

JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

A DOR QUE FALA, A DOR QUE CALA: sentidos e formas do sofrimento em usuários atendidos na atenção primária em saúde, Ceilândia – Distrito Federal

BRASÍLIA (DF)

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

A DOR QUE FALA, A DOR QUE CALA: sentidos e formas do sofrimento em usuários atendidos na atenção primária em saúde, Ceilândia – Distrito Federal Federal

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a.-Dr^a. Lenora Gandolfi

BRASÍLIA (DF)

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

A DOR QUE FALA, A DOR QUE CALA: sentidos e formas do sofrimento em usuários atendidos na atenção primária em saúde, Ceilândia – Distrito Federal

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em _01_/_Julho_____/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.-Dr^a. Lenora Gandolfi – presidente
Universidade de Brasília

Prof^a.-Dr^a. Rozemere Cardoso de Souza
Universidade Estadual de Santa Cruz

Prof^a.-Dr^a. Ana Paula Dias Ribeiro
Universidade de Brasília

Prof^a.-Dr^a. Leides Barroso de Azevedo Moura
Universidade de Brasília

Prof^a.-Dr^a. Silvia Maria Ferreira Guimarães
Universidade de Brasília

Prof^a.-Dr^a Andréa Mathes Faustino – suplente
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência.

A minha família (marido e filhos), pelos momentos em que tive de dizer “não posso ir”, “não posso fazer agora” e “não posso estar”.

A minha orientadora, Prof^a.-Dr^a. Lenora Gandolfi, a quem sou muito grata pelo apoio à pesquisa durante todo o curso, encorajando-me, analisando, refletindo e assumindo a produção deste trabalho, facilitando, a conclusão desta tese com tranquilidade, firmeza, com muitos bons conselhos recheados de generosidade.

À Prof^a.-Dr^a. Meirinha, minha irmã na fé e companheira de estudo e pesquisa.

A Paulo Dourado, um mestre da estatística, pela colaboração imprescindível ao trabalho.

Aos gerentes dos Centros de Saúde onde foram desenvolvidas as pesquisas, todos abriram as portas, dando-me liberdade de ir e vir, com chuva ou sol, calor ou frio, em todas as Unidades Básicas de Saúde, na realização das entrevistas e atendimento com os profissionais. A estes, reconheço a gentileza, atenção e acolhimento.

Aos profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde entre outros) dos Centros de Saúde, pela disponibilidade com que viabilizaram as entrevistas e os atendimentos. Com vocês aprendi a essência didática deste trabalho, os desafios e a lição do compartilhamento.

Obrigada a todos!

RESUMO

SANTOS JE. **A dor que fala, a dor que cala: sentidos e formas do sofrimento em usuários atendidos na atenção primária em saúde, Ceilândia – Distrito Federal** 2015.104. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília (DF).2015.

Esta tese trata do tema dor em usuários que recorrem à atenção primária à saúde (APS) em Ceilândia, Distrito Federal. O objetivo foi compreender o sentido atribuído à dor e caracterizá-la com relação a sexo, idade, tipo de dor, locais de dor e prescrição medicamentosa. Fundamenta-se no contexto da psicologia social e da medicina, sendo uma pesquisa qualiquantitativa, cujos métodos e técnicas consistiram em coletar, analisar, interpretar as práticas discursivas dos pacientes, tendo como teoria conceitual metodológica o construcionismo social e a análise estatística. Como instrumento para coleta das práticas discursivas, foi utilizada a entrevista semiestruturada. Para a caracterização da dor, foi utilizado o formulário de atendimento médico, e o *software* SAS® para a geração dos resultados. Os resultados da pesquisa indicam que os sentidos atribuídos à dor perpassam pelo binômio psíquico e somático, cuja descrição e explicação enfrentam diferenças da ordem do gênero; para o sexo feminino a dor se apresenta como difusa, indiferenciada; no sexo masculino, a dor é definida de forma objetiva e palpável. Nos recursos utilizados para alívio da dor no sexo feminino, é marcante a presença de psicofármacos e práticas corporais, e no sexo masculino o autocontrole e utilização de cuidado popular, como chás. Na caracterização da dor, existe predomínio de mulheres nos serviços de APS (61,60%) em relação aos homens (38,34%). Quanto à idade, predominou a faixa entre 60 a 79 anos (35,08%). A frequência da dor nos pacientes em geral foi de 61,12%. Quando a variável foi relacionada a sexo e dor física, observou-se que as mulheres apresentaram 41,77% de queixa, comparados aos 19,35% em homens. A *odds ratio* de dor física e sexo aponta que a chance de uma mulher declarar que possui alguma dor física é 2,043 vezes (variando de 1.436 a 2.906 com 95% de confiança) a chance de um homem declarar que possui alguma dor física; e a chance de uma mulher relatar que possui dor em maior quantidade de lugares no corpo é 3,10 (variando de 2.133 a 5.137 com 95% de confiança). Mulheres relatam mais dor psíquica que o homem, ou seja, a chance de uma mulher declarar que possui alguma dor psíquica é 5,763 vezes (variando de 3.560 a 9.331, com 95% de confiança) a chance de um homem declarar que possui alguma queixa de dor com características psíquicas. As mulheres utilizam todos os medicamentos pesquisados para analgesia quando comparadas aos homens. Tanto na narrativa dos usuários quanto em sua caracterização, as mulheres são protagonistas na utilização dos serviços de atenção primária e de seus recursos terapêuticos médicos. Todavia, vale ressaltar que em uma situação em que a mente não aceita a dor e os conflitos, tanto para homens quanto mulheres, o corpo irá responder de forma e sentido implacável falando ou calando.

Palavras-chave: Dor. Atenção Primária à Saúde. Psicofármacos.

ABSTRACT

SANTOS JE. **Speaking pain, silent pain: senses and suffering of users in primary health care, Ceilândia – Federal District/Brazil.** 104f. 2015. Thesis (Ph.D. in Health Sciences) – Health Sciences Faculty of the University of Brasília, Brasília (DF/Brazil). 2015.

This thesis deals with the theme of pain in users who use the primary care services (APC) in Ceilândia, Federal District/Brazil. The goal was to understand the meaning attributed to pain and characterize it concerning sex, age, type of pain, local and medication prescription. Based in the context of social psychology and medicine, it is a quali-quantitative research, whose methods and techniques consisted of collecting, analyzing, interpreting the discursive practices of patients, oriented by the statistical analysis and social constructionism as methodological conceptual theory. As a tool for collection of discursive practices, we used semi-structured interviews. To the characterization of pain, it was used the health care form, and the SAS® software to generate the results. The survey results indicate that the meanings attributed to pain permeate the psychic-somatic binomial, whose explanation and description face differences of gender order; for women the pain appears as diffuse, undifferentiated; in males, pain is established in an objective and tangible way. Among the resources used for pain relief in women, it is striking the presence of drugs and body practices, and in males are self-control and the use of popular care, as tea. In pain characterization, there is a predominance of women in the APS services (61.6%) regarding men (38.34%). Relating age, the predominant range is between 60 and 79 years old (35.08%). The frequency of pain in patients in general was 61.12%. When the variable was related to sex and physical pain, it was observed that women have 41.77% of complaints, compared to 19.35% in men. The *odds ratio* for physical pain and sex shows that the chance of a woman states that she has some physical pain is 2,043 times (range 1436-2906 with 95% confidence) the chance to a man declares some physical pain; and the chance of a woman reporting that pain has a greater amount of places on the body is 3.10 (range 2133-5137 with 95% confidence). Women report more psychological pain than men, that is, the chance of a woman states that she has some psychic pain is 5,763 times (range 3560-9331, with 95% confidence) the chance to a man declares he has any complaint of pain with psychological characteristics. Women use all researched medicinal products for analgesia when compared to men. Both in the narrative of users and in its characterization, women are protagonists in the use of primary care services and its medical treatment resources. However, it is noteworthy that in a situation in which the mind does not accept the pain and the conflict, to both men and women, the body will respond in a relentless way and sense: talking or silent.

Keywords: Pain. Primary health care. Pharmachos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por sexo	60
Tabela 2 – Distribuição por faixa etária	60
Tabela 3 – Distribuição de dor física	61
Tabela 4 – Distribuição de dor física por sexo.....	61
Tabela 5 – Razão de chances para queixa de dor física.....	61
Tabela 6 – Distribuição de quantidade de locais de dor	61
Tabela 7 – Distribuição de quantidade de locais de dor por sexo	62
Tabela 8 – Razão de chances para quantidade de locais de dor por sexo	62
Tabela 9 – Distribuição de categoria idade e quantidade de locais de dor	62
Tabela 10 – Distribuição da dor psíquica generalizada.....	63
Tabela 11 – Distribuição de sexo por dor psíquica.....	63
Tabela 12 – Distribuição de categoria dor psíquica por idade.....	63
Tabela 13 – Razão de chances para dor psíquica por sexo	63
Tabela 14 – Distribuição de prescrição de medicamento	64
Tabela 15 – Distribuição de prescrição de medicamento por sexo	64
Tabela 16 – Distribuição de Paracetamol por sexo	65
Tabela 17 – Razão de chances para prescrição de paracetamol.....	65
Tabela 18 – Distribuição de prescrição de Ibuprofeno por sexo	65
Tabela 19 – Razão de chances para prescrição de Ibuprofeno	65
Tabela 20 – Distribuição de prescrição de Omeprazol por sexo	66
Tabela 21 – Razão de chances para prescrição de Omeprazol... Erro! Indicador não definido.	
Tabela 22 – Distribuição de psicofármacos por sexo	66
Tabela 23 – Razão de chances para prescrição psicofármacos por sexo	66
Tabela 24 – Prescrição de outros medicamentos por sexo..... Erro! Indicador não definido.	
Tabela 25 – Razão de chances para outros medicamentos por sexo.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes distintos interligados no mecanismo de percepção da dor ²²	14
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção primária a saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do Distrito Federal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família
IASP	Associação Internacional do Estudo da Dor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISAO DE LITERATURA	12
2.1	Dor e conceitos necessários	13
2.2	Percurso historico da dor	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
2.3	Tipos de dor	16
2.4	Fisiopatologia da dor	16
2.5	Dor e cultura.....	17
2.6	Dor e psicologia	18
2.7	Epidemiologia da dor.....	21
2.7.1	Dor e sexo.....	24
2.7.2	Dor e faixa etária	24
3	CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
3.1	Queixas frequentes na atenção primaria.....	27
3.2	Abordagem construcionista social na compreensão da dor.....	30
4	OBJETIVOS	33
5	MATERIAL E MÉTODOS	34
5.1	Cenário da pesquisa	34
5.2	Participantes de pesquisa	36
5.3	Tecnicas e instrumentos de pesquisa .	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.4	Procedimentos para coleta de dados ..	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.5	Análise das entrevistas e tratamento de dados.....	38
5.6	Aspectos éticos	40
6	RESULTADOS DO SENTIDO DA DOR	41
6.1	Sentido da dor para as mulheres	41
6.1.1	Subjetivação da dor.....	42
6.1.2	Dor difusa e indiferenciada no corpo e interrupção de tarefas cotidianas ...	44
6.1.3	Binômio indivisível: dor e sofrimento	46
6.1.4	Intervenções medicamentosas e práticas corporais.....	49
6.2	Sentido da dor para os homens	51
6.2.1	Dor com nome: sinal de alerta	51
6.2.2	Experiência dolorosa real e negação da dor	53
6.2.3	Concepção da dor causada por agente externo, emocional, profissional e individual	55
6.2.4	Autocontrole, medicina e práticas diversas	57
7	RESULTADOS DA CARACTERIZAÇÃO DA DOR	60
8	DISCUSSÃO DO SENTIDO DA DOR	68
8.1	Discussão da caracterização da dor	72
9	CONCLUSÃO	76
10	RECOMENDAÇÕES	77

REFERÊNCIAS.....	778
APÊNDICE A – ROTEIRO ORIENTADOR DA ENTREVISTA	92
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO	93
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
ANEXO A – PARECER DE COMITÊ DE ÉTICA	98

1 INTRODUÇÃO

“Dor: Que sensação é essa que me faz ninguém perante a vida, perante o mundo, perante o mensurável e o imensurável? Nesse instante não sou nada, não tenho nada. Sou o que puder curar. Sou o que a vida puder sanar. Sou um ai no ar.”¹

A dor se apresenta ao homem de maneiras variadas e também inesperadas, impondo-se sem o controle da vontade, integrando os seres humanos numa experiência comum. Muitas pessoas se queixam de dor na cabeça, nas costas, no peito, no estômago. Pode-se dizer que é a dor que insiste em falar. E há os pacientes que calam quando a dor se materializa no corpo, não na fala. Conforme Angerami-Camon,² é a dor sentida e vivida na dimensão corporal, que pode ser resultado de lesão, dano ou ferimento, conduzindo a uma sensação de calor, frio, pressão, corrente elétrica, os irritantes químicos e até mesmo movimentos bruscos. A dor divide a unidade, rompe o habitual da existência, produz a descontinuidade, é o ruído na vida silenciosa dos órgãos.³ Diferente de outros sistemas, o sistema sensorial para a dor é extremamente amplo; uma sensação dolorosa pode ser iniciada em qualquer parte do corpo, aspecto comum vivenciado na clínica médica no contexto da atenção primária.

A atenção primária a saúde (APS) é *porta de entrada* não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para a variedade de demandas, e a dor para Holtz e Stechman⁴ é uma das causas mais comuns para busca por auxílio médico, que na maioria vem com características variadas, muitas vezes em forma de dor de cabeça, coluna, articulações, estômago, peito, palpitação, generalizada no corpo. Para Dal Ponte et al.,⁵ as queixas mais constantes relatadas pelos usuários são dor abdominal, pélvica, torácica e enxaqueca.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos considera a dor como um problema de saúde pública.⁶ Todavia, apesar de considerado um problema de saúde frequente, pouco se conhece sobre a dor a partir de pesquisas que tratem da percepção do usuário sobre a dor, uma experiência rica e multidimensional que varia tanto em qualidade quanto em intensidade, assim como em características afetivomotivacionais. Estudos como esses, que pesquisam vários aspectos da dor, permitem uma visão mais ampla do fenômeno na população e fornecem subsídios para o planejamento de ações preventivas.

Com base nesse contexto, propôs-se este estudo a partir de evidências de que a dor pode gerar incapacidade e diversos sofrimentos, representados pelo impulso nociceptivo, lesão prévia, inflamação⁷. A dor pode ser experiência universal, mas também é experiência singular. É a dor que leva o paciente à procura de ajuda, mesmo quando ele não tem consciência de que deve procurar um médico. A consciência da necessidade do pedido vem com o agravamento dos sintomas.

A dor parece ter um vocabulário próprio que, conforme Leão,⁸ no humano, multiplica-se em experiências, vivências e representações muitas vezes inefáveis, que escapam frequentemente da avaliação objetiva, principalmente em unidades de cuidados primários de saúde. Os serviços de saúde de atenção primária e pronto-atendimento constituem locais onde os usuários costumam buscar ajuda para queixas somáticas, muitas vezes retratadas como dores, fenômeno conhecido como somatização, associado a um estado de mal-estar generalizado, dores pelo corpo, dor no peito, ansiedade.^{9,10,11} É importante observar que a dor convoca vários olhares a partir da antropologia, psicologia e medicina, por não pertencer a um campo epistemológico específico. É importante destacar que não é um corpo que sente e vive a dor, mas um sujeito para quem ela se torna uma realidade concreta e, por vezes, implacável, que é perpassada por problemas cotidianos como as relações conjugais, familiares e de trabalho, as questões de gênero e trocas sociais.¹² A dor é um conceito único presente no cotidiano do atendimento médico da atenção primária.⁸

No horizonte dessas colocações, surgiram perguntas que têm conduzido boa parte da pesquisa, como segue. Qual o sentido atribuído a dor por usuários da atenção primária à saúde? Como as pessoas nomeiam, explicam, descrevem e se posicionam diante da dor? Como se caracteriza a dor em usuários da atenção primária a saúde? Por sexo, idade, quantidades de locais de dor e tipo? Quais as medicações prescritas para dor na atenção primária? É no percurso desses questionamentos que compreender a dor que fala e cala pareceu-me uma necessidade eminentemente clínica, oriunda de experiência com pacientes da atenção primária e da necessidade de um diálogo que permita entender e acolher as diversas expressões e os sentidos que os usuários atribuem à dor.

Entender a expressão da dor a partir do próprio usuário é um tópico fundamental na terapêutica da dor.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Apresentam-se a seguir o estado da arte acerca da dor, seguido da explicitação do referencial teórico adotado para este estudo.

2.1 Dor e conceitos necessários

A dor no seu conceito etimológico compreende uma gama de significações sinonímicas, que vão desde o sofrimento psíquico, como pena, compaixão, remorso, sofrimento moral, ao sofrimento físico, como estado de desconforto e anômalo do organismo, injúria tecidual.^{13,14} Como se pode observar, *dolor*, palavra latina, graças à amplitude conceitual, não determinou a dor dentro de um campo específico do conhecimento. Portanto, grosso modo, a dor caberia na multiplicidade de um fenômeno conceitualmente único. Do mesmo modo, ao tomar o substantivo *álgos* do grego, que designa dor física, aflição, sofrimento físico ou moral, radical usado em português, em medicina, com ênfase no corpóreo, como em lombalgia, cefalalgia, analgesia etc., constata-se a mesma heteronomia de um evento clínico similar.⁸

A dor é presente na vida do ser humano, em todo o ciclo de desenvolvimento desde a infância até a maturidade, e tem sido uma das grandes preocupações da medicina. A dor na maioria das vezes está associada a doença, lesão, acidente, intervenção terapêutica (cirurgia); de qualquer forma a dor desempenha papel de alerta, informando possíveis alterações biológicas. Guimarães¹⁵ ressalta que a dor é um alarme, indicador de que alguma coisa não está bem.

A dor é um fenômeno multifatorial, onde lesão tecidual, aspectos emocionais, socioculturais e ambientais as unificam.¹⁶ Manifesta-se em cada indivíduo de forma diferente e única, pois cada um possui uma percepção individual sobre a dor que está associada a fatores físicos e psíquicos.¹⁷ A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável e descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. De um modo ou de outro, a dor é uma resposta individual à ameaça, seja esta verdadeira, seja percebida, e possui um caminho histórico.

2.2 Percurso histórico da dor

Na Grécia antiga, Hipócrates¹⁸ postulou a existência de quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, que, quando desequilibrados, resultavam em dor, além de Platão e Aristóteles, dois gigantes da Grécia antiga, que consideravam a dor uma experiência emocional. Aristóteles a descreveu como um espírito que entra por um ferimento. A dor é muitas vezes considerada como ato dos deuses, uma espécie de castigo ou um teste de fé, daí a dor estar relacionada à paixão da alma.¹⁸

Na Roma antiga, Galeno (século II), que estudou a fisiologia sensorial, ressaltou o valor do sistema nervoso central e periférico e afirmou que a dor era um sinalizador da existência de alterações nos órgãos internos ou no ambiente externo e possuía, portanto, a função de alertar e proteger o indivíduo.¹⁹

Na Renascença, René Descartes considerou a dor um processo mecânico interno. Para o matemático, o corpo era uma máquina, e a dor uma perturbação dentro da “máquina”, que passava através dos nervos para o cérebro. Descartes foi um dos primeiros filósofos ocidentais a descrever detalhadamente a via somática sensorial em seres humanos. O manuscrito faz descrição de nervos como túbulos ocos que transmitem informações sensoriais e motoras. Também descreve a dor como uma percepção de que existe no cérebro e faz a distinção entre o fenômeno neural de transdução sensorial e a experiência perceptiva da dor. O Manuscrito de Descartes foi ilustrado, editado e publicado postumamente, em primeiro lugar na América Latina, em 1662, e depois em francês em 1664.²⁰

No início do século XIX, os textos médicos davam grande atenção à relação entre “dor física” e “dor mental”, entretanto os avanços na neuropatologia e medicina experimental geraram grande quantidade de fatos sobre as características da sensibilidade à dor. O interesse pelos aspectos concretos da dor e seu valor semiológico foi consequência do desenvolvimento clínico, que precedeu o importante período de medicina experimental.¹⁹

A medicina, porém, começou a se basear na observação, o que permitiu a compreensão de como as sensações eram produzidas e transmitidas. As tentativas de definição e mensuração da sensibilidade fizeram com que a dor passasse a ser

vista como sinal de alarme; e o interesse voltou-se para os tipos de dor, localização, avaliação, mecanismos e também para relatos de doentes.¹⁹

Resumidamente pode-se dizer que alguns fatos foram marcantes para a evolução do conceito dor; como o reconhecimento do caráter bidimensional, com a presença de componentes sensoriais e emocionais constatados pela teoria da especificidade,²¹ e a criação da Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP) em 1973.²²

A IASP define uma terminologia universal a respeito da dor em 1979, descrevendo a dor como “(...) uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”.²²

Como se pode ver na Figura 1, abaixo.

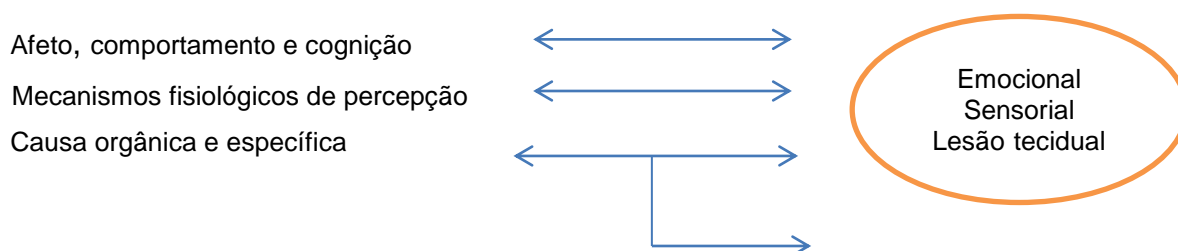


Figura 1 – Componentes distintos interligados no mecanismo de percepção da dor²²

A partir do final do século XIX e ao longo do século, uma série de teorias foram propostas, na tentativa de elucidar os mecanismos e integrar as diversas facetas do fenômeno doloroso. A seguir apresentaram-se as teorias da dor.

- **Teoria da especificidade** – afirmava que um sistema especializado de transmissão carregaria mensagens dos receptores de dor na pele até um centro de dor no cérebro. A dor seria uma sensação específica, com uma aparelhagem sensorial própria e independente dos outros sentidos, o que implicava a existência de uma relação direta e invariável entre o estímulo físico e a sensação percebida pelo indivíduo; portanto, a intensidade da dor seria proporcional à extensão do dano tecidual. Essa teoria negava a influência das variáveis psicológicas na dor.^{18,21,23}

- **Teoria da intensidade** – sugeria que todo estímulo sensorial seria capaz de produzir dor, uma vez que alcançasse intensidade suficiente. A informação sensorial periférica seria acumulada no corno dorsal, e a mensagem dolorosa só

seria transmitida para o cérebro se o nível de estimulação excedesse determinado limiar, haveria, portanto, especialização e não especificidade.¹⁸

- **Teoria psicológica** – a dor não possuía apenas uma qualidade sensorial, mas também uma qualidade afetiva, que influenciava todos os eventos sensoriais e conduzia o indivíduo à ação, ou seja, centra a explicação da dor em fenômenos psicológicos em vez de fisiológicos. A teoria propõe que, uma vez evoluído o substrato psicológico necessário à percepção da dor, ela não precisará de estimulação externa para ser experienciada.²²

- **Teoria do padrão** – foi o nome geral de uma série de teorias cujos conceitos se iniciaram no século XVIII e se consolidaram no século XIX, as quais, basicamente, sugeriam que todas as terminações nervosas livres eram semelhantes e não específicas, e considerava a dor como resultante da excessiva estimulação periférica, o que produziria um padrão temporal e espacial de impulsos nervosos, interpretado no cérebro como dor. Essas teorias ignoravam as evidências sobre o alto grau de especialização das fibras receptoras.^{18,21,23,24}

- **Teoria comportamental** – operante radical entende a dor como fenômeno observável nas manifestações abertas, denominadas de comportamento de dor, que depois de apreendido pode ser mantido por reforço social, mesmo na ausência do fenômeno nociceptivo.

- **Teoria psicanalítica** – a dor é simultaneamente um fenômeno psíquico e somático, mas é necessário fazer distinção entre os dois níveis e identificar as possíveis transformações de um no outro. A dor é um dado fundador na espécie humana e está ligada à cultura, arte, religião e todas as outras formas de simbolização para transformar as vivências humanas geradoras de sofrimento de modo a lhes dar sentido. A função biológica da dor é uma proteção contra a automutilação, defensiva e útil, mas em certos casos é a doença em si, exigindo alívio e tratamento.²⁵

- **Teoria da interação sensorial** – baseava-se na existência de dois sistemas de transmissão da dor: (a) um sistema lento de fibras não mielinizadas e fibras mielinizadas de pequeno calibre, responsável pela condução dos impulsos nervosos de dor; e (b) um sistema rápido de fibras mielinizadas de grande calibre, responsável pela inibição da transmissão da dor. Em condições patológicas, o sistema lento prevaleceria sobre o rápido, resultando na dor.^{18, 21,23}

As teorias correntes de dor podem ser apropriadas para interpretação de alguns aspectos da dor, mas são ainda incompletas. A história dos problemas de dor é tão longa como a dos seres humanos, no entanto, a compreensão dos mecanismos da dor ainda está longe de ser suficiente, todavia é importante conhecer aspectos conceituais, os tipos e a fisiopatologia da dor.

A palavra “dor” advém do latim *dolore*. Em seu dicionário, Ferreira²⁶ define “dor” como uma impressão desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado orgânico anômalo (irregular) e ainda como sofrimento físico, moral, mágoa ou pesar. A dor é o principal motivo de consultas na maioria das especialidades médicas. Além disso, como sintoma fundamental é a principal indicação de que algo não está bem no organismo.²⁷

A própria caracterização da dor alterou-se: atualmente, ela é vista como doença e não apenas como sintoma. É multideterminada, pois para ela confluem, entre outros, os fatores genéticos, de aprendizado, étnicos, comportamentais, morais, religiosos e psicológicos, que determinam a abordagem diagnóstica e terapêutica multiprofissional e interdisciplinar.²⁸

2.3 Tipos de dor

A dor pode ser classificada de cinco formas diferentes:

- quanto à localização – cabeça, região cervical, tórax, abdômen;
- quanto ao sistema envolvido – nervoso, gastrointestinal, musculoesquelético;
- quanto à característica temporal – aguda, crônica, persistente, flutuante, intermitente;
- quanto à intensidade – leve, moderada ou intensa;
- quanto à etiologia ou causa – genética, traumática, resultante de queimaduras, infecciosa, neoplástica, psicológica.²⁸

2.4 Fisiopatologia da dor

A dor geralmente se inicia por meio de um estímulo que, ao atingir os tecidos, provoca a liberação de substâncias químicas denominadas algíogênicas. Tais

substâncias ativam receptores sensoriais especializados, os nociceptores, que se encontram nas terminações livres de fibras nervosas localizadas nas estruturas superficiais e profundas do organismo.²⁹ As substâncias algio gênicas, ao ativar os nociceptores, promovem a despolarização das membranas nervosas, desencadeando potenciais de ação e geração de impulsos elétricos nas fibras nociceptivas.^{30,31} A sensação dolorosa é, portanto, desencadeada quimicamente e transmitida em forma de impulsos elétricos, que trafegam ao longo das fibras nervosas até a medula espinal.³²

Como visto, são muitas as teorias sobre a dor, e é inquestionável que se trata de um fenômeno fisiológico; entretanto, a função biológica não explica outros aspectos da dor, quanto à questão cultural, psicológica, social e cultural. Como se verá a seguir.

2.5 Dor e cultura

O corpo não é uma coleção de órgãos e de funções organizadas segundo as leis da anatomia e da fisiologia, mas é, sobretudo, uma estrutura simbólica.³³ A cultura, para Schneider,³⁴ “é um sistema de símbolos e significados” que, para Helman,³⁵ é compartilhada, aprendida, revisada, mantida e defendida no contexto em que as pessoas interagem. É a forma de o homem ver o mundo e se comportar diante das pessoas e meio ambiente. A cultura de um grupo é transmitida para a geração seguinte por meio de símbolos, linguagens, rituais e artes que vão formar a bagagem cultural de cada grupo.

O estoque cultural tem um poderoso efeito na tolerância à dor, uma vez que estímulos que produzem dor insuportável para uma pessoa podem ser perfeitamente toleráveis por outra. Os fatores culturais parecem interferir de maneira determinante no limiar da dor. Pimenta e Portinori³⁶ relatam a comparação de limiares de percepção e tolerância à dor e resposta galvânica da pele de donas de casa pertencentes a diferentes grupos étnicos (americanos, judeus, italianos e irlandeses) e revelaram que as diferenças de limiar de percepção à dor não foram significativas, mas a tolerância à dor e às respostas galvânicas da pele apresentaram diferenças importantes.

A dor faz parte de um emaranhado de características vividas e produzidas por um grupo específico. A categoria da dor é uma representação coletiva que reverbera em uma consciência individual, inconscientemente reconstituída histórica e socialmente. Os indivíduos apreenderiam os significados culturais da dor antes mesmo de vivenciar toda e qualquer dor, como uma categoria implícita e inconsciente construída socialmente em um tempo e em um espaço específico.³⁷

2.6 Dor e psicologia

Para Angerami-Camon,² a dor é tão somente sentida e vivida em sua dimensão por quem a sente, que na maioria das vezes é influenciado por experiências anteriores. As primeiras experiências do indivíduo na infância influenciam o comportamento perante a dor na maturidade, bem como a influência da atitude dos pais ante a criança, o que caracteriza a peculiaridade de cada pessoa e sua historicidade diante da dor e do sofrimento, que é a subjetivação da dor. A dor pode ser considerada uma experiência privada e subjetiva, e as emoções são representadas pelas características subjetivas das experiências complexas da dor. Uma das características que influencia o estado da dor é a ansiedade. A ansiedade relacionada à dor encontra-se ligada a diferentes tipos de temor que surgem no paciente, como ignorância da causa do problema, incapacidade de resolvê-lo, medo de que haja alguma doença muito grave e possibilidade de que o sofrimento se possa perpetuar.³⁸

Em 1973, Melzack³⁹ relatou que a ansiedade aumenta o estado da dor, tanto pela sensação dolorosa em si, como pelas alterações que provoca na vida das pessoas, para figurar como ameaça e deflagrar as reações de ansiedade. Reconhecido o importante papel dos fatores psicológicos na dor, várias síndromes foram denominadas “psicogênicas”, com a implicação de que a causa primária seria psicológica. Os dados psicológicos suportam enfaticamente uma vertente da concepção da dor, como experiência perceptiva cuja qualidade e intensidade são influenciadas pela singularidade do passado do sujeito e pelo significado que o indivíduo atribui à situação produtora de dor.

Ainda dentro do âmbito da dor e da psicologia, há a dor lancinante, dor de ver o tempo passar e dor da alma. A dor lancinante é a que aflige, provoca pontadas

agudas, formigamento, tormenta. Para Angerami-Camon² é a dor da separação, a recordação de um sofrimento. A dor de ver o tempo passar, para o autor está relacionada a um modo específico de vida, como também a uma situação de inconformismo, como algo que não se materializa, que se sonha e não se atinge. A dor da alma conforme Angerami-Camon² expressa a complexidade da dor do sujeito, não pode ser diagnosticada, não pode ser dimensionada. Dor da alma implica sofrimento, é algo que não se pode tocar, é determinante de muitas mazelas orgânicas e permite compreensão mais ampla da doença e da dor. Para entendimento da dor há a referência de Freud,⁴⁰ que relata sobre as três fontes somáticas: os estímulos sensoriais objetivos (originados dos objetos exteriores); os estados de excitação interna (subjetivos) dos órgãos dos sentidos; e os estímulos somáticos provenientes do interior do organismo. Para o autor, o corpo é o lugar de inscrição do psíquico e do somático, aspecto importante para entendimento da psicologia da dor. Toda dor cabe na linguagem, e ao mesmo tempo lhe restam representações suficientes para completá-la.

A dor é sentida e dita aos pedaços, construída pela linguagem objetiva, por um jogo mímico, dismórfico, que tenta contar uma história. Uma trágica história. A dor é sentimento e ao mesmo tempo personagem. Descrivê-la ou ainda transcrevê-la torna-se tarefa injuriosa. A dor excita e perfura o aparelho psíquico e, quanto mais avassaladora, mais quebra as barreiras de contato, produzindo uma palavra já anteriormente inscrita no psiquismo. Dor e angústia são os antigos sentimentos de desconforto ou mal-estar que, de alguma forma, buscam representações psíquicas que reverberam, inicialmente, no corpo. Se o mal-estar sempre comparece inscrito no discurso, o referente poderá ser tanto psíquico quanto somático.

Foi no texto “Algumas lições elementares da psicanálise”,⁴¹ que Freud mais uma vez se referiu à dicotomia cartesiana, tomando a posição já apresentada neste ensaio, a saber, a de que é estreita a relação entre fatores psíquicos e somáticos:

(...) não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos. Se alguma vez o pensamento humano se encontrou num impasse, foi aqui.⁴¹

Segundo Pontalis,⁴² a construção do percurso freudiano sobre a dor parece levar ao encontro de uma teoria que denota certa “(...) preferência pela escolha de

uma ancoragem na dor em detrimento de uma mudança percebida como insuportável renúncia”. O próprio título de seu livro — “Entre o sonho e a dor” — anuncia a posição do autor, que acredita que a clínica da atualidade é caracterizada por impasses no sonhar que remetem à alternativa entre a simbolização ou a presença intensa da dor.

De toda forma, pode-se localizar a dor na obra freudiana como ligada a um excesso de tensão que apresenta consequências tanto no corpo quanto no psiquismo. É próprio da dor a indiferenciação dos limites e das fronteiras, sugerindo que dor física e psíquica talvez sejam indissociáveis.⁴²

A questão da dor, do sofrimento psíquico, encontra-se presente em toda a obra de Freud,⁴³ quando escreve o texto em 1895, projeto para uma psicologia científica, que tinha o objetivo estabelecer a psicologia como ciência natural, ou seja, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas matérias especificáveis, dando assim a esses processos um caráter concreto e inequívoco. Para tanto, Freud estabeleceu dois teoremas: de concepção quantitativa e da teoria do neurônio, que logo associou à questão da dor. Para Freud,^{41,43} a dor resultaria do fracasso dos dispositivos biológicos de proteção quando se ultrapassa o limite de eficiência. Na perspectiva freudiana, o sistema nervoso foge da dor para evitar o aumento da tensão quantitativa, pelo que a dor consiste na irrupção de grandes quantidades em psi e em ômega, sistema que envolve três funções psíquicas importantes: a inscrição da excitação, o registro da experiência sensitiva e o reconhecimento da dor⁴⁴.

Mais adiante, Freud⁴⁵ abandona o projeto de concepção quantitativa, e a dor ocupará um plano relevante no material denominado de “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, que tem particular importância para o estudo da dor, visto que a frustração é um dos eixos, pois imposta pela observância da realidade externa é colocada no centro de toda problemática do adoecimento mental que reverberará no corpo. Freud⁴⁵ começa a examinar a atitude mental ante a realidade e articulá-la com a neurose (adoecer em geral) e com a questão da insuportabilidade psíquica de lidar com a realidade, que irá produzir efeito no corpo.

Ainda remetendo à “Interpretação dos sonhos”,⁴⁰ Freud afirma que o aparelho psíquico primitivo não tem possibilidades para tratar a dor; encontrando-se o ser humano perante a incapacidade de representar mentalmente o que é fonte de desprazer, o corpo abriga as sensações de forma manifesta e latente. Freud

também faz alusão no texto “Luto e melancolia”⁴⁶ à dor relacionada à perda de um objeto amado investido de pulsão. Freud afirma que a dor é testemunho da presença da pulsão no corpo. Somente no nível da dor se pode experimentar toda a dimensão do organismo, do corpo e da existência do sujeito. Entretanto, apesar das sinalizações, Freud apresenta uma consciência da insuficiência dos modelos metapsicológicos na perspectiva econômica para explicar a dor. Todavia, Freud ressalta que a dor corporal, tal como a mental, produz estado de abatimento psíquico, a dor é a reação à perda do objeto perdido, a angústia é a reação ao perigo que essa perda comporta.⁴⁶

Freud ainda sugere que na dor corporal existe a possibilidade de representação da zona do corpo afetada, na angústia existe a possibilidade de representação do objeto ausente e de investir-se nela nostálgicamente, ou seja, na perda, e não no entendimento da própria dor. Pode-se dizer que é o sofrimento dentro do sofrimento, com sentidos e formas distintas, fazendo que o sujeito comunique a dor e muitas vezes não se comunique com a própria dor.⁴⁶

2.7 Epidemiologia da dor

A ocorrência da dor é crescente talvez em decorrência dos novos hábitos de vida, da maior longevidade do homem com o prolongamento da sobrevivência. Estudos epidemiológicos possibilitam a análise da distribuição e determinantes da ocorrência da dor em populações ou grupos de indivíduos e contribuem para caracterizar a história natural da doença.

A epidemiologia da dor é importante ferramenta tanto para caracterizá-la como problema de saúde pública quanto para a compreensão dos métodos que favorecem o diagnóstico, prevenção e tratamento.⁴⁷ As dores lombares, em especial, atingem níveis epidêmicos na população mundial.⁴⁸ Estimativas mostram que entre 70% e 85% da população mundial irá sentir dor lombar em alguma época da vida.⁴⁹ Quando tem duração superior a seis meses, caracteriza-se como dor crônica, determinando elevados custos ao sistema de saúde e afetando vários segmentos socioeconômicos.

Alves Neto⁵⁰ relata que estudo sobre dor realizado no EUA na década de 1980 demonstrou que cerca de 0,5 bilhão de dias trabalhado eram perdidos anualmente

pela população empregada devido à dor. Deve-se considerar que a dor é o sintoma primário responsável por mais de 35 milhões de novas consultas médicas por ano e por mais de 70 milhões de consultas médicas correntes. A dor lombar, por exemplo, é um problema de alto custo médico e social nos Estados Unidos, sendo causa de perda de 1.400 dias de trabalho por 1.000 habitantes por ano; na Europa, é a mais frequente causa de limitação em pessoas com menos de 45 anos e a segunda causa mais frequente de consulta médica.⁵⁰

Teixeira et al.⁵¹ relatam que nos EUA ocorrem, ao ano, aproximadamente 50 milhões de casos de lesões traumáticas e mais de 15 milhões de indivíduos apresentam câncer, condições frequentemente causadoras de dor aguda.

Tuck e Melzack⁵² admitem que 2,7% da população apresentou sete ou mais dias de dor incapacitante que resultam em limitação para a execução das atividades habituais. Estudo na Suécia realizado por inquérito observou que havia dor recentemente instalada em 65,9% dos indivíduos com idade variando de 18 a 84 anos.⁵³ Relato de Teixeira et al.⁴⁸ sobre pesquisa nacional realizada nos EUA via contato telefônico revelou que de 5% a 10% dos indivíduos apresentam dor com duração de mais de três meses. Croft et al.⁵⁴ relataram que dor persistente ocorre em 11% dos indivíduos. Adultos experienciam três ou mais tipos de dor diferente a cada ano. É provável que, na população oriental, o limiar necessário para haver relato de dor seja superior; segundo Von Korff et al.,⁷ nos EUA, de 41% a 56% dos indivíduos haviam apresentado dor durante os últimos seis a doze meses.

Sorensen et al.⁵⁵ referem que foi constatado que na Dinamarca 46% dos analgésicos opioides são consumidos por doentes com dor crônica não cancerosa, 16,8% por doentes com dor crônica decorrente de câncer e 9,2% por doentes com dor aguda. É importante ressaltar que a dor crônica implica ônus para os serviços médicos, institutos de previdência e companhias de seguro.

A epidemiologia da dor apresenta três perspectivas; populacional, do desenvolvimento e ecológica.^{7,56} A perspectiva populacional utiliza métodos para estudar a variação da ocorrência e a gravidade da ocorrência da dor na população e objetiva compreender a distribuição e os determinantes das condições de morbidade. Na perspectiva do desenvolvimento reconhece que os quadros de dor variam, são dinâmicos, e não fixos ou estáticos, e têm o objetivo do aprendizado sobre a natureza de determinantes e a sequela das condições dolorosas. Na perspectiva ecológica, a visão da dor assume papel não apenas dinâmico, mas

multifatorial e torna-se processo caracterizado pela ação integrada do agente, hospedeiro e fatores ambientais.⁵⁰

No Brasil, consoante Sá et al.,⁵⁷ estima-se que a dor crônica acometa entre 30% e 40% da população e apresente comprometimento da atividade profissional. Teixeira et al.⁵¹ verificaram que, segundo inquérito populacional realizado no Brasil, mais de um terço da população julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos consideram que a dor crônica limita as atividades recreacionais, relações sociais e familiares.

Dellaroza et al.⁵⁸ identificaram em estudo em Londrina (PR) a presença de dor crônica no sexo feminino, cuja prevalência foi de 69,3% e no sexo masculino de 52,1%. Pessoas com 80 anos ou mais apresentaram maior referência de dor crônica. Os locais de maior prevalência de dor foram membros inferiores e região dorsal, com 31,25% cada, sendo que grande número de idosos referiam dor diária, contínua e de alta intensidade na população geral.

Em estudo realizado em Salvador (BA), Almeida et al.⁵⁹ observaram que a prevalência de dor lombar crônica na população foi de 14,7% associada ao tabagismo. Em outro estudo, de Sá et al.,⁵⁶ a dor crônica foi encontrada em 41,4% da população, e os fatores associados mais frequentes foram: sexo, idade, situação conjugal, fumo, consumo de álcool. Na análise multivariada, sexo feminino, idade, fumo e obesidade central foram preditores independentes, enquanto consumo moderado de álcool e ser solteiro foram protetores.

Pesquisa no Rio Grande do Sul de Mendoza-Sassi, Béria e Bortolotto⁶⁰ identificou que o problema mais prevalente foi dor de cabeça (55,4%). Dor nas juntas, insônia, prisão de ventre, pressão alta e falta de ar aumentaram com a idade. Tiveram maior prevalência em classes mais baixas: dor de cabeça, nervosismo, dor nas juntas e nas costas, insônia e depressão, tosse, pressão alta, dor torácica e falta de ar.

Em Santa Maria (RS), Ruviaro e Fillipin⁶¹ relatam que 37% dos indivíduos entrevistados possuíam dor crônica, a média de idade foi de $46,3 \pm 16,4$ anos, com predominância feminina (87%). Em Curitiba (PR), Holtz e Stechman⁴ identificaram que o local mais citado de dor foi a cabeça (46% dos pacientes). Dores crônicas afetam 75% dos pacientes. Em função das dores, 41% dos pacientes foram impedidos de realizar atividades diárias e 10% tiveram de ser afastados do trabalho.

Em pesquisa em São Paulo de Dellaroza et al.,⁶² a dor crônica ocorreu em 29,7% dos idosos, e os locais mais frequentes foram região lombar (25,4%) e membros inferiores. Siqueira, Facchini e Hallal⁶³ demonstraram que a dor nas costas é responsável por uma das maiores demandas do serviço de saúde e dos ambulatórios de fisioterapia.

Teixeira et al.⁵¹ referem que os estudos epidemiológicos são de extrema importância para a compreensão da dor, propiciando inúmeras possibilidades de análise de distribuição e dos determinantes de ocorrência em populações ou grupos de indivíduos.

2.7.1 Dor e sexo

Estudo realizado em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil avaliou 972 adultos com idade entre 20 e 69 anos, de ambos os sexos, moradores da zona urbana do município. A prevalência de dor nas costas foi de 63,1% (IC95% 60,0 a 66,1), sendo a região lombar a mais referenciada (40%). Sexo feminino 1,24 (1,12 a 1,37) e percepção ruim de saúde ($p < 0,001$) foram as variáveis que permaneceram associadas à presença de dor nas costas no modelo final.⁶³

Estudo na Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Santa Maria, Rio grande do Sul, de caráter transversal em que foram avaliados indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos que se encontravam na sala de espera da Unidade básica de saúde, 37,8% dos indivíduos dos entrevistados possuíam dor crônica, com predominância feminina (87%).⁶¹

2.7.2 Dor e faixa etária

A dor e as razões para sua ocorrência variam segundo a faixa etária. No caso de crianças, as causas mais comuns são traumatismo do tegumento e das estruturas musculoesqueléticas. Conforme Alves Neto,⁵⁰ pelo menos doze injeções são aplicadas em crianças rotineiramente durante o programa de imunização até a adolescência, a prevalência de dor em crianças fica em torno de 5% a 48%.

A frequência de dor relacionada a angina de esforço, artralgia, neuropatias e doenças oncológicas aumentam com o progredir da idade.⁶⁴ No idoso, a dor prevalente é crônica relacionada a doenças degenerativas. Lombalgias são causas importantes de morbidade em adultos e idosos. Estudo na Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Santa Maria, Rio grande do Sul, de caráter transversal em que foram avaliados indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos que se encontravam na sala de espera da Unidade básica de saúde sendo a média de idade foi de $46,3 \pm 16,4$ anos ⁶¹

A dor torácica é mais prevalente em sujeito de média idade, cuja ocorrência declina posteriormente. O aumento de frequência da dor com a idade, especialmente articular, como fibromialgia, sugere que haja associação dessas afecções com as condições degenerativas, ou acúmulo de casos de indivíduo com dor com o progredir da idade. Para Alves Neto,⁵⁰ o pico de prevalência de dor está relacionado com a cefaléia em indivíduos com 45 a 50 anos. Detectou-se haver aumento de prevalência de dor na idade de 65 anos que na grande maioria são atendidos na atenção primária.

3 CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em setembro de 1978, é realizada a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, URSS, num cenário de crise estrutural dos países desenvolvidos, sendo apontada a “(...) necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”,⁶⁵ para minimizar as desigualdades sociais, por meio da atenção primária de saúde (APS) tornada universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possam suportar.

A APS permite a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade. Ou seja, maneja os problemas mais comuns e menos definidos, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a situação de saúde e o bem-estar por meio de novas ferramentas, de forma a ser mais eficazes no sistema de saúde.⁶⁶

No Brasil, a reforma sanitária impulsionou mudanças no sistema de saúde e em suas formas de organização por meio da Lei nº 8.080, com a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Conforme Mendes,⁶⁷ o desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, iniciado em 1991 e vigente até hoje, pode ser denominado de ciclo da atenção básica à saúde. Diversamente de outros países, o Brasil não adotou, oficialmente, a expressão atenção primária à saúde, mas atenção básica à saúde.

No Brasil, em março de 2011, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 2.488, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica o Programa de Saúde da Família (PSF), que nasceu em 1994, representa seguramente a proposição de mais largo alcance para organização da Atenção Primária no Brasil. A célere ampliação do programa e extensão do acesso aos serviços básicos especialmente para as populações mais carentes por ele proporcionadas, garantiu o seu reconhecimento como dispositivo importante para a comunidade.^{67,68}

O escopo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

A saúde da família tem como diretrizes: eleição da família e espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, adscrição da clientela, mapeamento das áreas de atuação das equipes e cadastramento das famílias (o significado é que a população seja capaz de reconhecer o serviço, enquanto o serviço possa identificar a população). Possui caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização, tendo a família como foco de atenção. Faz parte do sistema local como porta de entrada, substituindo as práticas convencionais. Para Teixeira e Costa (2003)⁶⁹ é uma redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio de integralidade que incorpora necessidades e demandas da população, articulando a promoção, proteção e assistência, de acordo com a situação de saúde que chega a estratégia de saúde da família (ESF). A ESF surgiu com tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e técnico de saúde bucal. Contudo, a situação brasileira de tripla carga de doenças com forte predomínio de condições crônicas exige novo modelo, o que convoca a utilização de outros profissionais, como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.⁶⁸

3.1 Queixas frequentes na atenção primária

A estratégia de saúde da família tem enfrentado desafios no trato de situações relacionadas à sintomatologia que foge ao padrão médico, a saber, a inoperância de diagnósticos diante dos casos em que paciente sem definição de quadro patológico mostra sinais de dores e desconforto emocional e a equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para realizar as decisões clínicas

em tempo oportuno, o que se tem tornado um desafio permanente e de certa maneira influencia na resposta da atenção primária à saúde.

A literatura estima que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresentam a primeira queixa relacionada a dor e desconforto e enfermidades, mas não doenças. Enfermidade relacionada com o sentir-se mal ou com sofrimentos não causados pelas doenças. Para Gray,⁷⁰ as enfermidades apresentam duas formas de manifestação: sintomas físicos medicamente não explicáveis e hipocondria ou ansiedade excessiva em relação a uma doença.

Forss et al.⁷¹ sinalizam que, na prática, os clínicos raramente falam com os doentes sobre ansiedade e a compreensão da doença, e raramente põem à apreciação do doente as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o problema de saúde. Fukuda-Parr⁷² relata que, geralmente, o médico se limita a dar prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efetividade dos cuidados que presta, o que acaba por não reconhecer um sofrimento psíquico caracterizado como dor, que tem atingido cada vez mais a comunidade. A dor é uma condição de representação do próprio corpo. Para Angerami-Camon,² não há como defini-la nem mensurá-la nas reações orgânicas, o que requer cuidado especial da atenção primária

Uma das expressões comumente encontradas nos serviços da atenção primária são as queixas somáticas inespecíficas, sem substratos que possam ser classificados com precisão na nosologia da clínica médica ou psiquiátrica.^{73,75} Fonseca et al.⁷³ relatam que outro aspecto que aparece na atenção primária é a expressão do mal-estar na forma de queixas somáticas difusas, como dores pelo corpo, de cabeça, problemas gástricos, sem substratos orgânicos, fenômeno conhecido dos profissionais de saúde da ponta. Como fenômeno multidimensional, pode ser focado por meio de diversos campos do saber.

Fonseca et. al.⁷³ sinalizam que são presentes nos serviços de atenção primária os chamados transtornos mentais comuns – uma categoria da epidemiologia psiquiátrica que vai de queixas somáticas inespecíficas a ansiedade e depressão. Tal tipo de transtorno tem altas taxas de prevalência nos serviços de atenção básica e está diretamente relacionada a variáveis sociodemográficas, como, baixa renda, baixa escolaridade e precária inserção no mercado de trabalho, o que aponta para as raízes sociais dessas expressões de sofrimento, mas que só consegue reconhecimento no corpo.

Outros sintomas frequentes na atenção primária são palpitações, vista escura, desmaios, “perna bamba”, dormência nas pernas, cansaço, mal-estar generalizado, dor no peito, falta de apetite, buraco no estômago, fisgada na cabeça, frio na cabeça, dores difusas no corpo todo, moleza. A esses sintomas podem acompanhar: esquecimentos, medo de sair sozinho na rua e de cair, irritabilidade, crises de choro, vontade de bater nos filhos, gritar ou morrer e agonia no peito,⁷⁵ sintomas associados às síndromes ansiosas ou depressivas, numa relação muito próxima entre o somático e o psíquico.

As relações entre o psíquico e somático têm sido objeto de diversos estudos em domínios diferentes, que pertencem tanto às ciências biológicas quanto às ciências humanas na investigação do caráter enigmático dessa relação. A dor, diz Freud,⁴¹ dá acesso ao conhecimento dos órgãos, permite uma representação do mal-estar.

A passagem do mal-estar para a doença está na diferença das necessidades individuais em termos de condições de saúde, que, na língua inglesa, dá-se entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*), para a World Organization of Family Doctors (Wonca)⁷⁶ é uma condição do organismo ou de parte dele que promove distúrbio nas próprias funções. A doença é um construto teórico que permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica. Para Alves,⁷⁷ *illness* é uma condição de estar sentindo mal ou sofrendo difusamente uma experiência de adoecimento. Segundo Gray,⁶⁶ há várias nomações para *illness*: sintomas medicamente não explicáveis, transtorno somatoformes, segundo Valla,⁷⁸ é denominado de sofrimento difuso; para Meador,⁷⁹ histeria, síndrome da não doença; ou, conforme Pilowsky,⁸⁰ comportamento anormal da doença.

Para Mendes,⁶² essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica médica na atenção primária, apresentada principalmente pela queixa da dor. Ainda segundo este autor, uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas doenças que têm a dor como protagonista da narrativa dos usuários.

Exposto isto, questiona-se, neste estudo, como se constroem sentidos e se caracterizam queixas de dor na Atenção Primária à Saúde, a partir do referencial teórico construcionista social, conforme abordagem da Psicologia social. Este referencial foi escolhido porque contribui para compreensão do tema em tela a partir de uma diversidade e multidimensionalidade de saberes e de práticas sociais.

O estudo visa contribuir com a produção de conhecimento que subsidie adoção de medidas terapêuticas alternativas e integrativas de alívio da dor e para auxiliar reflexões e uso de dispositivos que possam reorientar processos de trabalho com impacto sobre fatores determinantes da dor no nível de atenção primária à saúde.

3.2 Abordagem construcionista social na compreensão da dor

O construcionismo social, fundamentado na Psicologia Social, busca compreender a produção de sentidos como uma construção dialógica e como forma de conhecimento situada nas práticas discursivas entre as várias correntes voltadas ao estudo da linguagem. A investigação, por essa perspectiva, transferiu o *lócus* da explicação dos processos de conhecimento internos à mente para a exterioridade dos processos e estruturas da interação humana. Gergen⁸¹ afirma:

Os termos em que o mundo é conhecido são artefatos sociais, produtos de intercâmbios historicamente situados entre pessoas (...). Nesse sentido, convida-se à investigação das bases históricas e culturais das variadas formas de construção de mundo (...). As descrições e explicações sobre o mundo são formas de ação social. Desse modo, estão entremeadas com todas as atividades humanas.

A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar as convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas e preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio do quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmo) em que vivem.⁸¹

O construcionismo social foca no processo relacional, como teoria prática (*practical theory*) que se embasa no discurso do conhecimento construído a partir do que se faz e cria coletivamente e não a partir de conceitos abstratos.⁸² Essa abordagem teórico-metodológica se alia aos psicólogos sociais, que trabalham, de formas variadas, com práticas discursivas, sendo definida a partir de três dimensões básicas: linguagem, história e pessoa que irão produzir sentidos.

Sentidos, uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à volta.⁸³

Para entender a produção de sentidos das práticas discursivas, Spink⁸³ relaciona a linguagem em uso, na interação social, ou seja, é tomada como fenômeno sociolinguístico, uma vez que a linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentidos com a presença de vozes de vários interlocutores.

Nessa perspectiva, a investigação tem como foco os processos pelos quais os indivíduos explicam, descrevem ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem e inclusive de si mesmas. Papalia⁸⁴ afirma que a descrição é uma tentativa de retratar o comportamento, uma ideia com precisão, e explicar diz respeito à revelação das possíveis causas de determinado comportamento e posicionamento diante de eventos, dando sentido ao mundo, que é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade. Spink⁸⁵ (2013) salienta que frequentemente é pela ruptura com o habitual que se torna possível dar visibilidade aos sentidos. Por exemplo, numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexão, podendo gerar práticas discursivas diversas.

Práticas discursivas é a linguagem em ação, são as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elemento constitutivo: a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes, e os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a, uma ou mais pessoas, que se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos. Bakhtin⁸⁶ define os enunciados como expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas, que, associados à noção de vozes, adquirem caráter social. As vozes compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes (ou presentificados) nos diálogos. Outro elemento constitutivo das práticas discursivas são as formas, que são os gêneros de fala (*speech genres*); e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos que constituem, em linhas gerais, unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou *speech genres*.⁸⁵

Compreender os sentidos atribuídos à dor a partir do construcionismo social implica retomar a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos utilizados no cotidiano e dar sentido ao mundo por meio das práticas

discursivas e seus elementos constitutivos mencionados acima. Na visão construcionista, a produção de sentidos se processa no contexto da ação social mediado pelas expectativas e pressupostos que a pessoa traz para a situação, à tradição interacionista de valorização da presença – real ou imaginada – do outro e à onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas.⁸⁵

Vale dizer, ainda, que a pesquisa construcionista social desfamiliariza o dualismo qualitativo – quantitativo e objetivo – subjetivo, pois tanto o objeto como o sujeito são construções sócio-históricas, sendo que o modo como acessamos a realidade institui os objetos que constituem a realidade, ou seja, a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la. Não se trata, portanto, de definir qual dos métodos tem mais probabilidade de traduzir como são de fato as coisas e sim compreender os processos sociais pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo onde vivem, inclusive a si mesmas ⁸⁵.

Assim, as autoras descrevem que ambas as metodologias, qualitativa e quantitativa, produzem versões sobre o mundo e podem ser usadas na pesquisa social de modo isolada ou combinada, como utilizada neste estudo.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Compreender os sentidos atribuídos à dor por usuários atendidos pela atenção primária em Ceilândia, no Distrito Federal.

4.2 ESPECÍFICOS

- Nomear, descrever e explicar os sentidos atribuídos a dor na atenção primária.
- Identificar recursos terapêuticos de alívio da dor utilizados na atenção primária.
- Caracterizar a dor conforme sexo, idade, número de locais de dor, tipos de dor e medicação prescrita a usuários atendidos na atenção primária.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de natureza quali-quantitativa, sabendo que as duas abordagens são distintas e complementares para compreensão do tema em tela, a saber, as múltiplas possibilidades de sentidos da dor, dadas por usuários da atenção primária à saúde. A partir das abordagens, delineou-se duas estratégias da pesquisa, uma para compreensão das narrativas dos usuários acerca da dor, e a outra que caracteriza as formas da dor, em relação ao sexo, idade, uso de medicamentos.

5.1 Cenários da pesquisa

A escolha dos cenários deste estudo foi realizada com base nos campos de atividades práticas de alunos da Universidade de Brasília, nas unidades da Estratégia de Saúde da Família de Ceilândia (DF) dos Centros de Saúde 05, 07 e 08.

Ceilândia é uma região administrativa do Distrito Federal localizada a 26 km de Brasília. Surgiu em 1971 a partir da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI), que tinha como objetivo retirar os moradores do local onde seria instaurado o centro da capital federal e transferi-los para uma região periférica, o que aconteceu em 27 de março de 1971 pelo governo local. A cidade possui área de 230,30 km² e aproximadamente 400.000 habitantes, sendo a maior região administrativa do DF.⁸⁷

A rede de saúde de Ceilândia possui doze Centros de Saúde, que contam com atendimento em ações básicas com: sala de pré-consulta do adulto, mulher, criança, teste do pezinho, sala de injeções e curativos, sala de imunização, sala de nebulização, coleta de exames laboratoriais, dispensação de medicamentos, cobertura de 4% de equipe de Saúde da Família, possui um hospital geral, um ambulatório de especialidades e um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD).⁸⁸

O Centro de Saúde nº 05 de Ceilândia fica localizado na QNM 16, lote F, Área de Abrangência QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Área Especial 16, 30 e 32. Atende às especialidades: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia; e, também, aos programas especiais: hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia,

cárie zero, desnutridos, assistência à mulher, assistência à criança. O centro possui também uma equipe de Saúde da Família sem domicílio – consultório na rua.⁸⁸

O Centro de Saúde nº 07 de Ceilândia localiza-se na QNO 10, Área Especial E e D: Área de Abrangência QNO de 01 a 07, 09, 11, 13, 15 a 23 e Áreas Especiais da QNO 08, 10, 12 e entre quadras 16/17, 18/19 e 20/21, atendendo às seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia. Também atende aos programas especiais: hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher, assistência à criança e coordena a equipe de Saúde da Família do Condomínio Privé, localizado no setor “O” de Ceilândia.⁸⁸

O Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia, situado na EQNP 13/17, AE–A, B, C, D, tem como área de abrangência P Norte e adjacências, atendendo às especialidades: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia, bem como programas especiais: hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização e Saúde da Família.⁸⁸

5.2 Participantes da pesquisa

Os participantes foram 20 usuários atendidos por médicos da APS, do sexo feminino e masculino, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos e concordar em participar da pesquisa de forma voluntária. O critério de exclusão foi a presença de comprometimento físico e/ou mental que impossibilitasse a participação, basicamente surdez, retardo mental e demência, diagnosticados previamente em parceria com a equipe.

Para a abordagem qualitativa, foram escolhidos 20 participantes, distribuído em 10 mulheres e 10 homens, baseado na vinculação que essas pessoas tinham com o problema a ser investigado. Para Minayo,⁸⁹ a boa amostragem é aquela que consegue abordar a totalidade do problema em todas as dimensões. Os perfis das mulheres estavam distribuídos da seguinte forma; Uma de 30 anos, recepcionista, identifica-se como branca e possui ensino médio; 3 de 47 anos, donas de casa, identificam-se como branca e possuem ensino fundamental; 3 entre 50 anos a 57, diaristas, identificam-se como parda e possuem ensino fundamental; 2 de 59 anos,

donas de casa, identificam-se como branca e são analfabetas; Uma de 60, dona de casa, identificam-se como branca e sabe ler e escreve.

Os homens foram distribuídos da seguinte forma; 5 homens entre a faixa etária de 58 a 60 anos, pedreiros, identificam-se como branco, e possuem ensino fundamental; 2 de 65 anos, aposentados, identificam-se como branco e possuem ensino fundamental; Um de 29 anos, cantor sertanejo e repositor, identifica-se como branco e possui ensino médio; Dois de 45 anos, vigilante e porteiro, identifica-se como pardo e ensino médio.

Já a amostra quantitativa seguiu o rigor do cálculo amostral, em que se utilizou prevalência de usuários com sofrimento na atenção primária igual a 56%.⁹⁰ Considerou-se uma população de 16.000 pessoas⁸⁸ atendidas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) em Ceilândia, com precisão de 4% e nível de significância de 5%. Com base nessas informações, o tamanho da amostra calculado é dado segundo a seguinte expressão:

$$n = \frac{N * z^2 * p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + z^2 * p * (1 - p)}$$

Onde:

N = número total de moradores em Ceilândia, cobertos pelo ESF,

z = valor na distribuição gaussiana para um nível de significância de α ,

p = proporção de pacientes com transtornos mentais comuns na clientela atendida pela (ESF),

d = precisão desejada.

Obteve-se valor igual a 571.

5.3 Técnicas e instrumentos de pesquisa

As técnicas que mediarão esta pesquisa seguem abaixo.

1) Formulário de atendimento – documento de atendimento médico que permitiu caracterizar a dor. O formulário possibilitou a identificação do sexo, idade, quantidade de locais com dor, tipos de dor e prescrição de medicamento apresentada no momento da consulta médica.

2) Entrevistas com roteiro semiestruturado – O roteiro se baseou nas questões disparadoras: Você se consulta frequentemente? Fale um pouco? O que te lembra a palavra dor? ; Como voce descreve a dor?; Como você explica a dor? ;Quais os recursos utilizados para lidar com a dor?. Uma entrevista baseada em parâmetros como estabelecem Trigo e Brioschi,⁸⁶ com profundidade e não-dirigida, evitando-se perguntas que pudessem dirigir respostas para o que se tem em mente, procurou-se dialogar com o entrevistado dentro de um campo descontraído, em que se propicia o máximo de liberdade de expressão.

Esses procedimentos foram realizados tendo por finalidade aprofundar e integrar as técnicas utilizadas nesta pesquisa, em um esforço dialógico de triangulação de métodos compreendido como uma dinâmica de investigação em que se analisam as estruturas, processos e resultados e busca-se a compreensão das relações envolvidas nas implantações e a visão que atores diferentes constroem sobre o projeto.⁸⁹ Nessa direção, articularam-se as técnicas acima mencionadas, como conduzir o percurso teórico-metodológico e a construção de uma síntese que pudesse expressar os objetivos específicos deste trabalho.

5.4 Procedimentos para coleta de dados:

A realização das entrevistas com os usuários ocorreu de maio de 2013 a fevereiro de 2014, com a participação dos enfermeiros que escolhiam os respondentes aleatoriamente e os encaminhavam para o consultório onde se encontrava o pesquisador, que informava sobre a pesquisa e o sigilo, bem como a necessidade de assinatura do termo de consentimento informado. Após a assinatura a entrevista dava início. No consultório, a entrevista ocorreu por meio da interação, ou seja, numa relação negociada tendo como referência a psicologia discursiva que significa não abordar o discurso como “(...) meio de captar uma realidade assumida que permanece sob o discurso, seja sociológica ou psicológica”,⁹¹ mas buscar no discurso o processo, o movimento, o sentido, por meio das práticas discursivas, que, segundo Davies e Harré,⁹² são as diferentes maneiras em que as pessoas, por meio dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. A etapa de entrevistas foi conduzida pelo pesquisador com formação na área para diminuir vieses e ser fidedigna.

A primeira pergunta, a fim de estabelecer o diálogo e iniciar a entrevista, foi relacionada sobre a presença no Centro de Saúde, queixas, e o sentido da

entrevista foi produzido interativamente. Quando o usuário procura um serviço de saúde, qualquer que seja a natureza de seu sofrimento, vai ter de recorrer aos relatos verbais referentes ao mal-estar, buscando um sentido para o sofrimento para o qual pede atenção e solução.⁸⁵

O preenchimento do formulário de atendimento foi conduzido com a pesquisadora e o médico. Para acompanhar os atendimentos, teve-se acesso à agenda do médico com uma hora de antecedência. Foi realizado o sorteio dos pacientes que foram acompanhados e receberam um código. A pesquisadora se manteve dentro do consultório para andamento regular das consultas, que tiveram início em junho de 2013 e concluída em abril de 2014.

As atividades no conjunto apresentaram dificuldades relativas que foram sendo enfrentadas e superadas com a colaboração dos profissionais dos Centros de Saúde para assegurar a operacionalização da pesquisa.

5.5 Análise das entrevistas e tratamento de dados

Nessa primeira fase de análise das informações coletadas, contidas nas entrevistas e nos formulários de atendimentos examinados, foi possível utilizar o referencial teórico de Minayo,⁸⁹ considerando as dificuldades que o pesquisador pode enfrentar e para análise dos dados, utilizou-se o construcionismo social. Os conteúdos emergentes das entrevistas foram gravados e transcritos. Em seguida, os trechos da entrevista referentes ao sofrimento foram transcritos, respeitada a sequência da enunciação, em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergiram dos objetivos da pesquisa e da leitura da própria entrevista.⁹³ Esse mapeamento corresponde à técnica denominada de Mapas de Associação de Ideias, que de acordo com Spink⁸³ “(...) são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários”.

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca de aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao

processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.⁸⁵

A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo os objetivos da pesquisa. Nesse primeiro momento, constituem formas de visualização das dimensões teóricas. Buscam-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias preservando a sequência das falas (evitando, dessa forma, descontextualizar os conteúdos) e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista como um todo (ou de trechos selecionados da entrevista). Para a consecução desse objetivo, o diálogo é mantido intacto – sem fragmentação –, apenas sendo deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa.⁸⁵

Com o duplo objetivo de dar subsídios para a análise e visibilidade aos resultados, é um processo interativo entre análise dos conteúdos (e consequente disposição destes nas colunas) e elaboração das categorias. O mapa nada mais é que uma tabela em que as colunas são definidas tematicamente, e os temas irão refletir as três perguntas norteadoras da entrevista. Conforme Spink e Lima,⁹⁴ é um recurso para produzir sentido e compreender determinadas passagens das entrevistas.

A técnica do mapa de associações de ideias envolve os seguintes passos:

- a) um processador de dados tipo Word for Windows para digitar toda a entrevista; b) construir uma tabela com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas; e c) utilizar as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo.⁹⁴

É um processo de construção que está intimamente relacionado ao objetivo da investigação e aos repertórios disponíveis. É quando se visualiza a dialogia e a construção das formas discursivas que se torna possível compreender o processo de interanimação que faz da pesquisa uma prática social. O material analisado é tomado, como uma construção social, relacionalmente produzido dentro de um tempo e contexto específicos, neste caso, usuários atendidos na APS. Isso se dá porque não é a palavra em si que carrega algum sentido, representando uma realidade *a priori* existente, mas sim porque são as relações em que ela vai sendo articulada que produzem os sentidos.

No processo de análise a partir do formulário médico após a consulta foram realizadas digitações dos dados contidos no formulário de atendimento. Os dados foram organizados segundo sexo, idade, quantidade locais de dor, tipo de dor (física ou psíquica). Para definição de dor física foi considerada a avaliação médica que identificava a origem da dor no campo fisiológico e biológico. Quanto à dor psíquica, foi utilizado a referência de Lipowiski,¹¹ que descreve três aspectos da somatização relacionados ao campo psíquico: 1) existência de simultaneidade da queixa somática com perturbação depressiva ou ansiosa; 2) existência de sintomas medicamente inexplicados, sem perturbação psiquiátrica e, quando presente, em associação com transtornos mentais com maior gravidade, tais como, depressão maior ou o transtorno obsessivo-compulsivo; e 3) prescrição medicamentosa realizada na consulta. Para análise de dados foi utilizado o *software* SAS® para a geração dos resultados.

5.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012.⁹⁵ As participações dos sujeitos foram voluntárias, tendo como critério a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). As entrevistas asseguraram a confidencialidade das informações geradas, a privacidade do sujeito, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e das instituições, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos envolvidos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs)⁹⁶ sob número 239.576/2013. Além disso, o nome de todos os informantes e os dados fornecidos foram mantidos em sigilo, sob os critérios da ética em pesquisa.

6 RESULTADOS DOS SENTIDOS DA DOR

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados da pesquisa e expressos em oito categorias analíticas estruturadas segundo o sentido da dor para mulheres e homens nas dimensões fisiológicas e psicológicas à luz dos objetivos específicos da tese, a saber: nomear os sentidos atribuídos à dor; explicar; descrever o sentido; identificar os recursos terapêuticos utilizados para lidar com a dor.

Para apresentar os resultados e as discussões, o texto foi elaborado em uma relação dialógica entre as narrativas, consideradas a base empírica, e a literatura temática, esta tendo o aporte do referencial teórico para o aprofundamento das discussões, sintetizando, portanto, o diálogo entre esses dois mundos: a prática e a teoria. Segue, assim, a análise das categorias.

6.1 Sentidos da dor para as mulheres

A concepção de linguagem que se adota nos resultados está centrada como prática social compreendida tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido de construções históricas, que remetem à regularidade linguística, ou, para utilizar uma expressão de Davies e Harré,⁹² sistemas de sinais de tipo linguístico que uma doença assume no cotidiano das pessoas, passando a focalizar a linguagem em uso, que são as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas.

Entender o sentido que as usuárias atribuem à dor recai na diversidade das práticas discursivas cotidianas, que apresentam uma significação e se referem ao mundo que se pretende, descrever, representar ou exprimir por meios de situações dialógicas. As temáticas extraídas das narrativas estão relacionadas a: 1) subjetivação da dor; 2) dor no corpo e interrupção de tarefas cotidianas; 3) binômio indivisível: fisiologia e psicologia da dor; e 4) intervenções medicamentosas e prática corporais.

6.1.1 Subjetivação da dor

Encontra-se a nomeação da dor associada à subjetividade como peça principal. A dor revelou-se como singular para quem a sente, uma experiência humana compartilhada em seu significado, relacionado a aspectos psíquicos, na forma como se sente e se vivencia. Essa nomeação sinaliza a dor como experiência corporal, à qual se agregam significados psíquicos, que têm forma de manifestação de sentimentos. Na perspectiva de Szasz,⁹⁷ a dor é afeto (análogo a ansiedade), dizendo respeito aos limites do egocorporal. Existe estreita relação entre a dor, o medo e as experiências de ansiedades subsequentes.²⁵

“A dor deixa vc depressiva.” (E7)

“Angústia. Incomodante.” (E3)

Ao evocar situações de dor envolvendo sentimentos, surge a dificuldade de definir como se expressar; Mauss⁹⁸ refere que “(...) mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica a dor”.

A nomeação da dor, experimentada de forma subjetiva, é um processo dos efeitos dinâmicos dos fenômenos psíquicos que aparecem como reação inconsciente aos estímulos, adquirindo a forma de uma demanda, uma queixa ou um clamor que dá visibilidade aos sentidos. Para Silva e Ribeiro Filho,⁹⁹ é uma rica e multidimensional experiência, que varia em qualidade e em características afetivas que implicam quase invariavelmente em uma vivência de infelicidade experimentada dolorosamente.

“Dor é triste, insuportável, é muito ruim.” (E1)

“Muito horrível. Dor insuportável.” (E6)

Volich¹⁰⁰ sinaliza que a dor física remete os indivíduos a suas experiências mais primitivas de desamparo, e, mesmo nos casos em que não há lesão orgânica, o sofrimento é acompanhado de sensações corporais que podem ser localizadas ou

difusas. Freud,¹⁰¹ no texto “Inibição, sintoma e angústia”, defende que o paradigma da experiência dolorosa é a dor corporal e a dor psíquica. Assim, uma vez acessíveis à experiência do sujeito, dor psíquica e dor corporal são indissociáveis.

“Dor é angústia.” (E10)

“Dor na alma.” (E4)

“Ansiedade.” (E8)

Parece de fato tratar-se de uma categoria que, de algum modo, reflete uma integração da dor ao componente do estado emocional e afetivo, o corpo é como o campo representacional, conforme as narrativas. A dor provoca o grito, o gemido; a palavra aí não tem efeito. A dor altera o laço social, modifica as relações com o mundo e só consegue expressar-se no corpo por meio de sensações e inquietações, boas ou ruins, como angústia, ansiedade, irritação, estranheza, tensão nervosa e humor deprimido. Fédida¹⁰² enfatiza bastante a relação entre o corpo e seus sofrimentos e a depressão. Ele define o estado deprimido como um estado de afeto arcaico em que o corpo desempenha papel determinante na vivência.

“Parece um tipo de depressão passa o dia todinho no sofá.” (E 9)

“(...) alguma tensão nervosa.” (E10)

A tensão nervosa é um idioma rico para expressar tanto desordem emocional quanto tensão somatizada. Nas análises, percebe-se o quanto os repertórios trazem o contexto do sentido psicodinâmico da dor. É como se estivesse, permanentemente, reafirmando a desorientação; a dor, quando intensa e duradoura, tem como efeito uma extrema desorganização da economia psíquica. A dor mata o sujeito, descose o tecido social.¹⁰³ A dor encontra palavras para dizer e o silêncio para se expressar, os pacientes falam dela, e socorrem-se das palavras que melhor exprimem seus afetos, ou de imagens, ou de metáforas.

“Isso é sofrimento mesmo, querer fazer a coisa e não ter condições.” (E2)

“Socorro, é atenção.” (E4)

“Essa peste, tem essa praga.” (E7)

“Perturbação, perturbação.” (E5)

A nomeação da dor significa de alguma forma um contorno, limite, de tal maneira que começa a adquirir imagem, permitindo ao usuário inscrevê-lo nas narrativas relacionadas a suas histórias que, até então, jaziam no silêncio absoluto. A doença somática, diz Freud,¹⁰⁴ desperta a neurose, situação de dor onde o ego fica totalmente tomado pelo que lhe ataca e que não consegue manejar. A agonia, a raiva, perturbação e o descontrole que lhes caracterizam são quase uma réplica empobrecida do que parece ter marcado a história e definido a identidade dessas usuárias ao nomear a dor.

6.1.2 Dor difusa e indiferenciada no corpo e interrupção de tarefas cotidianas

Descrição, consoante Papalia,⁸⁴ é uma tentativa de retratar o comportamento, uma ideia com precisão, e a dor foi descrita por meio da linguagem do corpo vivido, onde o somático aparece associado a sensações corporais mais ou menos difusas, com localização algumas vezes em partes específicas do corpo. Em sua exploração em torno do corpo, Aussoun¹⁰⁵ aponta uma variedade de termos relacionados ao corpo; com efeito, *korper*, o corpo real, material, é visível e ocupa um espaço que pode ser designado por certa coesão anatômica – o corpo é o princípio da vida e da individuação que remete ao registro somático que permite descrever processos determinados a partir de uma racionalidade para falar do sintoma, ou seja, a dor na corporalidade.

“Crise de choro que tem a ver com dor no peito, na cabeça, nos peitos, e agonia na cabeça.” (E2)

“Dor nos peitos, cabeça, na testa, aí é tipo um cansaço nos peitos, aumenta o cansaço e aumenta a angústia nos peitos, e aí vem a crise de choro. Da coluna é ficar em pé, e as pernas doem muitos e os pés. Peito do pé os dedos, dormência. A dor no peito e aí dói realmente e vem o choro.” (E4)

“Dor de cabeça frequente (...).” (E5)

“Fibromialgia que endurece os nervos da gente, dor no corpo todo, bico de papagaio e artrose.” (E8)

Caracterizada por dor generalizada, tem-se a sensação de que as juntas estão inchadas e doloridas, dor de cabeça frequente, sensação de cansaço intenso, alteração do sono, rigidez muscular, problemas como fibromialgia; traumas físicos e emocionais podem desencadear a dor em indivíduos mais sensíveis. Gonzalez¹⁰⁶ relata que a fibromialgia é uma doença reumática de causa desconhecida cujo principal sintoma é a dor crônica, essencialmente localizada no músculo, tendão, articulação e zonas viscerais e é frequente em pacientes com problemas mentais.

“Sinto muita dor nos braços e, dor nos nervos, da cabeça, estômago, tenho falta de ar.” (E7)

O nervoso é um idioma rico que de certa forma expressa tanto desordem emocional quanto a tensão que é somatizada. Segundo Duarte¹⁰⁷ (1986) e Costa,⁷⁵ o “nervoso” se manifesta de vários modos: tremores, formigamentos, palpitações, vista escura, tristeza, irritação, desmaio, tonteira, fraqueza nas pernas, cansaço, insônia, dores de cabeça, zumbido, falta de apetite, fastio, dores difusas e outros.

“Muita dor, mas não tem doença e tem febre, e os exames não deu nada. Muito triste, é uma tristeza, e nervoso.” (E10)

Na fala, a estruturação dos sintomas corporais tem os mesmos mecanismos psíquicos. Carvalho²² afirma que, na verdade, não há como estabelecer a diferença entre dor psíquica e somática, porque, quando a dor é sentida, é no corpo e com o corpo que ela se manifesta, constituindo a unidade com a psique. É uma dor, entendida como um sofrimento extremo de um tipo incompreensível, uma grande aflição.

Nas narrativas percebeu-se também que a descrição da dor remete ao tema habitual do sujeito, as histórias são contadas por meio de um corpo que se engaja em um contexto de objetos pessoais, cotidiano, condição que conduz a um modo específico de ser no mundo que interfere nas suas atividades diárias.

“E descobriu que tenho problema na coluna não consigo gomar roupa, não consigo limpar casa, não consigo passar, você não consegue e não tem condições, não tem condições de lavar a

louça, a máquina lava roupa, mas vc não consegue estender, dá dor no peito cansaço.” (E2)

“Sinto muita dor nos braços e não tenho força para trabalhar.” (E5)

A dor afeta diversos aspectos da vida diária e provoca sofrimento; para Salvetti et al.,¹⁰⁸ indivíduos com dor enfrentam dificuldades para realizar atividades do dia a dia e não conseguem manter as atividades laborais; bem como aumenta a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos e de incapacidade. Para Freud,¹⁰⁴ uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo.

“Uma roupa que estendo minha, endureço toda, desanimo.” (E6)

“Eu sinto dor, tenho vontade de fazer as coisas, mas não tenho disposição.” (E7)

“Sinto muita dor nos braços e não tenho força para trabalhar, eu caminho pouco, e quando caminho muito tenho falta de ar.” (E8)

Nos relatos, a sensação constante é de um profundo cansaço, acompanhado de desânimo para realizar as atividades, tais como trabalhar, é a ruptura dos laços sociais da pessoa afetada pela dor e um estado de ânimo marcado pela perda de força, o tom geral das narrativas aponta para um senso de perda do vigor que já se teve e se perdeu. Para Fédida,¹⁰⁹ sentir dor é informar ao ego sobre a existência de um corpo onde afloram sensações e emoções com possibilidade de descrição.

6.1.3 Binômio indivisível: dor e sofrimento

Qualquer pessoa, com dor quer saber qual é a origem do problema para desenvolver estratégias mais efetivas de como lidar com ela. As causas propostas pelas pacientes para as dores são várias e, segundo elas, pode acontecer que duas ou mais situações concorram para o aparecimento da dor. As mais citadas estão agrupadas no binômio fisiológico e psicológico. A fisiologia é um modelo simétrico do ser vivente, que nem sempre está relacionado à enfermidade, pois pode estar

presente em fenômenos biológicos normais, a exemplo do parto, climatério e velhice, como nas narrativas abaixo.

“Primeiro filho foi aquele forçado, terrível, foi o primeiro parto, foi fim do mundo, muito triste, e foi só esse mais complicado, foi o primeiro parto.” (E1)

“As dores nos peitos e parte inferior da coluna, inclusive a dor na face, tem a ver com climatério.” (E2).

“Dor da velhice, dor nas juntas.” (E5)

Todas as ameaças ou perigos, prescrições e proibições que os processos naturais acarretam são impostos, segundo Ferreira,¹¹⁰ no período de vida que decorre entre o nascimento e a velhice, sendo a dor uma tendência ao desarmônico, fato que, no humano, pode incorrer em alguns desacertos, ou em algumas incongruências, a saber, procedimentos de cura e diagnóstico como operações cirúrgicas e injeções.

“Depois daquela injeção, a ráqui, que a dor começou.” (E3)

“Na época foi parto, e tive muita dor desse parto e assim... Muita dor depois desse parto puxado a ferro, ficou mancha na minha coxa.” (E4)

“Acho que é o hipertireoidismo, diabetes.” (E7)

Nesses relatos, a etiologia da dor é atribuída à casualidade interna e externa. São as influências recebidas do externo (injeção, parto a fórceps) e em contraposto à interna relacionada a predisposições metabólicas. A dor, segundo Dourado et al.,¹¹¹ tem origem nas emoções vivenciadas na vida privada, o conceito de psicogênese refere-se a psicogenia, psicogenético, a origem psíquica. Etimologicamente, a dor psicogênica seria aquela em que, na origem, o estímulo psíquico estaria responsável por eliciar a dor.

Segundo Freud,¹⁰¹ é a transferência da sensação da dor para o domínio anímico (da alma).

“Nossa família não tinha respeito, nós fomos criados no sofrimento. Eu entrei em depressão, e o médico passou o remédio, pois a dor da alma é insuportável, incomoda, te perturba e afasta as pessoas de você.” (E4)

As narrativas apresentam a explicação da dor, a partir da angústia e ansiedade como afinidade indiscutível. Para Takadoro,⁹ de fato, sofrimento psíquico e físico se entrelaçam tanto na angústia quanto na dor; para Fleming,²⁵ é a dor que não se diz, que não tem palavras, parece indefinível, às vezes sente-se, mas não tem nome, e parece incompreensível. Em “Inibição, sintoma e angústia”, (1926) Freud¹⁰¹ vai relatar que o ego é a sede real da ansiedade denominada de ansiedade sinal, que antecipa uma situação perigosa, desorganizadora, e alerta para a necessidade de o eu se proteger.

“Um dos aspectos emocionais que me causou dor foi a ansiedade.” (E8)

“Explicar a dor não sei te falar, eu sei que toda dificuldade é um alerta psicológico, quando a gente tá bem psicologicamente não sente dor e diminui, quando não tá bem psicologicamente aumenta ao grau de dor, então tem mais a ver com a mente, mas a dor em si quando tá mal a gente sente.” (E9)

“Há uns três anos atrás eu tive um pouco depressiva e eu via que essa dor era causada por ela.” (E5)

Para McDougall,¹¹² a dor do corpo simbólico repercute no corpo biológico ou o contrário, e a resposta emocional do indivíduo à dor representa um evento ameaçador, é a ansiedade aguda a todas as reações fisiológicas que a acompanham. Para Burton et al.,¹¹³ a ansiedade aumenta o estado da dor, e, mais, os fatores psicológicos são prognosticadores fortes de inabilidade de longo prazo e dor. Enfim, o sofrimento psíquico e físico, segundo Leão,⁸ se entrelaçam tanto na angústia quanto na dor, que, inclusive, são usadas como sinônimos ou metáforas, por vezes líricas, pelos sofredores: a dor da angústia ou a angústia da dor.

6.1.4 Intervenções medicamentosas e práticas corporais

Um dos aspectos que chamou a atenção foi a prescrição medicamentosa, especificamente os psicofármacos como recursos mais utilizados na atenção primária. Conforme Nordon et al.,¹¹⁴ a maioria dos problemas de origem psicológica ou psicossocial é vista primariamente pelo clínico-geral, no atendimento primário.

“O clínico-geral me passou Fluoxetina... que eu não dormia.” (E 1)

O medicamento de certa forma busca um resultado rápido, ou seja, pode servir para silenciar o mal-estar da existência humana, a exemplo da tensão e as dores propriamente ditas. A virtude da terapêutica medicamentosa atende às exigências do estilo de vida moderno: pronta recuperação e um mínimo de desconforto.¹¹⁵

“Tomo um calmantezinho (medicamento), tomo Rivotril, foi a médica neurologista que passou, e Maracujina. Dorilax e Ibuprofeno uma vez ou outra, relaxante muscular de um dia para outro dá uma melhorada, e uso medicamento para aliviar a tensão.” (E2)

“Tomo Diazepan, Omeprazol. Tomo Diazepan, às vezes ataca problema de pressão e às vezes ataca problema psicológico. O medicamento é a chave.” (E4)

Essa concentração de sentidos no corpo leva a um intenso processo de medicalização. Conforme Tesser,¹¹⁶ são as duas faces da mesma moeda, pelas quais se incide sempre sobre o corpo como o foco do mal-estar, onde os psicofármacos se apresentam no registro do uso e prescrição pelos médicos.

“Tomo remédio controlado, o médico passou para mim o Rivotril, quando tô sentindo muita dor e insônia e ansiedade eu tomo.” (E6)

“Para aliviar a dor, tomo Paracetamol, Neosaldina e tomei durante muito tempo o Rivotril.” (E7)

Nessa perspectiva, as narrativas apresentam o medicamento como recurso principal, bem como sinalizam que a conduta mais frequente dos médicos em relação à dor sem explicação é a prescrição com benzodiazepínicos e antidepressivos, como coadjuvante da terapia analgésica.

“Ele passou Valium e tinha um outro que não me lembro o nome (...) a tomar uma caixa de Lorium. Nunca mais fiquei mal.” (E8)

“Tomei também Amitriptilina, mas não me dei bem; falei com Dr X que fiquei muito preguiçosa, e foi modificado para Diazepan. Eu só venho no médico quando acaba o Diazepan. Pego a receita aqui.” (E9)

As narrativas das mulheres apontam para uma sociedade de consumo de saúde, onde o medicamento é protagonista. Lefèvre¹¹⁷ pontua:

(...) sociedade de consumo de saúde é a sociedade onde a mercadoria saúde comanda. Nesta sociedade vive, hegemonicamente, a idéia de que a única possibilidade de ter saúde é consumir saúde. (...) Isto implica consumir remédios, consultas, exames, entre outras tantas mercadorias que simbolizam a saúde do ponto de vista desta sociedade.

“Tomo duas Fluoxetinas, estou desinchando, e as pessoas acham que o problema é do corpo, e não, é da mente.” (E1)

De certa forma o médico da atenção primária, segundo Tesser,¹¹⁶ acaba por combater os sintomas por meio de sedar a dor, pois não pode dar sentido ou interpretação satisfatória aos adoecimentos, queixas e sofrimentos não-enquadráveis na grade nosológica, o que acaba em medicalização, que, segundo Schraiber e Mendes Gonçalves,¹¹⁸ pode ser lida como apelo ao silêncio dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetividade.

Afora a medicação, outros recursos relatados são as terapias corporais, consideradas complementares, são mencionadas de diferentes maneiras: hidroginástica, massagem, caminhada que fazem parte da rotina atual das unidades primárias de saúde.

“Massagem de meu marido nas costas e pés ‘minha’ acalma, agora vem essas dores nas pernas, nos pés, nas pernas.” (E1)

“Caminhada, vou para hidroginástica e na água começa a mexer e melhorar e tem que tem uma esperança para dor tem muita gente com esse problema e u vou fazer o pilates.” (E6)

“Caminhada duas três vezes por semana.” (E7)

É necessário esclarecer que as “terapias corporais” fazem parte do campo das terapias “psi”. Russo¹¹⁹ afirma que a característica básica é a crença de que queixas e mal-estares normalmente classificados como “psicológicos” se localizam no corpo e devem ser tratados a partir de exercícios e atividades corporais.

6.2 Sentidos da dor para os homens

Em toda vivência de dor, é fundamental considerar a realidade humana como experiência subjetiva e individual que se inscreve num campo de significações. As experiências vividas pelos indivíduos, modo de ser, de sentir ou de agir, serão constitutivamente referidas à sociedade à qual pertencem principalmente quando dizem respeito ao universo masculino. Os homens foram convidados a refletir sobre a dor. Responder a essa pergunta foi difícil para a maioria deles. O significado atribuído á dor pelos homens é ordenado pela realidade apreendida na linguagem, nos repertórios e nas temáticas identificados como: dor com nome – sinal de alerta; experiência dolorosa real e negação da dor; concepção da dor causada por agente externo, emocional, profissional e individual; e autocontrole, medicina e práticas diversas.

6.2.1 Dor com nome: sinal de alerta

As nomeações elaboradas pelos entrevistados giraram em torno de um único eixo estruturante: sinal de alerta. A dor é um sinal de possível dano, Helman³⁵ afirma que a dor tem papel biológico fundamental e pode ser manifestada de forma involuntária e voluntária. Os depoimentos confirmam a dor como alerta, para

Angerami-Camon² é um sistema de alarme portentoso a sinalizar risco e um dos sintomas mais comuns da medicina, uma espécie de gatilho e estilhaços do patológico.

“A dor é um susto né?” (M8)

“A dor é um alarme quando o organismo não está bem.” (M9)

Para Leão,⁸ a dor será então a defesa, ou uma espécie de comunicação, para o desarmônico, sendo o modelo de harmonia a natureza. Então ao nomeá-la, a dor passa a ser útil, pois, segundo Von Uexkull,¹²⁰ constitui uma das mais poderosas indicações do corpo próprio (do homem e da espécie humana), cujo principal dever é prevenir as automutilações. Para Ramzy e Wallerstein,¹²¹ a dor é uma salvaguarda poderosa contra o instinto de agressão. Segundo Fleming,²⁵ a dor é um sinal que alerta o ego para um dano ou uma perda possível.

Outra nomeação é o termo incapacitante que interrompe a naturalidades dos fatos, o que marca a experiência da dor é a ruptura com a vida cotidiana, conforme relato abaixo.

“Dor... é a pessoa com... como se diz, não ter o mesmo sentido do movimento. Não poder fazer a mesma coisa que poderia fazer sem ela, estar desabilitada naquela hora, um ferimento, alguma coisa assim, dor de cabeça.” (M1)

“Então essas são as dores insuportáveis, né? E você tá sujeito, eu tô sujeito, qualquer um.” (M2)

No relato masculino a dor é relacionada ao sofrimento, considerado um estado de angústia vinculado à situação que os sujeitos percebem como ameaça à própria integridade, relacionado a componentes psíquicos e sociais, na forma como se sente e se vivencia. Milheiro¹²² diz que a dor física pode se transformar em dor moral e desta num sofrimento (ansiedade, tristeza).

*“Coisa ruim, algo que não desejo pra ninguém. Sofrimento né?
De uma certa parte!” (M3)*

“Tristeza né? Dor é angústia né? Um pouco de tristeza também!” (M4)

A dor é um elemento do constructo social, produzido socialmente e encarnado em situações particulares do mundo masculino, que, segundo Machin et al.,¹²³ tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco). Esse dado reforça conclusões de estudos sobre a invulnerabilidade como um dos eixos da construção da masculinidade.

Para Figueiredo,¹²⁴ essa invulnerabilidade está associada à dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois falar de problemas de saúde pode significar possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. O depoimento que segue é ilustrativo.

“Dor... eu não sei dizer, porque eu não sou de sentir dor! Agora, aquela mulher minha lá, ela que sente dor no corpo direto.” (M7)

O que se pode dizer é que cada ser humano é intérprete da própria dor com características específicas.

6.2.2 Experiência dolorosa real e negação da dor

A linguagem utilizada pelos homens para descrever a experiência com a dor refere-se a uma lesão tecidual e estímulo neurofisiológico nociceptivo associados a alterações anatômicas, cinesiológicas decorrentes de trauma, categoria que sintetiza a expressão da dor relacionada a questões físicas, apresentada em uma imagem exata para que possa ser compreensível para o ouvinte.

experiência dolorosa real e negação da dor

“Como cicatriz, muita quebra de braço!” (M1)

“Você pode ver que, quando você cai de uma certa altura, a dor é tanta que você não consegue assim... se locomover, você não consegue agir, porque a própria dor não permite, entendeu?” (M10)

“Eu graças a Deus quase não passo dor... às vezes tenho dor na cabeça e dor na coluna. Problema de coluna.” (M4)

“Teve uma vez que no trabalho eu mutilei um dedo, e dessa vez foi muita dor, e fiquei.... Eu tenho lembrança de dor só dessa vez. Foi forte!” (M3)

“Porque eu tô sentindo uma dor aqui atrás do ouvido, aqui ó! Dói o olho aqui e essa parte quase toda assim. Mas é todo dia, e às vezes dói o dia todo também e não passa.” (M5)

“Eu senti uma dor de cabeça no dia que fui tomar uma Benzetacil. Isso me causou uma dor danada. Se brincar ainda tá doendo (risos). Mas logo sarou!” (M7)

Não se pode esquecer que toda experiência individual se inscreve num campo de significações coletivas; segundo Gomes e Nascimento,¹²⁵ (2006), a dor elaborada pela figura masculina tem a ver com a noção de invulnerabilidade, o que dificultaria a verbalização das necessidades, pois a identidade social dos homens é elaborada nas relações sociais em que eles têm a representação da força e razão.

“Se eu disser que não sinto. Por isso eu tenho medo, porque o pessoal diz que quem não sente dor é que tá sujeito a morrer daqui pra li. Não sinto dor nenhuma. Graças a Deus! Não sinto dor nenhuma.” (M2)

“Não são dores muito fortes, não!” (M8)

“Esse negócio de dor assim é difícil. Dor nas pernas eu não tenho. Nem dor nas costas!” (M9)

Para Machin et al.,¹²³ no tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino.

“Pra dizer a verdade assim eu nunca passei por muita dor. É muito difícil sentir uma dorzinha no corpo. De cabeça mesmo não sinto dor nenhuma!” (M6)

O mundo social existe apenas ao se constituir como sentido para os indivíduos que nele vivem. E, dialeticamente, os indivíduos só constroem o significado das experiências (inclusive da dor) mediante as referências coletivas. Chama atenção o modelo de masculinidade que desqualifica e é negador, no caso dos homens, de determinados carecimentos do corpo.

6.2.3 Concepção da dor causada por agente externo, emocional, profissional e individual

Este terceiro recorte temático-processual aborda a diversidade de sentidos que a questão “dor” pode apresentar e como vão sendo narrado. As percepções elaboradas pelos entrevistados giram em torno de um eixo estruturante: a dor palpável – com significado socialmente impresso e revivificado e reatualizado ao indicar fronteiras sempre tensas e sempre densas materializadas no corpo. Os sentidos referidos pelos homens são bastante específicos: traumas, contusões e ferimentos decorrente de um agente externo.

“Dessa vez agora fui baleado, aí teve que fazer curativo a semana todinha aqui no posto.” (M1)

Essas opiniões exemplificam a relação da dor com algumas situações, a exemplo de acidente. É uma visão centrada sobre o improvável para os homens, sendo o próprio homem interpretado como uma *máquina* que sofreu danos e conseqüentemente a dor é justificada, a dor sinaliza quando algo não está bem. As demandas referidas pelos homens, segundo Schraiber et al.,¹²⁶ são bastante específicas.

“Bom, vou contar. Em 2009, eu sofri um acidente na estrada, na viagem. La quando foi na subida, um ônibus... o motorista deixou o carro descer, e o carro passou em cima das minhas pernas. Teve esmagamento.” (M5)

“O cavalo pisou e machucou! Mas já tá quase bom! Ah, eu tive uma tosse uma vez, e começou a atacar uma pneumonia aqui. Doía pra respirar só. Mas sarou.” (M7)

“A dor foi quando eu tive meu acidente né? Esse braço aqui é quase mecânico. Acidente de trabalho.” (M6)

“Eu fui fazer uma faxina na cantina da minha igreja, e eu coloquei uma escada e não coloquei o calço embaixo. Eu subi a primeira vez, aí desci, quando eu fui subir a segunda vez, ela desceu de uma vez. Aqui ó! (mostrou o pé esquerdo). Quebrei esses quatro dedos. Aí, ainda tá um pouco inchado olha. Então foi uma dor terrível.” (M10)

A intensa e irremediável dor, expressão do estado de desprazer presente nas experiências traumáticas, consiste na irrupção de uma estimulação excessiva e contínua e numa falha significativa dos mecanismos de proteção, sendo causadora de dano ao aparelho psíquico, a que os homens associaram a dor de forma minimizada.

“Eu não sei se é quando eu tomo muito café ou alguma coisa. Eu custo dormir, aí eu sinto assim como se fosse uma angústia meio ruim.” (M2)

“Olha só, teve um certo período, há uns três anos atrás eu tive um pouco depressivo. E essa depressão eu creio que foi, porque vindo dela, eu tive dores físicas.” (M3)

Na explicação da dor também estão envolvidos fatores de risco profissionais, Helfenstein Jr et al.¹²⁷ relatam que a dor envolve as movimentações e as posturas incorretas decorrentes das inadequações do ambiente de trabalho, das condições de funcionamento dos equipamentos disponíveis, bem como das formas de organização e de execução do trabalho. Vide relato abaixo.

“Se eu passar um dia sem movimentar o corpo, porque eu trabalho no pesado mesmo, aí eu vou trabalhar eu sinto uma dorzinha, mas é por causa do serviço, porque eu não tava acostumado.” (M7)

“Só muscular. Eu trabalho com carga. Trabalho descarregando mercadorias. Às vezes uma dorzinha no ombro.” (M8)

O espaço do trabalho ganha maior força de construção da identidade do homem.

A dor foi relacionada a fatores de riscos individuais, para Helfenstein Jr et al.,¹²⁷ os mais frequentes fatores de risco individuais são: idade, sexo, índice de massa corporal, desequilíbrio muscular, capacidade de força muscular, condições socioeconômicas e presença de outras enfermidades.

“Bom, eu acho que é pela idade e pelo desgaste dos ossos. Porque ele ataca mesmo no início né? Porque já teve crises né, mas hoje não. Hoje está normal, mas, se eu caminhar muito, sente aquela, assim... no joelho.” (M4)

“Porque às vezes o organismo reage em circunstâncias de desequilíbrio, né... às vezes a gente come mal, se alimenta mal... todas elas têm uma origem, elas não vêm por acaso. Ela se manifesta porque conforme eu já falei por razão de desequilíbrio do organismo.” (M9)

Das razões apontadas, o homem apresenta tendência de amenizar as necessidades de saúde de um corpo humano concebido como máquina.

6.2.4 Autocontrole, medicina e práticas diversas

Quando se perguntou “O que você faz quando você está com dor?” Foi evidenciado que, além do alcance do medicamento ou do chá, foram elencados alguns elementos importantes para o cuidado, como a atenção e o autocontrole. Em relação ao “itinerário do cuidado”, ficou evidente que a primeira opção se dá no autocontrole do sujeito e posteriormente por meio de uso de chás, ou remédios caseiros. Após essa fase, se a dor não passar, as pessoas procuram recursos institucionalizados de saúde na figura do médico e de medicamentos.

