, v. 6, n. 2, 1984.
14. GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 109-132.
15. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
16. ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER F. **O método nas ciências sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
17. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1979.
18. GARRO, L.C.; MATTINGLY, C. Narrative Representations of Illness and Healing **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 771-774, 1994.
19. CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998.
20. DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.
21. ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Ed. Bontempo, 1999.
22. SENNET, R. **A corrosão do caráter. Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 1999.
23. EARLY, M.B. Desempenho ocupacional. In: PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5.ed São Paulo: Roca, 2005.
24. BURT, C.M. Avaliação do trabalho e preparação para o retorno ao trabalho. In: PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5.ed São Paulo: Roca, 2005.
25. ASBRING, P. Chronic illness – a disruption in life: Identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 3, p. 312-319, 2001
26. American Occupational Therapy Association: Statement-fundamental concepts of Occupational Therapy: occupational, purposeful activity, and function. **American Journal of Occupational Therapy**, v.51, p.864-866, 1997.

27. LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G.: Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.13, n.2, 2002.
28. AUGUSTO, V.G. **Um olhar sobre a ler/dort no contexto clínico do fisioterapeuta**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. 56p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
29. GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: 1988.
30. VIANA, S.O.; SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C; PARREIRA, V.F; DRUMMOND, A.S. Life Satisfaction of Workers with Work-related Musculoskeletal Disorders in Brazil: Associations with Symptoms, Functional Limitation and Coping. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 17, p. 33-46, 2007.
31. OLIVEIRA, J.T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, n. 2A, p. 360-365, 2000.
32. KEOGH, E.; McCracken, ECCLESTON, C. Gender moderates the associations between depression and disability in chronic pain patients. **European Journal of Pain**, v. , n. , p. , 2005.
33. MOSSEY, J.M., GALLAGHER, R.M., TIRUMALASETTI, F. The effects of pain and depression on physical functioning elderly residents of a continuing care retirement community. **Pain Medicine**, v. 1, n. 4, p. 340-350, 2000.
34. TURNER, J.A.; FRANKLIN, G.; HEAGERTY, P.J.; WU, R.; EGAN, K.; FULTON-KEHOE, D.; GLUCK, J.V.; WICKIZER, T.M. The association between pain and disability. **Pain**, v. 112, n. 3, p. 307-14, 2004.¹
35. TURNER, J.A.; FRANKLIN, G.; FULTON-KEHOE, D.; EGAN, K.; WICKIZER, T.M.; LYMP, J.F.; SHEPPARD, L.; KAUFMAN, J.D. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 5, n. 14, p. 1-7, 2004.²
36. WALSH, I.A.P.; CORRAL, S.; FRANCO, R.N.; CANETTI, E.E.F.; ALEM, M.E.R; COURY, H.J.C.G. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 149-56, 2004.
37. McCracken, L.; ECCLESTON, C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. **Pain**, v. 118, n. 1,2, p. 164-9, 2005.

38. SOUZA, L.H.; FRANK, A.O. Experiences of living with chronic back pain: The physical disabilities. **Disability and Rehabilitation**, v. 29, n. 7, p. 587-596, april, 2007.
39. RATZON, N.Z; JARUS, T; CATZ, A. The relationship between work function and low back pain history in occupationally active individuals. **Disability and Rehabilitation**, v. 29, n. 10, p. 791-796, may, 2007.
40. KNOX, S.H. Avaliação da Recreação e Lazer. In: NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. **Willard and Spackman: Terapia Ocupacional**. 9.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.
41. GUY, L.M. **The meanings of chronic pain: chronic pain as a ‘biographical disruption’**. Queensland: School of Public Health of Queensland University; 2005. 427 p. Tese (doutorado) – Program of Postgraduate in Philosophy of School of Public Health of Queensland University, Queensland, 2005.
42. MATTINGLY, C. The narrative nature of clinical reasoning. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, p. 998-1005, 1991.
43. HELFRICH, C.; KIELHOFNER, G.; MATTINGLY, C. Volition as narrative: Understanding motivation in chronic illness. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 48, p. 311-317, 1994.
44. JONSSON, H.; JOSEPHSSON, S.; KIELHOFNER, G. Evolving narratives in the course of retirement: A longitudinal study. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 54, p. 463–470, 2000.
45. HOLZMUELLER, R.L.P. Therapists I Have Known and (Mostly) Loved. **American Journal of Occupational**, v. 59, n. 5, p. 580-87, 2005.
46. CAMARGO Jr., K.R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
47. MATTINGLY, C. The concept of therapeutic ‘emplotment’. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 811-862, 1994.
48. JACKSON, J.E. The Rashomon approach to dealing with chronic pain. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 823-833, 1994.

Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal questionamento deste estudo foi a respeito dos efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores. Entender como estes indivíduos convivem com uma doença crônica e explorar suas experiências foram de suma importância e a pesquisa qualitativa foi escolhida para responder a estas indagações por permite que um aprofundamento nas vivências dos trabalhadores entrevistados.

No transcurso das entrevistas foi possível perceber que a dor crônica traz impactos negativos na participação dos trabalhadores em áreas relevantes da vida. Levando em consideração o constructo participação da OMS, os participantes apresentaram dificuldades em se envolverem de forma ativa em atividades de estudo, lazer, trabalho e no convívio social mais amplo. Neste contexto, o curso da vida dos trabalhadores mostrou-se interrompido. Rupturas e uma grande descontinuidade foram identificadas nas atividades realizadas e nos planos futuros dos entrevistados. O convívio social restrito e a invisibilidade da dor também foram destacados nas narrativas, e percebeu-se que as dificuldades encontradas no reconhecimento da doença e na legitimação dos sintomas interferiram na rede de relacionamentos estabelecida pelo trabalhador.

Durante as entrevistas também foram encontrados vários relatos de respostas a esta ruptura, ou tentativas de reorganização do cotidiano e reconstrução da vida. Os trabalhadores desenvolveram ao longo do curso da doença estratégias para lidar com suas dificuldades e restrições. Tais ações incluem uma ampla rede de recursos possíveis, como atividades de lazer, apoio religioso, suporte social e envolvimento em novas atividades e papéis mais significativos.

Assim, na dinâmica vivida pelo trabalhador, à medida que uma ruptura mostra-se presente nos estágios iniciais da doença e acarreta restrições em sua participação, estratégias de reconstrução e enfrentamento são desenvolvidas e as possibilidades de reescrever sua biografia ampliam-se. Outro ponto importante nos achados deste estudo foi perceber como um suporte social adequado e o engajamento do trabalhador em novos e significativos papéis auxiliam na restauração de uma identidade positiva e na reconstrução de sua história de vida.

Finalizando estas considerações, é preciso salientar algumas limitações que se impuseram no decorrer deste trabalho, embora em momento algum tenha sido pretensão da pesquisadora, esgotar o tema ou tratá-lo à exaustão.

Para a análise deste estudo houve limitações no sentido da restrição dos trabalhadores a um grupo social. Tal restrição representou-se pela pequena variabilidade entre os participantes no que diz respeito aos níveis sócio-econômicos por eles apresentados. O aspecto relacionado à condição sócio-econômico mais amplamente abarcado neste estudo foi o nível de escolaridade. Tal condição permitiu observar as experiências tanto de trabalhadores com pouco estudo, quanto de trabalhadores com curso superior completo.

Houve ainda limitações quanto a pequena amplitude verificada na idade dos participantes. Esta variou de 30 a 53 anos, mostrando que dor crônica relacionada ao trabalho atinge a pessoa na fase mais produtiva da vida. E como tal público era o alvo principal deste estudo, a pequena variabilidade etária já era esperada.