No relato abaixo, os recursos individuais convergem com a perspectiva cognitivo-comportamental, em que os indivíduos são processadores ativos do ambiente, ou seja, o autocontrole: que se refere a comportamento do usuário e é

exercido pela regulação da dor e pela adaptação entre o usuário e seu corpo, característica do *ethos* masculino.

“Eu me tranquilizo muito, eu não deixo... a dor tomar conta de você completamente, né? Tento relaxar o máximo e tal, mas não uso medicamentos, né?” (M1)

“Primeiro, não deixo a dor tomar conta de mim, tento fazer pensar menos nela. Quanto menos pensar nela menos dor eu sinto, é o que eu penso pra mim mesmo.” (M2)

Suportar a dor em silêncio, consoante Sarti (2001),¹²⁸ pode ser sinal de virilidade em certas culturas e principalmente entre os homens.

“Com a dor ninguém acostuma, mas que eu tinha que aprender a viver com ela na perna toda, então eu não... Às vezes eu conversando com vocês aqui e agorinha estava doendo, latejando, doendo, doendo, mas aprendi já conviver com ela.” (M5)

As falas corroboram o que Schraiber et al.¹²⁶ afirmam, que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com os sintomas. É o modelo hegemônico de masculinidade, de ser forte, capaz, confiável e ostentar controle.¹²⁹

O uso do chá é uma prática de cuidado que possui fortes marcas culturais. Para Kleinman,¹³⁰ o cuidado pode ser conduzido por meio do setor popular, subsistema de saúde que compreende principalmente o contexto familiar da doença e inclui também redes sociais, atividades comunitárias e orientações terapêuticas relacionadas a oferta de chás e outras receitas culturais.

“Às vezes também tem o chá de casa, e acaba passando.” (M3)

“Eu tomei os remédios. Tomei o que me ensinaram: remédio do mato! Os policiais que trabalhavam lá, porque lá tem um posto policial, e eles me ensinaram esse remédio: assa-peixe. Eu fazia o chá e bebia. Aí eu não tossi mais também e fiquei bom!” (M7)

O entrevistado também refere que se utiliza da homeopatia e terapias farmacológicas tradicionais, que Kleinman¹³⁰ sinaliza como lugar de arena profissional, constituída pela medicina científica, ocidental (ou cosmopolita) e pelas medicinas tradicionais profissionalizadas como a chinesa yunani, a indiana ayurvédica e a homeopatia.

“(...) Mas uso também homeopatia. Eu uso ‘Zigomelon’ (pronúncia semelhante), inclusive os médicos recomendam também, é um produto muito bom.” (M9)

Refere Balint¹⁴ que a droga mais utilizada na clínica-geral é o próprio médico, não existe nenhum tipo de farmacologia a respeito de tão importante substância. Por meio do médico se tem acesso a exames, medicamentos e efeitos terapêuticos.

“Os medicamentos são recomendados pelo médico, pela medicina, né? Porque os médicos têm conhecimento, né?” (M9)

“Às vezes eu já vim pra arrecadar medicamento pra um sintoma que eu tenho que é gastrite. Que é dor também: às vezes recorro aos analgésicos, né? Que pode ser Dipirona e esses outros. E acaba passando.” (M3)

“Fiz uns exames no hospital, lá e deu tudo normal. Legal!” (M4)

“Tomando remédio, eu tomo remédio de manhã cedo de jejum, tomo meio dia, tomo de noite. Eu não tomava nada disso. Quando eu tomo um Paracetamol, Dipirona ou alguma coisa, vai indo passa.” (M6)

“Eu fiz tratamento com médico!” (M8)

O tratamento médico é procurado em quase todos os relatos e traz para os informantes dois elementos de fundamental importância: 1) o médico é quem pode por meio de exame determinar a existência ou não de uma entidade patológica e localiza, no corpo do doente, a fonte do problema; e 2) é o médico que fornece os remédios destinados a curar ou manter sob controle o paciente.

7 RESULTADOS DA CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Neste capítulo se caracterizam as dores físicas e psíquicas em cada paciente analisado por sexo e faixa etária. Estudou-se, também, a relação entre o tipo de medicamento prescrito para cada paciente e sexo. Dos 571 indivíduos entrevistados, dezoito foram excluídos por não ter registro de dor, o que totalizou uma amostra de 553 pacientes durante o período de 2013-2014. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra por sexo, mulheres (61,6%) e homens (38,34%). Quanto à idade na tabela 2 houve predomínio na faixa entre 60 a 79 (35,08%) somado a ≥ 80 (4,34) corresponde a grupo da terceira idade que mais freqüentam o serviço da APS

Tabela 1 – Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	%
F	341	61.66
M	212	38.34

Tabela 2 – Distribuição por faixa etária

Categoria de Idade	Frequência	%
≤ 19	14	2.53
20-29	36	6.51
30-39	44	7.96
40-49	95	17.18
50-59	146	26.40
60-79	194	35.08
≥ 80	24	4.34

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos participantes quanto à dor física, ou seja, com descrição de uma entidade anatômica patológica no corpo. A frequência da dor nos pacientes em geral foi de 61,12%. Na Tabela 4, quando a variável é relacionada a sexo, observou-se predomínio maior entre as mulheres (41,77%). Na Tabela 5 tem-se a direção dessa associação, ou seja, a chance de uma mulher declarar que possui alguma dor física é 2,043 vezes (variando de 1.436 a 2.906 com 95% de confiança) a chance de um homem declarar que possui alguma dor física.

Tabela 3 – Distribuição de dor física

Queixa de dor física	Frequência	%
0	215	38.88
1	386	61.12

Tabela 4 – Distribuição de dor física por sexo

Sexo	1. Queixa de dor física		Total
	0	1	
F	19,89	41,77	61,66
M	18,99	19,35	38,34
Total	215	338	553
	Frequência		
	%	38.88	61.12 100.00

Tabela 5 – Razão de chances para queixa de dor física

Effect	Point estimate	95% Wald confidence limits	
Sexo F vs M	2.043	1.436	2.906

Nota: *odds ratio estimates*

A dor pode ser relatada em vários e diferentes locais do organismo humano. Na tabela 6 verificou-se que 36,39% dos pacientes apresentaram dores em apenas um local do corpo. Na tabela 7 as mulheres referiram dor com maior frequência em quatro ou mais locais do que os homens.

Na Tabela 8, apresenta-se associação significativa de independência para a dor e quantidades de locais de dor tem-se a direção dessa associação, ou seja, a *odds ratio* revela que as mulheres se queixam de dor em mais de um lugar que o homem, mantendo significância estatística.

Enfim, a chance de a mulher relatar que tem dor em maior quantidade de lugares no corpo é 3,10 vezes (variando de 2.133 a 5.137 com 95% de confiança) a chance de um homem narrar queixas em vários lugares do corpo. Na tabela 9 a faixa etária mais acometida fica entre 60- 79 anos (30,06%).

Tabela 6 – Distribuição de quantidade de locais de dor

Quantidade	Frequência	%
Nenhum local	2	0.59
Um local	123	36.39
Dois locais	68	20.12
Três locais	54	15.98
Quatro ou mais locais	91	26.92

Tabela 7 – Distribuição de quantidade de locais de dor por sexo

		Quantidade					Total
		Nenhum local	Um local	Dois locais	Três locais	Quatro ou mais locais	
Sexo		0.59	18.64	13.31	12.72	23.08	68.34
F	%						
M	%	0.00	17.75	6.80	3.25	3.85	31.66
		2	123	68	54	91	338
Total	Frequência						
	%	0.59	36.39	20.12	15.98	26.92	100.00

Tabela 8 – Razão de chances para quantidade de locais de dor por sexo

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo M vs F	3.310	2.133	5.137

Nota: *Odds Ratio Estimates*

Tabela 9 – Distribuição de categoria idade e quantidade de locais de dor

		Quantidade					Total
		Nenhum local	Um local	Dois locais	Três locais	Quatro ou mais locais	
categ_idade		0.00	2.37	0.30	0.00	0.00	2.66
≤19	%						
20-29	%	0.00	4.73	1.78	0.30	0.59	7.40
30-39	%	0.00	2.37	2.07	0.89	4.14	9.47
40-49	%	0.00	5.92	1.48	3.55	5.62	16.57
50-59	%	0.30	10.06	7.10	5.33	7.10	29.88
60-69	%	0.30	9.76	7.00	5.03	8.88	30.06
≥ 70	%	0.00	1.18	0.30	0.89	0.59	2.96
		2	123	68	54	91	338
Total	Frequência						
	%	0.59	36.39	20.12	15.98	26.92	100.00

Na Tabela 10 tem-se a distribuição da dor generalizada, que será denominada de dor psíquica, que na psiquiatria é conhecida por transtorno mental comum (TMC), caracterizado por falta de ar, dor nos nervos, mal-estar generalizado, insônia, queixas somáticas inespecíficas, dor de cabeça, pressão no peito, sem explicação clínica do ponto de vista médico.¹⁰ Observou-se que 32,42% dos entrevistados apresentam predomínio de dor no peito e falta de ar, seguida de 31,58% de dor nos nervos e por último mal-estar generalizado, com 27,37%. Verificou-se que 64% dos pacientes apresentaram dor nos nervos ou dor no peito e falta de ar. Na tabela 11, tem-se a distribuição da dor psíquica generalizada por sexo, nota-se preponderância de mulheres que apresentam alguma dor psíquica: 86,22% do total. O tipo de dor mais frequente entre as mulheres foi dor no peito e falta de ar. Na tabela 12 tem-se a distribuição da dor psíquica generalizada por faixa etária, nota-se predomínio de dor psíquica na faixa de 50-59 anos, representando 30,48% do total.

Tabela 10 – Distribuição da dor psíquica generalizada

Tipo_ de dor	Frequência	%
Nos nervos	150	31.58
No peito e falta de ar	154	32.42
Mal-estar generalizado	130	27.37
Outros	41	8.63

Tabela 11 – Distribuição de sexo por dor psíquica

	tipo_dor				Total
	Dor nos nervos	Dor no peito e falta de ar	Mal-estar generalizado	Outros	
Sexo	27.35	27.97	23.59	7.31	86.22
F %					
M %	4.18	4.38	3.76	1.46	13.78
Total Frequência	151	155	131	42	479
%	31.52	32.36	27.35	8.77	100.00

Tabela 12 – Distribuição de categoria dor psíquica por idade

	Dor nos nervos	Dor no peito e falta de ar	Mal-estar generalizado	Outros	Total
categ_idade	0.42	0.21	0.21	0.21	1.04
≤19 %					
20-29 %	1.67	1.67	1.67	0.84	5.85
30-39 %	2.92	3.34	2.92	0.42	9.60
40-49 %	8.98	9.19	7.10	3.34	28.60
50-59 %	10.02	10.02	8.14	2.30	30.48
60-79 %	7.31	7.31	6.67	1.46	22.76
>=80 %	0.21	0.63	0.63	0.21	1.67
Total Frequência	151	155	131	42	479
%	31.52	32.36	27.35	8.77	100.00

Utilizando o teste qui-quadrado de independência, identificou-se associação significativa de independência para a dor psíquica por sexo. Na Tabela 13 tem-se a direção dessa associação, ou seja, a *odds ratio* revela que as mulheres relatam mais dor psíquica que o homem, mantendo significância estatística. A chance de uma mulher declarar que possui alguma dor psíquica é 5,763 vezes (variando de 3.560 a 9.331 com 95% de confiança) a chance de um homem declarar que possui alguma queixa com característica de dor psíquica.

Tabela 13 – Razão de chances para dor psíquica por sexo

Effect	Point Estimate	95% Wald confidence limits	
Sexo M vs F	5.763	3.560	9.331

Nota: *odds ratio estimates*

Quanto à distribuição no uso de medidas terapêuticas farmacológicas, o mais citado na tabela 14 foi Ibuprofeno (anti-inflamatório) com 22,88%, seguido de paracetamol (22,61%), psicofármacos (antidepressivo e benzodiazepínico) com 16,96% e Omeprazol (15,21%). O que chama atenção nas medidas farmacológicas é a presença de psicofármacos.

Quando relacionados sexo e medicamento, na tabela 15 identifica-se que as mulheres utilizam todos os medicamentos para analgesia quando comparadas aos homens.

Tabela 14 – Distribuição de prescrição de medicamento

Tipo_remed	Frequência	%	Cumulative Frequência	Cumulative %
Omeprazol	113	15.21	113	15.21
Paracetamol	168	22.61	281	37.82
Psicofármacos	126	16.96	407	54.78
Ibuprofeno	170	22.88	577	77.66
outros	166	22.34	743	100.00

Tabela 15– Distribuição de prescrição de medicamento por sexo

Sexo		Tipo_remed					Total
		Omeprazol	Paracetamol	Psicofármacos	Ibuprofeno	outros	
F	%	12.38	17.09	14.94	17.50	14.00	75.91
M	%	2.83	5.52	2.02	5.38	8.34	24.09
Total	Frequência	113	168	126	170	166	743
	%	15.21	22.61	16.96	22.88	22.34	100.00

Os medicamentos apresentados surgiram com base na prescrição no momento da consulta. López-Picazo et al.¹³¹ relatam que Ibuprofeno, Paracetamol e Omeprazol estavam entre os dez medicamentos mais prescritos em um estudo realizado na atenção primária da região da Múrcia (Espanha). No estudo aqui apresentado, a presença de Ibuprofeno, Omeprazol, psicofármacos e Paracetamol são realidades, daí a necessidade de investigação dos principais medicamentos por sexo.

Tabela 16 – Distribuição de Paracetamol por sexo

	Paracetamol		Total
	0	1	
Sexo	38.48	23.05	61.52
F %			
M %	31.03	7.44	38.48
	383	168	551
Total	Frequência		
			%
	69.51	30.49	100.00

Na tabela 16, um número significativo de usuários teve prescrito o Paracetamol (23,05%) entre o sexo feminino. Na Tabela 17 identificou-se associação entre prescrição do Paracetamol e sexo, ou seja, a *odds ratio* revela que o paracetamol tem mais chance de ser prescrito para as mulheres, mantendo significância estatística.

Tabela 17 – Razão de chances para prescrição de paracetamol

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo F vs M	2.499	1.665	3.748

Nota: *odds ratio estimates*

Na tabela 18 o sexo feminino (23,59%) obteve mais prescrição de Ibuprofeno se comparado ao masculino. Na tabela 19, identificou-se associação entre prescrição de Ibuprofeno e sexo, ou seja, a *odds ratio* revela que Ibuprofeno tem mais chance ser prescrito entre as mulheres, mantendo significância estatística.

Tabela 18 – Distribuição de prescrição de Ibuprofeno por sexo

	Ibuprofeno		Total
	0	1	
Sexo	37.93	23.59	61.52
F %			
M %	31.22	7.26	38.48
	381	170	551
Total	Frequência		
			%
	69.15	30.85	100.00

Tabela 19 – Razão de chances para prescrição de Ibuprofeno

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo F vs M	2.675	1.779	4.021

Nota: *odds ratio estimates*

A tabela 20, do total de usuários para o qual foi prescrito o medicamento Omeprazol, apresentou 16,70%, com predominância entre as mulheres. Na tabela 21 identificou-se associação entre prescrição do Omeprazol e sexo, ou seja, a *odds*

ratio revela que o Omeprazol tem mais chance de ser prescrito para mulheres que homens.

Tabela 20 – Distribuição de prescrição de Omeprazol por sexo

	3. Omeprazol		Total
	0	1	
Sexo	44.83	16.70	61.52
F %			
M %	34.66	3.81	38.48
		438	113
Total			551
	Frequência		
	%	79.49	20.51
			100.00

Tabela 21 – Razão de chances para prescrição de Omeprazol

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo F vs M	3.387	2.034	5.642

Nota: *odds ratio estimates*

A tabela 22 apresenta que a prescrição para psicofármacos (benzodiazepínicos e antidepressivos) foi maior para mulheres (20,15%) que homens (2,72%). Na Tabela 23 identificou-se associação entre prescrição de psicofármacos e sexo, ou seja, a *odds ratio* revela a chance de psicofármacos ser mais prescrito para as mulheres que homens.

Tabela 22 – Distribuição de psicofármacos por sexo

	3. Psicofármacos		Total
	0	1	
Sexo	41.38	20.15	61.52
F %			
M %	35.75	2.72	38.48
		425	126
Total			551
	Frequência		
	%	77.13	22.87
			100.00

Tabela 23 – Razão de chances para prescrição de psicofármacos por sexo

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo F vs M	6.394	3.609	11.327

Nota: *odds ratio estimates*

Na amostra, 18,91% das mulheres e 11,27% dos homens tiveram prescrição de outros medicamentos, sendo que para o sexo feminino houve mais prescrição, vide tabela 24. Na Tabela 25 não foi identificada associação entre prescrição de outros medicamentos por sexo.

Tabela 24 –Prescrição de outros medicamentos por sexo

		Outros		Total
		0	1	
Sexo		42.55	18.91	61.45
F	%			
M	%	27.27	11.27	38.55
		384	166	550
Total	Frequência			
	%	69.82	30.18	100.00

Frequência Missing = 1

Tabela 25 – Razão de chances para prescrição de outros medicamentos

Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Sexo F vs M	1.075	0.739	1.565

Nota: *odds ratio estimates*

8 DISCUSSÃO DOS SENTIDOS DA DOR

A discussão será orientada em função de três leituras. Na primeira, analisa-se a nomeação da dor entre homens e mulheres. Numa segunda leitura, discutem-se as diferenças existentes entre a descrição e a explicação da dor entre homens e mulheres. Por último, analisa-se a escolha de recursos terapêuticos utilizados para lidar com a dor tendo em conta o sexo.

Um primeiro ponto a ser destacado é que a nomeação da dor para homens e mulheres se cria a partir de uma trama de eventos que envolve o campo corpóreo e anímico, as clivagens de gênero instituem formas muito distintas de nomear a dor. Para as mulheres, privilegia-se a subjetivação do sofrimento expresso pelo gesto ou pela linguagem que formam e que, enfim, dão as características de uma dor geradora de angústia (ou sendo ela a própria angústia), inaudita, intraduzível, inexprimível e perturbadora – segundo Fleming,²⁵ é um sofrimento psíquico, uma dor mental que convoca silêncios, impressões, gestos corporais, coisas que estão lá. Para Nasio,¹³⁵ diante da dor o eu fica impotente, o que aparece como ansiedade, tristeza, desconforto, perturbação, sofrimento moral e depressão.

Os homens preferem nomear a dor de forma mais descritiva, supostamente objetiva, perante o próprio discurso, quando sinalizam que a dor é um sinal de alerta, de desequilíbrio. Leão⁸ afirma que a dor é uma tendência ao desarmônico e pode ser incapacitante, principalmente quando diz respeito ao trabalho, que representa a mais substantiva identidade do homem. Segundo Nardi,¹³³ o trabalho agrega atributos e funções morais como ser provedor do lar, bom marido e pai e garante a identidade masculina; e a admissão da necessidade de assistência médica poderia pôr em risco o próprio emprego.

Numa segunda leitura, discutem-se as diferenças existentes entre a descrição e a explicação da dor entre homens e mulheres. Na descrição, as mulheres relatam a dor como difusa e indiferenciada no corpo, que provoca interrupção nas tarefas domésticas. Uma sintomatologia aparentemente física, que segundo Duarte¹¹⁰ acompanha sintomas morais, como tristeza, esgotamento, crises de choro e nervoso. A dor é um sintoma, segundo Vicent,¹³⁴ frequente em condições como cólon irritável, dor pélvica crônica e fibromialgia, e com frequência está presente sem patologia demonstrável, condições altamente prevalentes nas mulheres. Para

Palmeira et al.,¹³⁵ as mulheres relatam dor mais intensa, episódios mais frequentes, mais difusos anatomicamente e mais duradouros do que os homens, com impacto no desempenho das tarefas domésticas. É bom salientar que, apesar das mudanças das relações de gênero ao longo do tempo em estudos recentes, as entrevistadas apresentaram nos discursos características dos antigos modelos de mulher.

Quanto à explicação da dor, os depoimentos relataram relação diferenciada entre dor e sofrimento. Sendo a dor associada ao desenvolvimento fisiológico normal a exemplo da fase folicular do ciclo menstrual, velhice, menopausa e parto. As diferentes etapas do ciclo biológico, o nascimento, o crescimento e o envelhecimento, assim como a menarca, a gravidez e a menopausa para as mulheres, todos esses processos tendem a ser ritualizados nos ritos de passagem (segundo estudo de Van Gennep¹³⁶) e, como qualquer experiência humana, estão recheados de dores, que podem ser compartilhadas em significado como realidade coletiva. Para Kreeling et al.,¹³⁷ esse é um argumento que sugere que fatores biológicos podem interferir com maior frequência de dor entre as mulheres.

E o sofrimento está relacionado com o aparelho psíquico retratado por ansiedade, angústia. Essa divisão entre dor e sofrimento, método que tenta pôr ordem e objetividade ao fenômeno doloroso, determina aquilo que seria “verdadeiro”, fisiológico e incontestável nesse desconforto — a dor — e põe em suspeita o *modus vivendi*, a singularidade do indivíduo, que porventura venha a construir um fenômeno que não obedeça com linearidade a esse sintoma tão comum na medicina — o sofrimento, que retrata a perspectiva psíquica.⁸

Na maioria dos manuais de medicina, pode-se encontrar a dor sob a égide de um desconforto, desprazer ou injúria, reconhecida conscientemente pelo indivíduo através de um estímulo nociceptivo corporal. O sofrimento, de acordo com Harrison,¹³⁸ cuja consequência direta “(...) seria a resposta afetiva comportamental ou emocional”.

O homem relaciona a dor como experiência real, assim como paradoxalmente nega a dor. Desse modo, a dor cabe dentro de uma perspectiva somática, concreta e real, obedecendo a uma organização sensório-neuronal preestabelecida ou predeterminada, exemplo das cicatrizes marca social e concreta inscrita no corpo. A dor é descrita como experiência objetiva, onde há menção a quebra de braço, injeção, ou seja, um padrão de masculinidade. De acordo com Schraiber et al.,¹²⁶ as demandas referidas pelos homens são bastante específicas: dores, febres ou

contusões e ferimentos, reforçando a dimensão simbólica produzida e partilhada socialmente.

Mesmo inseridos em contextos sociais diversos, a descrição dos usuários sobre a dor se aproximam, embora não negue, que os homens têm dores, destacam a minimização das dores e em alguns momentos até a negam. Conforme Figueiredo,¹²⁴ o homem tem dificuldade de verbalizar o que sente, pois falar de problemas de saúde pode significar possível demonstração de fraqueza perante os outros, por isso os homens minimizam as dores, às vezes a dor não se sente, está ainda num lugar longínquo e eles a negam e não toleram sequer que a palavra dor seja pronunciada.

As explicações elaboradas pelos entrevistados giram em torno de dois eixos estruturantes: dores provocadas por agentes externos ao organismo com lesão tecidual e dor resultante do processo de trabalho.

A dor desempenha função central no processo de percepção do próprio corpo, dor localizável, identificada com lesão tecidual, as dimensões físicas afetam mais os homens.¹³⁵ A dor pode ser resultante de esforços em atividades laborativas. O trabalho ocupa não apenas o espaço da empresa, mas toda a vida da pessoa. A organização do trabalho constituiu uma nova tecnologia de submissão e disciplinarização do corpo, geradora de exigências fisiológicas, até então desconhecidas, especialmente exigências de tempo e ritmo de trabalho, que pode ocasionar dores devido a um processo patológico.¹³⁹

Os homens relatam que as dores em algum momento foram originadas das emoções, entretanto apresentada de forma simplificada; do que se infere que parece que o homem não deve evidenciar aspectos de sua subjetividade, possivelmente isso pode significar demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros.¹²⁴

A escolha de recursos terapêuticos utilizados para lidar com a dor tendo em conta o sexo de pertença chama atenção, pois as mulheres utilizam a medicação, em especial psicofármacos, de forma mais intensa. As intervenções terapêuticas se resumem ao uso de psicofármacos. Existem relatos de algumas experiências de outra natureza, mas todas entendidas como infrutíferas, gerando o entendimento que, no final, a medicação produz melhores resultados do que os demais tipos de intervenção. Para Palmeira et al.,¹³⁵ as dimensões psicológicas influenciam bastantes as mulheres. Mas será que não estará ocorrendo uma patologização do

comportamento feminino? A mulher nos estudos de Freud no século XIX era vista como alguém que não conseguia controlar sentimentos e pensamentos, era conhecida pelos excessos; e a pergunta que fica com o estudo é se a prescrição de psicofármacos não deságua na patologização do comportamento feminino? Que deve ser constantemente controlado. Nessa perspectiva, a mulher era vista como alguém incapaz de controlar e pensamentos, podendo facilmente transformar-se em histérica, invadida por fonte de angústia. Daí a contenção química.

Interessante destacar que chama atenção nas narrativas, seja de homem, seja de mulher, termos como tristeza, nervoso, angústia, depressão, ansiedade e outros. A tristeza alude a uma experiência subjetiva que faz parte da cultura de qualquer agrupamento humano. Não dá para imaginar um agrupamento sem tristeza, não existe um mundo onde a tristeza seja erradicada. A tristeza alude ao estado da alma que pode transformar-se em angústia e depressão.

Todavia, é importante ressaltar que a angústia prolifera para a existência humana, ou seja, homens e mulheres constituindo um tempo de desesperança que Roudinesco¹⁴⁰ chama de “sociedade depressiva”, justificando inúmeros tratamentos farmacológicos de depressão, ansiedade e das angústias que a sociedade lhes atija.

O medicamento é parte dessa sociedade, que, por meio de significados simbólicos, também produz necessidades de consumo que devem incorporar os bens que são produzidos em escala crescente,¹⁴¹ ficando evidente no cotidiano da atenção primária como recurso terapêutico.

Este estudo permitiu identificar que homens e mulheres utilizam estratégias diversificadas ao lidar com a dor. Enquanto os homens utilizaram estratégias centradas nos aspectos físicos, objetivando desenvolver o autocontrole e ampliar mecanismos capazes de otimizar a tolerância e minimizar a sensação dolorosa, as mulheres investiram energia nos aspectos emocionais, elevando os níveis de ansiedade, o que contribuiu para que maior intensidade de dor fosse assim referida,¹⁴² e o uso de psicofármacos fosse necessário.

As distintas estratégias para lidar com a dor levam a considerar a teoria do posicionamento,¹⁴³ em que a noção de identidade remete a lugares assumidos e negociados entre interlocutores, adquirindo forma e sentido nas conversações. Embasada numa perspectiva da linguagem como prática social, as conversações são constituídas por posicionamentos negociados na interação, gerando

consequentemente ações. Assim, a noção de identidade passa a ser tomada como dependente das posições assumidas nas práticas discursivas, sendo, portanto relacional, mais fluida e múltipla.

Os homens, por exemplo, ao responder prontamente às questões advindas sobre dor, se posicionam inicialmente como o usuário que tem controle sobre as emoções e o corpo, ao ganhar espaço para se expressar nas entrevistas são posicionados como usuários que respondem a uma hierarquia médica passando a legitimidade do saber para o médico. Durante o processo, o usuário masculino traz a presença de outras vozes, outros sentidos terapêuticos no lidar com a dor, quando refere ajuda de outras pessoas capazes de prover ajuda terapêutica, construindo outras possibilidades na relação de recursos diante da dor.

Os estudos limitam-se a supor que as mulheres utilizam mais psicofármacos, (prescritos), e os homens relatam mais autocontrole, o que contribui para mantê-los por mais tempo afastado do tratamento médico. Ignora-se que a trajetória percorrida pelo paciente desde o momento em que a dor começa a se mostrar problemática até a busca de ajuda institucional (médica ou não) não é linear, ao contrário, mostra-se frequentemente um labirinto com muitas idas e voltas que não foram relatadas na pesquisa.

Por fim, vale mencionar que o estudo apresenta limite, sobretudo no que se refere a pontos que ficaram de fora devido ao volume de informações presentes nas entrevistas.

8.1 Discussão da caracterização da dor

Na pesquisa foi encontrada predominância de queixa de dor nos usuários femininos atendidos na atenção primária, todavia vale ressaltar que os estudos são sempre complexos, dor é, segundo a Iasp,¹⁴⁴ uma “(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano”, conceito que imprime caráter subjetivo às queixas dos usuários.

No presente estudo, deve-se levar em consideração a diferença que existe entre a presença maciça de mulheres (61,66%) em comparação à presença menor de homens nos serviços de saúde. Diferencial que se explica em parte pelas

variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros. Outro fator apontado é o maior interesse das mulheres com relação à própria saúde,^{145,146} o que não quer dizer que o homem não tenha interesse pela saúde. Para Knauth et al.,¹⁴⁷ a ausência ou a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde sinaliza uma inadequação entre as necessidades e/ou expectativas de saúde dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, particularmente dos serviços de atenção básica à saúde, para atendimento de suas necessidades, ou seja, o serviço está organizado para programas femininos, e a figura masculina tem sido pouco contemplada.

Os resultados obtidos mostraram percentual alto de queixas de dor física, assim como relatado por uma série de outros estudos sobre o assunto.^{148,149}

A sintomatologia apresentada por esses pacientes frequentes é caracterizada como sofrimento somático relacionado ao modelo biomédico.¹⁵⁰

Dos 553 pacientes entrevistados, 61,12% procuraram os Centros de Saúde por estar sofrendo com algum tipo de dor. Na pesquisa, houve maior percentual de queixa de dor física em mulheres, o que está em concordância com a maioria dos estudos epidemiológicos sobre o assunto. A mulher sofre mais com a dor, possivelmente por problemas hormonais e psicológicos.¹⁵¹

Estudo realizado na Alemanha com 900 participantes atendidos em serviços de saúde revelou que as mulheres sofriam dor crônica duas vezes mais que os homens.¹⁵² Os dados sobre o percentual de dor dos homens em relação às mulheres indicam que a explicação desse fenômeno passa também por uma questão de gênero, em que homens e mulheres sob efeito de elementos culturais distintos desenvolvem padrões de comportamento diferentes com relação aos autocuidados com a saúde.¹⁵³

A dor entre as mulheres expressou-se significativamente para a idade, quanto maior a idade, maior a ocorrência de dores.¹⁴⁸ Neste estudo, a faixa etária mais atingida pela dor foi a população idosa, entretanto, na dor psíquica, a faixa etária entre 49 a 59 anos foi a mais frequente, coincidentemente a faixa de transtornos hormonais decorrentes da menopausa. Em geral, as diferenças de gênero são mais acentuadas entre os 50 a 64 anos e se reduzem a partir dos 65 anos.¹⁴⁶

A análise de queixas de dor psíquica também teve significância estatística quando relacionada a sexo, ou seja, as mulheres apresentam mais chance de

queixas psicológicas que o homem. Essa associação foi detectada por Eide et al.¹⁵⁴ na década de 1980, quando fizeram referência à associação de mulheres com queixas psicológicas.

Quanto à medicação, os resultados situam a utilização predominante de Ibuprofeno e Paracetamol que coadunam com estudo recente sobre medicamento na atenção primária, que incluem primeiro o Ibuprofeno (13,3%) e em segundo o paracetamol (9,5%) como os medicamentos mais prescritos.¹⁵⁵

A utilização de psicofármacos (benzodiazepínicos e antidepressivos) mostrou-se mais predominante no sexo feminino, resultado que se assemelha ao encontrado no estudo de Lima et al.¹⁵⁶ Este estudo confirma a ocorrência de uso de psicofármacos na atenção primária, composto basicamente pelo sexo feminino, que busca o efeito antidepressivo e ansiolítico. Corroborando com a literatura internacional, há altas taxas de dispensação de psicofármacos entre a população adscrita nas unidades de saúde: 8% a 10% em uso de antidepressivos e 7,5% em uso de benzodiazepínicos.¹⁵⁷

É importante observar que, quanto ao uso de benzodiazepínicos, Bernik¹⁵⁸ sinaliza que a maioria dos pacientes (85% a 90%) com essa prescrição não a recebe de um profissional de saúde mental, mas de um clínico-geral. O estudo aqui apresentado confirma o que Santos¹⁵⁷ verificou, que, mesmo em países com grande número de recursos de médicos psiquiatras à disposição, vive-se o problema de altas taxas de medicalização em populações que não apresentam diagnósticos psiquiátricos estabelecidos.

Embora este estudo tenha evidenciado alguns aspectos importantes em relação à queixa da dor sentida pelos pacientes, sua relevância fica diminuída, pois representa a realidade de uma amostra circunscrita, cujos dados não podem ser facilmente extrapolados para um cenário nacional que engloba pacientes de localidades geográficas diversas da analisada. Outra limitação é que não foi objetivo do estudo verificar diagnóstico, fisiopatologia e o tratamento da dor dos pacientes incluídos na pesquisa, o que enriqueceria os resultados e a discussão, levantando novos aspectos sobre tema tão significativo.

Esta pesquisa também indica que a limitação do estudo está relacionada à pouca presença de homens no serviço de saúde, o que pode ser considerado um viés da pesquisa, Alves et al.¹⁵⁹ afirmam que o homem vai menos aos serviços de saúde, atitudes que se justificam mais pelo caráter cultural.

Apesar das limitações do estudo, é importante salientar que são necessárias novas maneiras de abordar essa problemática na APS que considerem as condições psicossociais, valorizem a escuta e envolvam a rede de atenção à saúde com todos os seus dispositivos.

9 CONCLUSÃO

O estudo atingiu os objetivos ao demonstrar que os sentidos atribuídos à dor estão relacionados a um não-dito à procura de ser dito, um indivisível, entre o binômio somático e psíquico, tanto entre homens quanto em mulheres. Apesar de mulheres e homens poderem ter relação com a dor similar, o fato de enfrentarem diferentes circunstâncias na APS leva-os, freqüentemente, a tomar decisões distintas devido ao seu repertório de opções, que nos homens o marcador é o autocontrole e nas mulheres os psicofármacos são recursos terapêuticos constantes.

Os resultados evidenciaram que o predomínio de queixa de dor física, psíquica e prescrição medicamentosa nos usuários da atenção primária tem marcante associação com sexo. O predomínio de queixa de dor é eminentemente feminino, e a medicação é o recurso principal.

A utilização de dois métodos facilitou a complementaridade, confrontado os resultados quantitativos com os construtos narrativos coletados nas entrevistas. Tanto nas narrativas dos usuários quanto na caracterização, as mulheres são protagonistas na utilização dos serviços de atenção primária e de seus recursos terapêuticos médicos, a exemplo dos psicofármacos, assim, é necessário promover o debate por um uso racionalizado de medicamentos. Todavia, vale ressaltar que numa situação em que a mente não aceita a dor e os conflitos, tanto para homens quanto mulheres, o corpo irá responder de forma implacável falando ou calando.

10 RECOMENDAÇÕES

A dor quando chega irrompe, rompe o tecido das palavras, emite sons a exemplo de dor aguda, ou surda, as que falam e as que calam, é uma linguagem em busca de reconhecimento, e de alguém que as escute, uma linguagem que contenha as palavras e as torne suportáveis para que possam ser ouvidas. Recomenda-se que outros estudos investiguem a dor na atenção primária buscando identificar fatores psicossociais para minimizar complicações ligadas à existência humana, bem como para criar alternativas de cuidado considerando o gênero e construir outras intervenções terapêuticas alternativas que promovam a reconstrução das condições psicossociais do sujeito e favoreçam a tessitura do tecido psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ¹ Moraes TPA. Clínica geral. Revista RBM, v.67, 2010, p.1.
- ² Angerami-Camon VA (org.). Psicossomática e a psicologia da dor. São Paulo: Thomson Pioneira, 2012.
- ³ Leriche, R. Chirurgie de la douleur. Paris. Masson, 1949.
- ⁴ Holtz, VV; Stechman J Neto. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. Revista Dor, São Paulo, n.2, p.1217- 1224.2008.
- ⁵ Dal Ponte ST, Machado A, Dutra APG, et al. Dor como queixa principal no serviço de Pronto- Atendimento do Hospital Municipal de São Pedro do Sul- RS Rev Dor 2008; 9 (4): 1345-9.
- ⁶ Von Korff A, Dworkin S, Leresche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain 1990; 40: 279-91.
- ⁷ Von Korff A, Dworkin SF, Leresche LA, et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain, 32: 173-83, 1988. .
- ⁸ Leão MCS. A dor como metáfora da unidade: o Diálogo Analítico entre o Corpo e a Psique. Universidade Católica de Pernambuco. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Mestrado em Psicologia Clínica. Recife, 2002.
- ⁹ Takadoro, D. C. Transtornos Mentais na atenção primária: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. Monografia de especialização. Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba – Minas Gerais, 2012.
- ¹⁰ Fonseca. M. L. G. Sofrimento Difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: Vasconcelos, E. M. Abordagens Psicossociais. Volume II. Reforma psiquiátrica e Saúde Mental na ótica. São Paulo: Hucitec, 2006.

- ¹¹ Lipowski Z. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*.1988 Nov; 145(11):1358-68.
- ¹² Neubern MS. Psicoterapia, dor & complexidade: construindo o contexto terapêutico. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online].2010, vol.26, n.3 [cited 2015-02-19], pp.515-523. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300014>.
- ¹³ Michaelis. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.
- ¹⁴ Balint, M. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 1988.
- ¹⁵ Guimarães, S. Introdução ao estudo da dor. In. CARVALHO, M. M. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Summus, 1999.
- ¹⁶ Basbaum AI, Batista DM, Scherrer G, et al. Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell* 2009; 139 (2): 267-84.
- ¹⁷ Rocha APC, Kraychete DC, Lemonica L, et al. Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central. *Rev Bras Anesthesiol* 2007; 57 (1): 94-105.
- ¹⁸ Bonica JJ. *Definitios e taxonomy of pain. The managemment pain. Vol. I* Lea e Febiger. Philadelphia, 1990.
- ¹⁹ Rey R. *The history pain*. Harvad University, Cambridge, 1995.
- ²⁰ Descartes R. *De homine—figuris et latinitate donatus florentio schuyll*. Leiden/Germany: Leffer & Moyardus, 1664.
- ²¹ Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979 1965.
- ²² Carvalho, M. M. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Summus, 1999.
- ²³ Melzack R, Wal PD. *The challenge of pain*. London: Penguin, 1991.

- ²⁴ Horny S, Munafo M. Theories of pain. Pain Theory research and intervention open. University, Buchingham, 1997.
- ²⁵ Fleming, M. Dor sem nome. Pensar o sofrimento. Porto/Portugal: Afrontamento, 2003.
- ²⁶ Ferreira, A. B. Novo dicionário da língua portuguesa. São Paulo, 2006.
- ²⁷ Serra CJ, Quiles CB. Antiepiléticos no controle da dor neuropática. Madrid, Médico panamericana. Unidade da dor neuropática e lesões dos nervos. Barcelona, 2003.
- ²⁸ Figueiró JÁ. A dor. São Paulo: Pubifolha.2000.
- ²⁹ Teixeira MJ, Shibata MK, Pimenta CAM et al. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. In: Teixeira MJ, Corrêa CF, and Pimenta CAM, organizadores. Dor: conceitos gerais. São Paulo (SP): Limay; 1995.
- ³⁰ Puntillo K. The phenomenon of pain and critical care nursing. Heart& Lung, v.17, n.3, may.1988.
- ³¹ Jessel TM, Kelly DD. Pain and analgesia. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of Neural Science. United States of America: Appleton & Lange, cap.27, p.385-99, 1991.
- ³² Peschanki, M. Biologia da dor. L e PM, Porto Alegre, 1987.
- ³³ Le Breton, D. Anthropologie de La douleur. Paris: Ed. Métailié, 1995.
- ³⁴ Schneider, D. American kinship: a cultural account. New Jersey: Prentice Hall, 1968.
- ³⁵ Helman C, G. Cultura, saúde e doença.4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- ³⁶ Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e cultura. In: Carvalho, M. M. M. J. de (org.) Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo, Summus, 1999. p.159-73.
- ³⁷ Koury, MGP. A Dor Objeto de Pesquisa Social. Ilha. Florianópolis. n.0, outubro de 1999, p.73- 83.
- ³⁸ Mello Filho, Julio de. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

- ³⁹ Melzack R. The puzzle of pain. New York: Penguin, 1973.
- ⁴⁰ Freud, S. A interpretação dos sonhos, IV standard Brasileira. Rio de Janeiro Imago.1900.
- ⁴¹ Freud, S. O ego e o id. In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- ⁴² Pontalis JB. Entre o sonho e a dor (Cláudia Berliner, trad.). Aparecida, SP: Ideias & Letras (Coleção Psicanálise Século I), 2005.
- ⁴³ Freud, S. Projeto para uma psicologia científica. Em Obras Completas: vol. I (pp.381-512). Rio de Janeiro: Imago, 1980a (1895 original).
- ⁴⁴ Freud, S. Projeto para uma psicologia científica. Luto e Melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas: v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Trabalho original publicado em 1950-[1895])
- ⁴⁵ Freud, S. Formulação sobre dois princípios do funcionamento mental. Standard Brasileira. Rio de Janeiro Imago.1911.
- ⁴⁶ Freud, S. Luto e melancolia. Standard Brasileira. Rio de Janeiro Imago.1917.
- ⁴⁷ De Bont LG, Dijkgraaf LC, Stegenga B. Epidemiology and natural progression of articular temporomandibular disorders. Oral. Surg. Oral med. Oral pathol. Oral radiol, endod, volume, 83, 72- 76.1997.
- ⁴⁸ Deyo RA. Low-back pain. Sci Am.1998; 279 (2): 48-53.
- ⁴⁹ Andersson Gb. Epidemiologic aspects on low-back pain in industry. Spine.1981; 6 (1): 53-60. Review.
- ⁵⁰ Alves, Onofre Neto. Dor: Princípios e práticas. Porto Alegre. ARTMED, 2009.
- ⁵¹ Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Rev. Med. (São Paulo), 80 (ed. esp. pt.1): 1-21, 2001.
- ⁵² Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain, handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press, 1992. p.3-12.

- ⁵³ Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden. *Pain*, 37: 215-22, 1989.
- ⁵⁴ Croft P, et al. The prevalence of chronic widespread general population. *J rheumatolo*. V 20, p.710-13.1993.
- ⁵⁵ Sorensen HT, Rasmussen HH, Moller-Petersen JF, et al. Epidemiology of pain requiring strong analgesics outside hospital in a geographically defined population in Denmark. *Dan. Med. Bull.*, 39: 464-7, 1992.
- ⁵⁶ Dworkin SF, Leresche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular Disorders: Review, criteria, examinations, and specifications, critique *J. Craniomandb. Disord.*1992; 6 (4) 301-355. São Paulo: Hucitec, 2006
- ⁵⁷ Sá K, Baptista AF, Matos MA, et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Públ.*2009; 43 (4): 622-30.
- ⁵⁸ Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera SAM, et al. Caracterização da dor crônica e métodos dos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54 (1): 36-41.
- ⁵⁹ Almeida, ICGB, Sá KN, Silva M et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop.*2008; 43 (3): 96-102.
- ⁶⁰ Mendoza-Sassi R, Beria JU, Fiori N, et al. A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [online].2006, vol.20, n.1 [cited 2014-11-02], p.
- ⁶¹ Ruviaro LF, Filippin LI. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev. dor* [online].2012, vol.13, n.2 [cited 2014-11-02], pp.128-31.
- ⁶² Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade

funcional e mobilidade (Estudo SABE). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (2): 325-334, fev, 2013.

⁶³ Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. Rev Saúde Pública.2005; 39 (4): 663-8.

⁶⁴ Allander E. Prevalence, incidence, and remission rates of some common rheumatic diseases or syndromes. Scand. J. Rheumatol. ,3: 145-53, 1974.

⁶⁵ Organização Mundial da Saúde (OMS). Alma Alta, 1978. Cuidados primários de Saúde. Relatório da Conferência internacional de cuidados primários a saúde. OMS/Unicef.1979, p.2.

⁶⁶ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. OPAS/WHO.2005, p.1.

⁶⁷ Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

⁶⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

⁶⁹ Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

⁷⁰ Gray, M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health.3. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, London, 2009.

⁷¹ Forss K, et al. Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel. , [S. l.], 1988.

⁷² Fukuda-Parr S. Capacity for development: new solutions to old problems. New York NY: United Nations Development Programme, 2002.

⁷³ Fonseca, M. L. G.; Guimarães, M. B. L.; Vasconcelos, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS, Juiz de Fora, v.11, n.3, p.285-294, jul. /set.2008.

⁷⁴ Goldberg D, Goodyer I. The origins and course of common mental disorders. NY: Routledge, 2005.

⁷⁵ Costa, JF. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. Cadernos do IMS, Rio de Janeiro, 1 (1), PP.4-44, 1987.

⁷⁶ World Organization of Family Doctors (Wonca). Perspectives on person-centered medicine. International Journal of Integrated Care.2010; 10: 10-11.

⁷⁷ Alves, C. P. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. Cadernos de Saúde Pública, 1993, Vol.9, No.3: 263 – 271.

⁷⁸ Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap 1. p 39-62.

⁷⁹ Meador CK. The art and science of nondisease. New England Journal of Medicine.1965; 14: 92-95.

⁸⁰ Pilowsky I. Abnormal illness behavior. Br. J. Med. Psychol.1969; 42: 347.

⁸¹ Gergen, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, v.40, n 3, p 266-275, mar.1985.

⁸² McNamee S. Social construction as a practical theory. Lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: Pare D, Lerner G. Critical Knowledge and Practice in Psychotherapy. New York: Haworth Press, 2004. p.9-21.

⁸³ Spink MJP. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

⁸⁴ Papalia DE. Psicologia do desenvolvimento humano. Rio Grande do Sul: Artmed, 2006.

⁸⁵ Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano. In Spink MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

⁸⁶ Bakhtin, M. The problem of speech genres. Em Emerson, C. e Holquist, M. (eds.), *Speech Genres and other late essays* (pp.60-102). Austin, Texas: University of Texas Press, 1994.

⁸⁷ Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). <http://www.codeplan.df.gov.br/Acesso> 20/08/2012.

⁸⁸ Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sobre a Secretaria. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em: 20 abr.2014

⁸⁹ Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: editora Hucitec, 2006.

⁹⁰ Fortes, S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil.2004.165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

⁹¹ Gill, R. Discourse analysis: practical implementations. Em J. T. E. Richardson (org.) *Handbook of qualitative research methods* (141-156). Leicester\GB: BPS Books, 1996.

⁹² Davies B, Harré R. Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the theory of social behaviour*, 20 (1), 43-63, 1990.

⁹³ Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink MJ (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas.3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

⁹⁴ Spink MJP, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJ (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no

cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.93-122.

⁹⁵ Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

⁹⁶ Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Disponível em <<http://www.fepecs.edu.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa>>.

⁹⁷ Szasz, T The ego, the body and pain, J. Amer. Psychoanal. Assn38, 177-200, 1955.

⁹⁸ Mauss, M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Mauss, M. São Paulo: Ática, 1979 [1921] p.147-53. (Grandes cientistas sociais, 11).

⁹⁹ Silva J.A, Ribeiro NP Filho. A dor como um problema psicofísico. Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun; 12 (2): 138-51.

¹⁰⁰ Volich RM. Psicossomática – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

¹⁰¹ Freud, S. Inibição, sintoma e angústia. Em Obras Completas: vol. XX. Standard Brasileira. Rio de Janeiro Rio de Janeiro: Imago. (1926/1925).

¹⁰² Fédida P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2002.

¹⁰³ Schneider M. La tombée du jour. Paris: Du Seuil, 1989.

¹⁰⁴ Freud, S. Neurose de transferência: uma síntese. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

¹⁰⁵ Aussoun PL. Le corps: l'autre métapsychologique. In. Introduction à la métapsychologie freudienne. Paris: PUF, 1993. .

¹⁰⁶ Gonzalez, B. I. D Aspectos psicológicos da fibromialgia: personalidade e história de vida. Universidade de Lisboa. Faculdade de psicologia Doutorado em psicologia, 2013.

- ¹⁰⁷ Duarte, LF. D Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- ¹⁰⁸ Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga P, et al. F Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. Rev Esc Enferm USP 2012; 46 (Esp): 16-23.
- ¹⁰⁹ Fédida P. Corpus du vide et espace de séance. Paris: Jean Pierre-Delarge, 1977.
- ¹¹⁰ Ferreira SL. A mulher e os serviços públicos de saúde: Análise do Processo de Trabalho em Unidades Básicas de Salvador (BA). Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.
- ¹¹¹ Dourado, E; Fernandes, TCA; Meireles, JSS.; Monteiro I. S. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, v.4, n.3, p.197 – 203, jul/set/2004.
- ¹¹² McDougall J. Teatros do corpo. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- ¹¹³ Burton KA, Tillotson KM, Main CJ, et al. Psychological predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. Spine, 20, 722-728, 1995.
- ¹¹⁴ Nordon DG, Akamine K, Novo NF, et al. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online].2009, vol.31, n.3 [cited 2015-04-15], pp.152-158.
- ¹¹⁵ Figueiredo GV Filho. Uma análise foucaultiana do discurso da saúde. 2008. 113 f. Dissertação. Mestrado em Filosofia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba.
- ¹¹⁶ Tesser CD. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.19, p.61-76, 2006.
- ¹¹⁷ Lefèvre, F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo, Cortez, 1991.
- ¹¹⁸ Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores.

Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p.29-47.

¹¹⁹ Russo JA. Terapeutas corporais no Rio de Janeiro: relações entre trajetória social e ideário terapêutico. In: Alves PC, Minayo MCS (orgs.). Saúde e doença: um olhar antropológico [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

¹²⁰ Von Uexkull J. Theoretical biology. Londres; Routledge & Paul, 1926.

¹²¹ Ramzy I, Wallertein R. Pain, fear and anxiety: a study in their interrelationships. *Psychoanal, Study Child*, 13, 147-89.1958. Não excluir.

¹²² Milheiro J. Dor no corpo, dor moral. *Revista portuguesa de psicanálise*, 15:7-16, 1996.

¹²³ Machin R, Couto TC, Silva GSN, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11): 4503-4512, 2011.

¹²⁴ Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10: 105-9.

¹²⁵ Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.901-911, 2006.

¹²⁶ Schraiber LB, et al. Necessidade de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (5): 961-970, mai, 2010.

¹²⁷ Helfenstein MJR, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online].2010, v.56, n.5 [cited 2015-05-07], pp.583-9.

¹²⁸ Sarti C. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, 2001, 3-13.

¹²⁹ Kimmel, M. S. Homofobia, temor, vergüenza y silencio em la identidad masculina. In: Valdes I, Olavarría J. (orgs.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago del Chile: Isis-Flacso, Ediciones de las Mujeres, n.24, 1997, p. 49-62.

- ¹³⁰ Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems. *Social Science and Medicine*, 1978, v.12: 85-93.
- ¹³¹ López-Picazo JJ, Ruiz JC, Sánchez, et al. Escala de peligro para interacción grave: uma herramienta para la priorización de estrategias de mejora em la seguridad de la prescripción en medicina de família. *Aten Primaria* 2011; 43 (5): 254-62. Não excluir.
- ¹³² Nasio JD. *A dor física: Uma teoria psicanalítica da dor corporal*, Rio de Janeiro editor Jorge Zahar, 2008.
- ¹³³ Nardi HC. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p.95-104.
- ¹³⁴ Vicent K. Chronic pelvic pain in women – *Postgrad Med J*, 2009; 85: 24- 29.
- ¹³⁵ Palmeira CCA, Ashmawi HÁ, Posso HI. Sexo e Percepção da Dor e Analgesia. *Rev Bras Anesthesiol* 2011; 61: 6: 814-828.
- ¹³⁶ Van Gennep A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978. *Antropologia*, 11.
- ¹³⁷ Kreeling, M. C. G. D; Cruz, D. A. L. M; Pimenta, C. A. M Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59 (4): 509-13.
- ¹³⁸ Harrison T R. *Medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.
- ¹³⁹ Dejours, C. *A loucura do trabalho – estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré.1989.
- ¹⁴⁰ Roudinesco E. *Por quê a psicanálise?* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- ¹⁴¹ Sevalho G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In Acúrcio FA (org.). *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p.1-8.

¹⁴² Lira MOSC, Carvalho MF. A. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol.14, núm.1, 2013, pp.71-81.

¹⁴³ Davies B, Harré R. Positioning and personhood. In: Harré R, Van Langenhove L (eds.). *Positioning theory: moral contexts of intentional actions*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999, cap 3, p.32-52.

¹⁴⁴ International Association for the Study of Pain (IASP). *Proposed Taxonomy Changes*. p.1, 2007.

¹⁴⁵ Verbrugge LM. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour* 30: 282-304, 1989.

¹⁴⁶ Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*.2002, vol.7, n.4 [citado 2015-04-03], pp.687-707.

¹⁴⁷ Knauth DR; Couto, MT, Figueiredo, WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva [online]*.2012, vol.17, n.10 [cited 2015-04-15], pp.2617-2626.

¹⁴⁸ Cipriano, et al. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor. São Paulo*, 2011 out-dez; 12 (4): 297-300.

¹⁴⁹ Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med* 2010; 153 (9): 563-9.

¹⁵⁰ Azevedo, L. F. M Um estudo sobre a doença dos nervos para além do sofrimento incorporado. *Revista interinstitucional de psicologia, Belo Horizonte*, v.5, n.2, p.233-5, 2012.

¹⁵¹ Manson JE. Pain: sex differences and implications for treatment. *Metabolism* 2010; 59 (Suppl 1): S16-20.

¹⁵² Silva CDD, Ferraz CG, Souza FAL, et al. Prevalência de dor crônica em estudantes universitários de enfermagem. Texto contexto – enferm. [online].2011, vol.20, n.3 [cited 2015-04-12], pp.519-25.

¹⁵³ Aquino EML, et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.174-189, abr. /jun.1991.

¹⁵⁴ Eide R, Thyholdt R, Hamre E. Relationship of psychosocial factors to bodily and psychological complaints in a population in Western Norway. Psychother Psychosom.1982; 37 (4): 218-34.

¹⁵⁵ Leão DFL, et al. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19 (1): 311-318, 2014.

¹⁵⁶ Lima MCP, et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. Rev Saúde Pública 2008; 42 (4): 717-23.

¹⁵⁷ Santos DVD. Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências médicas, Campinas, São Paulo, 2009.

¹⁵⁸ Bernik, M. A. Benzodiazepínico: Quatro décadas de experiências. Roche: Farmacêutica. EDUSP, São Paulo, 1999.

¹⁵⁹ Alves RF, et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicol. teor. prat. [online].2011, vol.13, n.3 [citado 2015-04-03], pp.152-166. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687.

APÊNDICE A – ROTEIRO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

Examinador: Data:

____ / ____ / ____

Perguntas Norteadoras

- I- Você se consulta frequentemente? Fale um pouco?
- II- O que te lembra a palavra dor?
- III- Como vc descreve a dor?
- IV- Como você explica a dor?
- V- Quais os recursos utilizados para lidar com a dor?

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO

Número do prontuário:

Código do profissional:

Sexo:

Idade:

Data: ____ / ____ / ____

1. Tipo de Consulta.

- a) Primeira vez agendada
- b) Retorno individual
- c) Retorno para grupo (qual)
- d) Outros.

2. Registra a principal razão para atendimento

3. Qual a característica da consulta? (assinale apenas um dos itens abaixo)

- 1. Completamente de caráter físico
- 2. Predominantemente físico com indicação psicológica
- 3. Completamente de caráter psicológico
- 4. Predominantemente psicológica com indicação física
- 5. Sem referência a problema físico ou psicológico
- 6. Caráter administrativo

4. Registre os principais sintomas e queixas e problemas relatados pelo paciente nesta consulta relacionada a dor (um por linha).

A.

.....

B.

.....

C.....
.....

D.....
.....

E.....
.....

F.....
.....

G.....
.....

H.....
.....

5. Relacione os distúrbios físicos do paciente relacionado à dor (um por linha)

A.....
.....

B.....
.....

C.....
.....

D.....
.....

E.....
.....

F.....
.....

6. Relacione os distúrbios psíquicos se presentes no paciente relacionado a dor (um por linha)

A.....
.....

- B.

- C.

- D.

- E.

- F.

7. Como você descreveria a relação entre a doença física e o distúrbio psíquico detectado?

1. Distúrbio psicológico primário a doença orgânica.
 2. Distúrbio psicológico secundário a doença orgânica.
 3. Distúrbio psicológico e doença orgânica independente.

8. Quais os recursos terapêuticos orientados e ou prescrito para alívio da dor?

*Formulário baseado no trabalho da Prof^a.-Dr^a. Sandra Fortes. Tese de Doutorado. Transtorno mental na atenção primária; Formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados da unidade de saúde da família de Petrópolis, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública 2004 e do formulário on line de atendimento dos médicos do Distrito Federal.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: A dor que fala, a dor que cala: sentidos e formas do sofrimento psíquico em usuários atendidos pela equipe de saúde da família em de Ceilândia, Distrito Federal. Desenvolvido por Josenaide Engracia dos Santos.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender os sentidos atribuídos do sofrimento psíquico por usuário da atenção primária em usuários atendidos pela Equipe de Saúde da Família em Ceilândia – Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de entrevista que o (a) senhor (a) deverá responder no Centro Regional de Saúde de Ceilândia, com um tempo estimado para sua realização: 50 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Josenaide Engracia dos Santos, na Universidade de Brasília telefone: 61-31078418, no horário: das 8h às 17h. Maiores informações pelo telefone (61)91640758 Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

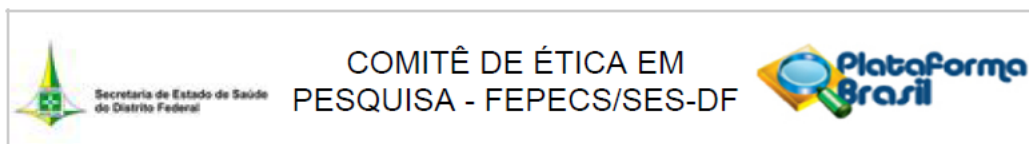
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO A – PARECER DE COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DOR QUE FALA, A DOR QUE CALA: SENTIDOS E FORMAS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14358213.5.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 239.576

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

Os dados da Organização Mundial de Saúde relatam que as perturbações mentais e comportamentais são comuns entre os usuários dos serviços de cuidados primários de saúde. No Brasil, a pressão dos transtornos no SUS tem repercussão na Atenção primária, em especial na estratégia de saúde da família.

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental e que este número vem aumentando progressivamente, tornando-se assim, importante os estudos de epidemiologia psiquiátrica principalmente na atenção básica de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O currículo da pesquisadora é adequado a pesquisa. Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. Os riscos e benefícios foram apresentados, onde os possíveis benefícios apresentam-se, com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa que corresponde a dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados é conhecida como Triangulação de Métodos.

A pesquisa será realizada com a Equipe de Saúde da Família de Ceilândia/DF dos Centros de Saúde 05, 07, 08 e 12/SES/DF, com duração de quatro meses com início previsto para junho/2013, onde serão selecionados 10 usuários da atenção primária com a colaboração dos profissionais da equipe de saúde da família.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas que serão gravadas e transcritas, e a análise dos dados será realizada através do Mapa de Associação de Idéias onde as colunas são definidas tematicamente.

As participações dos sujeitos serão voluntárias e terão como critério a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada.

Termo de Concordância: Apresentados. Foram apresentados 05 Termos, com assinaturas da Coordenadora Geral de Saúde da Regional de Ceilândia, dos responsáveis pelos Centros de Saúde 05, 08, 07 e 12/SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

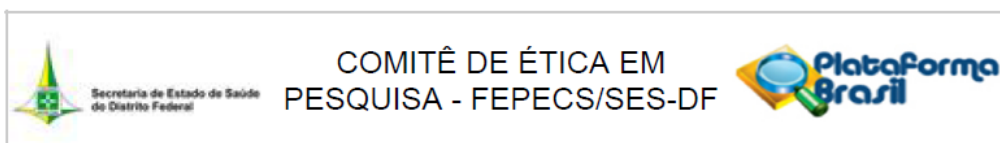
Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.710-904
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br

**Recomendações:**

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências relatadas anteriormente foram apresentadas ao CEP/FEPECS/SES/DF.

BRASILIA, 08 de Abril de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)