Essas limitações, entretanto, levam a outros questionamentos não abordados neste estudo e que podem servir como temas para outras pesquisas. Os processos de reconstrução biográfica e as estratégias de enfrentamento e normalização das atividades diárias ocorrem

da mesma forma em diferentes extratos sociais? E a reorganização e resignificação do cotidiano, apoiada pelo suporte social, mostram-se influenciadas pelo decorrer da idade ou pelo próprio curso da doença? Estas e outras questões apresentam-se no bojo de indagações na área da saúde do trabalhador e na compreensão do impacto da dor crônica na vida destes indivíduos.

Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para um melhor entendimento da vivência e das experiências de trabalhadores com dor crônica pelos profissionais e clínicos. Que estes profissionais primem por oferecer oportunidades nas quais os trabalhadores envolvam-se em novas atividades, a fim de proporcionar uma reconstrução de sua própria história e da retomada de sua vida.

ANEXO I**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Dados pessoais:**

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Atividade profissional:

Atual situação de trabalho:

Tempo de duração da dor crônica:

- 1- Fale-me um pouco sobre a sua vida?
- 2- Como é a sua vida

- 3- Fale-me um pouco sobre a sua dor?
- 4- Que nota você daria para sua dor?
- 5- Ela o impede de realizar alguma atividade?

- 6- Em relação à área (...), como é a sua vida?
 - ✓ cuidado pessoal
 - ✓ vida doméstica
 - ✓ interações pessoais
 - ✓ trabalho
 - ✓ estudo
 - ✓ vida comunitária

ANEXO II

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NO ESTUDO

Título da pesquisa: “A experiência da dor crônica: compreendendo as repercussões na participação de trabalhadores”.

Objetivo: Entender os efeitos da dor crônica na participação de trabalhadores, explorando a experiência humana do adoecimento e entendendo como estes trabalhadores lidam com suas vivências frente à incapacidade e aos problemas decorrentes da mesma.

Responsáveis: Dr^a. Rosana Ferreira Sampaio. Prof^a. Associada do Departamento de Fisioterapia e Fabiana Caetano Martins Silva. Aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Federal de Minas Gerais. Telefones para contato: (31) 3499-4781 ou (31) 3497-7224.

Endereço do COEP: Av. Afonso Pena, 2336 – Secretaria Municipal de Saúde – 9º andar – Bairro Funcionários. Belo Horizonte – MG. CEP.: 31.130-007. **Telefone:** 3277-8222

Procedimentos: Os trabalhadores que concordarem em participar da pesquisa irão conceder uma entrevista à pesquisadora Fabiana Caetano M. Silva. Esta entrevista será gravada e posteriormente registrada em papel. O local e o horário da entrevista será definido de acordo com a disponibilidade do entrevistado. A entrevista escrita será revisada pelo entrevistado e este poderá fazer as modificações que julgar necessária. Após esta revisão, o trabalhador entrevistado assina e devolve o material à pesquisadora. Durante a entrevista será respeitado o direito de não responder as perguntas que o entrevistado desejar, podendo a entrevista ser interrompida a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o trabalhador entrevistado. As entrevistas serão usadas apenas nas análises e na apresentação final da pesquisa, sem identificação do entrevistado, mantendo, assim, o sigilo exigido neste tipo de estudo. A pesquisadora Fabiana Caetano M. Silva ficará responsável por guardar as fitas gravadas e as entrevistas escritas. Em nenhuma hipótese este material será difundido para outros fins que não o da pesquisa.

Riscos e benefícios: A realização desta pesquisa envolve questões simples e não induzem constrangimento e, em nenhuma situação, o trabalhador será pressionado a responder as perguntas, evitando, assim, possíveis comprometimentos psicológicos. Nenhum participante receberá compensação financeira ou terá qualquer tipo de despesa participando do estudo. Os resultados deste estudo poderão trazer informações que ajudarão os profissionais de saúde a compreender como a dor crônica influencia na participação social dos trabalhadores com LER/DORT.

Diante dessas informações, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

Consentimento: Declaro que li e entendi a informação acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Data:

Assinatura: