

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROSILENE DE OLIVEIRA ROSA JOÃO

**AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA NO PROCESSO DE RETORNO AO
TRABALHO: vivência de trabalhadores**

São Carlos – SP

2024

ROSILENE DE OLIVEIRA ROSA JOÃO

AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA NO PROCESSO DE RETORNO AO
TRABALHO: vivência de trabalhadores

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

Coorientadora: Profa. Dra. Priscilla Hortense

São Carlos – SP

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Rosilene de Oliveira Rosa Joao, realizada em 24/04/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

Profa. Dra. Tatiana de Oliveira Sato (UFSCar)

Profa. Dra. Amanda Aparecida Silva Macaia (ASAS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira Rosa João, Rosilene de

Autogestão da dor crônica no processo de retorno ao trabalho: vivência de trabalhadores / Rosilene de Oliveira Rosa João -- 2024.
123f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Vivian Aline Mininel

Banca Examinadora: Tatiana de Oliveira Sato, Amanda Aparecida Silva Macaia

Bibliografia

1. Dor crônica. 2. Saúde do trabalhador. I. Oliveira Rosa João, Rosilene de. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mim, ao meu esposo (minha fonte de inspiração) e à minha família, meu maior tesouro.

AGRADECIMENTOS

Em uma hora como esta, meu Deus, me faltam palavras para expressar a satisfação pela conclusão desse trabalho. Há momentos em que reflito por todos os acontecimentos durante esse período da pesquisa e nem acredito que consegui passar por todos eles. Os desafios foram imensos na minha vida pessoal, familiar, profissional e nos estudos, mas agora posso dizer que passei por todos e estou aqui para entregar o fruto do meu esforço.

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida e oportunidade de mais uma conquista, por me ajudar com sua força divina a superar todos os obstáculos e a me reerguer nos momentos em que me sentia desfalecida.

Agradeço ao meu esposo por sua imensa compreensão e palavras de motivação nos momentos em que eu mesma me desacreditava.

Agradeço às minhas filhas por me doarem os momentos que poderíamos ter passado juntas fazendo um milhão de coisas, mas eu fiquei estudando, me realizando profissionalmente e pensando em nosso futuro.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã pela força e carinho de sempre.

Agradeço aos meus amigos (não vou citar nomes, mas certamente estão gravados em minha memória) pelos estímulos e ajuda em todos os momentos que precisei.

E não poderia deixar de agradecer à minha orientadora, Vivian, por aceitar o desafio de me ensinar, por sua paciência e por compartilhar comigo um pouquinho dos seus conhecimentos. Sem ela esse trabalho não teria o mesmo significado.

Agradeço também à minha coorientadora, Priscilla, pelos ensinamentos que tornaram esse trabalho possível.

A todos, a minha imensa gratidão!

RESUMO

Introdução: a dor crônica tem alta prevalência no Brasil e no mundo, com impactos significativos na vida, no trabalho e nas relações sociais. Estratégias que favoreçam a autogestão da dor e manutenção das atividades laborais são úteis para profissionais de saúde, gestores e para as próprias pessoas com dor, e devem ser investigadas.

Objetivo: compreender as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho. **Método:** o desenho de estudo contemplou duas etapas. A primeira foi uma revisão de literatura direcionada à identificação e síntese das estratégias de autogestão da dor, guiada pelas recomendações do PRISMA, conduzida nas bases de dados MEDLINE, WoS e Scopus, incluindo estudos publicados em português e inglês, de 2017 a 2022, a partir dos descritores “chronic pain” e “return to work”. Na segunda, um estudo de campo com foco em compreender as vivências dos trabalhadores com dor crônica quanto ao retorno ao trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos, com público-alvo: trabalhadores maiores de 18 anos, independentemente do sexo, tipo de vínculo empregatício ou ocupação, em atendimentos de reabilitação na unidade, com quadro de dor crônica há pelo menos três meses e que tivessem retornado ao trabalho após qualquer período de afastamento. Os dados foram coletados por entrevista individual norteada por questões semiestruturadas e analisados por meio da análise temática de conteúdo.

Resultados: na revisão, dos 14 estudos incluídos, dez apontam estratégias para autogestão da dor crônica predominantemente focadas no indivíduo por meio de programas multidisciplinares, dois apresentam participação do supervisor de trabalho neste processo, e dois descrevem ações no ambiente de trabalho como facilitadores para o retorno ao trabalho. Os achados evidenciaram a fragilidade organizacional quanto às estratégias de apoio e adaptações no ambiente de trabalho. Os participantes do estudo de campo foram 12 trabalhadores, dos quais seis eram informais e/ou autônomos, com predominância do sexo feminino e diagnóstico de fibromialgia. A análise resultou em 27 unidades de registro e nas seguintes categorias temáticas: aspectos que contribuíram para a dor; repercussões da dor na vida e trabalho; estratégias de autogestão da dor; facilitadores e dificultadores para o retorno ao trabalho. Os resultados apontaram para aspectos ambientais e organizacionais do trabalho como contribuintes para o surgimento ou agravamento da dor e dentre as

estratégias de autogestão da dor para o retorno ao trabalho, a maioria teve foco individual e pouco envolvimento da organização nesse processo. **Conclusão:** diante das estratégias de autogestão da dor trazidas pelos participantes desse estudo, assim como das facilidades e dificuldades pronunciadas para o retorno ao trabalho, denota-se o enfoque no indivíduo, a ausência de programas direcionados ao retorno e manutenção do trabalho, falta de envolvimento de empregadores no compartilhamento dessa responsabilidade, necessidade de adaptações no local de trabalho, bem como o despreparo dos profissionais de saúde, em geral, para cuidar do trabalhador com dor crônica.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; dor crônica; autogestão; retorno ao trabalho.

ABSTRACT

Introduction: chronic pain has a high prevalence in Brazil and around the world, and exerts significant impact on people's lives, including the professional and social relationships dimensions. Strategies that promote self-management of pain and maintenance of work activities are useful for health professionals, managers and people with pain themselves, and should be investigated. **Objective:** to understand the chronic pain self-management strategies used by workers in the process of returning to work. **Method:** the study design included two stages. The first was a literature review aimed at identifying and synthesizing pain self-management strategies guided by PRISMA recommendations, conducted in the MEDLINE, WoS and Scopus databases, including studies published in Portuguese and English between 2017 and 2022, based on the descriptors "chronic pain" and "return to work". In the second stage, a field study focusing on understanding the experiences of workers with chronic pain regarding their return to work was developed at the Health School Unit of the Federal University of São Carlos with the target audience: workers over 18 years old, regardless of sex, type of employment or occupation, undergoing rehabilitation care at the unit, with chronic pain for at least three months and who had returned to work after any period of absence. Data were collected through individual interviews guided by semi-structured questions and analyzed using thematic content analysis. **Results:** in the review, of the 14 studies included, ten indicate strategies for self-management of chronic pain predominantly focused on the individual through multidisciplinary programs, two have the participation of the work supervisor in the process, and two describe actions in the work environment as facilitators for returning to work. The results highlighted organizational weaknesses regarding support strategies and adaptations in the work environment. Participants in the field study were 12 workers, six of which were informal and/or self-employed, predominantly female and diagnosed with fibromyalgia. The analysis resulted in 27 recording units and the following thematic categories: aspects that contributed to pain; repercussions of pain on life and work; pain self-management strategies; facilitators and obstacles to returning to work. The results pointed to environmental and organizational aspects of work as contributing to the emergence or worsening of pain and among pain self-management strategies for returning to work, most were individual-focused and had little involvement of the organization in this process. **Conclusion:** in view of the pain

self-management strategies brought by participants of this study, and the significant eases and difficulties in returning to work, the following are emphasized; individual focus, the absence of programs aimed at returning and maintaining work, lack of involvement of employers in sharing this responsibility, the need for adaptations in the workplace, as well as the lack of preparation of health professionals, in general, to care for workers with chronic pain.

Keywords: workers health; chronic pain; self-management; return to work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resultado do nível de evidência e avaliação crítica dos artigos.....	38
Quadro 2	Caracterização dos estudos segundo autor, ano, país, objetivos, estratégias utilizadas para autogestão da dor no processo de retorno ao trabalho e resultados.....	47
Quadro 3	Perfil dos participantes em relação à idade, tempo de dor, profissão, diagnóstico médico e condições associadas relatadas pelos participantes.....	56
Quadro 4	Categorias temáticas e unidades de registro.....	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma representativo do processo de seleção dos artigos.....	37
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACT	Terapia psicológica de Aceitação e Compromisso
AIS	Avaliação de Impacto à Saúde
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AMPS	<i>Assessment of Motor and Process Skills</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CDC	Centro de Controle de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-11	Classificação Internacional de Doença
COMI	<i>Core Outcome Measures Index</i>
COMM	<i>Current Opioid Misuse Measure</i>
COPM	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i>
CPAQ	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire</i>
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
EPQ-N	<i>Eysenck Personality Questionnaire-Nordic</i>
EuroQoL	<i>European Quality of Life</i>
FABQ-PA	<i>Fear Avoidance Belief Questionnaire Physical Activity subscale</i>
FS PROM	<i>Functional Status Patient-Reported Outcome Measure</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HU-UFSCar	Hospital Universitário da UFSCar
IASP	Associação Internacional para Estudo da Dor
MEI	Microempreendedor Individual
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MOS SF-12	<i>Medical Outcome Study Short-Form Health Survey 12-items</i>
NPRS	<i>Numerical Pain Rating Scale</i>
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
ODI	<i>Oswestry Disability Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
P	Participante

PAIRS	<i>Pain and Impairment Relationship Scale</i>
PCC	População, Conceito, Contexto
PDC	<i>Physical Demand Characteristics</i>
PDI	<i>Pain Disability Index</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QOL	<i>Quality of Life Scale</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SFSS	<i>Spinal Function Sort Score</i>
SLR	<i>Straight Leg Raise</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TSK	<i>Tampa Scale for Kinesiophobia</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNIR	Unidade de Regulação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USE	Unidade de Saúde Escola
USP	Universidade de São Paulo
VAS	<i>Visual Analogue Score</i>
WAI	<i>Work Ability Index</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	JUSTIFICATIVA	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	A PROBLEMÁTICA DA DOR E O AFASTAMENTO DO TRABALHO	23
2.2	AUTOGESTÃO DA DOR	25
2.2.1	Autogestão da dor com foco no desenvolvimento individual.....	27
2.2.2	Autogestão da dor com foco no trabalho	29
2.3	FACILIDADES E DESAFIOS NO PROCESSO DE RETORNO E MANUTENÇÃO DO TRABALHO APÓS AFASTAMENTO POR DOR CRÔNICA	31
3	OBJETIVOS	35
3.1	OBJETIVO GERAL	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4	MÉTODO	36
4.1	ETAPA 1 – REVISÃO INTEGRATIVA.....	36
4.2	ETAPA 2 - ESTUDO DE CAMPO	41
4.2.1	Desenho de estudo	41
4.2.2	Local de estudo	41
4.2.3	Participantes do estudo.....	422
4.2.4	Procedimentos para coleta de dados.....	422
4.2.5	Análise dos dados.....	433
4.2.6	Aspectos éticos.....	444
5	RESULTADOS	466
5.1	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	466
5.2	ESTUDO DE CAMPO	555
5.2.1	Aspectos que contribuíram para a dor	588
5.2.2	Repercussões da dor na vida e trabalho	622
5.2.3	Estratégias de autogestão da dor	699
5.2.3.1	Estratégias de autogestão da dor com foco nas ações individuais	699
5.2.3.2	Estratégias de autogestão da dor com foco no ambiente e organização do trabalho.....	788
5.2.4	Aspectos facilitadores e dificultadores para o processo de retorno ao	

	trabalho	80
5.2.4.1	Aspectos facilitadores	80
5.2.5.2	Aspectos dificultadores	833
6	DISCUSSÃO	888
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	1022
	APÊNDICES	110
	APÊNDICE A – CARTAZ CONVITE PARA A PESQUISA.....	110
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA	1111
	APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113
3		
	APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DA IMAGEM E VOZ.....	118
8		
	APÊNDICE E - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO	119
9		
	APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	120
	ANEXOS.....	1233
	ANEXO I – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PELO CEP-UFSCAR	1233

APRESENTAÇÃO

A dor e a subjetividade sempre me chamaram a atenção enquanto profissional de saúde. Como reconhecer e compreender algo que não se pode ver? Como ajudar alguém que, muitas vezes, nem sabe descrever o que está sentindo?

Durante a minha trajetória profissional, desde o primeiro emprego, deparei com profissionais adoecidos, com queixas de múltiplas dores e usuários de medicações contínuas para conseguir trabalhar. Confesso que me assustei.

Graduei no ano de 2004 pela Universidade Federal de São Carlos. Em março de 2005, iniciei a trajetória profissional em um Centro Médico-Odontológico no município de Motuca, interior do estado de São Paulo. Após oito meses, fui convocada para trabalhar em uma unidade de Pronto Atendimento no município de Rincão–SP, onde fiquei por oito anos e concomitantemente, cursei pós-graduação *lato sensu* em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva.

Eu gostava muito de trabalhar na área da urgência, mas por ser um município de pequeno porte, havia excessiva influência da política local em minha unidade de trabalho, e como eu era a única enfermeira do serviço, após cinco anos, eu estava esgotada e com indícios de adoecimento mental. Assim, após seis anos, solicitei transferência do Pronto Atendimento para a Unidade Básica de Saúde, onde trabalhei também como a única enfermeira do serviço, desenvolvendo atividades assistenciais, de vigilância epidemiológica e sendo a responsável técnica.

Em 2008, em busca de emprego com melhor remuneração, prestei um concurso estadual e em 2011, quando ainda trabalhava na atenção primária do município de Rincão–SP, fui convocada para trabalhar no Hospital Nestor Goulart Reis, em Américo Brasiliense–SP, uma instituição com atendimento especializado para pacientes com tuberculose.

Durante os anos de 2011 a 2013, fiquei nos dois empregos devido à aspiração pessoal de comprar a minha casa. Posteriormente me demiti do emprego no município de Rincão–SP e permaneci no vínculo estadual, onde trabalhei por mais cinco anos.

Em 2018, prestei um concurso federal e no mesmo ano fui convocada para trabalhar no Hospital Universitário da UFSCar. Assim, me demiti do emprego em que estava e aceitei vir para São Carlos em busca de melhor remuneração, experiência profissional e motivada a retomar os estudos.

Após assumir o emprego, viajei para trabalhar durante dois anos, pois morava em Motuca–SP. Em dezembro de 2020, mudei-me para São Carlos–SP e, em 2021, ingressei como aluna especial de pós-graduação na UFSCar com a intenção de fazer o mestrado. Durante esse período, por intermédio de uma aluna que estagiava no setor onde eu trabalhava, conheci a professora Vivian, que aceitou ser minha orientadora. Ainda em 2021, submeti meu projeto, fui aprovada e iniciei como aluna regular do mestrado em 2022.

A escolha do tema do projeto de pesquisa foi motivada pelo sofrimento de um familiar, que passou a ter dor crônica após um acidente automobilístico. Durante esse período, fui levada a buscar conhecimento, pois percebi o quão desafiador é conviver com alguém que sofre de dor crônica, as dificuldades no manejo diário, no trabalho, no apoio familiar e na retomada profissional. Assim surgiu esta pesquisa, com o objetivo de compreender as estratégias de autogestão da dor e os aspectos que podem facilitar ou dificultar o processo de retorno ao trabalho, para que nós, profissionais de saúde, possamos estar atentos e capacitados para oferecer o suporte necessário.

1 INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) define dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial” (DeSantana *et al.*, 2020, p.197; Raja *et al.*, 2020). A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, que pode ser influenciada por fatores psicológicos, biológicos e sociais e deve ser considerada. Geralmente, leva a uma adaptação, mas pode comprometer o bem-estar físico, mental e social (Raja *et al.*, 2020).

A dor crônica foi codificada na Classificação Internacional de Doença (CID-11) como um código independente, sendo reconhecida como um diagnóstico que não necessariamente precisa ter uma etiologia somática ou psicológica, mas ser a única queixa ou a principal e, portanto, concebida como uma doença primária, enquanto a dor crônica secundária é aquela associada a outra doença subjacente (Treede *et al.*, 2019).

A cronicidade da dor é definida com base no tempo e na duração persistente, superior a três meses de acordo com Treede *et al.* (2019). Essa persistência da dor predispõe a condições como depressão, alteração do sono, do padrão de alimentação, instabilidade de humor, dificuldade de concentração, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, incapacidade ou restrições para o trabalho, absenteísmo, ansiedade, medo, entre outros (Kreling; Cruz; Pimenta, 2006). Com isso, o CID-11 propõe uma extensão para os diagnósticos de dor crônica que classifica o curso temporal (contínua, recorrente ou contínua com crises de dor), a gravidade (intensidade, sofrimento e interferência) e evidências de fatores psicológicos e sociais que caracterizem o impacto funcional na pessoa (Treede *et al.*, 2019).

A dor crônica também é classificada como uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT) e consta no Eixo 5 da Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde (Brasil, 2018), o que demonstra a relevância de pesquisas neste campo.

Dados do Centro de Controle de Doenças (CDC) nos Estados Unidos apontaram, em 2016, uma prevalência de dor crônica em 20,4% dos adultos acima de 18 anos (Dahlhamer *et al.*, 2018). No Brasil, um estudo de revisão aponta prevalência de dor crônica entre 29,3 e 73,3% na população adulta com idades entre 21 e 78 anos,

variando de acordo com a região do país; o local do corpo mais prevalente foi a região dorsal/lombar e o sexo feminino foi o mais afetado (Vasconcelos; Araújo, 2018). A prevalência de dor lombar crônica em uma amostra de mulheres do Rio Grande do Sul, com idade entre 20 e 69 anos, foi de 46,5%, sendo 65,3% da amostra com idade inferior a 50 anos (Sant'anna *et al.*, 2021). Outro estudo brasileiro realizado com questionário online apontou prevalência de dor crônica em 76,17% dos entrevistados, sendo maior em mulheres (84,6%), na região lombar (59,85%) e na faixa etária dos 18 aos 64 anos (51,86%) (Carvalho *et al.*, 2018).

A dor crônica tem impacto significativo na vida das pessoas, incluindo a dimensão profissional. Pode causar fadiga, limitações físicas e cognitivas e resultar em comprometimento da capacidade produtiva e afastamentos do trabalho (Bosma *et al.*, 2021). Pessoas que apresentam dor crônica possuem baixa participação na força de trabalho e altas taxas de absenteísmo (Paul *et al.*, 2013). Estudo dinamarquês que investigou afastamentos de longa duração por doença (ausência de no mínimo oito semanas consecutivas) em trabalhadores com dor crônica que desenvolviam cuidados com idosos indicou prevalência de 6,3% num período de 12 meses (Andersen *et al.*, 2012).

A dor crônica pode representar um sofrimento incompreensível para outras pessoas e levar à desconfiança e estigma, sinalizando a importância do conhecimento, ambiente de apoio por meio de relacionamento com profissionais de saúde, família e amigos, a autodescoberta e autoaceitação. Estratégias de autocuidado e autoeficácia, uso de antidepressivos e exercícios físicos também têm sido apontadas como facilitadoras na autogestão da dor e resultando em impacto positivo nos resultados funcionais (Devan *et al.*, 2018).

Trabalhadores com dor crônica encontram dificuldades em permanecer no trabalho ou retomá-lo após período de afastamento, situação agravada pela relutância dos empregadores em colaborar com a negociação, desconfiança, receio de altos custos e prejuízos financeiros, tentativa de demissão, sentimentos de ressentimento ou de privilégio dos outros trabalhadores, falta de conhecimento e disseminação de informações sobre a condição crônica pelos empregadores, falta de visibilidade pelos médicos do trabalho e, pouca utilização do suporte médico oferecido, desvelando a relevância da responsabilidade compartilhada entre as partes interessadas (*stakeholders*) (Bosma *et al.*, 2021).

Matthias *et al.* (2016) consideram que o manejo da dor tem como componente crítico a autogestão, entendida como a capacidade de controlar sintomas e os impactos físicos e psicossociais, além de realizar adaptações e mudanças no estilo de vida, entendendo-se como participante ativo no processo de tratamento. Para tanto, indicam que o apoio à pessoa com dor durante esse processo é importante para fornecer informações e incentivos, auxiliar na mudança de comportamento, na aceitação da dor, na identificação de recursos e na modificação de atividades, a fim de se obter resultados positivos.

Devan *et al.* (2018) e Hutting *et al.* (2015) também concordam que para a eficácia da autogestão é essencial as pessoas estarem motivadas e com intenção de agir para lidar com a dor e possíveis fatores de risco, mas muitas vezes não sabem o que fazer. Assim, a influência de profissionais, família, amigos e trabalho são importantes para disseminar conhecimento, melhorar a comunicação, serem acreditados, compreendidos e receberem apoio necessário.

O retorno ao trabalho deve ser um objetivo comum entre trabalhadores e empregadores, a partir de estratégias pactuadas que facilitem o processo. O valor que a sociedade atribui ao trabalho incentiva o retorno e a permanência no mercado, como se as pessoas que estão fora do trabalho também estivessem fora da sociedade ou isoladas. Contudo, esses trabalhadores muitas vezes têm receios e limitações, sendo o envolvimento dos *stakeholders* no fortalecimento das estratégias de autogestão da dor e criação de programas de reabilitação e suporte no local de trabalho, facilitadores no processo (Liedberg *et al.*, 2021).

Dentre os facilitadores para a autogestão da dor crônica são apontados o incentivo dos profissionais de saúde, família e amigos solidários, apoio social, planos terapêuticos individualizados, aprendizagem de novas habilidades e suporte emocional, uma vez que a dor crônica está associada ao sofrimento psicossocial e à incapacidade física, o que requer intervenções múltiplas visando a melhoria da qualidade de vida e autoeficácia (Mann; Lefort; Vandenberg, 2013).

Evitar realizar determinadas atividades devido ao medo da dor, falta de apoio no ambiente de trabalho, recursos limitados e ineficácia de estratégias de controle da dor são barreiras para o retorno ao trabalho que devem ser identificadas e abordadas em intervenções (Mann; Lefort; Vandenberg, 2013).

Mudanças no comportamento de pessoas que convivem com dor crônica são necessárias para o manejo da dor e para substituir a ação de lutar contra a dor para lidar com a dor. O autoconhecimento possibilita a identificação de fatores relacionados ao início e persistência da dor, fatores que interferem na autogestão e compromete a capacidade de trabalho, como a carga de trabalho, estresse, postura, local de trabalho, tarefas, relações com supervisor e colegas de trabalho. O apoio dos familiares, profissionais da saúde e do ambiente de trabalho exerce influência positiva e possibilita melhora da comunicação e compreensão, sendo crucial para a manutenção da autogestão da dor (Hutting *et al.*, 2015; Devan *et al.*, 2018).

Considerando os aspectos biopsicossociais da dor e a importância da autogestão da dor para a manutenção das atividades laborais, entende-se a necessidade de compreender, a partir da experiência dos trabalhadores, quais estratégias de autogestão da dor que utilizam e que são essenciais para minimizar as dificuldades da reinserção laboral e assegurar a permanência no trabalho. Assim, este estudo propôs as seguintes questões de pesquisa: Quais as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho? Quais aspectos do contexto de trabalho podem facilitar ou dificultar este processo?

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo estudo surge de uma inquietação acerca das experiências dos trabalhadores com dor crônica no retorno ao trabalho, quais as repercussões relacionadas ao trabalho, as barreiras e os facilitadores encontrados para manejo da dor neste contexto.

A relevância deste estudo ampara-se no elevado número de pessoas em idade produtiva que são afetadas por dores crônicas e, conseqüentemente, veem-se diante de perda das capacidades e da produtividade, altos índices de absenteísmo para tratamento e reabilitação, aspecto que impacta na qualidade de vida e saúde individual e familiar, bem como na dimensão social e econômica do país.

Considerando que a dor crônica é uma condição que pode permanecer na vida do indivíduo necessitando de estratégias de auto manejo, e tendo em vista a importância desses aspectos na sua funcionalidade, no retorno e permanência no trabalho, é fundamental a realização de estudos e constantes atualizações sobre a temática para compreender como acontece esse processo, quais facilitadores

permitem o retorno sustentável e quais o compromete, bem como as estratégias de autogestão da dor, para direcionar políticas públicas e institucionais voltadas às ações de promoção do cuidado e atividades de prevenção, reabilitação e readaptação desses trabalhadores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentação teórica deste estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura a fim de sintetizar, de maneira sistemática, estudos que possibilitassem a compreensão mais aprofundada sobre estratégias de autogestão da dor. Tal passo está descrito no Capítulo 4 – Método, e os resultados desta revisão auxiliaram na construção do objeto de estudo e na fundamentação teórico-conceitual que serão abordados nas seções seguintes de forma descritiva, juntamente com outros textos sugeridos pelas orientadoras ou identificados em referências dos artigos da revisão.

2.1 A PROBLEMÁTICA DA DOR E O AFASTAMENTO DO TRABALHO

A primeira definição de dor é datada de 1979 e foi adotada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ao longo dos anos, ocorreram mudanças na sua compreensão, conceito e classificação e, em 2020, surge uma nova definição que incorpora todas as condições de dor e a conceitua como uma experiência pessoal, sensitiva e emocional, associada a uma lesão tecidual real ou não, que pode ser afetada por fatores biológicos, psicológicos e sociais e trazer impactos no bem-estar (DeSantana *et al.*, 2020; Raja *et al.*, 2020).

A dor é definida como crônica quando superior a três meses e é classificada como primária quando não tem associação a outras condições de saúde; a dor crônica secundária, por sua vez, está relacionada a outra causa, e assim, é considerada um sintoma (Treede *et al.* 2019). Na classificação da dor crônica de acordo com a IASP, a avaliação deve considerar, além do curso temporal, a gravidade quanto à intensidade, quanto ao sofrimento como experiência emocional multifatorial desagradável e quanto à incapacidade ocasionada pela dor para a realização das atividades de vida e trabalho (Treede *et al.* 2019).

A partir da compreensão da natureza biopsicossocial da dor, mudanças têm sido feitas nas formas de tratamento, que deixaram de ter como foco a cura e passaram a priorizar o gerenciamento da dor por meio de equipe multiprofissional. A dor passa, portanto, a ser entendida como uma doença não necessariamente relacionada a lesões, mas com características multifatoriais, complexas e subjetivas,

de difícil mensuração e com necessidade de envolvimento multidisciplinar para tratamento e investigação (Saretta, 2021).

Estudos tem demonstrado que a dor crônica compromete a qualidade de vida e traz impactos psicológicos, físicos e sociais como ansiedade, preocupação, crenças inadequadas, depressão, comprometimento dos movimentos e alteração do sono, podendo desencadear sofrimento devido a invisibilidade, conflitos nas relações, afastamento do trabalho e problemas financeiros (Blake; Somerset; Greaves, 2022; Treede *et al.* 2019).

A dor persistente também está relacionada a limitações no desempenho das atividades, ao medo irracional do movimento (denominado cinesiofobia), que por sua vez compromete o nível funcional e o processo de reabilitação. A dor altera a atenção, a memória e a concentração, afetando a capacidade de trabalho (Blake; Somerset; Greaves, 2022) e está associada à diminuição da qualidade de vida e a prejuízos emocionais e na saúde, sendo importante a busca por serviços de saúde afim de auxílio no manejo e não subestimação de queixas, havendo, portanto, necessidade de profissionais capacitados para um plano de tratamento adequado (Dahlhamer *et al.*, 2018).

As tarefas de trabalho, muitas vezes, envolvem carregar cargas pesadas, posturas inadequadas, atividades repetitivas, ausência de pausas, longas jornadas, número insuficiente de funcionários e ritmo intenso, o que aumenta o risco de dores e de ausências do trabalho (Valença; Alencar, 2018). Além da demanda física, há vários outros preditores associados ao surgimento e persistência de dores, como fatores psicossociais que também podem influenciar no quadro. Ansiedade, depressão e baixa satisfação no trabalho são apontados como preditores negativos para o trabalho e manutenção da queixa de dor (Brendbekken *et al*, 2018). A diminuição da participação em atividades laborais e conseqüentemente a diminuição da renda e da participação em atividades sociais leva ao aumento do estresse e das dores. A catastrofização da dor e comportamentos de medo-evitação pela crença de que o trabalho é a causa da dor, motivam as pessoas a apresentarem comportamentos defensivos gerando ansiedade e incapacidade para o trabalho (Walston *et al*, 2019).

Para as pessoas com dor, esses aspectos representam muitos desafios, como limitações físicas, invisibilidade e imprevisibilidade da dor, preconceito, ansiedade relacionada ao medo de perder o emprego se não oferecer um serviço competitivo,

comprometimento da atenção e sonolência como efeito adverso de medicações, falta de credibilidade e apoio, além da dor ser um estressor que interfere na atividade de trabalho (Agaliotis *et al*, 2018; Blake; Somerset; Greaves, 2022; Fragoso; McGonagle, 2018).

Blake, Somerset e Greaves (2022) evidenciam que os trabalhadores temem falar sobre sua condição, frequentemente relatam discriminação, falta de suporte no ambiente de trabalho para a autogestão da dor, descrevem ausência de serviços de saúde ocupacional ou outros serviços que reconheçam os impactos da dor crônica no trabalho.

Nesta perspectiva, a incapacidade para o trabalho e o absenteísmo por doença estão entre as consequências da dor crônica, e quanto maior o tempo de afastamento, pior é o prognóstico e menor é a probabilidade de retorno ao trabalho (Brendbekken *et al.*, 2017). Assim, a licença médica é uma consequência da incapacidade e contribui para a depressão, diminuição da qualidade de vida e estresse, além de envolver fatores psicológicos, sociais, de saúde e organizacionais, principalmente considerando indivíduos com longos períodos de licença médica, devido a mudanças no mercado de trabalho e nas demandas exigidas (Berglund *et al.*, 2018; Brendbekken *et al.*, 2018; Svanholm *et al.*, 2022).

Em suma, a dor crônica provoca limitações e o afastamento das atividades laborais, sendo importante o ambiente de apoio, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, as mudanças de comportamento e o desenvolvimento de habilidades, todos esses aspectos estão inseridos no processo de autogestão da dor; e são responsáveis por fortalecer a autoconfiança, diminuir incapacidades, licenças e aumentar a participação no trabalho (Zetterberg *et al.*, 2022).

Neste contexto, há que se considerar a importância do ambiente de trabalho na determinação ou agravamento da dor crônica, sendo relevante aprofundar como este pode apoiar e facilitar o desenvolvimento de estratégias de autogestão da dor pelos trabalhadores, contribuindo para o retorno e a manutenção do trabalho e, mais especialmente, para o bem-estar e qualidade de vida.

2.2 AUTOGESTÃO DA DOR

A dor traz repercussões nas esferas pessoal, social e econômica, manifestadas por sentimentos de tristeza e de culpa pela incapacidade em satisfazer as demandas

individuais, dos familiares e empregadores, dificuldade de cumprir as exigências do mercado de trabalho e dependência de benefícios sociais. Portanto, as relações e ajustes no local de trabalho são primordiais para a autogestão da dor, retorno ao trabalho e na melhora da capacidade funcional, sendo fundamental encontrar estratégias eficientes e focadas nas necessidades individuais (Blake; Somerset; Greaves, 2022; Svanholm *et al.*, 2022).

Estudos têm identificado preditores associados ao retorno ao trabalho da pessoa com dor, incluindo a ação conjunta dos profissionais e o apoio no contexto de trabalho, que podem representar, facilitar ou comprometer a autogestão da dor crônica (Brendbekken *et al.* 2018). Nesse sentido, múltiplas intervenções são necessárias em indivíduos com dor crônica e devem incluir ações de enfrentamento, gerenciamento de sintomas, apoio, educação e construção da autoeficácia (Brendbekken *et al.*, 2017).

Partindo-se dessa compreensão ampliada, essa pesquisa adota o conceito de autogestão da dor crônica no retorno ao trabalho como a parceria estabelecida entre a pessoa com dor (no caso, o trabalhador) e os profissionais de saúde (que podem estar na Atenção Primária à Saúde, em clínicas especializadas ou dentro do própria empresa, vinculados ao Serviço Especializado em Segurança e em Medicina no Trabalho ou a outros serviços direcionados à saúde dos trabalhadores), por meio de ações de educação e utilização de recursos disponíveis para definir metas e tomar decisões terapêuticas a fim de obter sucesso no autogerenciamento da dor crônica (Kiza; Cong, 2021).

A autogestão da dor passa a ser desenvolvida pela própria pessoa que adquire conhecimentos com os profissionais de saúde com propósito de controle da dor e manutenção da capacidade funcional. Da mesma forma os empregadores, à medida em que adquirem conhecimento, podem favorecer adaptações e ajustes no local e nas atividades de trabalho, apoiando o trabalhador com dor no processo de autogestão da dor, e por conseguinte, manutenção ou retorno ao trabalho, inclusive prevenindo o agravamento de cada caso (Svanholm *et al.*, 2022).

Assim, partindo da premissa de que a autogestão da dor tem o protagonismo da pessoa com dor, mas que esse protagonismo só é possível se favorecido pelo meio (relação com profissionais de saúde, empregador, redes de apoio, mecanismos de subsídio sociais etc.), destaca-se o papel do contexto de trabalho em facilitar e apoiar

os trabalhadores nesse caminho. A literatura internacional aponta diversas estratégias para manejo da dor crônica com foco no retorno e manutenção das atividades laborais, direcionadas ao desenvolvimento da pessoa com dor (mediada por profissionais de saúde) e às acomodações (físicas e organizacionais) no local de trabalho, conforme será apresentado na seção seguinte.

2.2.1 Autogestão da dor com foco no desenvolvimento individual

Segundo Kiza e Cong (2021), para a autogestão da dor crônica é fundamental que a pessoa adquira conhecimentos e habilidades para lidar com sua dor, por intermédio de profissionais capacitados para ofertar suporte, treinamento, comunicação eficaz e relação terapêutica em busca de soluções possíveis utilizando recursos disponíveis.

A autogestão compreende a autodescoberta, na qual a pessoa aprende a lidar com a dor ao invés de lutar contra ela, buscando a autoaceitação de que é possível viver apesar da dor e mudando o foco de buscar a cura para o autogerenciamento ativo (Mann; Lefort; VanDenkerkhof, 2013).

Para este processo, os programas de reabilitação com intervenções individuais para pessoas com dor são importantes facilitadores, contribuindo para aquisição de conhecimento sobre a dor, habilidades para lidar com ela e melhorar a funcionalidade por meio de intervenções que focam consciência corporal, tratamento com equipe multiprofissional, terapia comportamental e exercícios, estimulando o envolvimento e participação ativa (Gantschnig *et al.*, 2017).

Neste sentido, programas de autogestão devem auxiliar as pessoas com dor a mudarem o foco da cura para o autogerenciamento, incentivando sua participação no plano terapêutico, definição de metas, tomada de decisões, aprendizado de habilidades e adaptações das intervenções de acordo com as necessidades individuais (Blake; Somerset; Greaves, 2022; Kiza; Cong, 2021; Mann; Lefort; VanDenkerkhof, 2013; Svanholm *et al.*, 2022;). Esses programas têm também como característica reconhecer que a pessoa precisa de ajuda para o manejo de sua dor visando a qualidade de vida e funcionalidade (Kiza; Cong, 2021).

Dentre os métodos de autogestão não farmacológicos, as estratégias incluem a promoção da saúde física e mental, autonomia e medidas de apoio que podem incluir atividade física, nutrição, terapia psicológica (Blake; Somerset; Greaves, 2022),

bem como a musicoterapia, diário e contação de histórias, arte, dança, aromaterapia, estimulação acústica, cromoterapia e ludoterapia, acupuntura, terapia animal, exercícios, fitoterapia, massagem, ioga, toque terapêutico, tai chi e meditação (Kiza; Cong, 2021). Dentre essas, as estratégias cognitivo-comportamentais têm se mostrado eficazes em relação aos estressores diários, promovendo o desenvolvimento de habilidades através da autorreflexão, mudança de comportamento e estabelecimento de plano com metas para a autogestão da dor, com consequente melhora na incapacidade (Devan *et al.*, 2018).

O acompanhamento profissional é de extrema relevância para auxiliar a pessoa com dor em suas limitações, motivar e ensinar estratégias para desempenhar as atividades com segurança e confiança, com abordagem que considere o indivíduo como um todo, sua condição de vida e capacidades e não somente a dor (Svanholm *et al.*, 2022).

Nesse sentido, intervenções multidisciplinares têm demonstrado melhora da função e aumento da probabilidade da pessoa com dor crônica retornar ao trabalho devido o manejo da dor e busca de superação (Leung *et al.*, 2021). Para tanto, a comunicação eficaz dos profissionais de saúde com a pessoa com dor potencializa a autogestão da dor crônica por meio da transmissão de habilidades e informações para decisões mais acertadas quanto ao uso de recursos disponíveis, buscando assim, melhoria da qualidade de vida, bem-estar e habilidades de enfrentamento baseada nas metas que se pretende alcançar (Kiza; Cong, 2021).

As terapias físicas e psicológicas têm sido enfatizadas como estratégia de autogestão, assim como recomendações para educação e autocuidado e menor ênfase em tratamentos farmacológicos e cirúrgicos. Todavia, ainda há dificuldades de acesso a programas multidisciplinares para adesão a tratamentos que deveriam ser a primeira escolha, com predominância da prática de prescrição de medicação e não de exercícios, assim como a busca por atendimentos em unidades de pronto socorro e não na atenção primária, com abusivo uso de exames de imagens e opioides, sinalizando para a necessidade de formulação de políticas e serviços direcionadas a formação de profissionais capacitados a fim de transmitir habilidades, conhecimentos e que incentivem a autogestão da dor (Foster *et al.*, 2018). Ressalta-se que como recurso combinado, a terapia medicamentosa é útil para controle da dor e em casos

associados a depressão, facilitando até a utilização simultânea de outras estratégias não medicamentosas (Devan *et al.*, 2018).

A abordagem da fisioterapia no manejo dos aspectos comportamentais também se destaca entre os artigos revisados como uma estratégia utilizada para manejo da dor e diminuir a incapacidade das pessoas com dor crônica. Baseia-se na mudança de comportamento, adaptação das atividades elencadas como prioridades para a vida diária, estabelecimento de metas e plano de tratamento, exercícios físicos, treinamento de habilidades comportamentais, uma vez que fatores psicossociais tem papel relevante na incapacidade e exposição ao medo relacionado à dor, e instituição de um plano de trabalho incluindo o empregador para suporte e modificações no local de trabalho (Zetterberg *et al.*, 2022).

Mesmo tendo em vista programas que auxiliam na autogestão da dor, fatores como a dificuldade de manter a motivação, sentimento de culpa, angústia devido a dor contínua, comportamento de medo da dor, ambiente sem apoio, assim como recursos físicos limitados, limitações físicas e dificuldade de comunicação são descritas como barreiras para a eficácia da autogestão e, assim, são condições que merecem atenção dos profissionais para superação (Devan *et al.*, 2018; Mann; Lefort; VanDenkerkhof, 2013).

2.2.2 Autogestão da dor com foco no trabalho

Dentre os 14 artigos analisados na revisão de literatura, apenas quatro abordavam aspectos da autogestão da dor crônica relacionados a atividade de trabalho, e destes, apenas dois avaliaram intervenções no ambiente de trabalho, o que aponta para a predominância das abordagens individuais. Para a pessoa com dor crônica, ser compreendido, ter ambiente de apoio como amigos, família, equipe de profissionais e no trabalho é fundamental para uma autogestão contínua e diminuição do sofrimento, sentimentos de angústia e solidão (Devan *et al.*, 2018), o que sinaliza para a relevância de se incorporar o contexto de trabalho no processo de enfrentamento da dor.

A dor crônica muitas vezes compromete a prática de estratégias de autogestão, levando a sentimento de culpa e a percepção da dor como uma rendição, como se ela estivesse no controle da situação. Estressores psicológicos como angústia, ansiedade e estresse influenciam negativamente, assim como o ambiente sem apoio e

colaboração em reconhecer que a dor da outra pessoa é invisível, mas está presente (Devan *et al.*, 2018).

Beemster *et al.* (2021) apontam que tanto o trabalhador quanto o empregador são responsáveis pela participação no trabalho, destacando que o empregador deve viabilizar modificações e ajustes ergonômicos no local trabalho, facilitar a comunicação com o intuito de identificar e resolver barreiras e favorecer a participação do trabalhador nas decisões em que está implicado, estratégias que contribuem para a autogestão da dor e permanência no trabalho, bem como para a reintegração de pessoas com dor crônica que estiveram afastadas.

Além das estratégias individuais para a autogestão da dor, o aprendizado de novas habilidades para desempenhar as atividades laborais, sentir-se seguro e confiante nas interações no ambiente de trabalho, com maior compreensão por parte do empregador, supervisores e colegas, e as possibilidades de adaptações, como redução da jornada de trabalho, também foram apontados como fatores que facilitam o manejo da dor, o retorno e permanência no trabalho (Svanholm *et al.*, 2022). Todavia, tais adaptações, apesar de necessárias, nem sempre são possíveis de se implementar, como as relacionadas aos ajustes nas atividades e horas de trabalho, especialmente devido à falta de envolvimento do empregador e resistência (Svanholm *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, a participação de profissionais de saúde no processo de retorno ao trabalho, como terapeutas ocupacionais que atuam realizando intervenções no local de trabalho, influenciou positivamente na melhora da dor e no estado funcional de trabalhadores que percebiam baixo suporte no trabalho (Brendbekken *et al.*, 2018). Atividades de reabilitação e de acomodações ergonômicas com a participação de terapeutas ocupacionais e do empregador também foram descritas como estratégias significativas para aumentar as chances de retorno ao trabalho em pessoas afastadas por dor crônica e diminuir a carga de sofrimento, contribuindo com melhor desempenho e eficiência (Gantschnig *et al.*, 2017).

Para as pessoas com dor crônica, abordagens mais abrangentes, como as intervenções multiprofissionais, têm demonstrado melhoria na capacidade funcional e de enfrentamento. Ainda, têm sido consideradas como facilitadores na autogestão da dor e manutenção da funcionalidade quando associadas à educação, fatores ambientais e condições de trabalho relacionadas ao estresse, satisfação e relações

de trabalho, evidenciando que pessoas que participam desse tipo de estratégia tendem a retornarem ao trabalho mais rápido após um período de afastamento (Brendbekken *et al.*, 2017).

Reconhecer os fatores que podem comprometer a autogestão da dor no contexto de trabalho pode auxiliar gestores e profissionais de saúde em suas ações. Neste sentido, estudos apontaram como fatores limitantes a ansiedade, depressão e duração da licença médica (Brendbekken *et al.*, 2018); a interferência da dor no desempenho das atividades, autopercepção negativa, conflitos interpessoais relacionados à situação de dor e falta de flexibilidade (Shaw *et al.*, 2022); as exigências do mercado de trabalho, imposições de tarefas, carga horária não flexível, falta de colaboração, inexistência de programa de acompanhamento, falhas nas adaptações do local de trabalho e dificuldade de manter as habilidades e estratégias aprendidas (Svanholm *et al.*, 2022).

Tais desafios devem ser foco de estudo e intervenção pelos empregadores, pois se não superados, podem agravar a situação de saúde e resultar em novas ausências (Beemster *et al.*, 2021; Ibrahim *et al.*, 2019). Programas de autogestão que apoiem o trabalhador a superar desafios funcionais, reduzir o desconforto e as limitações propiciam maior capacidade de enfrentamento e aumento da participação no trabalho (Shaw *et al.*, 2022) e, portanto, devem ser promovidos pelas organizações.

2.3 FACILIDADES E DESAFIOS NO PROCESSO DE RETORNO E MANUTENÇÃO DO TRABALHO APÓS AFASTAMENTO POR DOR CRÔNICA

O afastamento do trabalho gera sensação de inutilidade aos trabalhadores, como se perdessem sua identidade sem a atividade laboral. Se por um lado o afastamento auxilia na recuperação da saúde, por outro pode prejudicá-la (Valença; Alencar, 2018), ensejando ações que viabilizem a perspectiva ampliada da reabilitação e manejo.

A identificação dos fatores que causaram o afastamento do trabalho e o entendimento de como eles podem afetar o quadro de dor é fundamental para desenvolver estratégias eficazes de tratamento e reabilitação, promovendo assim o retorno ao trabalho, que de acordo com Rashid *et al.* (2017), significa retomar as atividades em tempo integral ou parcial durante pelo menos um dia.

Um estudo que desenvolveu um programa de reabilitação biopsicossocial multidisciplinar de 100 horas distribuídas em quatro semanas, que priorizou as especificidades individuais e incluiu terapias físicas, ocupacionais e psicológicas, mostrou efeitos a longo prazo na redução da incapacidade e retorno ao trabalho: 24% dos participantes retornaram ao trabalho após alta do programa, 56% recuperaram a capacidade de trabalho em seis meses e 78% em 18 meses (Ibrahim *et al.*, 2019).

Em outro estudo de intervenção com plano de ação individualizado e estratégias multidisciplinares também foi apresentado resultados promissores na chance de aumentar a participação no trabalho e engajamento por pessoas com afastamento acima de três anos (Lytsy, Carlsson e Anderzén, 2017), demonstrando que mesmo não sendo diretamente relacionadas às acomodações no local de trabalho, nem ter participação e iniciativa do empregador, essas ações podem ampliar o retorno ao trabalho.

Portanto, a oferta de programas multidisciplinares de reabilitação biopsicossocial pelos empregadores, que contemplem adaptações no local de trabalho, resolução conjunta de problemas e aconselhamento psicológico incentivam e contribuem com o trabalhador na autogestão da dor e melhoria de resultados (Gantschnig *et al.*, 2017; Howard *et al.*, 2017; Ibrahim *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2021).

Um estudo que analisou os resultados de um programa psicoeducacional voltado a autogestão da dor apoiado por empregadores e adaptado para o contexto de trabalho com foco em superar desafios funcionais do local de trabalho através de atividades educativas e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, de lidar com pensamentos e emoções negativas e comunicação eficaz, mostrou que houve aumento no envolvimento no trabalho e na intenção de rotatividade e, uma tendência de melhoria na autoeficácia, fadiga e satisfação no trabalho. Este programa apresentou ainda, como resultado avaliado em 6 meses, uma diminuição de dias de trabalho perdidos apesar das limitações (Shaw *et al.*, 2022).

O processo de retorno ao trabalho deve contemplar fatores sociais e organizacionais, em uma abordagem multidisciplinar que inclua os aspectos relacionados à saúde e ao contexto, com a finalidade de que o trabalhador permaneça ativo ao longo do tempo, uma vez que a duração da licença médica é um preditor negativo para o retorno ao trabalho (Berglund *et al.*, 2018; Brendbekken *et al.*, 2018).

Manejar os impactos da dor sobre a vida laboral se faz necessário, pois a dor crônica é um estressor que durante a jornada de trabalho altera o humor, provoca limitações, necessidade de adaptações, estigma, absenteísmo ou até mesmo presenteísmo, ou seja, reduz a capacidade de trabalho. Tais fatores nem sempre são compreendidos por gestores e colegas de trabalho, e a reinserção do trabalhador com dor acaba sendo comprometido pelas altas demandas, autoridade e baixo suporte, deixando evidente a necessidade de educação e conscientização no ambiente de trabalho (Blake; Somerset; Greaves, 2022). O comprometimento do empregador e o envolvimento dos colegas para fornecer suporte e facilitar ajustes nas condições de trabalho adequadas facilitam o retorno e permanência da pessoa com dor no trabalho (Svanholm *et al.*, 2022).

Para o aumento da capacidade para o trabalho em pessoas com dor, além de intervenções relacionadas a dor, tipo e demandas de trabalho, percepção de incapacidade, qualidade de vida e relacionamentos, há necessidade de atenção para as crenças de esquiva das atividades decorrente da cinesiofobia, por meio de aconselhamento psicológico, terapia cognitiva comportamental e outras intervenções direcionadas a mudança de comportamento (Akerstrom; Ekman; Lundberg, 2017; Walston *et al.*, 2019). Além disso, indivíduos com dor crônica que estiveram em licença médica muitas vezes têm um retorno ao trabalho difícil e assegurar a atividade apesar da dor é importante no processo de recuperação, com destaque para as intervenções multidisciplinares e terapia psicológica com planos de reabilitação individual neste processo (Berglund *et al.*, 2018; Lytsy; Carlsson; Anderzén, 2017).

Ajustes organizacionais também são importantes no processo de retorno ao trabalho, como flexibilidade em relação à produtividade e ao ritmo, bem como a inclusão de ações direcionadas à conscientização da dor crônica e redução estigmas, apoio à saúde mental e estilo de vida saudável, incluindo dieta, atividade física, alongamento, fisioterapia, massagem e estratégias de enfrentamento (Blake; Somerset; Greaves, 2022). Para tanto, a participação do empregador e de supervisores é indispensável, pois viabiliza os ajustes e acomodações do trabalhador, contribuindo para diminuição de suas restrições e melhoria das capacidades (Svanholm *et al.*, 2022; Zetterberg *et al.*, 2022).

Shaw *et al.* (2012) evidenciam que aspectos do local de trabalho como demanda física modificáveis, flexibilidade de acordo com a restrição do trabalhador e

apoio, quando aceitos e desenvolvidos na cultura organizacional com compartilhamento de responsabilidade entre trabalhador com dor e empregador, possibilitam reduzir as limitações para o trabalho e melhorar a autogestão da dor.

Estudos apontam as barreiras no contexto de trabalho que podem comprometer a reinserção do trabalhador e, conseqüentemente, as possibilidades de autogestão da dor, como quantidade de tarefas, horas de trabalho, condições ergonômicas inadequadas, estigma e atitudes negativas de chefes e colegas que não entendem a existência de algo que não veem (Blake, Somerset e Greaves, 2022; Brendbekken *et al.*, 2018). Essas limitações levam os indivíduos a experimentarem sentimentos de tristeza e culpa pela incapacidade (Svanholm *et al.*, 2022).

Em relação a falta de apoio, estudo realizado com 107 empregadores apontou que a maioria se preocupava mais com o cumprimento de requisitos legais e não com ações direcionadas a autogestão da dor, persistindo desafios como estigma, falta de compreensão, tarefas inflexíveis, cargas de trabalho pesadas e atitudes negativas de superiores, evidenciando a falta de um ambiente psicologicamente seguro e de suporte (Blake, Somerset e Greaves, 2022).

Os profissionais de saúde ocupacional também podem representar uma barreira para o retorno ao trabalho das pessoas com dor, ao negligenciarem a oferta de suporte, de ações preventivas e de readaptação para esse público (Bosma *et al.*, 2021; Svanholm *et al.*, 2022).

Os indivíduos com dor necessitam de serviços de apoio, educação, treinamento e programas de reabilitação e retorno ao trabalho que considerem os aspectos de saúde e do contexto laboral (Blake; Somerset; Greaves, 2022). Assim, investigar o processo de saúde-doença no trabalho é preciso, levando em consideração as dimensões subjetivas, relacionais e sociais do trabalhador com dor crônica, com foco em intervenções para que este se mantenha ativo e não tenha sua situação agravada pelo trabalho (Bosma *et al.*, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar estratégias de autogestão da dor para o retorno ao trabalho a partir da literatura.

Compreender os fatores que causaram o afastamento do trabalho e podem ter influenciado o quadro de dor crônica.

Compreender a percepção dos trabalhadores sobre o impacto da dor na vida pessoal e laboral.

Compreender os aspectos que podem facilitar ou dificultar o processo de retorno ao trabalho.

4 MÉTODO

O desenho de estudo contemplou duas etapas: a primeira, uma revisão de literatura direcionada à identificação e síntese das estratégias de autogestão da dor; e a segunda, um estudo de campo, descritivo e exploratório, com foco em compreender as vivências dos trabalhadores com dor crônica quanto ao retorno ao trabalho.

4.1 ETAPA 1 – REVISÃO INTEGRATIVA

A Revisão Integrativa da Literatura foi estruturada a partir das cinco etapas propostas por Whitemore e Knafl (2005): 1) identificação do problema e questão norteadora; 2) busca de estudos na literatura que respondam à pergunta destacada; 3) avaliação dos dados; 4) análise dos dados; 5) apresentação da revisão.

O estudo foi norteado a partir da seguinte pergunta de pesquisa (etapa 1): “Quais as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho?”, elaborada a partir do mnemônico PCC, sendo (P) População: trabalhadores, (C) Conceito: estratégias de autogestão da dor crônica, (C) Contexto: retorno ao trabalho (Peters *et al.*, 2015).

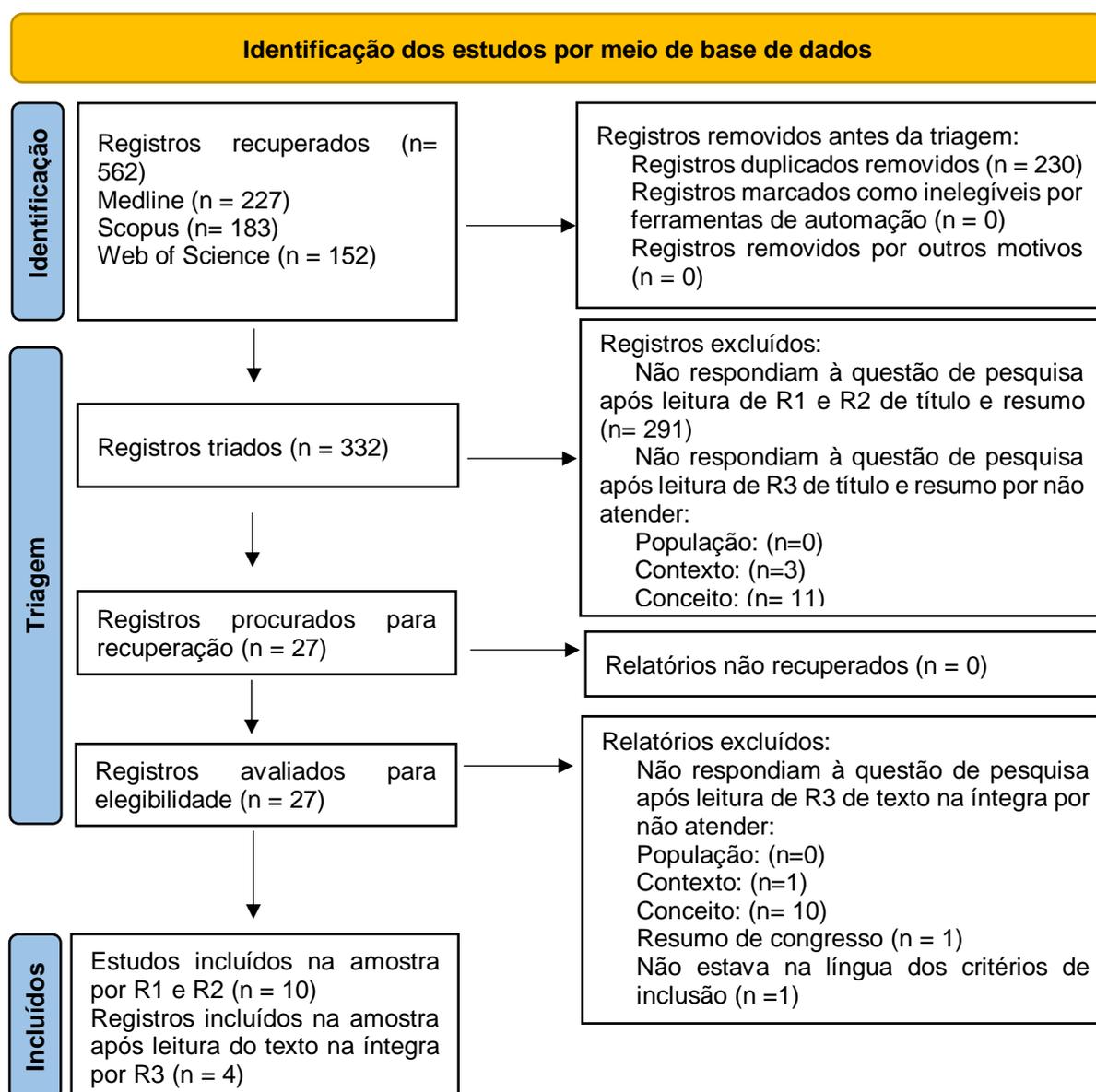
A busca na literatura (etapa 2) foi realizada nas bases de dados virtuais de pesquisas Medline, Web of Science e Scopus. Foram incluídos artigos originais publicados em inglês e português, referentes aos cinco anos anteriores à data da busca, 2017 a julho de 2022 (recorte temporal para permitir publicações mais recentes e busca de atuais estratégias de autogestão da dor que estão sendo utilizadas), disponíveis na íntegra e que respondessem à pergunta norteadora. Os estudos duplicados, de revisão e literatura cinza foram excluídos. A escolha dessas bases se deve ao número de publicações ordenadas e com abrangência na área da saúde, possibilitando maior retorno de artigos relacionados ao tema.

A estratégia de busca (*string*) tomou como base os descritores disponíveis no Medical Subject Heading (MeSH): “chronic pain” e “return to work” e os operadores booleanos OR (“chronic pain” OR “chronic pains” OR “pains, chronic” OR “pain, chronic” OR “widespread chronic pain” OR “chronic pain, widespread” OR “chronic pains, widespread” OR “pain, widespread chronic” OR “pains, widespread chronic” OR “widespread chronic pains”) e AND (“return to work” OR “work, return to” OR “back-to-

work"). Optou-se por não utilizar o descritor “autogestão” na *string* após verificar que este restringia o retorno de artigos, decidindo-se assim, identificar as estratégias de autogestão da dor crônica a partir da leitura dos artigos na íntegra.

A busca inicial resultou em 562 artigos e, após processo de seleção, resultou em uma amostra final de 14 artigos. Os resultados da busca são apresentados seguindo as recomendações do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma representativo do processo de seleção dos artigos.



Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2021).

O objetivo desse instrumento é de relatar, de maneira satisfatória e transparente, a condução desse estudo, embora seja recomendado para revisões sistemáticas, justifica-se sua aplicação devido a sua importância, qualidade e a inexistência de um instrumento específico para revisões integrativas.

Os artigos foram classificados segundo o nível de evidência e qualidade metodológica (etapa 3) utilizando o referencial de *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice* (Dang *et al.*, 2022), uma ferramenta de Avaliação de Evidências Baseadas em Pesquisa e que é adequada para estudos quantitativos, qualitativos ou mistos. A avaliação dos estudos incluiu três níveis de evidência, conforme o tipo de estudo: Nível I: que engloba estudos clínicos randomizados; Nível II: estudos quase-experimentais e Nível III: estudos não experimentais. A avaliação crítica é baseada em respostas “sim”, “não” ou “não aplicável” e baseia-se em critérios que determinam a robustez e confiabilidade dos estudos revisados. A avaliação pode resultar em três níveis de qualidade: A: alta qualidade; B: boa qualidade; ou C: baixa qualidade, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Resultado do nível de evidência e avaliação crítica dos artigos.

Autor e Ano	Tipo de estudo	Nível de evidência	Avaliação Crítica
Zetterberg <i>et al.</i> , 2022	Quantitativo	II	A– Alta Qualidade
Svanholm <i>et al.</i> , 2022	Qualitativo	III	A– Alta Qualidade
Leung <i>et al.</i> , 2021	Quantitativo	II	A– Alta Qualidade
Beemster <i>et al.</i> , 2021	Quantitativo	II	B– Boa Qualidade
Walston <i>et al.</i> , 2019	Quantitativo	II	C– Baixa Qualidade
Ibrahim <i>et al.</i> , 2019	Quantitativo	II	B– Boa Qualidade
Berglund <i>et al.</i> , 2018	Quantitativo	I	A– Alta Qualidade
Brendbekken <i>et al.</i> , 2018	Quantitativo	I	A– Alta Qualidade
Nguyen <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	I	B– Boa Qualidade
Gantsching <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	II	A– Alta Qualidade
Howard <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	II	A– Alta Qualidade
Lytsy <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	I	A– Alta Qualidade
Akerstrom <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	II	A– Alta Qualidade

Brendbekken <i>et al.</i> , 2017	Quantitativo	I	A– Alta Qualidade
----------------------------------	--------------	---	-------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com o Apêndice E do Modelo de Prática Baseada em Evidências do Johns Hopkins para Enfermeiros e Profissionais de Saúde (Dang *et al.*, 2022), os artigos quantitativos são considerados como de:

- Alta qualidade (A): quando apresentam resultados possivelmente consistentes; tamanho amostral apropriado para o desenho do estudo; controle adequado; conclusões suficientemente definitivas; recomendações com consistência razoável, baseadas em revisão muito abrangente da literatura, incluindo referências a evidências científicas; tópico com definição clara; métodos de busca na literatura elencados e apropriados; avaliação e síntese completa da literatura; recomendações alinhadas com os achados e quando conclusões definitivas podem ser tiradas.
- Boa qualidade (B): quando apresentam resultados possivelmente consistentes; tamanho amostral apropriado para o desenho do estudo; controle adequado; conclusões relativamente definitivas; recomendações razoavelmente consistentes, com base em revisão de literatura abrangente, incluindo referências a evidências científicas; tópico definido; métodos de busca na literatura elencados e apropriados; literatura avaliada e com síntese razoável; recomendações alinhadas com os achados e quando conclusões razoavelmente definitivas podem ser tiradas.
- Baixa qualidade (C): quando apresentam resultados inconsistentes e com pouca evidência; insuficiente tamanho amostral para o desenho do estudo; impossível extrair conclusões; tópico pouco definido; necessidade de clareza nos métodos de busca, que podem não ser adequados; insuficiente avaliação e síntese da literatura; recomendações incoerentes com os resultados, impossibilitando conclusões.

Por sua vez, os artigos qualitativos avaliados de acordo com Apêndice E do Modelo de Prática Baseada em Evidências do Johns Hopkins para Enfermeiros e Profissionais de Saúde (Dang *et al.*, 2022), são considerados como de:

- Alta qualidade (A): quando apresentam tópico com definição clara; métodos de busca na literatura especificados e apropriados; avaliação e síntese completas da literatura; recomendações alinhadas com os achados e quando conclusões

definitivas podem ser tiradas.

- Boa qualidade (B): quando apresenta tópico definido; métodos de busca na literatura elencados e apropriados; literatura avaliada e com síntese razoável; recomendações alinhadas com os achados e quando conclusões razoavelmente definitivas podem ser tiradas.

Os artigos qualitativos podem ainda ser considerados de alta (A) ou boa (B) qualidade quando descrevem as técnicas utilizadas visando a qualidade da investigação; discutem com detalhes como aprimorar ou avaliar a qualidade dos dados e apresentam evidências de todos, ou pelo menos de metade dos seguintes critérios:

- Transparência: explica a realização do registro das informações para justificar decisões, a revisão dos dados e a formulação dos temas e categorias;
- Diligência: evidencia que os dados foram minuciosamente interpretados; investiga múltiplas fontes para confirmar as evidências;
- Verificação: confere e confirma para garantir a coerência metodológica;
- Autorreflexão e autoavaliação: atenta em como as experiências e antecedentes do pesquisador podem moldar e enviesar as análises e interpretações;
- Pesquisa orientada pelo participante: quando os participantes guiam o objetivo e a abrangência das questões;
- Interpretação esclarecedora: há ligação significativa entre os dados e o conhecimento e a literatura pertinente.

- Baixa qualidade (C): quando o tópico é pouco definido; tem necessidade de clareza nos métodos de busca, que podem não ser adequados; a avaliação e síntese da literatura são insuficientes; há recomendações incoerentes com os resultados, impossibilitando conclusões; não há clareza e coerência na apresentação e falta transparência no relato; interpretação fraca dos dados, com pouca percepção sobre os fenômenos de interesse.

Na etapa 4 foram utilizados dois instrumentos para a análise dos dados: uma matriz analítica contendo dados de caracterização dos artigos (título, ano, país, objetivo, desenho de estudo, amostra e descrição da dor) e uma planilha com os desfechos de interesse: estratégias utilizadas, resultados obtidos e fatores que influenciaram o retorno ao trabalho. A análise dos dados obtidos foi feita sob a

perspectiva teórica da autogestão da dor crônica e as informações foram apresentadas de maneira descritiva (etapa 5).

4.2 ETAPA 2 - ESTUDO DE CAMPO

4.2.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

4.2.2 Local de estudo

O estudo de campo foi realizado na Unidade de Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), uma unidade acadêmica multidisciplinar que oferece serviços de reabilitação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os serviços ofertados por essa unidade estão: reabilitação física musculoesquelética, ortopédica, neurológica, respiratória, cardíaca, práticas integrativas e complementares, além de um Centro de Referência do Atendimento Interdisciplinar em Dor - Clínica da Dor (trata-se de um projeto de extensão com objetivo de propor intervenções interdisciplinares para o controle da dor musculoesquelética crônica), incluindo atendimento a trabalhadores com queixa de dor crônica, foco do presente estudo e onde foram identificados potenciais participantes.

A USE-UFSCar está articulada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e caracteriza-se como ambulatório de média complexidade, abrangendo o município de São Carlos e microrregião (Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito), localizados no estado de São Paulo, Brasil. As vagas de atendimento são disponibilizadas para as Secretarias Municipais de Saúde via Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), que as redistribui para as unidades de saúde do município. Já os encaminhamentos procedentes Hospital Universitário da UFSCar (HU-UFSCar) são realizados por e-mail e endereçados à Unidade de Regulação da USE (UNIR). Os usuários, quando já estão em atendimento na Unidade, também podem ser encaminhados a outros serviços dentro da unidade por interconsultas quando pertinente.

4.2.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram trabalhadores e trabalhadoras maiores de 18 anos, independentemente do tipo de vínculo empregatício ou ocupação, que estivessem em atendimentos de reabilitação na USE-UFSCar com quadro de dor crônica há, pelo menos, três meses (Treede *et al.*, 2019) e que tivessem retornado ao trabalho após qualquer período de afastamento. Foram excluídos os trabalhadores afastados do trabalho, desempregados, aposentados e com quadro de dor oncológica.

Para determinar o tamanho da amostra foi utilizado a técnica de amostragem por saturação, empregada em pesquisas qualitativas para guiar o pesquisador quando os dados obtidos passam a apresentar redundância ou repetição de informações, ou são suficientes para responder os objetivos propostos. Assim, não é a quantidade de elementos que é importante, mas a qualidade das informações obtidas dos participantes, sendo necessário analisar os dados concomitante ao processo de coleta, para que seja possível avaliar a saturação teórica (Fontanella; Ricas; Turatto, 2008).

4.2.4 Procedimentos para coleta de dados

A divulgação da pesquisa foi feita de duas formas: presencialmente e por meio de cartazes (Apêndice A) fixados em locais estratégicos da unidade, contendo os critérios de participação e o contato da pesquisadora. Na abordagem presencial, a pesquisadora, após se apresentar aos pacientes na sala de espera da USE-UFSCar e confirmar critérios de inclusão, convidou-os para participação na pesquisa, sendo que poderiam realizar a entrevista naquele momento ou agendar, seguindo um fluxograma de seleção (Apêndice B).

A partir do aceite, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) e o Termo de autorização para uso da imagem e voz (Apêndice D) a fim de obtenção de autorização para a gravação da entrevista. A pesquisadora procedeu a leitura completa do TCLE, esclareceu quanto aos objetivos, caráter voluntário e confidencialidade da participação, riscos, benefícios e possibilidade de desistência a qualquer momento. Após consentimento, a pesquisadora solicitou assinatura em duas vias, deixando uma via com o participante e pactuou a data, horário e modalidade da entrevista (presencial ou remota). A entrevista presencial foi

realizada em uma sala na USE-UFSCar, garantindo ambiente privativo, confortável e o sigilo na troca de informações.

Foram realizadas 12 entrevistas presenciais no período de agosto a outubro de 2023 e o tempo médio foi de, aproximadamente, 40 minutos por entrevista. Complementarmente à entrevista, a pesquisadora procedeu à coleta dos dados no prontuário (Apêndice E), a fim de obter a caracterização do caso, dados sobre ocupação e perfil de atendimento na USE.

A entrevista individual, uma técnica de comunicação verbal organizada para coleta de informações pertinentes sobre um determinado tema e com objetivo de pesquisa (Minayo, 2014), foi guiada por um roteiro semiestruturado contendo questões de caracterização sociodemográfica, laboral e direcionadas aos objetivos da pesquisa (Apêndice F). As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora para posterior análise.

4.2.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise temática, uma modalidade da análise de conteúdo proposta por Minayo (2014), sendo a principal característica a busca de significados a respeito de um assunto. Essa análise parte da leitura das falas a fim de ultrapassar a descrição da mensagem e atingir uma interpretação mais detalhada do seu conteúdo, sendo realizada em três etapas.

A primeira etapa consistiu na pré-análise do material, a partir dos objetivos iniciais da pesquisa, a fim de obter sua compreensão e interpretação. Essa etapa teve como tarefas a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Ainda nessa fase, foram determinadas as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que nortearão a análise. Nesta etapa, foram identificadas 27 unidades de registros: características da atividade e contexto de trabalho; necessidades financeiras; atividades de vida diária; fatores psicoemocionais; qualidade de vida; limitações funcionais; sofrimento; afastamento do trabalho; autoconhecimento e autoaceitação; parceria com profissionais; medicalização; atividade física; adaptações na vida pessoal; habilidades para lidar com a dor; terapias e outras ações; mudanças no estilo de vida; rede de apoio; apoio dos pares, supervisores e empregador; adaptações no ambiente de trabalho; facilitadores:

aspectos ambientais e organizacionais favoráveis; apoio de colegas e chefias/supervisores; prazer no trabalho e dificultadores: aspectos ambientais e organizacionais desfavoráveis; falta de apoio de colegas e chefias/supervisores; medo de não ser compreendido e perder o emprego; estratégias ineficazes de autogestão da dor; limitações financeiras.

A segunda etapa consistiu na exploração do material, identificando palavras e expressões significativas em torno das quais uma fala está organizada para codificar e escolher categorias responsáveis pela descrição do tema. Esta etapa foi determinada pela regra de enumeração de presença das unidades de registro nas falas dos participantes, o que aponta a importância do que está sendo apresentado. A princípio, emergiram as seguintes categorias: aspectos que contribuíram para a dor; repercussão da dor na vida e trabalho; estratégias de autogestão da dor; facilitadores e dificultadores para o retorno ao trabalho.

Por fim, a terceira etapa englobou o tratamento dos resultados obtidos e interpretação de acordo com o quadro teórico e conceitos iniciais (Minayo, 2014).

4.2.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa obedeceu a todos os aspectos éticos contidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, n. 13.709/2018. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob Parecer CEP n. 6.224.513 e CAAE n. 69421123.3.0000.5504. A coleta de dados teve início após autorização do campo de estudo e aprovação do CEP-UFSCar.

Os participantes não tiveram custos diretos ou compensação financeira para participação na pesquisa. Todos optaram por participar da entrevista presencialmente, em data e horário em que tinham atendimento agendado para reabilitação na USE-UFSCar, para não gerar custos extras. Os faltosos na data da entrevista foram novamente contatados e convidados a participar da pesquisa em nova data. Contudo, caso manifestassem desejo de desistência, tinham a liberdade para fazê-lo e direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos na continuidade do atendimento na USE-UFSCar.

Os potenciais riscos associados a esse estudo foram de ordem emocional, como desconforto, tristeza, impaciência em participar da entrevista ou por lembranças

de situações vividas. A fim de minimizá-los, os participantes foram esclarecidos quanto a pesquisa antes da participação, assim como do direito de interromper e desistir a qualquer momento e, caso se sentissem desconfortáveis e desejassem, poderiam ser encaminhados aos serviços de saúde do SUS que atendem por demanda, para assistência integral e imediata, fato que não aconteceu durante os atendimentos. Durante a pesquisa, nenhum participante solicitou assistência ou retirada do consentimento.

Quanto aos benefícios, estes foram atrelados à compreensão das estratégias utilizadas para o manejo da dor crônica e sua relação com o trabalho, reflexão proporcionada durante a entrevista.

Os áudios e transcrição do conteúdo das entrevistas ficarão armazenados em dispositivo eletrônico protegido por senha pela pesquisadora, mantido por cinco anos, podendo ser requerido pelo participante sempre que desejar. Todos os registros em plataforma virtual foram apagados. Para assegurar a anonimização dos participantes, estes foram identificados na transcrição pela letra “P” e por números cardeais seguindo a ordem dos entrevistados (P1, P2 e assim, por conseguinte).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados conforme as duas etapas desenvolvidas.

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A caracterização dos 14 artigos incluídos na revisão de literatura está apresentada no Quadro 2.

Os trabalhadores utilizaram diferentes estratégias para lidar com a dor, diminuir a incapacidade e melhorar funcionalidade em busca do retorno ao trabalho, que não foram apresentadas como de autogestão, mas classificadas como tal a partir do conceito adotado no estudo (Kiza; Cong, 2021).

A utilização de planos de intervenção multidisciplinares direcionadas ao trabalhador com dor foi a estratégia mais relatada na maioria dos artigos (n=12), com foco nos seguintes atributos: relação pessoa-profissional; estabelecimento de metas; tomada de decisão compartilhada; utilização de recursos disponíveis e resolução de problemas. Em contrapartida, somente quatro estudos relataram estratégias que, além do foco individual, contemplavam ações organizacionais como a participação do supervisor (Beemster *et al.*, 2021; Zetterberg *et al.*, 2022), avaliação do ambiente de trabalho (Ibrahim *et al.*, 2019) e intervenção no ambiente de trabalho (Gantschnig *et al.*, 2017).

O estudo de Beemster *et al.*, 2021 foi o único que comparou estratégias com foco no indivíduo e nas acomodações do local de trabalho e encontrou, como resultado, que o programa que incluiu o módulo trabalho e mudanças organizacionais foi mais efetivo e alcançou maior participação no trabalho após a intervenção e no acompanhamento de seis meses.

Dentre os profissionais que atuaram nas intervenções, o fisioterapeuta foi citado em 11 artigos, desempenhando um papel essencial na educação e apoio ao autogerenciamento da dor, na mudança de comportamento, na disseminação do conhecimento e na definição de plano terapêutico baseado em decisões compartilhadas por meio da participação do trabalhador e assim, fortalecendo a parceria pessoa-profissional (Hutting *et al.*, 2015; Zetterberg *et al.*, 2022).

Quadro 2. Caracterização dos estudos segundo autor, ano, país, objetivos, estratégias utilizadas para autogestão da dor no processo de retorno ao trabalho e resultados.

Autor, Ano, País	Objetivo	População de estudo	Estratégia de autogestão da dor	Resultados
Zetterberg <i>et al.</i> , 2022, Suécia.	Avaliar a efetividade de intervenção da fisioterapia comportamental na dor crônica.	N=5, sendo 4 mulheres e 1 homem, com média de 43 anos de idade e idade variando de 24 a 63 anos, todos afastados do trabalho (em licença médica há mais de 30 dias); Função: 1 estudante, 2 administradores, 1 profissional da saúde, 1 assistente social.	Intervenção foi dividida em quatro fases: 1) Identificação das atividades relacionadas ao trabalho que são afetadas pela dor e desejavam melhorar. Duração de 2 a 3 semanas. 2) Discussão de um plano de retorno ao trabalho entre o participante e seu supervisor, incluindo modificações de trabalho e suporte no local de trabalho. Duração de 2 a 5 semanas. 3) Treinamento de trabalhadores e supervisores sobre habilidades de comunicação e resolução de problemas. Duração de 3 a 5 semanas. 4) Programa de Fisioterapia comportamental com atividades priorizadas pelo participante, estabelecimento de metas, exercícios físicos com exposição gradual, avaliação de crenças sobre dor, medo-evitação, educação em neurofisiologia da dor, identificação de pensamentos e ações para estratégias de enfrentamento e incentivo ao automonitoramento. Duração de 14 a 18 semanas. Acompanhamento: 28 semanas. Foco: individual (trabalhador com dor) e organizacional (participação ativa do supervisor)	Não houve informações sobre a intervenção com supervisores. Dos 5 participantes, houve melhora na intensidade da dor (<i>Brief Pain Inventory</i>) para um participante, piora para dois e a dor manteve na intensidade para outros dois participantes. A interferência da dor (PDI) nas atividades, a satisfação autoavaliada (medida pelo NRS) com a habilidade para atividades alvo e o desempenho autoavaliado das atividades (medido pelo NRS) alvo melhoraram para todos os participantes. A capacidade de trabalho (WAI) melhorou para três participantes e piorou para dois.

<p>Svanholm <i>et al.</i>, 2022, Suécia</p>	<p>Explorar os fatores que contribuem para diminuir as licenças médicas e aumentar o retorno ao trabalho após participação em programa de reabilitação multimodal.</p>	<p>N=18, sendo 13 mulheres e 5 homens, com média de 43 anos (variando de 27 a 60 anos), 13 empregados, 5 desempregados e 10 de licença médica.</p>	<p>Grupo focal de 1,5h para identificação de fatores facilitadores e limitantes para o retorno ao trabalho após participação em programas de reabilitação biopsicossocial multidisciplinar baseado em evidência com componentes físicos, psicológicos e relacionados ao trabalho. Foco: individual (trabalhador com dor)</p>	<p>Facilitadores: conhecer e aceitar limitações, aprender estratégias para desempenhar atividades, adaptação do trabalho; sentir-se seguro e confiante; interação das partes interessadas; profissionais competentes, lenta escalada de horas de trabalho. Limitantes: exigência do mercado de trabalho, imposições de tarefas, carga horária inflexível, falta de colaboração e de programa de acompanhamento padronizado, de adaptação do local de trabalho, dificuldade de manter as habilidades e estratégias aprendidas.</p>
<p>Leung <i>et al.</i>, 2021, China</p>	<p>Avaliar a recuperação funcional após participação em programa multidisciplinar direcionado a pessoas com lombalgia crônica e identificar fatores preditivos de sucesso para o retorno ao trabalho.</p>	<p>N= 158, sendo 41 mulheres e 117 homens, com média de 41 anos (dp=9,4); Maioria com demanda de trabalho média a pesada e falha no retorno ao trabalho.</p>	<p>Programa multidisciplinar composto por três sessões semanais com foco na reabilitação funcional, de acordo com as demandas de trabalho, intensidade da dor, adaptação psicológica e percepção da incapacidade. Foram realizadas três sessões, com duração média de 14 semanas. Foco: individual (trabalhador com dor)</p>	<p>SLR (avalia tolerância para sentar-se, ficar em pé e andar): tolerância sentada melhorou de 50 para 61,6, em pé melhorou de 40,7 para 47,2 e para caminhar melhorou de 50,6 para 59,7. PDC (teste físico para demandas de trabalho): melhorou de 1 (leve) para 2 (médio). VAS (avalia gravidade da dor, 0=ausência de dor a 10=pior dor): Não houve alteração significativa. AIS (avalia aceitação da doença e resposta de enfrentamento, varia de 8=não aceitação a 40=alta aceitação): melhorou de 21 para 22. BDI (pontuação de 0 a 63 indicando depressão mínima a grave): piora de 17 para 19. ODI (avalia incapacidade, 0=nenhuma incapacidade a 100=incapacidade máxima): melhora de 47,5 para 44. SFSS (avalia capacidade percebida para realizar tarefas e varia de 0 a 200=melhor capacidade percebida): melhorou de 97,9 para 109. Houve melhora na demanda do trabalho, na aceitação da doença, na incapacidade e na capacidade percebida. Não houve alteração na intensidade da dor, na tendência depressiva e pensamentos negativos.</p>

Beemster <i>et al.</i> , 2021, Holanda	Analisar a diferença da participação no trabalho de pessoas com dor musculoesquelética crônica que participaram de programa de reabilitação interdisciplinar com ou sem módulo de trabalho.	N= 470, sendo 280 mulheres e 190 homens, com média de 47 anos (dp=10,9), todos de licença médica, sendo 50% de licença há mais de 6 meses e 28% com escolaridade baixa, 42% média e 26% alta.	Programa sem módulo de trabalho: exercícios baseados em atividade graduada, educação em grupo e relaxamento. Programa com módulo de trabalho: acrescentou gestão de casos, visita ao local de trabalho e participação do supervisor. Duração: 15 semanas e acompanhamento: 6 meses. Foco: individual (trabalhador com dor) e organizacional (participação do supervisor para ajustes no local de trabalho).	Na alta: houve aumento de participação no trabalho de 10% pelo programa sem módulo de trabalho e de 25% pelo programa com módulo de trabalho comparado com dados do início do programa. No acompanhamento de 6 meses: aumento de 32% de participação no trabalho pelo programa sem módulo do trabalho e 38% no programa com módulo de trabalho. Os dois Programas demonstraram efeitos positivos na participação do trabalho, sendo que o Programa com o módulo de trabalho alcançou resultados melhores.
Walston <i>et al.</i> , 2019, Geórgia	Avaliar o uso da Terapia Cognitivo Comportamental associada a fisioterapia para tratamento de comportamento de evitação do medo em pessoas com lombalgia crônica incapacitadas ou ausentes do trabalho.	N= 3, sendo 2 mulheres e 1 homem, com idades de 42 a 55 anos, (dp=5,9), todos desempregados ou incapacitados. Função: supervisor de fábrica, caixa e outro que não estava descrito.	A fisioterapia foi direcionada a educação e progressão de exercícios específicos e a Terapia Cognitivo-Comportamental para identificação de crenças negativas e comportamento de evitação do medo. Duração total das atividades: média de 60 minutos. Foco: individual (trabalhador com dor)	FABQ-PA (avalia comportamentos de evitação do medo): P1 (participante)= 18 na avaliação inicial e 6 na alta; P2= 20 e 14 e P3= 26 e 5 respectivamente. NPRS (classifica dor de 0=sem dor a 10=pior dor): P1=10 na avaliação inicial e 0 na alta; P2= 10 e 1, P3= 8 e 0 respectivamente. FS PROM (medida de estado funcional relatada pelo participante): P1= 39 no início da intervenção e 83 na alta; P2= 24 e 80 e P3= 37 e 95. Todos os participantes evoluíram da hipomobilidade para normalidade, todos demonstraram melhora significativa quanto a dor, incapacidade, comportamentos de evitação do medo e retornaram ao trabalho.
Ibrahim <i>et al.</i> , 2019, Suíça	Avaliar o efeito a longo prazo de um programa multidisciplinar de reabilitação biopsicossocial para pessoas com lombalgia crônica e identificar fatores	N= 201, sendo 119 homens e 82 mulheres, com média de 41 anos, variando entre 18 e 65 anos (dp=9,51), 71,5% em licença médica, 20% trabalhando em	Programa multidisciplinar organizados em 100 horas de grupo com adaptação individual, sendo 52 sessões de tratamento físico com fisioterapeuta, 10 horas de terapia ocupacional com ênfase em situações profissionais, visita e adaptações no local de trabalho, seis sessões educativas baseado em modelos não lesivos e biopsicossociais,	No término do programa, 24% retornaram ao trabalho, 56% após 6 meses e 78,5% aos 18 meses. COMI (avalia dor numa escala de 0 a 10): mudou de 6,7 para 4,8 do início do programa e após 18 meses, respectivamente. ODI (avalia incapacidade): mudou de 41 para 30,7 do início do programa e após 18 meses, respectivamente. TSK (autoavaliação do medo do movimento, 1=discordo totalmente a

	preditores da recuperação da capacidade de trabalho.	tempo integral e demais desempregados ou ausentes; Do total, 106 (52,7%) com profissões de esforço físico, 42,8% com escolaridade primária e 34,3% ensino médio.	uma hora de discussão de grupo de apoio semanal com psiquiatra e 20 horas de exercícios de autogerenciamento. Duração: 4 semanas e acompanhamento: 18 meses. Foco: individual (trabalhador com dor) e organizacional (avaliação do ambiente de trabalho).	4=concordo totalmente): mudou de 43,5 para 39,5 do início do programa e após 18 meses, respectivamente. HADS depressão e ansiedade com pontuação variando de 0 a 21: mudou de 8,7 e 9,8 para 6,3 e 8,5 do início do programa e após 18 meses, respectivamente. MOS SF-12, componente físico e mental, avalia qualidade de vida: mudou de 32,9 e 38,3 para 39,1 e 41,6 do início do programa e após 18 meses, respectivamente. Os preditores da capacidade de trabalho foram a melhora da dor, qualidade de vida e incapacidade.
Berglund <i>et al.</i> , 2018, Suécia	Avaliar os efeitos de dois programas de reabilitação profissional quanto ao retorno ao trabalho ou empregabilidade de pessoas em licença médica por doença mental ou dor crônica.	N= 427, sendo 401 mulheres e 26 homens, com média de 48,7 anos (dp=8,3), 62,8% empregados, 37,2% desempregados, média de 7 a 8 anos de licença, 20,1% escolaridade primária e 46,9% com ensino médio.	Intervenção multidisciplinar com adaptação individual (média de 9,1 sessões) comparada com terapia psicológica de aceitação e compromisso (ACT) (média de 8 sessões) e grupo controle. Acompanhamento: 12 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	Multidisciplinar: 31,3% retornaram ao trabalho e 27% tiveram maior empregabilidade. ACT: 17,9% retornaram ao trabalho e 35,8% maior empregabilidade; Grupo controle: 16% retornaram ao trabalho e 14% maior empregabilidade. Portanto, a intervenção multidisciplinar parece favorecer o retorno ao trabalho e a ACT ao aumento da empregabilidade.
Brendbekken <i>et al.</i> , 2018, Noruega	Avaliar o efeito preditivo do programa multidisciplinar comparada a intervenção breve em pessoas com dor musculoesquelética crônica e fatores relacionados ao trabalho e saúde.	N= 184, sendo 153 mulheres e 131 homens, com média de 41,3 anos (dp=9.6), média de 147 dias de licença, 68% com menos de 12 anos de estudo, 18,8% com ensino superior e 55% com trabalho fisicamente	Estratégia: Intervenção Multidisciplinar com foco no trabalho, na saúde, fatores psicossociais e comunicação (realizado em 3 sessões, total de 5,5h), comparado com Intervenção Breve baseada em atividades educativas com participação do médico e fisioterapeuta em atividades (realizada em 2 sessões, total de 3,5 h). Acompanhamento: 12 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	Comparando os grupos de intervenção multidisciplinar e breve, em 3 meses e 12 meses respectivamente, o HADS teve OR=0.45 e 0.70; EPQ-N (mede neuroticismo numa pontuação máxima de 12): OR=0.72 e 0.73; CPAQ (avalia tolerância da dor numa pontuação máxima de 120): OR= 1.30 e 1.22; Em 12 meses, 63,8% dos participantes da Intervenção Multidisciplinar retornaram ao trabalho em comparação a 58,7% da Intervenção Breve, tendo como preditores para o retorno em três meses: participação na

		exigente.		intervenção multidisciplinar e crença de que a dor era causada pelo trabalho, como preditores negativos: ansiedade e depressão. Não houve alteração na tolerância da dor. Em 12 meses não houve resultados diferentes entre os participantes dos programas e o preditor negativo foi a duração da licença médica.
Nguyen <i>et al.</i> , 2017, França	Determinar se um spa multidisciplinar é mais eficaz do que cuidados habituais para melhorar o retorno ao trabalho de pessoas com dor lombar.	N= 87, sendo 51 mulheres e 36 homens, com média de 47 anos, média de 3,7 meses de licença e 72,6% com escolaridade até nível médio.	Reabilitação multidisciplinar com balneoterapia, exercícios e educação individualizada. Grupo controle: cuidados usuais a critério médico. Duração: 5 dias, cerca de 20 horas e acompanhamento: 12 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	Dentre os participantes do spa multidisciplinar, 56,3% relataram retorno ao trabalho em um ano, em comparação a 41,9% daqueles que não participaram. Não houve diferença significativa quanto aos desfechos de dor, incapacidade, qualidade de vida e número de dias de licença médica.
Gantsching <i>et al.</i> , 2017, Suíça	Avaliar efeitos de curto, médio e longo prazo de participantes de programa de reabilitação ambulatorial.	N= 30, sendo 13 mulheres e 17 homens, com média de 44,8 anos (dp=12.57) e 67% com educação superior.	Intervenção interprofissional dividida em três fases de quatro semanas cada. Fase1: intervenções individuais (fisioterapia, terapia ocupacional, médico, assistente social e terapia comportamental) e em grupo (exercícios, terapia comportamental, ocupacional e consciência corporal). Fase 2 e 3: intervenções individuais de acordo com necessidade de cada participante, visita e intervenção no local de trabalho, exercícios em grupo. Duração: 12 semanas e acompanhamento: 24 meses. Foco: individual (trabalhador com dor) e organizacional (intervenção no local de trabalho)	Retornaram ao trabalho, 65% dos participantes e teve como desfechos positivos: qualidade de vida e saúde, habilidade motora, qualidade do desempenho ocupacional e satisfação. A intensidade de dor e desempenho motor de atividades não apresentaram efeito significativo. Os resultados foram medidos após o tratamento, 1 ano e 2 anos após: NRS: OR=0,38; 0,26; -0,69 e p=0,16; AMPS desempenho motor: OR=0,31; 0,49 e p=0,012; AMPS desempenho de tarefas: OR=0,08; 0,13 e p=0,28; COPM desempenho e satisfação: OR= 2,31; 2,74; 2,74 e de 2,80; 3,38; 3,61 respectivamente e p<0,001 em ambos; EuroQoL (qualidade de vida): OR=9; 4,15; 14,3 e p=0,026.
Howard <i>et al.</i> , 2017, Canadá	Identificar variáveis demográficas e psicossociais	N= 303, sendo 121 mulheres, 182 homens, com média	Estratégia: programa multidisciplinar com gestão de medicamentos; exercícios; aconselhamento individual,	Na conclusão do programa e em 3 meses, respectivamente, os resultados foram: QOL: p=0,266 e 0,017; ODI: p=0,002 e 0,004;

	associadas à conclusão de um programa de restauração funcional e retorno à função.	de 46 anos (dp=10.05) e participação de 4 aposentados por invalidez;	em grupo e familiar; ioga; pilates e atividade educativa. Duração: 4 semanas e acompanhamento: 3 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	VAS: p=0,001 e 0,197; BAI (ansiedade): p=0,330 e 0,777; PAIRS (relação de dor com incapacidade): p=0,005 e 0,227 TSK: p=0,012 e 0,344; BDI: p=0,246 e 0,043; COMM (uso indevido de opioides): p=0,654 e 0,585; CPAQ: p=0,197 e 0,637. As variáveis positivas para o retorno à função após a alta estiveram relacionadas à melhora da incapacidade, intensidade de dor e do medo ao movimento, assim como a melhora da qualidade de vida, depressão e a aceitação da dor foram variáveis para o retorno ao trabalho de 64,5% dos participantes em três meses.
Lytsy <i>et al.</i> , 2017, Suécia	Investigar a eficácia no retorno ao trabalho de dois programas de reabilitação profissional.	N= 308 mulheres, com média de 48,5 anos (dp=6,3), média 7,5 anos de licença, 63,6% empregados e 36,4% desempregados, 19,6% escolaridade baixa, 44,2% média e 36,2% alta.	Terapia de aceitação e compromisso (ACT) com sessões de psicoterapia visando a fim de aumentar função e qualidade de vida. Intervenção multidisciplinar com avaliação e treinamento por terapeuta ocupacional, atendimento do serviço social, psicólogo e médico. Em ambas as intervenções houve reuniões no posto de trabalho. Acompanhamento: 12 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	Em relação ao retorno ao sistema de seguro saúde: 51,5% do grupo controle retornaram ao sistema de seguro saúde, 43,5% do grupo ACT e 39,2% do grupo multidisciplinar. Em relação ao aumento nas horas de trabalho, a intervenção multidisciplinar teve OR=2.20 e grupo ACT de 0,95. Em relação ao engajamento houve um aumento de: 29,9% no grupo controle, 40,3% no grupo ACT e 50,8% no grupo multidisciplinar.
Akerstrom <i>et al.</i> , 2017, Suécia	Investigar como a cinesiofobia varia durante um programa de reabilitação multimodal e sua relação com a capacidade de trabalho nos que completaram o programa.	N= 112, sendo 94 mulheres e 18 homens, média de 42,8 anos (dp=8.43), todos de licença médica e 79,5% com escolaridade de nível médio;	Programa de reabilitação multimodal com abordagem educativa contendo aulas teóricas sobre aspectos fisiológicos e psicológicos da dor e exercícios graduados visando conhecimento, mudança de comportamento, relaxamento, consciência corporal e habilidades sociais. Duração: 4 semanas. Acompanhamento: 12 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	A cinesiofonia diminuiu ao longo do acompanhamento (TSK diminuiu de 35,5 para 30,5) com maior relevância nos homens (TSK foi de 38,5 para 31), a quantidade de pessoas com capacidade de trabalho superior a zero aumentou de 43% para 59% e o número de pessoas com capacidade total aumentou de 8% para 19%.

Brendbekken <i>et al.</i> , 2017, Noruega	Comparar o efeito de programa multidisciplinar com intervenção breve no retorno ao trabalho, aos 12 e 24 meses de acompanhamento de pessoas em licença de longa duração devido dor musculoesquelética.	N= 284, sendo 153 mulheres e 131 homens, com média de 41 anos (dp=9,65), todos empregados e de licença médica com média de 147 dias, 69% com escolaridade de até 12 anos.	Intervenção multidisciplinar com ações educativas de manejo da dor, evitação do medo, estilo de vida, atividade física, questões familiares e condições de trabalho, sendo 3 sessões com total de 5,5h. Intervenção Breve com abordagem educativa do médico e fisioterapia, sendo 2 sessões com total de 3,5h. Acompanhamento: 24 meses. Foco: individual (trabalhador com dor)	Em 12 meses, o retorno ao trabalho em tempo integral, foi de 44,7% e 44,8%, respectivamente, nos grupos multidisciplinar e de intervenção breve e aos 24 meses foi de 42,6% e 36,6%, respectivamente.
---	--	---	---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

De forma geral, os estudos apresentaram as seguintes estratégias direcionadas a autogestão da dor: modificações de trabalho, suporte no local de trabalho, treinamento de trabalhadores e supervisores sobre habilidades de comunicação e resolução de problemas, estabelecimento de metas, exercícios físicos com exposição gradual, educação em neurofisiologia da dor, identificação de pensamentos e ações para estratégias de enfrentamento e incentivo ao automonitoramento (Zetterberg *et al.*, 2022), reabilitação funcional de acordo com as demandas de trabalho, intensidade da dor, adaptação psicológica e percepção da incapacidade (Leung *et al.*, 2021), relaxamento e participação do supervisor (Beemster *et al.*, 2021), visita e adaptações do local de trabalho (Ibrahim *et al.*, 2019), identificação de crenças negativas e comportamento de evitação do medo (Walston *et al.*, 2019), terapia comportamental, ocupacional e consciência corporal (Gantsching *et al.*, 2017), gestão de medicamentos, ioga, pilates, aconselhamento individual, em grupo e familiar (Howard *et al.*, 2017).

Em geral, os participantes não apresentaram melhora na intensidade da dor (Brendbekken *et al.*, 2018; Gantsching *et al.*, 2017; Leung *et al.*, 2021; Svanholm *et al.*, 2022; Zetterberg *et al.*, 2022), mas melhor aceitação da dor e das limitações, e diminuição da incapacidade e do medo de dor (Akerstrom *et al.*, 2017; Gantsching *et al.*, 2017; Howard *et al.*, 2017; Ibrahim *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2021; Svanholm *et al.*, 2022; Walston *et al.*, 2019; Zetterberg *et al.*, 2022).

Os estudos apontaram alguns preditores para o retorno ao trabalho e sucesso da autogestão em nível individual e organizacional, como conhecimento e aceitação das limitações, aprendizado de novas estratégias para desempenhar atividades, sentir-se seguro e confiante; adaptação do trabalho, interação das partes interessadas; profissionais competentes, lenta escalada de horas de trabalho (Svanholm *et al.*, 2022), melhora da dor, qualidade de vida e incapacidade (Ibrahim *et al.*, 2019), participação em intervenção multidisciplinar (Brendbekken *et al.*, 2018; Howard *et al.*, 2017), melhora do medo ao movimento e da depressão (Howard *et al.*, 2017).

O conhecimento foi abordado como fator importante tanto para a pessoa em condição crônica quanto para o empregador e colegas de trabalho, pois resulta na aceitação do que é possível, no entendimento da capacidade e induz ao

desenvolvimento de novas habilidades, com maior segurança, confiança e apoio (Walston *et al.*, 2019).

Dentre os desafios e limitantes para o retorno ao trabalho foram destacados os fatores individuais, mas também os organizacionais, como licenças médicas de longa duração, mudanças do mercado de trabalho (Brendbekken *et al.*, 2018), imposição de tarefas, carga horária inflexível, falta de colaboração das partes interessadas, falta de um programa de acompanhamento padronizado e a falta de adaptações no ambiente de trabalho (Svanholm *et al.*, 2022).

Assim, as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no retorno ao trabalho apontaram para a busca da funcionalidade, diminuição da incapacidade e superação das limitações por meio da utilização de programas de reabilitação multidisciplinares, apoio profissional e conhecimento, evidenciando resultado satisfatório apesar de nem sempre alcançar melhora significativa da dor, nem ter o apoio do empregador para abordagens no ambiente de trabalho e adaptações necessárias.

5.2 ESTUDO DE CAMPO

Participaram do estudo 12 trabalhadores, com idade média de 49 anos ($dp=12$; variação de 22 a 64 anos) e maioria do sexo feminino ($n=11$). Quanto ao estado civil, cinco participantes se declararam solteiros, dois viúvos, dois casados, dois em união estável e um divorciado. Seis entrevistados concluíram o ensino médio e três deles, o ensino fundamental; um referiu ensino médio incompleto, um ensino superior incompleto e um ensino superior completo.

Em relação ao regime de trabalho, seis participantes referiram ter vínculo formal com carteira assinada (contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas), dois autônomos (microempreendedor individual - MEI) e quatro informais. Dentre os trabalhadores informais e autônomos, apenas um informou ter horário fixo e folga aos domingos; os demais referiram carga horária variável durante a semana, por vezes, com trabalho também no período noturno e finais de semana. Dentre os participantes com trabalho formal, apenas uma informou turno de trabalho noturno como auxiliar de cozinha e uma técnica de enfermagem realizava escala de revezamento de turnos.

O Quadro 3 apresenta a caracterização dos participantes quanto à idade, tempo de dor, profissão (antes da dor e atual), diagnóstico médico e condição associada relatada pelos participantes.

Quadro 3: Perfil dos participantes em relação à idade, tempo de dor, profissão, diagnóstico médico e condições associadas relatadas pelos participantes.

Participante	Idade	Tempo de dor	Profissão antes da dor	Profissão atual	Diagnóstico médico	Condição associada relatada
P1	56 anos	20 anos, sendo mais intensa há 10 anos	Auxiliar administrativo e confeitadeira	Confeitadeira	Fibromialgia; Artrose; Bursite	Estresse
P2	64 anos	Entre 15 e 19 anos	Depiladora e auxiliar de pedreiro	Depiladora	Fibromialgia	Depressão
P3	63 anos	Entre 7 e 8 anos	Cozinheira	Cuidadora	Fibromialgia; Artrite; Tendinite	Síndrome do túnel do carpo; Perda de memória
P4	53 anos	“faz tempo” (participante não soube precisar o tempo)	Auxiliar administrativo	Artesã	Fibromialgia	Psoríase; Ansiedade; Insônia; Síndrome do pânico; Dor abdominal; Artrite
P5	42 anos	20 anos	Assistente Administrativo	Assistente Administrativo	Hérnia de disco lombar; Investigando espondilite	Dor ombro esquerdo, quadril e articulações; Herpes zóster
P6	53 anos	5 anos	Técnica de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	Artrose	Dor nos joelhos
P7	56 anos	30 anos	Vendedora	Empregada doméstica	Hérnia de disco cervical e lombar; Fibromialgia; Túnel do carpo	-
P8	22 anos	4 anos	Estudante	Bibliotecária	Fibromialgia; Enxaqueca	Escoliose; Síndrome do intestino irritável; Insônia; Teratoma no ovário
P9	53 anos	Entre 2 e 3 anos	Empregada doméstica	Empregada doméstica	Dor no ciático	-
P10	60 anos	10 anos	Atendente de farmácia	Vendedora	Fibromialgia; Enxaqueca;	Depressão; Herpes Zóster

					“desgaste em joelhos, coluna lombar e cervical”	
P11	45 anos	12 anos	Auxiliar em linha de produção de frigorífico	Auxiliar de cozinha	Hérnia de disco lombar	Síndrome do túnel do carpo;
P12	29 anos	5 anos	Designer de sobancelha	Designer de sobancelha e fotógrafa	Fibromialgia	Ansiedade generalizada; Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Fonte: Elaborado pela autora.

A fibromialgia foi o diagnóstico médico mencionado por oito participantes, associada a aspectos emocionais como: estresse, depressão, ansiedade, insônia e pânico, com uma variação de tempo de dor entre quatro e 30 anos. Seis participantes informaram estar desenvolvendo a mesma atividade que exerciam antes da dor, quatro mudaram de profissão (mas não atribuem o motivo de mudança à dor) e duas declararam ter perdido o emprego anterior devido às condições de saúde.

A partir da análise das entrevistas foi possível identificar 27 unidades de registro e quatro categorias temáticas, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4: Categorias temáticas e unidades de registro.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	UNIDADES DE REGISTRO
Aspectos que contribuíram para a dor	Características da atividade e contexto de trabalho Necessidades financeiras Atividades de vida diária Fatores psicoemocionais
Repercussão da dor na vida e trabalho	Qualidade de vida Limitações funcionais Sofrimento Afastamento do trabalho
Estratégias de autogestão da dor	Individuais Autoconhecimento e autoaceitação Parceria com profissionais Medicalização Atividade física Adaptações na vida pessoal Habilidades para lidar com a dor Terapias e outras ações Mudanças no estilo de vida Rede de apoio Organizacionais (contexto de trabalho) Apoio dos pares, supervisores e empregador Adaptações no ambiente de trabalho
Facilitadores e dificultadores para o retorno ao trabalho.	Facilitadores Aspectos ambientais e organizacionais favoráveis

	Apoio de colegas e chefias/supervisores Prazer no trabalho
	Dificultadores Aspectos ambientais e organizacionais desfavoráveis Falta de apoio de colegas e chefias/supervisores Medo de não ser compreendido e perder o emprego Estratégias ineficazes de autogestão da dor Limitações financeiras

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 Aspectos que contribuíram para a dor

A busca pelo entendimento sobre as possíveis causas da dor mostrou-se um desafio para os participantes, que apontaram suas percepções quanto aos fatores que contribuíram para seu surgimento e agravamento. Dentre eles, as atividades de trabalho aparecem com destaque:

Quando eu era cozinheira, eu já sentia dor devido estar carregando peso, acho que as coisas, né? Então prejudicava [...] (P3)

Eu já tinha dor, mas não era assim, tanto assim como tenho hoje. Trabalhava normal, sem ficar indo tanto em médico, sem muito medicamento. Foi depois mesmo do bordado que comecei a sentir mais dor. (P4)

Eu ia a pé, voltava a pé e esse peso nas costas [refere-se à mochila com material de trabalho] pode ter colaborado, e mais o peso do meu corpo, e mais a posição na hora de sentar não ser uma posição favorável, ergonômica. (P5)

O fato de ficar muito tempo em pé, na mesma posição, muitas horas, acho que isso que afeta bem a dor, porque quando eu faço os outros serviços não tenho. (P9)

Começou com a dor no joelho, depois começou a doer a coluna, acho que forçava, né? [...] era peso porque eu carregava aqueles pacotões de fralda geriátrica. (P10)

Eu não sei se foi devido meu trabalho, que trabalhei 28 anos como depiladora, e assim, ajudei meu marido a fazer alguns serviços, tipo auxiliar de pedreiro, então, talvez, isso também, né? Pegar peso [...]. Talvez tenha um pouco da genética e um pouco dos abusos ou excessos, eu penso assim [...] O movimento repetitivo acaba, eu acho, que desgastando, né? E aí vem as dores. (P2)

Eu não tive nenhum quadro específico, nem psicológico, nem no trabalho meu que possa ter causado esse tipo de dor. Talvez o fato de eu ter que me sujeitar a ser empregada doméstica de uma pessoa na qual eu acho que era complicada, eu tinha vontade de falar tudo o que sentia, mas eu não podia porque era amiga de uma amiga minha e eu precisava do dinheiro. Então eu não falei, então as vezes isso também tenha acarretado essa fibromialgia do jeito que deu. (P7)

Eu estava lá na devolução, onde colocava a bandeja para fazer o processo da lavagem dos utensílios, e nesse período eu pegava uma bandeja atrás da

outra, imagina só, num jantar passa mil e tantas pessoas e no almoço passa mil e tantas pessoas e você fica ali só retirando bandeja para outra companheira colocar na máquina de lavar [...] a caixa de frango ficava na câmara fria e ficava em cima de paletes, então eu tinha que levantar a caixa [...] quantos quilos pesava uma caixa de carne daquela branca? 160 quilos? Então, também achei que prejudicou muito minha coluna [...] isso sobrecarregou minha cervical também e hoje sofro com isso. [...] Isso daí foi uma doença causada pelo trabalho, muito esforço, trabalhei muito na roça, colhendo laranja, mas de imediato falo que foi ficar muito em pé trabalhando na linha de produção, não me locomovia, ficava muito tempo parada e foi onde constatou hérnia de disco [...] eu acreditava que era muito tempo que ficava de pé, sei lá, como eu trabalhava sozinha a noite, eu acreditava [...]. (P11)

Os aspectos ambientais e organizacionais do trabalho também foram apresentados como motivos de frustrações e contribuintes para a dor.

[...] a cadeira que eu trabalho é exatamente como essa [...] e aí eu já sei que vou sentir dor. (P5)

A dor que fica mais intensa é na terça, porque eu fico muito tempo em pé porque eu passo roupa, assim, tipo uma hora e meia, duas horas, então eu fico numa mesma posição muito tempo. (P9)

Eu fico bastante tempo em pé e um pouco curvada assim, então eu sinto muita dor no trapézio. Eu faço também depilação com linha, então eu sinto muita dor no punho e na mão. (P12)

Chegava em casa que parecia que a cabeça ia explodir, aquele peso no corpo [...] às vezes eu acordava, teve uma época que eu acordava todo dia assim, já cedo com dores, não tinha vontade de ir [trabalhar], ia empurrada mesmo. Fazia porque tinha que fazer, né? (P1)

Eu trabalho 12x36h à noite, então assim, o fluxo da noite é melhor que o dia, é mais tranquilo, como eu trabalho no hospital é muito corrido. Esse mês eu estou de dia, então eu estou sentindo um pouco mais, ontem mesmo eu senti bastante a perna inchada [...] não deu tempo para eu descansar ou esticar as pernas, isso daí influencia muito na dor, porque você anda muito, as pernas vão ficando pesadas e o corpo por estar pesado e já cansado, as pernas doem mais. Então, você anda muito, você sobe escada, desce escada, isso daí influencia muito na dor [...] O excesso de peso [...] pegar caixa muito pesada, tem umas caixas que são muito grandes, muito pesadas, essas coisas, isso daí porque você tem que fazer força com a perna, né? Vamos supor, vai pegar um container do chão você apoia bem a perna, se você não souber apoiar o pé com o calcanhar, pisar certinho, é, a gente sente muita dor. (P6)

Hoje essa função de trabalho que estou exercendo me deixa, assim, mais deprimida do que possa imaginar, entendeu? [...] Eu não estou bem psicologicamente, eu acho que essa dor da fibromialgia junto com a depressão só aumenta quando eu trabalho, porque eu sou infeliz fazendo o que eu odeio fazer e coisas que me levam a ter mais dor. Então tudo influencia, né? Todas as atividades que eu faço hoje piora, porque eu faço uma coisa que eu odeio fazer, que é limpar a casa dos outros, lavar banheiro dos outros, eu estou infeliz nessa função. Então essas dores elas agravam com meu estado psicológico que tem a ver com minha depressão. (P7)

[...] a caixa de frango ficava na câmara fria e ficava em cima de paletes, então eu tinha que levantar a caixa, a adaptação que eu fazia era em vez de eu jogar o peso na coluna eu jogava nas coxas para depois jogar em cima do carrinho. Tinha bombeiro, tinha guarda [...] podia chamar alguém para ajudar? Podia, mas eu não queria incomodar ninguém. Então, fazia todo esse esforço. [...] E aquelas cubas enormes de arroz, aquelas cubas fundas, pesava muito, quando você ia fazer reposição tinha que tirar da câmara quente e levar até a bancada onde ficava a comida, então não tinha como fazer adaptação nenhuma. [...] prejudicou minha cervical porque eu pegava muita bandeja com prato após o jantar. Eu ficava o tempo todo com o braço erguido e com o braço inclinado [contando do emprego anterior, quando trabalhava no frigorífico], então houve epicondilite por causa disso, inflamação de tanto trabalhar com os braços dobrados. [...] Mesmo eu estando ruim eu achava que o movimento que eu fizesse com o corpo, ele não ia deixar eu travar, só que assim, quando eu parava, o sangue esfriava e a dor vinha, então onde eu achei que estava melhorando, estava piorando ainda mais a minha vida. (P11)

A necessidade de manter-se no trabalho apesar da dor foi mencionada por trabalhadores de todas as categorias (formais, informais e autônomos), tanto pelos prejuízos financeiros decorrentes da diminuição ou perda da renda ou pelas dificuldades de afastamento para recuperação de sua saúde devido as regras do sistema previdenciário, ou seja, a falta de outras condições para manutenção da renda faz com que trabalhadores retornem ao trabalho e permaneçam nele. Tais aspectos geram repercussões sociais ao limitar o acesso a bens e consumos pela família, e individuais contribuindo para a dor e causando a cronificação da doença.

Eu sou artesã, então meu trabalho é manual e é complicado porque não sou registrada, sou autônoma, então se não trabalho, não tenho ganho, se não tem ganho você já fica preocupada. (P4)

[...] eu peguei 5 dias [de atestado] e nunca mais, continuei trabalhando, as vezes arrastando a perna, mas ia trabalhar. (P10)

Até então estou sem receber, estou me virando com vendas, é isso. Eu me afastei 23 de fevereiro de 2022 e estou até hoje sem receber. Eu tenho condições hoje de voltar a trabalhar? (P11)

Às vezes acontece de eu estar com serviço, não tem outro jeito, não tem quem faça por mim. Aí eu faço, descanso um pouco, vou nessa [...] minha cozinha é do lado de casa, então, eu trabalhava um pouquinho e deitava [...] mas deixar de trabalhar, de entregar alguma coisa por causa das dores, não. Eu prefiro sentir as dores e cumprir com minha agenda e entregas [...], por muito tempo eu que tinha que pagar as contas. [...] Nunca [dizendo que nunca se afastou do trabalho]. A burocracia que é, não dá nem vontade [...] Humilhação, né. Muita humilhação que passa para tentar se afastar, os médicos duvidam do que você tem, é bem difícil, acham que você pode trabalhar mesmo assim. (P1)

[...] porque a gente depende do trabalho, depende do dinheiro para viver e aí acaba que você não consegue afastamento direto. [...] Às vezes eu não estou bem. Por exemplo, 15, 20 dias tomando remédio anti-inflamatório não melhora, mas você tem que voltar a trabalhar porque seu afastamento

acabou. Eu não estou bem, mas preciso voltar a trabalhar porque preciso do meu emprego, preciso do meu dinheiro, então no meu caso sempre foi precisar do trabalho para viver. [...] Não tinha assim o que favorecia, o afastamento acabou hoje e você tem que voltar amanhã, vamos trabalhar porque dependo do dinheiro independente da dor, não tem vida fácil com afastamento. (P7)

Algumas vezes eu levei atestado, foi quando eu consegui porque na UPA não necessariamente eles dão atestado, tem esse fator, eu implorava, ia de madrugada, tinha que voltar no dia seguinte e mesmo assim eles não davam atestado. (P8)

O ortopedista disse para mim que tenho que evitar mexer com rodo, vassoura, esse tipo de coisa [...] Só não sei como, é meu serviço né, não tem como. [...] Ele só falou que era o ciático, perguntou no que eu trabalhava, eu falei, ele falou então você tem que dispensar, eu falei que não tem como Doutor, eu trabalho com isso [...] depois não fui mais não [na consulta] porque ele falou que não posso lidar com rodo e vassoura, então não fui mais não, trabalho com isso como vou largar? (P9)

Geralmente com dor eu fico bastante tempo, mas eu tento não ficar mais de uma semana sem trabalhar. Às vezes eu repouso uma semana e vou voltando aos poucos. Eu nunca cheguei afastar pelo MEI, porque acho que tem quantidade de dias que precisa de afastamento, mas então assim, o tempo que me afasto é por minha conta mesmo, não chego a receber nada do governo. (P12)

Nas atividades de vida diária também foram apontados aspectos que agravam o quadro e a persistência da dor, conforme apontam os relatos.

[...], mas meu ciático está doendo, as pernas não, mas o ciático está, mas eu fiquei com a netinha 15 dias no colo, então sei que é peso, postura, e dormia só no colo, mas vai melhorar [...]. (P2)

Eu também não posso ficar muito tempo sentada, piora, se vou viajar e fico seis horas sentada no carro quando levanto, dói. (P9)

Parte das dores, elas persistem porque essa doença exige movimento e eu moro num apartamento, eu saio da minha cama aqui, eu ando até ali e já estou dentro do banheiro, que tipo de movimento eu fiz, entende? [...] e tem escada [no prédio], que é bastante ruim, andar plano não tem problema, mas subir e descer escada, esse movimento de levantar muito a perna a bacia reclama bastante [...] e dependendo da posição que eu ficava eu estava com zero de dor, agora aqui sentado desse jeito [na cadeira], eu estou com zero de dor, mas é eu levantar, me dá como se fosse um pequeno estalo no final da coluna, e aí dá um choque e a dor se instala ou do lado direito ou do lado esquerdo, normalmente do lado direito, na nádega e começa a descer para a perna. (P5)

Na minha casa tem escada, o que é triste, mas, eu tento subir uma vez e fico, faço tudo o que tenho que fazer para depois descer, justamente para não sentir muita dor porque aí você faz o que tem que fazer, é o tempo que para a dor e você volta para a parte de baixo. (P6)

Se eu tiver com pressa, assim, se me apressar, minha cabeça já faz assim [gesticula] sabe? Apavorada com alguma coisa, se me assustar, até isso [desencadeia a dor] [...] quando eu vou lavar a louça que dói muito. E

caminhar [...] andar, de ficar subindo e descendo escada e, também, quando não aguentava ficar muito tempo de pé. (P10)

Minha locomoção, ficar de pé, erguer peso, abaixar, dificuldade para tomar banho, para me vestir. Serviços diários tenho mais dificuldade, como ficar movimentando os braços, tirar pó de móveis, abaixar... tudo isso interfere. E andar, principalmente ficar de pé e sentar com a coluna ereta [...] eu tenho que arrumar uma cadeira inclinada para sentar, não consigo ficar com a coluna reta, tenho dificuldade para levantar [...] A semana passada eu fiquei 7 dias ruim da coluna e ainda não estou estável, não estou porque fui viajar, fiquei uma hora com a coluna reta, não tinha como inclinar o banco porque tinha passageiros atras e aí tive dificuldade a semana toda. (P11)

Além dos fatores relacionados às atividades de trabalho e de vida diária, os fatores psicoemocionais foram mencionados como contribuintes para o início ou agravamento das dores.

Eu ainda não descobri [refere-se ao agravamento da dor] mas assim, nessa última vez eu acho que foi um lado de depressão. Eu acho que a última vez foi um quadro de depressão aí causou várias dores, em várias partes do corpo ao mesmo tempo. (P7)

Acho que desgaste mental, físico e mental também [...] eu passava muito nervoso, tinha muito problema com meu marido, na época meu marido [...] passava bastante stress com ele [...] acho que ajudou, né? Desencadear essas dores. (P1)

O ortopedista acha que tudo isso é psicológico, é devido minha ansiedade que vai trazendo várias dores no corpo, em tudo, a própria ansiedade que já dá várias dores, né? E eu tenho muita dor. [...] Agora, esses dias que estou mais tranquila, tal, eu estou sem dor, mas assim, a dor está sempre presente comigo, é um stress um pouquinho mais e a dor ataca. (P4)

Nos meses de junho e julho aconteceram coisas na minha vida que me fizeram ficar bastante abalado emocionalmente, muito irritado, muito triste. Talvez seja mais por essa questão emocional que tenha dado o que deu [refere-se às dores] em agosto. (P5)

A ansiedade influencia no quadro de dor, porque antes de ser diagnosticada com fibromialgia já havia sido diagnosticada com ansiedade e depois foi constatado que era Transtorno de Ansiedade Generalizada, então acredito que seja bastante ansiedade e estresse que passo, por exemplo, de estar numa correria, de ter uma rotina meio cheia, de não conseguir fazer tudo que preciso, estou sempre pensando no que vou fazer já já e aí parece que o corpo vai ficando tenso. (P8)

Eu acho que mudanças climáticas é um fator que muda bastante minha dor e alterações, de emocional né, alterações de humor [...] eu percebi que realmente tem fatores que aumenta as dores, por exemplo, o estresse ou alguma coisa emocional muito forte [...]. (P12)

5.2.2 Repercussões da dor na vida e trabalho

A dor compromete sobremaneira a qualidade de vida das pessoas, limitando as interações familiares, sociais e de trabalho. Ela também gera gastos imprevistos

com medicamentos e terapias para alívio, e pode ser agravada (ou agravar) outras condições de saúde. Algumas falas demonstraram emoções muito presentes e o desespero pela busca do alívio da dor.

Eu gostava [de trabalhar] mesmo quando trabalhava com dor. Eu tive umas épocas de depressões, e aí eu parei por três meses, quatro, de depilar, né? Eu não tinha vontade de fazer nada e tudo com acompanhamento psiquiátrico e eu acompanho até hoje. (P2)

Quando ataca a dor é insuportável, muda até meu humor [...] quando a dor está muito intensa eu fico mal-humorada, eu já não quero conversar muito, quero ficar mais quieta [...]. (P9)

Medicamentos, reza, tudo. Metafísico, extra físico e físico, tudo que falam para mim assim: Olha, banho de não sei o quê de assento resolve, eu faço. Olha, aquela benzedeira já curou, eu vou [...] ela aliviou por aquele tempo e aquele tempo de segundos é milagre já para mim, porque pelo menos eu consegui, de alguma maneira eu consegui [...] dar soco, eu me dou soco, é isso, eu tomo remédio, eu dou soco para que então a circulação aumente naquela região e o remédio vá para lá mais rápido e faz efeito mais rápido, eu só não quero sentir dor. Eu travei logo depois do Natal eu travei e Ano Novo eu fiquei na cama, simplesmente na cama. [...] Então... gastos, né? O que isso modifica em mim? Gastos absurdos, com medicamentos, gasto cerca de 240, 250 reais por mês de medicamento, é um absurdo isso [...]. (P5)

Também tenho muita dor. Quando me pegam muito forte, abraça muito forte, ficar na mesma posição eu não consigo por muito tempo também, me incomoda bastante, e exercício físico também me dá dor [...]. Questão do foco e concentração eu sinto que tenho um pouco de dificuldade, principalmente quando estou num momento de crise, que são momentos quando a dor está insuportável [...] sempre tenho que considerar que para qualquer lugar que eu vou tem que ter uma cadeira ou tem que ter alguém para me dar apoio se eu passar mal. (P8)

Aí que piorou né? A depressão piorou mais e essa herpes zóster é muito emocional, né? [...] afetou mais no trabalho, para sair também, para eu fazer uma academia, então nunca mais pude fazer essas coisas porque sentia muita dor. Eu deixei até de sair de casa, ter uma vida mais social porque eu fico até com vergonha. Às vezes você vai numa pizzaria, aí hora que eu vou levantar, eu tenho que levantar assim [demonstra], parece que minhas pernas estão engessadas [...]. (P10)

Até hoje eu evito sair de casa, não tenho vida social, não tenho. Mas, como você vai ter uma vida social? Você não tem, você vegeta, fico só dentro de casa. Se eu saio para comer fora, tenho dificuldade para ficar sentada, não posso ficar sentada numa mesa; se eu caminhar, piorou. Não posso vestir um calçado. Fiz cirurgia na perna, das varizes, tomei medicamentos, caseiros, fiz simpatia, tudo o que ensinavam eu cheguei fazer. Eu preciso de uma avaliação do neurocirurgião. Eu não estava mais aguentando as minhas pernas. A minha vontade de fazer cirurgia era acabar com a parestesia e eu voltar a ter uma vida normal. (P11)

[...] de lá para cá, tenho tentado várias alternativas de tratamento para dor crônica que eu sinto. Eu fui ao médico, e a médica pediu um ultrassom abdominal, fiz o ultrassom; fui em outro médico, que pediu raio-x do corpo inteiro, fiz o raio-x do corpo inteiro; reumatologista pediu exame de sangue, de coagulação, todo tipo de exame laboratorial. Aí comentando com a

endocrinologista, ela falou: 'eu acredito que possa ser fibromialgia'. Então aí eu marquei com outro reumato. No começo, era bem difícil eu aceitar, porque assim, é uma dor generalizada, então tudo dóia e a gente fica sensível a qualquer toque, tipo um aperto de mão, um abraço dói também. (P12)

A dor leva a prejuízos e limitações funcionais, reduzindo a capacidade para os afazeres da vida diária, para o autocuidado e para o trabalho. Este quadro, por sua vez, traz indignação, vergonha e dificuldade de autoaceitação.

Porque você se deita com dor e se levanta com dor. O ombro dói muito, até às vezes para pegar o celular no criado eu tenho que ajudar o cotovelo ir até lá. Eu tenho minhas manias e gosto de eu fazer, do meu jeito né, mas quando a dor aperta a gente paga e aceita do jeito que faz que está bom. Eu gosto de vez em quando de ficar mudando um móvel de lugar, eu sei que eu não posso, tenho tapete embaixo dos móveis, mas vou devagarzinho, eu empurro, quando é mais tarde eu empurro mais um pouquinho, quando tem alguém eu peço ajuda, quando não, eu vou sozinha, eu sei que é teimosia, mas a gente fica viciado em fazer coisas erradas, né. (P2)

É uma dor que me dói quando eu sento e quando eu deito para dormir. Eu posso andar o dia inteiro que ela não me dói, mas é eu ficar muito tempo sentada e deitar para dormir ela me dói, tem que ficar tentando achar posição na cama para poder conseguir dormir. [...] tem dias, assim, que me dói muito a perna direita e agora está me passando para a esquerda, mas me dói aqui na curva da perna e ela só dói quando eu abaixo e aí não consigo levantar sozinha, dói bem aqui na curva da perna. (P3)

Hoje não posso fazer exercício aeróbico, então fico muito acelerada, por causa do nervo ciático, da fibromialgia [...] está sem dor agora, mas qualquer coisinha, se fico muito tempo sentada ou então se faço uma caminhada um pouco mais puxada, eu sinto. (P4)

[...] não consigo levantar da cama para ir ao banheiro, não consigo levantar da cama para sentar no vaso para fazer xixi, por exemplo. Comer, eu ligo, entregam, falo: "vou abrir daqui a portaria, o senhor entra aqui e faz a gentileza de trazer?". O motoboy já entrou e entregou o lanche na minha cama porque eu deixei a porta da sala aberta porque eu não ia conseguir abrir a porta de novo para ele. E o que eu faço nesses dias que eu não consigo levantar para evacuar? Não evacuo, mesmo com vontade eu não consigo levantar da cama. Não consigo cozinhar, não consigo deixar minha casa em ordem, não consigo sentar no sofá da minha sala para assistir uma TV. É ruim para mim agora ter essa dependência, dependência de alguém ter que me limpar quando eu evacuo por exemplo, isso é degradante [chora]. É a pior parte para mim [...] depender de alguém nesse ponto, é muito ruim. (P5)

Foi daí que falei: "não, eu preciso parar [deixar um emprego] porque uma hora eu não vou aguentar, pode travar o joelho". Não faço esteira porque fui proibida de fazer caminhada por causa justamente do movimento da articulação do joelho. Hoje mesmo eu tenho medo de dar passo em falso, subir ou descer uma escada, depende como você põe o pé a gente sente dor né. Eu tenho medo, eu não posso correr, se eu tiver que pegar o ônibus, e eu ver que o ônibus está vindo e vou atravessar a rua, eu espero o próximo porque eu não consigo correr, o impacto do joelho. (P6)

Eu só operei porque não andava mais, eu não sentia minha perna esquerda, não, direita, é direita. Eu tinha dor no lado esquerdo, aí eu caí um tombo e

minha perna do lado direito ficou dormente, é como se meu pé dormisse e, no caso minha perna inteira dormiu. (P7)

Nos últimos tempos, tem me dado muito enjoo, ânsia e dificuldades para fazer as coisas por conta da dor mesmo, bastante dor, bastante dificuldade para caminhar, andar, fazer qualquer coisa. Nesse mês eu já tive duas crises que duraram quatro a cinco dias de dor intensa, sensação de barriga dura, estufada, pesada, não consigo fazer movimento muito brusco, tenho dificuldade até para ir ao banheiro. Quando eu ando com essa dor ela costuma piorar muito e nenhum medicamento que eu tomo quando tenho crise tem funcionado mais. (P8)

Tinha um degrau que me prejudicava muito [...] eu não conseguia levantar o joelho, eu tinha que segurar assim: colocar primeiro essa perna aqui para depois subir com a outra. (P10)

Tenho parestesia nas pernas, devido ao fato do pinçamento na coluna, do nervo [...] minha cervical trava minha lombar, entendeu? Minha coluna travou, aí prendeu a bexiga, precisei ficar internada, colocar sonda. O problema maior é as parestesias que tenho na minha perna, porque sem ela não consigo me locomover, não conseguia levantar, eu não andava, fiquei totalmente paralisada. Tenho dificuldade de lavar um sapato por causa do esforço físico, uma roupa que tem que esfregar na mão eu já não consigo. Mesmo deitada, eu tenho dificuldade de virar na cama; ao levantar eu sinto, ao ficar de pé eu sinto, ao locomover eu sinto, então o que alivia geralmente é o repouso e, mesmo assim, se eu deitar tenho dificuldade de me virar na cama e levantar. E fazer serviço brusco, né? Se abaixar para varrer casa. (P11)

A dor traz como consequência o sofrimento, seja pela busca do entendimento do que está acontecendo, do diagnóstico e de medidas de alívio, seja pela dependência do outro, por ter que conviver com uma dor que nunca passa e, muitas vezes, por ter que conviver com a falta de conhecimento e apoio de pessoas próximas.

Às vezes não sabia o que era, eu levantava e sentia aquela dor que parecia que estava com febre, doía o corpo todo [...] ia em médico, ia em médico, mas demorou um pouco, naquela época não se falava muito em fibromialgia. (P1)

Me deixa bastante irritada, não vou te falar que não porque você deita com dor, você levanta com dor, agora mesmo, eu estou aqui, eu fiz a terapia lá, mas meu ciático está doendo. Eu falo pra mim mesma, será que vai ter um dia que você vai deitar sem dor e acordar sem dor? (P2)

Já fui duas vezes no ortopedista, tirou raio-x e o médico falou que não tem nada, e a dor é horrível. A dor começou na coluna, mas me atinge desse lado aqui, me dói daqui, mas aqui chega a endurecer [mostrava o lado direito do pescoço até o ombro]. Então o médico quer operar, mas eu não quero porque tenho medo de perder os movimentos da mão, então eu sofro com a dor, até já acostumei com a dor, sabe? À noite, assim, nossa, é terrível à noite. Às vezes, trabalhava com dor mesmo, tem que acostumar, se adaptar. (P3)

A dor está sempre presente comigo, é um estresse um pouquinho mais e a dor ataca. Eu tenho muita dor, qualquer coisinha em mim dói, tenho sensibilidade demais. A dor que eu sinto de qualquer coisa que vá fazer é

anormal sabe? Então, me leva muito ao estresse [...], mas a dor está presente em tudo que vou fazer, se vou lavar uma louça, se vou fazer uma comida, ela sempre está ali no braço, nas minhas pernas. Meu marido, no começo quando ele não entendia, ele falava que eu era manhosa por qualquer coisa, mas não é, eu tenho muita dor. (P4)

Estou desesperado porque a dor chegou num ponto de que eu estou atirando para todos os lados, pior que cupido [risos]. Depender da minha mãe com 40 anos, depender da minha mãe ir em casa limpar para mim porque eu não consigo, então isso é ruim. Não é qualquer dor que estou sentindo [...] e essa dependência mesmo que pelo SUS ou pelo plano de ter um diagnóstico logo é ruim. O pior é que atrapalho o sono dele porque ele tem que ficar liga e desliga [...] atrapalha a vida de outra pessoa, e isso é mais preocupante para mim do que eu não conseguir ir ao banheiro por exemplo. (P5)

Eu tenho muita dor no joelho. É uma dor, é um choque, ele queima, ele dói [...], às vezes você não tem posição para ficar com a perna esticada, nem dobrada; não existe afastamento para, né? Eu vou ficar assim, tipo, igual o ortopedista já falou, você pode ficar três, quatro dias afastada, mas você não tem um afastamento, assim, que vai falar que vai afastar por artrose. (P6)

É muito doido as pessoas não entenderem, sabe? É ruim para caramba, eu sempre trabalhei honestamente, eu sempre fiz além do que deveria e aí as pessoas não reconhecem. Na lombar, o médico que me operou disse que era para eu aguentar a dor até eu morrer, praticamente. A dor não passa, tudo o que faço dói, então não tem assim um negócio, ah, eu estou varrendo a casa e piorou, não, eu já estava com a dor e ela continua ali. Tudo o que faço depende da minha boa vontade para estar fazendo com a dor. A dor está aqui, não some e tenho que trabalhar, então eu trabalho. É uma dor que vai, vem, volta. A dor me persegue faz tanto tempo, que ela faz parte da minha vida, tudo que eu faço dói. Hoje eu tenho a mesma hérnia a ser operado no lado esquerdo, no mesmo lugar, mas o médico aconselha não operar porque já desgastou o osso. Então, é para mim sofrer com dor até não aguentar mais. (P7)

Em geral, o que me afeta mais são as dores no corpo, minha dor é de caráter corrente, é uma dor que corre, então não necessariamente meu corpo vai doer todo de uma vez só, mas ao longo do dia, por exemplo, várias partes vão estar sensíveis. E não é todo mundo do meu círculo que entende realmente, que se preocupa, então eu me sinto bem solitária, de ter essa doença, as pessoas sabem o básico, mas no geral eu que estou ali me virando para fazer tudo. Eu queria entender de onde surgia, surge o gatilho da minha dor. (P8)

Eu tenho bastante cautela para fazer as coisas hoje em dia. Sinto muita dor na cervical e na lombar. Doía muito, dói muito. E para jantar, eu era motivo de gozo [gozação], eu não conseguia levantar do banco, a gente sentava na mesa para jantar no restaurante, se ficasse 15 minutos eu já não conseguia levantar, então toda vez que eu levantava da mesa eu era motivo de gozação. Eu tinha muita dificuldade tanto de andar, de erguer peso [...] quando eu parava, atacava a coluna e eu queria descansar a perna por causa da parestesia, então tinha que tirar o sapato. (P11)

No começo foi mais porque eu não sabia exatamente o que eu tinha, então sentia muita dor. De lá [diagnóstico] para cá [momento atual] tenho tentado várias alternativas de tratamento para a dor crônica que eu sinto, mas por enquanto é bastante debilitante para mim. No começo era bem difícil eu aceitar, porque assim, é uma dor generalizada. (P12)

Além do impacto na vida, em todos os seus aspectos, a dor também impacta no trabalho, leva a limitações e restrições para a realização das atividades laborais e consequente afastamento. Quanto às dores, os relatos evidenciaram: dor lombar, dor no joelho, dor em articulações e dores generalizadas associadas ao estresse, movimentos repetitivos, acidentes e posturas inadequadas como contribuintes que culminaram em afastamentos para fins de diagnóstico ou tratamento. Alguns participantes apontaram a necessidade de afastamento do trabalho devido a incapacidade pela dor e as dificuldades nesse processo, o que contribuiu para o agravamento do caso, sendo que um deles relatou até demissão do trabalho.

Eu ficava mais sentada, mas [a dor] dava muito mal humor e, às vezes, eu descontava em quem não devia. Eu ficava bem estressada lá [no local de trabalho] e com dor, mas eu trabalhava com dor e tudo, não tinha jeito [trabalhava em empresa familiar]. (P1)

Nesses 28 anos tive vários afastamentos e, muitas vezes, eu trabalhei com dor. Por mais que era o setor menor que tinha, mas você tinha que ajoelhar, levantar, isso tudo me afetava o joelho e eu parei justamente por causa disso: joelho, ciático [...]. Tinha que encher produto, galão de cinco, dois litros, pôr na prateleira, aí eu vi que já não dava por causa das dores [referindo-se ao emprego anterior, quando trabalhava na perfumaria]. Tenho dores nas articulações, ombro, antebraço, nos dedos, joelho, ciático, coluna e no calcanhar. Eu acredito que seja desgaste do movimento repetitivo da depilação, eu acredito, né? Às vezes, eu ficava 15 dias, dez dias sem trabalhar porque não adiantava eu ir com dor, porque você vai fazer e aí parece que a pressão sobe, você faz nervosa, irritada porque a dor não deixa, mas quando não, eu trabalhava com dor e, no dia seguinte, tinha que desmarcar as outras [clientes]. (P2)

Tenho problema de fibromialgia, artrite, tendinite, dor na perna [...] quando eu era cozinheira, eu já sentia dor devido estar carregando peso, acho que as coisas né, então prejudicava. Às vezes não aguentava, amanhecia com dor e não aguentava andar, daí não ia trabalhar. (P3)

Eu fiquei afastada em julho e agosto porque eu passei por uma cirurgia. E depois que fiz essa cirurgia tive dores absurdas no corpo [...] perdi a força nas pernas, nos braços, então fiquei sem trabalhar. Como eu uso muito o braço, faço ponto cruz, eu bordo, então já fiquei afastada duas vezes [...] deu bursite, inchou, ficou dolorido, não conseguia mexer, então já fiquei afastada. E, fiquei afastada durante 15 dias por causa do nervo ciático também. (P4)

Eu tenho hérnia de disco há 20 anos. Fiquei várias vezes sem ir trabalhar ao longo desses 20 anos. Eu sabia que as crises duravam três a quatro dias e eu ficava às vezes em casa um único dia. O afastamento foi de 27 dias em agosto do ano passado, foi quando eu tive a crise que parecia ser só de hérnia de disco e ele [reumatologista] disse “isso é espondilite”. (P5)

Por causa da artrose e da dor forte [...] conforme eu dei o passo, a perna não dobrou, a articulação ficou estendida, aí nisso que eu bati o pé no chão, o tornozelo trincou e fiquei imobilizada por 30 dias. Depois da outra vez foi só três ou quatro dias que ele imobilizou o joelho, inchou muito. Eu entrei no ônibus e senti um estralo no joelho e no que o ônibus saiu do ponto, meu

joelho estralou. Ele [médico] falou que foi uma pequena torção da rótula do joelho. (P6)

É uma dor crônica generalizada [...] eu já fiz uma cirurgia de uma hérnia de disco lombar, L5-S1. Fiquei afastada 2 anos por conta dessa cirurgia e voltei ao trabalho normal, com dor diminuída, mas tipo assim, eu só operei porque não andava mais, eu não sentia minha perna direita. Há três anos começou uma dor na parte lateral da coxa esquerda, que ela me acompanha até hoje e me deu 15 dias de afastamento. Eu não sei te dizer quantos afastamentos foram, foram muitos, eram crises fortíssimas de dor e o ortopedista geralmente me afastava. (P7)

Normalmente, era dificuldade de levantar da cama, tinha dor localizada, mas tinha uma fadiga, uma sensação de tentar levantar e seu corpo ir para trás de tanta fraqueza, mas o que mais me levou ao afastamento de ter que faltar ao trabalho e pegar atestado foi a dor do cisto [de ovário]. Nos últimos dois meses, talvez, por umas três vezes eu tenha ficado em casa. Os dias que acordava com mal-estar, junto com a dor, ficava difícil levantar da cama, difícil até pensar, aí eu avisava elas [supervisoras de trabalho] e ficava num acordo, eu entrava depois ou pagava outro dia. Média de duração dos afastamentos foram de um dia. Fico extremamente chateada comigo mesma quando tenho que faltar, porque tenho medo de ser entendida como preguiça, como aquela menina que não quer trabalhar. É uma das piores coisas quando eu penso em ir na UPA para conseguir atestado para não me prejudicar. Dá um pouco desse sentimento de culpa, parece que estava errada de ter faltado, isso é constante. (P8)

Eu estava bem, acordei, estava fazendo as minhas coisas para ir trabalhar, aí de repente começou: eu sentava doía, eu deitava doía, foi de repente, eu estava me aprontando para ir trabalhar, não tinha posição, sabe quando a pessoa vai ter um filho de parto normal? Você não sabe se senta, se levanta, uma dor que não tem lugar para ficar. Eu fiquei sem trabalhar, a dor foi muito intensa, precisei ir para a UPA porque eu não conseguia nem deitar, nem sentar, eu não tinha posição para ficar. (P9)

Foi depois de um tombo que eu levei, que eu caí e bati o joelho. Eu estava indo para o trabalho e estava chovendo, eu escorreguei na casca de banana no meio da rua, eu caí e bati o joelho esquerdo [...] eu peguei 5 dias [de atestado] e nunca mais, continuei trabalhando, às vezes arrastando a perna, mas ia trabalhar [...] às vezes ia lá, pegava um atestado de dois dias. Minha saída [referindo-se à quando foi convidada a se demitir do emprego anterior devido as suas limitações e necessidade frequente de apresentar atestados] foi péssima, foi um baque, minha depressão veio pior. Eles me convidaram a sair e não tive outra saída. Na hora me senti lá embaixo, falei, nossa eu estou inútil, né? Para fazer as coisas, por isso que eles estão me fazendo isso. Nunca mais tive condições de voltar. (P10)

O problema do meu afastamento foi a parestesia [devido a] epicondilite. [...] Na lavoura eu fiquei uns 15 dias em casa por causa da dormência da minha perna, eu não equilibrei a perna, como minha perna ficou dormente na hora que fui mudar para o terceiro degrau, descendo [da escada que estava usando para colher laranja], eu estava no terceiro degrau do chão a minha perna adormeceu, eu não senti ela. Como eu estava com peso na frente [se referindo ao saco de laranja], a escada deitou para trás, nisso que ela deitou para trás eu bati o cotovelo no chão para não bater a cabeça [...] então eu fiquei três anos com dor no cotovelo e peguei 15 dias de atestado, o médico me afastou 15 dias. Saí da roça pro restaurante, eu falei, lá eu ando demais, no restaurante vou andar menos e minha dor vai estar estável, vou estar curada, não vou sentir dor nenhuma, mas foi puro engano meu, porque o

sapato me prejudicou na parestesia, minha perna ficava dormente o tempo todo quando eu parava atacava a coluna e eu queria descansar a perna por causa da parestesia, então tinha que tirar o sapato. Voltava a trabalhar, voltava a parestesia. (P11)

Quando as dores estão muito fortes, eu não consigo atender. Muitas vezes eu já tive que desmarcar cliente ou reagendar por não conseguir atender mesmo por conta da dor, pelo menos duas vezes por ano, de ter que ficar uma semana sem trabalhar, alguma coisa assim, por conta do dor. A ansiedade era um fator que desencadeava bastante as dores. Geralmente é excesso de dor, principalmente nos braços, região do trapézio, eu não consigo ficar muito tempo em pé e quando ataca muito a dor eu me sinto emocionalmente mal e fico mais deitada, em repouso. (P12)

5.2.3 Estratégias de autogestão da dor

5.2.3.1 Estratégias de autogestão da dor com foco nas ações individuais

O autoconhecimento para a autoaceitação é um processo, um caminho difícil de traçar, mas aceitar a própria condição e a cronicidade da dor é um passo importante e necessário antes que o indivíduo esteja pronto para a autogestão da dor. Neste contexto, os indivíduos tentam se descobrir e se aceitarem, conforme identificado nos relatos.

Na verdade, eu já estou acostumada, acostumando com a dor. (P4)

Já estou começando a internalizar é que essa força para andar com dor, de alguma forma, no futuro longo ou médio prazo eu vou começar a me sentir melhor. (P5)

Eu sei que agora vou sair daqui e vou para a fisio aqui atrás e vou ter menos dor que a dor que cheguei, entende? Eu sei por que eu já conheço, eu vou levantar, vai dar um choque, eu vou ter a sensação de que vou cair, mas eu já sei que eu não caio. Só que hoje eu saí do veículo e quase cai mesmo, porque a dor foi mais forte do que costuma me dar, se é uma coisa progressiva, talvez eu esteja chegando nesse ponto, não sei, mas eu estou com dor há nove meses, então, já não duvido de mais nada. É uma coisa que você vai levar para o resto da vida, então o que eu puder fazer para aliviar, vou fazer para aliviar, porque eles não afastam e nem aposentam também. (P6)

Eu não vou chegar em casa e vou deitar; não, vou fazer minhas coisas, mais lenta, porque logicamente você já está cansada, está com aquela dor que está te incomodando, mas eu faço, eu continuo fazendo as minhas coisas normal. Sinto que meu humor muda e vejo que fico mais lenta por causa da dor. (P9)

Então eu achei assim, eu preciso arrumar um trabalho que movimente a coluna e que não sobrecarregue a dor; “vou voltar para a roça de novo, lá eu trabalho o tempo todo, não vai sobrecarregar [...]” voltei na lavoura porque acreditava que eu movimentando meu corpo ia melhorar. (P11)

Acho que, atualmente, até que lido melhor por já ter meio que acostumado, mas no começo foi bem difícil eu aceitar [...] eu fui observando tudo isso e de lá para cá eu faço tratamento. (P12)

A aceitação e reconhecimento de uma condição dolorosa leva a pessoa com dor a buscar diferentes recursos e meios de apoio. Dentre os recursos apontados pelos participantes, destacam-se a realização de diferentes terapias e a parceria com profissionais de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas, educador físico, psicólogos, médicos clínicos e de diversas especialidades.

[...] e teve uma outra terapia que era para o lado emocional também, eu fiz, foi muito gostoso. A terapia era para ansiedade, era mesmo uma terapia para o emocional. Fiz acupuntura, a acupuntura ajudou bastante, sabe? (P2)

Depois que comecei a vir aqui [fazer fisioterapia] me ajudou, deu uma melhora até boa. (P3)

Quando a dor começou fui ao ortopedista, foi logo no começo. Fiz um raio-x deu ciático, o ortopedista disse para mim que tenho que evitar mexer com rodo, vassoura, esse tipo de coisa. Eu tenho vindo aqui na fisioterapia. (P9)

Eu tive muita crise de nervo ciático inflamado. Fiz 30 sessões de fisioterapia no particular, depois fiz no postinho, na UBS [Unidade Básica de Saúde]. Eu melhorei bastante quando eu fiz a pesquisa da dor, elas davam aqueles estalos, não sei como chama essa massagem. A psiquiatra acha que eu estava com quadro de ansiedade, síndrome do pânico [...] eu estava com muitas dores abdominais, melhorou também por causa do contato com a mão, que eu necessito do contato. Então a cabeça entendeu que era tipo de um carinho, de uma atenção, então aliviou bastante porque eu ficava muito relaxada [...] eu só quero na hora que ela faz a massagem. O toque é terapêutico. (P4)

[...] eu já tinha ido no médico em São Paulo, eu fiz a tomografia [...] até então eu só tinha feito as ressonâncias, não deu nada, Era terceira vez que eu estava fazendo um hemograma, uma bateria de outros exames. Faço fisio reumato, já fiz fisio ortopédica [...] em agosto do ano passado, quando fiquei muitos dias [com dor], procurei quiropraxia e [nome da médica]. Eu comecei a passar num médico, num postinho perto da minha casa, porque pelo menos ali eu tenho alguém para conversar. (P5)

Eu passei no ortopedista, eu estou fazendo agora reeducação alimentar com acompanhamento da nutricionista, na academia tenho o instrutor e aqui tenho as pessoas que me instrui [fisioterapeutas] como posso fazer [atividades]. (P6)

Eu fiz uso de neuro, psiquiatra e psicólogo. O neuro era por causa das dores, o ortopedista que indicou que algumas dores seriam tratadas com alguns remédios mais controlados, muita dor, muita dor, e aí ele pediu eletroneuromiografia, aí deu no exame túnel do carpo. Na época, eu passei com psiquiatra e melhorei um pouco o quadro de dores. O neurologista pediu ressonância da cervical, me indicou para o neurocirurgião, por isso estou aguardando avaliar se existe uma outra hérnia que possa estar causando parte dessas dores nas minhas pernas. A [hérnia] torácica está com encaminhamento para o neurocirurgião e a da cervical. O neurologista que estou acompanhando no AME [Ambulatório Médico de Especialidades] que me indicou essa fisioterapeuta. Hoje eu passei com a fisioterapeuta e estou melhor. (P7)

Indo para o hospital fui encaminhada ao posto de saúde e comecei a fazer acompanhamento com um clínico para ver o que era a dor. No ano seguinte,

fui procurar um reumatologista que me deu o mesmo diagnóstico. Aqui na USE, faço fisioterapia reumato; passei até ano passado na psicóloga. (P8)

Agora que estou fazendo essa fisioterapia da lombar eu estou conseguindo ficar mais sentada, porque doía muito o cóccix, eu só ficava sentada assim [demonstra], sentada de lado e agora já melhorou bastante. O ortopedista disse pra mim que é falta de músculo, então tenho que fazer fortalecimento - aqui faço fisioterapia. (P10)

Ortopedista já não faço mais, porque ela me encaminhou para ele, faço acompanhamento com a neurologista no AME desde 2020 e foi encaminhado para fazer uma avaliação clínica com neurocirurgião. Estou aguardando fazer cirurgia nas duas mãos. Na coluna todo ano faço fisioterapia, a de choquinho na lombar resolve, mas não na cervical. Eu tentei fazer a de choquinho no pé para ver se melhorava, foi pior, porque aí eu fiquei de vez numa cama. Existe uma inflamação no pé e o ortopedista encaminhou para fazer fisioterapia, vou começar uma outra fisioterapia motora semana que vem por causa da parestesia. Desde 2017 eu venho correndo para saber o que é. Passei no dermatologista porque quando começou tudo isso saiu umas manchinhas na minha perna. Passei no alergista, passei no vascular, passei na reumatologista, ortopedista, passei na neuro e agora no neurocirurgião [...] eu estou participando da pesquisa, eu não sei se tomei o placebo, se tomei outro tipo de medicação [...]. (P11)

Ah, agora meio que já aceitei, fazer o que? Não tem mais jeito [sobre como lida com a dor], faço também [terapia com psicólogo], mas não é com tanta frequência, geralmente faço uma sessão por mês, quando eu comecei a fazer eu fazia com mais frequência, fazia uma vez por semana, mas aí agora ele já aumentou o intervalo de uma consulta para outra, porque já estou tendo melhora, né? (P12)

Apesar dos participantes reconhecerem que os profissionais auxiliam na gestão da dor, um deles mencionou que, por vezes, a falta de conhecimento do profissional sobre a dor prejudica a relação e o desenvolvimento de habilidades de autogestão.

Ajudava bastante na parte da ansiedade [refere-se à psicóloga], ajudava em certo nível; mesmo assim, acho que por ela não entender tanto da minha condição, eu não conseguia explicar para ela que, quer dizer, eu tentava, falava que minha dor não vai diminuir necessariamente eu indo fazer um hobby, é mais sobre como eu lido com ela e não que eu assistir um filme vai sanar a minha dor. Às vezes eu nem consigo fazer meus hobbies por conta da dor. (P8)

Dentre as estratégias para autogestão da dor, destacam-se os métodos farmacológicos, adotados por prescrição médica ou automedicação, que conforme evidenciado nas entrevistas, é uma prática frequente entre os trabalhadores com dor.

Eu precisei ir para a UPA [Unidade de Pronto Atendimento] para poder tomar medicação. (P9)

Eu tomo medicamento, eu tomo dois medicamentos: hoje eu tomo inibidor, pregabalina e duoloxetina para acalmar os nervos e fazer meus serviços diários; a neuro passou duoloxetina. (P11)

Geralmente, eu tomo algum relaxante muscular, mas não ajuda muito, é mais repouso mesmo. Os medicamentos que eu tomo é a psiquiatra que passa: eu tomo escitalopram e pregabalina. (P12)

Às vezes, sou obrigada a tomar remédio, deitar um pouquinho, esperar passar e aí depois tem que trabalhar até a noite, sabe? Para poder melhorar um pouco as dores. Eu tento descansar um pouquinho e tomo remédio, tomo analgésico, anti-inflamatório, deito um pouquinho. (P1)

Vou passando pomadinha, pondo bolsa de água quente, tomo uns remedinhos, passo pomada, e aí vai lá na barra e dá uma alongada [...] e raramente, quando estou com muita dor mesmo, eu tomo um Dorflex®, mas é um, dois, três dias e já paro, porque meu marido tomava direto e eu sei que não faz bem, então eu evito. Deito às vezes para descansar um pouco o corpo, dar umas alongadas, e assim, eu tomei já, hoje eu já não tomo mais. Eu tomava pregabalina, eu tomava meloxicam, tudo com acompanhamento médico. Quando aperta demais, aí eu vou e ele medica, melhora e eu paro. (P2)

Essa dor me dava e me doía a nuca, esse lado até a cabeça, dava pontada assim, aí eu tinha que ir para o pronto socorro tomar soro para a dor poder passar. Eu tomo os analgésicos, diclofenaco nem faz mais efeito pra mim de tanto que eu tomei já, agora eu tomo outros tipos de anti-inflamatório e, às vezes, eu tomo dipirona, porque eu tenho medo de ficar tomando muito porque mexe com a pressão, né? Então eu tenho medo. (P3)

Eu tive muita crise de nervo ciático inflamado, tomei 12 injeções [...], eu tomo medicamentos, né? Eu tomo vários medicamentos, eu tomo cannabis que é para fibromialgia, eu tomo sertralina e agora eu tirei o clonazepam que era para eu conseguir dormir. (P4)

Fui parar na UPA, tomei quatro doses de tramal, Tandrilax®, sempre resolveu a minha vida. Precisei de consulta médica, afastamento e entrei com codeína. Eu estava só no Tandrilax® e codeína todos os dias desde 26 de dezembro, ininterruptamente até agora. Todo dia eu tomei, ao menos, uma codeína e um Tandrilax® desde lá até agora, mas já teve dias de eu tomar cinco Tandrilax® no mesmo dia e três codeínas no mesmo dia. A dor no fêmur desapareceu assim que eu comecei a tomar Amitril®, eu tomo quatro todos os dias à noite. Em linhas gerais, eu tomo um Tandrilax®, uma codeína, quatro Amitril® e o probiótico à noite na hora que vou dormir. (P5)

Eu senti muita dor [no joelho] eu fui ao SMU [Serviço Médico de Urgência] e o doutor aplicou uma injeção de Diprospan® em mim para aliviar a dor. Já tomei umas três injeções, uma de Betatrinta® e duas de Diprospan®. Quando está muito intensa [a dor no joelho], eu acabo tomando um analgésico [...] tomei medicação por 15 dias para poder não inflamar muito e fui melhorando. (P6)

Eu comecei faz uns 25 dias, eu acho, alguns suplementos alimentares. Eu comecei a tomar cúrcuma longa, boswellia serrata, ômega-3 e colágeno tipo 2, melhorou bastante o quadro de fibromialgia crônica. Antes disso, eu estava tomando para dormir melhor, eu estava tomando também suplemento alimentar tipo magnésio, L-teanina com melatonina, por uns três meses, não melhorou também; parei. (P7)

Uso a duloxetina para dor e TAG [Transtorno de Ansiedade generalizada]. Uso, às vezes, o Paco® para dor intensa na região abdominal, no cisto; vou começar usar pregabalina e uso dipirona que não adianta, mas me dá sono às vezes. Tenho receita de ciclobenzaprina, evito o máximo tomar ela porque

me deixa muito grogue no dia seguinte, mas quando estou num dia que estou muito ansiosa, aconteceu alguma coisa, aí eu tomo. (P8)

Foi sempre com dor, né? Doía, mas tomava um remédio aqui, outro ali, foi indo até que não aguentei mais [...] teve até uma época que ficou melhor. Eu fui ao médico fazer infiltração, fiz várias infiltrações [...] quando afastava eu ficava colocando gelo e fazia repouso. Sempre isso, tomando remédio [...]. Sábado mesmo eu tomei essa injeção, a Duoflan® aí dá uma melhorada. As infiltrações, os remédios, injeção, aqui assim [mostra o local] ficava tudo empedrado, tomava muito Dexalgen®, Citoneurin®, Alginac®, era direto. Única coisa que melhorava era injeção. Tomava tramadol também, mas agora com Dorflex® passa, mas eu tinha que ir direto no pronto socorro. (P10)

A busca por atividades físicas foi uma estratégia de autogestão da dor que se mostrou bastante presente entre os entrevistados, sendo estas predominantemente direcionadas a promoção da saúde física e mental, porém em alguns casos, a prática foi abandonada devido à episódios agudos de dor, conforme observado nas falas.

Eu sempre fazia caminhada, fazia todo dia, acho que me ajudava também. (P1)

Eu tive uma fisioterapeuta num posto [de saúde] e ela deu alguns exercícios de pilates, na qual fortalecia a minha coluna. (P7)

Vou começar a fazer hidroginástica, porque o meu ortopedista falou que vai me ajudar bastante. (P10)

Fiz yoga, fiz dança livre e caminhada quando dá, uns 20 minutos, meia hora de caminhada. Fui ao ortopedista, me passou exercícios, eu faço em casa sozinha e melhorou muito. Os exercícios, eu pego um rolo de macarrão, eu ponho a toalha e eu ponho o pé na água quente primeiro, né? E depois eu enxugo os pés e eu faço o exercício no rolo, quando não, também um limãozinho, uma bolinha de tênis também e movimento, aquelas fitas, faixa também, para alongar, o peito do pé na parede e estico [...]. Estou fazendo esteira, fortalece a musculatura, tenho sentido melhora na perna, amenizou a dor no joelho. (P2)

Às vezes, eu tenho que levantar [da cama], ficar fazendo exercícios, alongamento, para me deitar e conseguir dormir. O último ortopedista que fui [...] falou que era falta de exercício essa dor na minha perna [...] falou que era pra mim fazer caminhada, andar [...] eu faço em casa mesmo [...] ando 20 minutos a pé de sábado, então quando eu posso andar a pé, eu ando a pé. (P3)

Quando eu fazia o aeróbico na academia, já tinha quadro de ansiedade já, as dores no braço, mas no nervo ciático não; então eu conseguia fazer bem, isso aliviava muito, porque a minha ansiedade não posso ficar parada, eu tenho que correr, sabe assim, como lá eu fazia *jump*, futebol, que era em cima da bola, então, nossa, alivia todo meu stress. (P4)

Dependendo da dor que você sente e vai faltando a cartilagem, vai perdendo a musculatura, por isso que estou indo na academia agora, justamente para fortalecer o músculo. Eu estou fazendo musculação para as pernas, estou fazendo também para os braços [...] eu faço mais bicicleta e fortalecimento mesmo das pernas. Você tem que arrumar uma posição confortável para colocar a perna e procurar fazer alguma atividade que fortaleça, que é o que

estou fazendo agora, fazendo atividades e exercícios até particulares em academia para fortalecer o músculo e para mim poder continuar trabalhando, cuidando da minha casa, dos meus filhos. Faz mais ou menos um mês que não tomo medicação para dor, eu estou sentindo que os exercícios estão fazendo bem. Você vai fazendo atividade e vai se sentindo melhor. (P6)

Então, de tarde ou noite eu faço exercícios físicos. Eu tenho feito *hit* em casa, uns 10 a 15 minutos e musculação, estou usando dois aplicativos que falam como é o exercício. Eu comecei a fazer musculação para ver se passava um pouco dessa dor; eu faço alongamento, tipo uns três exercícios [...] exercício físico mesmo, porque uma das minhas maiores reclamações é o sono, então fazer exercício físico para que eu consiga descansar bem, fique mais cansada. Eu faço normalmente yoga, por exemplo, no dia que eu não consigo trabalhar, eu já sei que estou fadigada, então o yoga me ajuda dar uma restaurada no corpo e tento fazer o exercício da musculação, a não ser que esteja com dor no braço. Foco em fazer yoga, comer bem o máximo que consigo e descansar, dormir um pouco mais, fazer minhas atividades com mais calma, tentar ver alguma coisa, algum desenho no meio do dia para dar uma espairecida. (P8)

Estou fazendo atividade física com frequência. Eu faço caminhada e musculação aqui; eu já fiz hidroterapia por um tempo. Por eu tentar manter sempre uma rotina de atividade não sofro muito com isso, mas se fico tipo uma semana sem me exercitar eu sinto um pouco mais para fazer as mobilidades, por isso tento não ficar parada. Eu acho que fazer atividade física, não ficar parada, alguma coisa eu tenho que fazer, ou caminhada ou musculação. Eu não consigo fazer musculação quando estou com muita dor, mas aí eu opto por caminhar mesmo. (P12)

Ao contrário de todos os outros entrevistados, um participante afirmou que o repouso era a melhor opção para a melhora da dor:

Fiquei de repouso, muito repouso. Repouso melhora, melhora, melhora. (P11)

A busca por adaptações no contexto da vida pessoal também tem se mostrado como uma estratégia de autogestão da dor.

Hoje eu uso aspirador; esfregar uma garagem, geralmente eu jogo uma água para não ficar esfregando [...] então abaixo para pegar roupa, ponho no cesto, aí do cesto eu pego do chão e ponho no carrinho de mercado, e do carrinho de mercado eu pego para pendurar no varal, para não ter que ficar abaixando muito. Quando eu vou recolher também a roupa, eu já tiro e ponho no cesto em cima do carrinho, daí eu tiro, mas já está mais leve porque está seca. Eu tinha aquelas toalhas de banho grande, que era banheiro, mesmo depois da máquina centrifugar ela pesa para pôr no varal, dei tudo embora e peguei toalhas menores. Hoje, colcha de piquê eu já não uso mais porque pesa, então eu estou indo para as coisas mais práticas. Passar roupa, já fazem bem quase dois anos ou mais que eu não sei o que é passar roupa, a roupa é sintética, pendura no varal, do varal vai para a gaveta. E assim, eu tinha meus toques de deixar a casa impecável, ficar limpando azulejo, janela. Hoje não, eu olho para elas e falo: “ah, uma hora que der eu faço”. Meu serviço eu procuro fazer pausados, antes eu limpava a casa em um dia, embora ela é grande, agora não; às vezes eu levo quatro, cinco dias. Começo, paro, à tarde eu deito um pouco, descanso, dou uma alongada no sofá-cama ou no chão,

e, às vezes, é muito raro, mas às vezes dou uma caminhadinha. Mas assim, eu já radicalizei muita coisa [...] para dor, a gente faz tudo. (P2)

Então, o que eu tive que fazer? Peguei um raio-x antigo, coloquei um balde do lado da cama, eu viro de lado, encaixo a folha de raio-x em mim e faço xixi dentro do balde, foi a alternativa que consegui. Tenho banquetta dentro do box agora porque se eu começar a sentir muita dor e ainda não terminei o banho, eu vou sentar um instante ou eu vou sentar e vou ficar, me lavando enquanto estou sentado mesmo com dor [...] na banquetta não é confortável, mas meu banheiro não cabe uma cadeira de banho, então é aquilo ou aquilo ou ficar em pé, aí eu tenho que escolher. Eu tive que fazer uma série de mudanças, o sofá ficava de um jeito e precisei colocar de outro para eu poder ter espaço de passar e ter apoio entre uma mureta e o batente, por exemplo, tive que fazer modificações. Essa posição no sofá me ajuda bastante porque ele tem, magicamente, a altura ideal; na minha cama eu já não consigo ter o mesmo resultado por conta da altura dela. E aí, eu consigo me esticar, viro do outro lado, fico ali por um tempo, uns 20 minutos, 25 minutos. (P5)

[...] não uso mais bombril na cozinha para não ter que ariar um alumínio, troquei tudo, comprei aquelas painelas que não precisa ariar. O meu tanque tinha aquele pé de louça, era um pouco mais baixo; o que eu fiz? Tive que erguer ele, tirei o pé e parafusei ele na parede para que se adequasse a minha altura do umbigo. Varrer casa, eu tive que comprar um cabo maior, um metro e meio, só que eu não varro casa, é muito difícil, então só passo onde o padre passa. O banheiro eu geralmente quase nem lavo, né? Porque eu tenho dificuldade de abaixar, minha filha que lava. Os móveis quando tenho que limpar eu não movimento o braço [...] se é um armário que tem que subir eu coloco a escada bem na direção dos meus braços e não posso fazer assim [demonstra] porque depois eu não aguento de dor na cervical. (P11)

Com o autoconhecimento e identificação de fatores que desencadeiam ou amenizam a dor, os participantes tomam decisões e desenvolvem habilidades para lidar com a dor, a fim de controle e evitar a intensificação.

De repente estou muito cansada, com dor nas costas, nas pernas, eu sento um pouquinho, fico quieta ali, vou anotando alguma coisa que tem que anotar, aí dá para dar uma descansadinha. (P1)

Tenho bastante dor de cabeça, frequente, dor bem forte que quero fechar o olho, só fechando o olho que melhora. Às vezes eu vou tentar tomar remédio, fazer um chá [...].” (P8)

[...] as de passar [referindo-se às roupas] eu acumulo e aí quando dá, chamo uma pessoa para passar porque o ombro dói, o pulso dói, então eu tenho evitado algumas coisas para eu sofrer menos com as dores. Hoje eu não aproveito mais a água da máquina, antes eu punha no tanque a do enxágue, a do enxágue eu pegava com balde, lavava a calçada ou lavava o quintal, fiz muito isso, hoje não faço mais, deu para lavar, lavo com água normal, não deu fica, né? Sem lavar [...] foram coisas que eu fui aprendendo que tive que tirar da minha rotina. (P2)

Depende onde eu sento, se eu sento num sofá ou se eu sento numa cadeira, na cadeira é bem melhor para eu bordar, numa mesa mais alta, é uma hora que esqueço do mundo, porque o bordado como ele é um ponto cruz e é tudo contado, se eu viajo, eu erro, então tenho que estar centrada, é um momento que consigo, tipo, estou nesse mundo, não voo, na hora do bordado não

penso em outras coisas. Está doendo [os braços] quando eu começo a bordar, deu uma hora que começou a doer, eu paro, dou um tempinho. (P4)

Dependendo da posição que eu ficava, eu estava com zero de dor, agora aqui sentado, desse jeito, eu estou com zero de dor. Algumas noites de muita dor, eu durmo como bebê, com a nádega para cima e debruçado completamente no meu pescoço, na minha cabeça [...] às vezes durmo ajoelhado no travesseiro, isso é o que mais faço, na verdade. Por qualquer razão estar com o joelho flexionado e apoiar em cima de dois travesseiros, eu debruço no assento do sofá e eu consigo dormir. Eu consigo dormir confortavelmente? Não, mas eu durmo sem dor. As crises [de dor] duravam de três a quatro dias [...] ficava com o pé para cima, em cima de uma caixa 90 graus [...] se a dor está na lombar, eu sei que posso me ajoelhar na frente do meu sofá e me esticar e vai dar certo. (P5)

[...] passo uma pomada para relaxar, para tirar um pouco a dor e procuro manter repouso até ir melhorando. Ontem eu estava com muita dor, mas aí dormi bem, descansei, elevei a perna um pouco. Hoje amanheceu melhor. Estou procurando não tomar remédio, procuro assim, uma posição onde eu posso ficar uns minutos com o joelho ou flexionado ou estendido e colocar uma bolsa de gelo para ajudar a aliviar. Estou usando também uma joelheira, eu comprei uma joelheira para quando estou com muita dor. (P6)

É claro que estou fazendo de tudo para que eu melhore emocionalmente, me sinta uma pessoa melhor para que essas dores também melhorem. Repouso, às vezes que eu consigo, um afastamento ou outro, bolsa de água quente [...] melhora quando eu fico deitada. Já fiz também algum tipo de laser na USP [Universidade de São Paulo], laser para a dor. Tive que andar de bengala e tudo mais, fiz tratamento para dor na coluna, aquele que é feito com anestesista, e aí o anestesista falou para mim procurar um neurocirurgião, porque meu caso já era cirúrgico. (P7)

Às vezes, para dar uma amenizada [na dor] eu saio um pouquinho, dou uma caminhadinha para tentar dar conta de passar tudo [a roupa] e é isso que vou alternando, dou uma voltinha, vou até ao fundo do quintal, volto, vou tomar uma água. Evito tomar remédio para dor, não gosto de ficar tomando porque é uma coisa que não tem tanta solução, é só na hora, né? É o que eu faço: eu dou umas pausas, não é que tira a dor não, dá uma amenizada só. Quando tenho dor em casa, às vezes vou na padaria, dou uma caminhadinha, é minha distração, compro um docinho para dar uma aliviada, não fico pensando senão fico mal-humorada e não vou conseguir fazer minhas coisas. Se for à noite, deito no sofá, pego umas duas almofadas e coloco as pernas para cima, fico ali quietinha olhando a televisão e já vou esquecendo. (P9)

[...] fazia as coisas bem devagar, o dia que não dava para fazer tudo aquilo, fazia no outro dia. Eu falava: “não consigo limpar tudo”; ficava muito cansada, muita dor [...] não podia forçar muito. Às vezes, eu preciso até dormir com joelheira, nesses três anos acho que já comprei quatro pares e vou ter que comprar até mais uma, porque essa daqui está ficando até meia folgadinha. (P10)

Tudo com moderação, com cautela, tenho mesmo bastante dificuldade [...] na cozinha, eu descia as escadas com moderação, bem devagar, não corria, subia também com cautela. Se eu sentar com a coluna reta ou fazer algum esforço físico, eu tenho que aumentar a dose [da medicação], porque sei que vai doer bastante. Tomando inibidores e evitando, tendo cautela, ficando em repouso [...] é tudo com cautela. Eu tirava o sapato na cozinha, enquanto estava parada, um pé ficava vestido e outro pisando encima [...] na hora que

eu estava estabilizada, parada, cortando legumes, cortando uma carne que eu estava com muita dor eu tirava o sapato. (P11)

Às vezes, assim, na hora de editar as fotos eu tenho que passar horas e horas editando, então vou intercalando, eu edito um pouco, paro, vou para uma outra atividade e depois eu volto porque se ficar horas direto na frente do computador começa a doer. (P12)

Na busca pela resolução do problema, os trabalhadores exploram outros recursos dos quais tem acesso, além dos medicamentos, clínicas de reabilitação, consultas médicas, exames e acompanhamento com profissionais, como acesso à internet para busca de informações e tratamentos, uso de compressas, estabilizadores de articulações e uso de estratégias do conhecimento popular, por meio da comunicação com amigos ou pessoas conhecidas.

[...] medicamento para dor eu já tomei muito. Hoje eu não faço uso desses anti-inflamatórios, não resolve [...] então eu procuro uma coisa mais natural mesmo, procuro pela internet. (P7)

Eu tomo remédio e tenho uma pomada que chama gel de tubarão, é imediato, eu comprei uma caixa com 12 frascos, acho que agora tem dois ainda, fui uma amiga minha que indicou [...]. (P10)

Eu me estico por completo, porque é um exercício que eu vi o rapaz, médico, fisioterapeuta, sei lá, ele até fala bastante enrolado porque ele é da China e tem um canal do Youtube, e ele mostra como fazer o exercício no próprio sofá, para você poder fazer em casa e aliviar a dor. Eu sinto quando deito, eu sinto na hora que dá uma analgesicada. (P5)

Geralmente eu coloco compressa morna e, às vezes, eu uso aquele estabilizador de punho, tipo uma munhequeira que eu sinto que estabiliza mais e não dói tanto [depois de ficar muito tempo segurando a câmera fotográfica]. (P12)

Mudanças no estilo de vida e adoção de estratégias para alívio da dor e relaxamento também foram apontadas pelos entrevistados.

Às vezes, final de semana, você não quer tomar um relaxante e tomo uma Malzebirzinha [cerveja preta], dá uma relaxada [risos] e vamos levando [...]. (P2)

Eu me sinto um pouco melhor devido as atividades físicas que estou fazendo e reeducação alimentar, porque eu emagreci também para ajudar, né? Porque o peso também, pode ser pouco, mas contribui. (P6)

Hoje, a maior parte, eu pago tudo pelo aplicativo minhas contas, tenho muita dificuldade de ficar numa fila. (P11)

Mudei a alimentação e uma série de coisas, já cortei o açúcar, farinha branca, amido e temperados, um monte de coisa, orientação da reumato e da fisio. Algumas frutas vou ter que deixar de comer. Reumato disse que teria que me preocupar com a alimentação, se afastar de todo tipo de alimento

inflamatório, que causa inflamação, sobretudo no intestino, porque ali é que prolifera tudo. (P5)

Tenho tentado focar nos exercícios e alimentação, tentando diminuir doces e farinha de trigo, mas sinto que não estou conseguindo muito bem sem ajuda, principalmente porque gosto muito de doce e, ao mesmo tempo que me ajuda com a ansiedade na hora, depois com certeza não dá certo. (P8)

A rede de apoio familiar e grupos de apoio online foram apontadas como estratégias de autogestão que facilitam conviver com a dor.

Quem mais me acompanha é meu namorado, que a gente mora junto e recebo mensagens de amigos que moram longe, para saber, mas no geral eu tenho uma rede pouco consciente. (P8)

[...] foi quando meu filho me deu mais pregabalina à noite, depois de uma hora eu consegui levantar, mas eu estava achando que ia precisar ir para o hospital. (P11)

[...] meu companheiro me coloca um equipamento de televibração, aquece o lugar e fica vibrando, o lugar e adormece e aquela vibração vai entrando aos poucos lá dentro e vou percebendo isso, a dor passa e eu adormeço daquele jeito [...]. (P5)

Fui pesquisar uma série de coisas sobre espondilite, pessoas que tem, pessoas obesas, pessoas magras, as diferenças de tratamento entre elas, as pessoas que estão com o mesmo protocolo, que provavelmente vai ser o protocolo de imunossupressor que vai ser aplicado em mim, qual o tipo de reação adversa, os tipos de alimentos que elas cortaram, entrei já em comunidade [...]. (P5)

5.2.3.2 Estratégias de autogestão da dor com foco no ambiente e organização do trabalho

Apesar da relevância das estratégias de autogestão da dor desenvolvidas pelos trabalhadores, sua viabilidade no retorno ou reinserção no trabalho dependerá da flexibilidade do contexto em se adaptar às novas necessidades de saúde de cada indivíduo. Isso significa que o trabalho pode ser um facilitador à medida que possibilita margens de manobra ao trabalhador com dor, apoio e compreensão dos colegas e superiores.

Eu já cheguei uma ou duas vezes ficar lá sentada, arrumar alguém para me ajudar, e ficar mandando fazer, sabe? Ensinando, mas, também não dá muito certo e acabo fazendo com dor mesmo. (P1)

Geralmente eu tenho ajuda, meu marido vai junto para carregar os equipamentos porque como é pesado para mim movimentar eu não aguento, então geralmente ele carrega pra mim os equipamentos [trata-se de uma empresa familiar]. (P12)

Às vezes, as meninas mais novas vinham me ajudar, então sempre tive colaboração, né? Na loja de produtos de limpeza, duas também era mais

nova que eu, também via que estava com dor, então eu só fazia o mais leve, então tinha esse jogo de cintura. (P2)

Ele [chefe] pôs os balconistas para limpar, era muita coisa, muita prateleira [...] eu tinha 15 minutos de almoço, mas às vezes eu ficava até uma hora, ficava sentada, sabe? Os meninos [colegas de trabalho] eram muito bons, em lugar que não tinha câmera [de monitoramento] eu ficava sentada e dava um descanso bom. (P10)

Quando não dava para mim fazer eu falava: “não, minha coluna não dá” ou então chamava alguém para me ajudar. Tinha lixo que era muito pesado, principalmente da cozinha, então a gente tinha que dividir o lixo ou então quando estava muito pesado, a gente chamava alguém para ajudar. (P11)

Adaptações no ambiente (como o uso de equipamentos e mobiliários específicos) e na organização do trabalho (ajuste de horários, pausas, processo de trabalho), foram apontadas como aspectos que favorecem a autogestão da dor.

Eu coloquei um banco um pouco mais alto aqui e, de vez em quando, eu encosto, sento um pouquinho e comprei uma panela mexedora, que não precisa ficar todo tempo lá mexendo, uma benção, é ótimo. (P1)

[referindo-se ao emprego atual] até meu finado marido pôs, aumentou o pé da maca para eu procurar ficar mais alta e não ficar abaixando tanto. Eu agendo assim, se eu ver que eu estou legal, que eu estou bem para atender, eu atendo [...] durante o dia, fazendo pausas [...] eu fui intercalando, um pouco as dores, um pouco o trabalho, um pouco o trabalho de casa. [...] parava na hora que estava tranquilo de movimento, eu sentava e descansava um pouco. [referindo-se ao emprego anterior] Muitas vezes quando eu estava muito ruim com o joelho, eu só espanava prateleira, não tinha que estar limpando, passando pano não [...]. (P2)

Eu consigo sentar na minha cadeira porque ela suporta meu peso e comprei especificamente por conta disso. Enquanto estou trabalhando, fico sentado para trabalhar e volto para a cama, sentado para trabalhar, volto para a cama. (P5)

Mas para mim passar roupa nos outros dias, eu já tenho a casa para limpar, fica muita coisa porque a casa é grande, é fácil de limpar, mas para limpar, tirar pó, passar aspirador, lavar banheiro, roupa e depois ainda passar roupa aí não dá por causa da dor, eu tenho certeza que vou sentir dor, porque aí já me movimente bastante e depois de ter feito tudo isso ainda ter que ficar de pé para passar roupa, lógico que vai ser menos roupa, mas acho que não favorece. Por isso eu dividi, na segunda eu limpo e terça eu passo roupa. (P9)

Na farmácia quando estava muito cansada, eu sentava, mas continuava trabalhando, limpando, assim, com aqueles banquinhos. Quando eu subia as escadas eu limpava as [prateleiras] de cima, aí as de baixo eu pegava um banquinho, ia tirando os remédios, as mercadorias, colocava numa caixa, eu limpava aquela parte e ia subindo, e eu ficava sentada. (P10)

[referindo-se ao emprego atual] ia passar um pano no salão, eu não abaixava, pegava a bruxa [mop] e com a coluna fazia movimentos circulares, porque não podia abaixar, mas ficava com a coluna reta, o cabo era longo, acreditava eu que ia ajudar. [referindo-se ao emprego anterior] Se tivesse que levantar do chão eu tinha que fazer a troca, catar uma caixa vazia e dividir o peso para poder levantar e colocar no carrinho para carregar. Eu me

adaptava, colocava o peso da laranja em cima da escada. [...] atravessava a rua que eu estava e fazia o descarte da laranja e eu usava as duas mãos para não sobrecarregar a coluna [demonstra] e quando estava em cima do pé, não jogava o bernal para trás, eu jogava para a frente, então colocava o peso da laranja em cima da escada, adaptava no degrau acima de mim. Se eu fosse descer, eu ia descendo o bernal nos degraus que ia sendo liberado, eu sempre me adaptei. (P11)

[referindo-se ao emprego de designer de sobrancelhas] sempre volto aos poucos, porque quando começo voltar a fazer atividade volta as dores de novo, então eu sempre tento atender meio período, ou eu atendo as clientes de manhã ou na parte da tarde para não sobrecarregar. [...] geralmente eu atendo poucas clientes, não marco muitas e tento não ficar uma parte muito grande em pé, principalmente, então eu coloco intervalo maior entre as clientes. Geralmente uma elevação da maca numa altura que eu não precise me curvar tanto e sempre tento deixar as coisas que eu uso bem perto de mim para mim, não precisar ficar andando tanto. Nos dias que estou com dor ou eu não atendo ou eu atendo uma ou duas clientes só. [referindo-se ao emprego de fotógrafa] Às vezes, assim, na hora de editar as fotos eu tenho que passar horas e horas editando, então vou intercalando, eu edito um pouco, paro, vou para uma outra atividade e depois eu volto porque se ficar horas direto na frente do computador começa a doer. (P12)

5.2.4 Aspectos facilitadores e dificultadores para o processo de retorno ao trabalho

5.2.4.1 Aspectos facilitadores

Dentre os fatores facilitadores para o processo de retorno e manutenção do trabalho, os participantes apontam aspectos ambientais e organizacionais do trabalho como o tipo de atividade desenvolvida, as tarefas, turnos de trabalho, temperatura agradável, materiais adequados, facilidade de acesso, autonomia para realizar as atividades, possibilidade de cuidados assistenciais durante o trabalho e flexibilidade de horários.

Vou voltar a depilar porque, pelo menos, depilar você faz quando você quer, hora que você quer. (P2)

Nesse serviço que estou as coisas são mais leves, não faço esforço, as coisas né, não pego peso. (P3)

Ao lado de casa tem uma cozinha separada da minha casa e eu trabalho nela o dia todo, mas de vez em quando eu dou uma corrida lá para descansar. O que facilita é eu estar aqui, do lado de casa, facilita nos horários, na hora que tenho dor [...]. Tem o conforto de ser minha, de estar sozinha [...]. (P1)

A universidade me cedeu um computador, então quando não estou com o meu computador com dois monitores porque é melhor, eu levo uma telinha de 14 polegadas no quarto, fico deitado e consigo assistir reuniões, participar de reuniões, ler documentos, fazer uma coisa ou outra que é simples de fazer enquanto você está deitado, com teclado de notebook porque não é tão confortável assim também. A disponibilidade do horário [por trabalhar de

casa], não precisar estar disponível as oito horas, não tinha que ficar atendendo o telefone, resolvendo problemas, consegui me concentrar no tratamento, fazer o repouso que precisava ser feito. Então, isso foi importante. Trabalhar em casa facilita, se eu tivesse que vir para cá [universidade] certamente ou faticamente eu pediria atestados. (P5)

Para mim, a facilidade maior é à noite, porque à noite você não precisa correr tanto, né? À noite o paciente dorme, você tem medicação de horário e você não precisa ficar pegando peso, dá banho no paciente, ajudar às vezes o paciente a levantar da cama. Não pego peso, eu faço partes leves. Só pego o material e vou distribuindo dentro das salas, nesse tempo que os materiais estão dentro das salas, que as cirurgias estão ocorrendo, eu tenho tempo para lançar material no computador, ficar um pouco sentada, não vou carregar peso, isso daí facilita bastante. (P6)

Você volta ao trabalho de uma forma que não te atrapalha, então tipo assim, tudo o que eu ia fazer era algo que não me prejudicasse [...] quando voltei tive, assim, como posso dizer, mais cuidado comigo mesmo em relação a postura, sentar, levantar para não prejudicar tanto. (P7)

Nesse lugar que estou trabalhando agora, uma coisa que é bem mais benéfica é o frio [...] ambiente mais fresco, até a cadeira é melhor, mais ergonômica, já que fico a maioria do tempo na frente do computador, então tenho mais dor na coluna, no ombro e nos braços as vezes de ficar muito tempo digitando. Na biblioteca, aconteceu de eu faltar um dia e aí no outro, das duas bibliotecárias terem que ir ao médico, então eu ficava além da minha hora para compensar o tempo que não estava lá. (P8)

Não faço mais nada além dessas duas coisas porque se for para mim passar roupa, limpar a casa tudo num dia eu não dou conta, eu não consigo porque eu já vou estar com a dor, vou ficar mais lenta, não vou conseguir ficar abaixando para torcer um pano no balde porque eu já vou estar com a dor. Minha patroa nunca falou como eu tenho que fazer, sou eu mesma que divido meu serviço e faço as coisas, nunca ela interferiu não. (P9)

Então hoje em dia como eu me viro? Estou vendendo roupa dentro de casa, eu pego consignado, vendo, o que eu conseguir vender eu vendo, o que não conseguir eu entrego, tenho a porcentagem de lucro e é onde eu consigo manter minha casa, pagar uma água, uma luz e a despesa, aliás o básico. (P11)

Então para mim é uma coisa boa porque não tenho que ficar muito parada, é uma coisa que vou me movimentar [entrevistado falando que a mudança de serviço foi boa] facilita o fato de eu trabalhar em casa, eu atendo meus clientes em casa, tenho a comodidade de estar lá, se precisar parar um pouco, descansar, voltar. O fato também das minhas clientes já me conhecerem a bastante tempo, então elas já entendem que as vezes eu vou ter que remarcar, desmarcar ou alguma coisa assim. Nessa época do calor também minha sala é climatizada, então pelo menos eu não sofro muito com o calor porque eu sinto muita dor no calor. (P12)

O apoio de colegas e chefias/supervisores, que compreendem a situação e são flexíveis, proporcionando adaptações e o trabalho remoto, bem como os vínculos e relacionamentos nesse contexto foram aspectos apontados como facilitadores para o retorno e manutenção do trabalho.

Agora eu tenho, eu tenho não, quando eu preciso tenho uma moça que quebra o galho para mim quando aperta o serviço. (P1)

Eu gostava do que eu fazia, eu gostava mesmo quando trabalhava com dor. Eu gostava desse contato de conversar, de não ficar sozinha porque também ficar sozinha em casa, solidão é muito triste. (P2)

O dia que a gente, por exemplo, estava com dor, [a chefia] tirava a gente do setor e colocava a gente no setor que era mais leve. (P3)

Minha chefia na universidade já sabia disso, então eu só avisava: “Ó, hoje eu estou com dor crônica” e ela dizia: “Tudo bem, fica em casa e descansa”. Eu nunca precisei apresentar atestado, nada disso. Era tudo na informalidade, na camaradagem dela entender o problema. Por conta do meu quadro e o indicativo de entrar com imunossupressores, isso dá um certo enjoo nas primeiras aplicações e tudo mais, então, eles concordaram, já conversei com eles, já expliquei a situação, um dos meus chefes já teve que fazer tratamento com imunossupressão no passado, então, ele sabe exatamente o que vou passar ou praticamente sabe o que vou passar, porque cada um reage de um jeito e aí eles já concordaram que eu permaneça com a vaga 100% em teletrabalho. Fui bem acolhido com meu empregador. (P5)

Eu consegui [trabalhar] porque eu estava num setor que não exigia muita correria, então eu fazia tudo dentro do meu tempo. Justamente minha chefe me colocou num lugar onde eu podia estabilizar um pouco mais. O que facilitou foi porque eu encontrei pessoas que entenderam minha situação e falaram: “Não, é melhor você fazer isso daqui nesse setor do que você ir para o seu setor que é mais corrido e mais pesado”, então isso aí facilitou para mim bastante. “Você não perde dia nem nada, então a gente vai ajudar você adaptar a sua dor com o trabalho” [...], minha coordenadora me colocou num setor onde facilita meu dia a dia, meu trabalho. Por isso, quando minha chefe descobriu que eu estava com começo de artrose ela falou: “Vou te levar para um setor que é mais tranquilo para você”. Ele [colega de trabalho] falou: “Vamos lá no SMU, que vou pegar uma injeção, você toma e vai ver que vai aliviar rapidinho”. (P6)

Ele [chefe] disse que podia fazer de pouquinho para não pegar muito peso; ele é compreensivo. No geral, ele me entende, também não busca se aprofundar muito e fica essa relação de trabalho. Nos últimos dois meses, talvez por umas três vezes eu tenha ficado em casa ou ido à tarde, tinha essa opção. Os dias que acordava com mal-estar junto com a dor, ficava difícil levantar da cama, difícil até pensar, aí eu avisava e ficava num acordo, eu entrava depois ou pagava outro dia. (P8)

[...] tomava Tramadol[®] também, é muito caro, aí depois comecei a passar no postinho, eu falei para ele [empregador]: “Ó está acontecendo isso isso isso”. Ele falou: “não, eu te libero então”. Aí eu ia lá, consultava, pegava a receita e pegava no postinho o Tramadol[®], [...] chegava as fraldas e aí eles [colegas de trabalho] jogavam para mim, para eu evitar de ficar subindo e descendo, porque o que mais me prejudica é descer e subir escada. Isso me ajudava bastante. No estoque, às vezes eu colocava as [fraldas nas prateleiras] de baixo e eles as de cima para mim. Existia esse acordo entre eles, quando eles estavam mais folgados. (P10)

Os sentidos do trabalho e outras fontes de prazer encontradas na atividade laboral foram apresentadas como facilitadores para a manutenção do trabalho.

Ah, eu gosto de trabalhar! Então, assim, quando eu não trabalho, para mim é muito ruim, então eu não via a hora de voltar mesmo. Como meus pensamentos são muito ruins, então na hora do meu trabalho é muito bom. (P4)

Primeiro porque eu não consigo ficar muito tempo em casa, eu tinha dois empregos [...] eu gosto muito do que eu faço. (P6)

Eu que faço minha agenda e como estou começando agora comercialmente, eu não marco tanto trabalho de uma vez e aí é mais tranquilo porque é uma coisa que me distrai a mente também, e então para mim, é uma diversão na verdade. (P12)

5.2.4.2 Aspectos dificultadores

Dentre os fatores dificultadores para o processo de retorno e manutenção do trabalho, os entrevistados apontam aspectos ambientais e organizacionais como o tipo de atividade, rodízio de turnos, altas demandas, organização do processo de trabalho, falta de materiais adequados e de adaptações necessárias, ruído e a estrutura física inadequada. Para lidar com tais desafios, alguns trabalhadores recorreram ao afastamento como maneira de se preservar da dor, devido às dificuldades de manejo no trabalho.

A gente não tem no trabalho cadeiras adequadas, sobretudo para o meu peso [...] fica desconfortável ao longo das horas de uso, [pois fico] muito tempo sentado. Também não tem os apoios ergonômicos. (P5)

A única vez que meu trabalho influenciou de alguma forma nas minhas dores foi nesses domésticos mesmo. (P7)

A única coisa que é ruim para mim é passar a roupa. (P9)

Acho que é mais a postura mesmo, que tenho que ficar em pé, então é difícil quando estou com dor. Já tentei trabalhar sentada, comprei até uma cadeira que regula a altura, mas não me adaptei. (P12)

Às vezes ficar muito tempo em pé, o fato de ter que ficar mexendo doce na panela por causa da tendinite. Era muito atendimento de telefone, era um lugar barulhento, eu ficava bem estressada lá e com dor, mas eu trabalhava com dor e tudo, não tinha jeito. (P1)

O peso que eu ia pegar, encher os produtos, pegar e pôr na prateleira, estar erguendo, né? Então, isso doía o ciático. Você tinha que atender, tinha de arrumar prateleira, tinha que arrumar estoque, então você tinha meta, tinha agenda, uma exigência maior [...]. No trabalho, você tem que ficar ali, todo dia, e chegava no final de ano também trabalhava até às 10 [horas da noite], doía as pernas e tudo. Eu tentei, mas eu vi que não dava. (P2)

[...] para eu bordar eu tenho que estar sozinha, sozinha, se tiver pessoas, mesmo que não esteja conversando, mesmo sem fazer nada, eu já, pra mim já é complicado, eu tenho que estar sozinha para trabalhar, eu não consigo me concentrar assim totalmente no meu trabalho. (P4)

O meu plantão [se referindo ao emprego de técnica de enfermagem] mesmo é à noite, aí eu estava de dia porque eu estava treinando uma moça, aí voltei para a noite e quando foi essa semana meu chefe me ligou, porque uma das funcionárias do dia ficou doente, foi internada, aí fui para o dia. Aí acho que vou ficar mais uns dois ou três plantões de dia, depois volto para a noite de novo. [...] E assim, pela cansaça, dor, essas coisas e agora eles estão andando [se referindo ao trabalho de cuidadora de crianças], eu não consigo mais ficar correndo atrás de criança, aí chega uma idade também que você não aguenta ficar sobe e desce escada, você já está o dia todo trabalhando, a noite toda trabalhando, aí você vai para outro [outro emprego], quando é criança é muito cansativo. (P6)

Eu descia escadaria, eu subia escadaria para descer no estoque. As caixas na câmara fria eram tudo uma em cima da outra no hortifruti, eu tinha que descer [para conseguir pegar as caixas]. Assim, eu entrava com o carrinho de rodinha dentro do frigorífico, mas para descer eu tinha que levantar os braços e derrubar em cima do carrinho, as vezes não tinha espaço dentro para você colocar o carrinho porque a salinha que ficava o hortifruti era muito pequena, então tinha que sair da sala, ir ao corredor e colocar a caixa de verdura e legumes. As carnes eram tudo embaladas, do jeito que vinha do frigorífico, eu tinha que descer caixas de carne para ponha no carrinho. Eu tinha que ficar na cozinha, mas chegava depois da janta eu ia para o restaurante, depois do restaurante eu ia para a devolução e pegava todas as bandejas, colocava lá dentro [da cozinha], tudo sozinha [...] enchia os pratos, levava até a máquina de lavar, só que na hora de tirar, tinha que tirar a esteira carregada de pratos né, então, sempre me prejudicou. Houve uma sobrecarga sobre mim [...] você tinha que carregar o lixo pesado, só que você tinha que tirar do lixo, erguer para colocar em cima do carrinho para caminhar até o elevador para descer o lixo, chega lá o mesmo processo, descer do elevador para levar até a câmara fria. Na hora de picar legumes tem aquele robô, aí tinha que pegar e enfiar, eu tinha já dificuldade porque você tem que fazer esforço para empurrar, isso daí já me prejudicava. Tinha que encher uma panela de água, não ficava indo lá com o canecão e trazendo no fogão, tinha que pôr a panela em cima do carrinho e encher, só que na hora que tinha que colocar a panela no fogão, você tinha que segurar e jogar em cima do fogão, isso, se tivesse alguém do meu lado, pegava em duas e colocava. Assim, para carregar cuba no refeitório, você ia com o carrinho, só que na hora que tinha que fazer a troca da cuba para ir com ela para a cozinha, você tinha que voltar com elas cheia para cozinha na hora que está servindo janta e você ia entrar com aquele carrinho dentro do refeitório? Você não ia. Saia com aquela panela cheia de caldo, perigoso se queimar, saia com ela para cozinha, então isso já prejudicava eu. No frigorífico [emprego anterior], a dificuldade era ficar em pé com a coluna reta. A linha, hoje, ficou automática, então ela trabalha mais, exige mais, não faz tanto aquele trabalho manual, mas é mais corrido, você movimentava mais o braço, você fica mais tempo em pé. Eles falaram que não tinha outra adaptação para mim. Eles falaram: “Não tem onde adaptar você”. (P11)

A falta de apoio e de conhecimento da condição de dor crônica por supervisores e colegas de trabalho, assim como pelos profissionais de saúde ocupacional, são aspectos que comprometem a manutenção a atividade.

Não tinha, assim, supervisor [...]. O dono quase não vinha, só vinha de vez em quando ver se estava tudo bem. (P2)

Os outros acham “nossa, que manha, isso daí todo mundo faz, não acontece nada, porque que ela é assim”, mas eu sinto dor de verdade.” (P4)

Nesse afastamento, quando passei pela médica do trabalho, ela me disse: “Você precisa emagrecer, se você não se comprometer em emagrecer eu não vou nem aprovar esse seu afastamento aqui”. Sabe, assim meio que uma ameaça besta? No dia da perícia, a médica começou a falar que eu era gordo, que eu tinha que assumir o compromisso de emagrecer se não ela não ia nem aprovar o atestado que foi entregue e que eu ia ter os dias descontados. Eu só tive problemas com chefia, uma chefia só, em 2016, 2017. Ela tinha conhecimento de meu problema de saúde, era só entrar em contato com o RH [recursos humanos] que saberia que era verdade o que eu estava falando, mas era mais uma questão pessoal mesmo, de achar que era corpo mole, de que não estava com dor de verdade. (P5)

Eu saí por 70 dias e quando eu falei que o médico me deu mais 30, ele achou que eu estava com frescura [...] meu patrão surtou e acabou me mandando embora quando eu voltei por conta do afastamento [falando do emprego anterior]. Meu serviço com limpeza de casa, lavar roupa, pegar algum balde, às vezes piora. Tem que fazer, você ganha para isso e tem que viver. E o empregador? “Foda-se, cada um com seus problemas e foda-se você”. (P7)

Passava no meu médico particular, não tinha nada que passar no médico do trabalho, só passava para fazer os exames periódicos mesmo. Ficava dois dias sem ir trabalhar e a farmacêutica de lá, nossa, mas era tão chata que ficava direto: “Ah, mas você não pode ficar pegando afastamento assim!” Teve um dia que ele [chefe] falou, você não está mais tendo condições de trabalhar, né? E mesmo assim ele não falava para mim pegar mais atestado, sabe? Mas a mais culpada foi a farmacêutica que assim, foi lá e insistiu para mim: “Você não tem mais condições de trabalhar, o dia que você estiver boa eu chamo você de volta”. (P10)

Então, quer dizer, eu fazia tudo sozinha, estava ganhando o mesmo salário, falei: “Não, já que estou aqui trabalhando para outra pessoa e estou ganhando o mesmo salário, então vou me afastar”. Como vou voltar a trabalhar? Eu consigo andar de chinelo, mas eu posso entrar de chinelo numa cozinha? Tem que ter essa avaliação clínica não tem? Até pedi para meu médico fornecer uma carta para ver se eles conseguiram comprar um sapato para neuropata [...] o sapato me prejudicou na parestesia, minha perna ficava dormente o tempo todo. O sapatão, ainda bico de ferro porque trabalhava na roça, ficava um pouco folgado, mas com o caminhar a parestesia vinha. Na cozinha não, não precisava nem caminhar, só o contato com pele e sapato já vinha a parestesia então foi pior, consegui trabalhar dois meses só. [A empresa] não chamou para nenhuma avaliação; quando saiu o laudo que foi negado [da previdência social], eu quis voltar a trabalhar, entrei em contato com eles e falei: “Olha, vocês conseguem um calçado para neuropata?”. Falou que ia avaliar e ver se conseguia, fiquei duas semanas esperando, o tempo correndo, dando com falta, deu quase um mês e eu dando como falta como se tivesse recusado a voltar no trabalho. Aí eu falei: “Olha, o INSS negou, então eu preciso voltar ao trabalho, mas como vou voltar se não consigo trabalhar?” (P11)

O medo em compartilhar a situação de saúde com colegas de trabalho e chefias/supervisores e não ser compreendido foi um importante dificultador trazido pelos participantes, que receavam, inclusive, a perda do emprego. A dificuldade de se inserir no mercado de trabalho, em uma função que acomode necessidades e limitações e proporcione rendimentos também foi apontada por um entrevistado.

O dono quase não vinha, só vinha de vez em quando ver se estava tudo bem. Não tinha [referindo-se ao desconhecimento de sua situação pelo empregador], porque eu não reclamava, eu não falava não, não era de reclamar não." (P2)

Tenho até vergonha de falar para as pessoas isso [sobre seu diagnóstico de fibromialgia], porque tenho medo de como elas vão me ver, se diferente de como me viam antes. Quando você tem pessoas que são muito compreensivas isso é okay, mas minha chefe achava ruim que eu mandasse atestado. Comunicar como eu estava me sentindo para as outras pessoas, fazer com que elas entendessem da melhor forma possível sem dramatizar a situação, sem me vitimizar, mas tentando passar que eu realmente não conseguia levantar da cama, não conseguia andar e que eu não seria útil num espaço onde eu precisaria andar, circular, então a minha dificuldade foi me comunicar. Nem sempre falar sobre o assunto me deixa bem, me deixa mais ansiosa e me dá mais dor, prefiro falar só com quem realmente vai me ouvir e não vai ficar propondo, por exemplo, mil e uma coisas que devo fazer sem conhecimento nenhum. Essa é minha dificuldade de comunicação, falar para as pessoas que não tem remédio que cura, é crônico, que isso afeta meu dia a dia, que pode não parecer, mas escondo muito para que a pessoa nem perceba. Às vezes, acontece isso também, de ter que esconder para não ter que falar e nem ouvir o que a pessoa vai querer me propor sem nem saber sobre a doença. (P8)

Sempre fui assistente administrativo, vendedora, sempre foram essas as minhas funções, só agora que eu não consegui nenhum emprego na qual eu pudesse me encaixar." (P7)

Estratégias ineficazes de autogestão da dor podem dificultar o retorno e manutenção do trabalho, como dificuldades para realizar as recomendações profissionais, adaptações aos medicamentos e crenças sobre gatilhos para dor, que podem gerar até abandono do tratamento. Além da ineficácia, entrevistados trazem relatos de descontinuidade das estratégias de autogestão da dor devido dificuldades financeiras, outras condições de saúde, dificuldade de adaptação e de aceitação da condição de saúde e suas necessidades, o que contribuiu para a persistência do quadro álgico.

Ele [médico suspeitava de fibromialgia porque os exames estavam okay, estavam bem bons e com esse clínico eu tomei fluoxetina, sertralina, não me adaptei muito bem. (P8)

Eu fazia caminhada, me ajuda bem também, sabe? Ia todos os dias, de domingo a domingo, me ajudava bem, só que eu estava caindo muito, toda vez eu chegava em casa machucada, caía, levava uns tombos na rua e aí eu parei, faz uns três anos que parei. Entrou a pandemia e cancelaram consulta e eu também não apareci mais no médico porque eu sou dessas. Minha filha arrumou para mim uma vez [consulta com psicóloga], fui umas três vezes e nunca mais. É mais compromisso, né? Não, não dá tempo. Não me sentia à vontade falando dos meus problemas para uma pessoa estranha. Desisti já logo de cara. Você vai cuidando de todo mundo e deixa a gente de lado. Eu cheguei a tomar um remédio, não lembro o nome, que o médico deu especificamente para isso [para fibromialgia], mas eu não me sentia bem com ele, sabe, ficava ruim durante o dia, tomei uns 15 dias só. (P1)

Mas eu parei a aula justamente por causa da dor, a dor continua, então eu acho que não adianta forçar para fazer, tem que fazer e sentir bem, para você fazer, forçar e sentir dor, aí eu acho que não compensa. Eu sinto bem, mas tive que parar por conta do esporão e da dor no joelho, então eu parei. Eu estou fazendo exercício em casa que o ortopedista mandou e melhorou, então eu quero voltar [a trabalhar], mas o joelho ainda está pegando, então, eu estou protelando mais um pouco. (P2)

Tinha dia que estava atacada [a dor] e não ia trabalhar. Às vezes, tinha dias que eu não aguentava pegar, por exemplo, um copo, uma panela. Eu tenho problema da síndrome do carpo, então o médico quer operar, mas eu não quero porque tenho medo de perder os movimentos da mão, então eu sofro com a dor, até já acostumei com a dor, sabe? À noite, assim, nossa, é terrível à noite, às vezes. (P3)

Mas a gente está testando medicações, então tipo assim, eu comecei a tomar pregabalina, não me dei bem, ele mudou para venlafaxina, não me dei bem e agora estou tomando gabapentina. E assim, melhorou um pouco, mas não o suficiente para parar de tomar o remédio, então às vezes eu tomo. Estou tentando parar porque, assim, eu estou achando que o que melhorou não foi esse remédio. (P7)

Mas tanto na hidroterapia quanto nessa [pesquisa com tratamento de laser nas mãos] eu não obtive melhora. Na época, eu não queria tomar nenhum medicamento porque eu era nova e falei: “Ah, não quero começar a tomar remédio agora”. (P12)

A limitação financeira e a dificuldade de acesso à atendimento multidisciplinar e gratuito também foram apontados como fatores que prejudicam o tratamento, agravam a dor e, conseqüentemente, comprometem o retorno às atividades laborais.

[...] pagar não estava dando, mas a acupuntura eu gostei muito, muito, muito. Eu tomei já [medicamentos prescritos], hoje eu já não tomo mais, porque eu cancelei meu plano da Unimed e, então, estou sem plano. (P2)

Tenho um monte de medicamentos para pagar e os medicamentos que eu tomo não são pelo SUS, não tenho acompanhamento interdisciplinar, faço o máximo que consigo, mas por exemplo, eu teria que ir à nutricionista, psiquiatra, psicólogo [...]. (P8)

Nossa, eu chegava a gastar quase meu salário todo lá [na farmácia] sabe? Já chegou época lá, acho que eu tirava 1800 reais, chegou época, assim ó, de eu receber 500 reais de pagamento, ficava tudo lá. (P10)

Portanto, no processo de retorno ao trabalho, a identificação dos facilitadores e dificultadores individuais e organizacionais é primordial para posterior implementação de estratégias e ajustes que auxiliem o trabalhador na autogestão da dor e, conseqüentemente, aumentem o sucesso no retorno e manutenção do trabalho.

6 DISCUSSÃO

A revisão da literatura possibilitou identificar as principais as estratégias de autogestão da dor em busca da funcionalidade, diminuição da incapacidade e das limitações, principalmente por meio de programas de reabilitação multidisciplinar, apoio profissional e disseminação de conhecimento. Tais estratégias mostraram-se relevantes para o retorno ao trabalho, especialmente quando há o apoio do empregador e adaptações no trabalho, apesar de nem sempre reduzirem a intensidade da dor.

Os estudos encontrados foram todos internacionais, realizados em países como Suécia (Akerstrom *et al.*, 2017; Berglund *et al.*, 2018; Lytsy *et al.*, 2017; Svanholm *et al.*, 2022; Zetterberg *et al.*, 2022), Suíça (Gantsching *et al.*, 2017; Ibrahim *et al.*, 2019) e Noruega (Brendbekken *et al.*, 2017; Brendbekken *et al.*, 2018), que têm políticas direcionadas a promover o retorno ao trabalho envolvendo a participação da pessoa afastada por dor em programas com intervenções de avaliação da capacidade de trabalho e recuperação da função, por vezes, incentivando e reconhecendo a integração dos empregadores como importantes apoiadores da autogestão da dor no ambiente de trabalho.

A revisão integrativa da literatura apontou, ainda, para programas de autogestão da dor pautados no cuidado centrado na pessoa, nos resultados para lidar com a dor, na melhoria da qualidade de vida e na autoeficácia, reconhecendo o papel central do indivíduo no controle de sua dor, auxiliado por profissionais, em busca de resultados de melhoria da incapacidade para retorno ao trabalho (Foster *et al.*, 2018; Hutting *et al.*, 2015; Kiza; Cong, 2021).

Nesses programas, com abordagens mais integradas, a pessoa tem ajuda profissional para aprender a realizar os enfrentamentos, adquirindo outros conhecimentos e habilidades para auxiliar no controle da dor crônica, assumindo responsabilidades e desenvolvendo empoderamento a partir da comunicação efetiva com os profissionais (Kiza; Cong, 2021). Esses programas também são considerados facilitadores na autogestão da dor quando associados à fatores ambientais, contexto de trabalho e apoiados por empregadores, evidenciando um retorno ao trabalho mais rápido por pessoas que estiveram afastadas e participaram desse tipo de estratégia (Brendbekken *et al.*, 2017; Shaw *et al.*, 2022).

Nos artigos da revisão, somente quatro estudos incluíram a participação do empregador e intervenções nas atividades e/ou ambiente de trabalho, uma fragilidade que merece ser superada pelas instituições, visando o apoio aos trabalhadores com dor crônica (Blake; Somerset; Greaves, 2022), aspecto que beneficia tanto os trabalhadores quanto as próprias organizações (Cullen *et al.*, 2018).

O conhecimento foi abordado como um fator relevante tanto para a pessoa em situação crônica quanto para o empregador e colegas de trabalho, pois resulta na aceitação do que é possível, na compreensão sobre as (in)capacidades, no desenvolvimento de novas habilidades com mais segurança e confiança e no apoio de todos envolvidos (Svanholm *et al.*, 2022).

Segundo Brendbekken *et al.* (2017), mesmo os trabalhadores que apresentam alta expectativa de retorno ao trabalho, mas quando não apresentam um ambiente favorável, possuem dificuldade no regresso devido essa falta de apoio. Os dois artigos da revisão (Gantschnig *et al.*, 2017; Ibrahim *et al.*, 2019;) que abordaram intervenções no local de trabalho foram os que apresentaram a maior taxa de retorno ao trabalho (78,5 e 65%, respectivamente), demonstrando a imprescindibilidade de adaptações na atividade de trabalho, do envolvimento de empregadores e do conhecimento compartilhado (Cullen *et al.*, 2018).

No estudo de campo, os participantes compuseram uma amostra relativamente jovem e em idade produtiva, dado semelhante ao encontrado por Garcia, Vieira, Garcia (2013), que descreve esse momento em que a interferência da dor gera problemas econômicos devido ao absenteísmo e perda do emprego. A maioria dos participantes foi mulheres e, embora não fosse interesse dessa investigação analisar a relação entre o gênero e a dor crônica, a literatura (Kanematsu *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021) aponta essa relação como podendo estar associada a maior percepção da dor e aos padrões sociais que permitem as mulheres serem mais expressivas, menos tolerantes e procurarem mais por serviços de assistência à saúde, além da atribuição de influências hormonais no limiar da dor (Nascimento; Kosminsky; Chi, 2020).

Conforme análise de trechos das entrevistas, a dor crônica afeta não apenas a atividade profissional, mas também atividades de vida diária, com repercussão na capacidade física geral e psicossocial (Kanematsu *et al.*, 2022). Isso é ainda mais grave ao se considerar o papel da mulher na sociedade e as múltiplas

responsabilidades que assumem com a casa, filhos e família, muitas vezes tendo que conciliar o trabalho remunerado com o não remunerado, o que restringe a recuperação, o desenvolvimento das capacidades e do próprio trabalho (Rashid *et al.*, 2021).

A fibromialgia foi o diagnóstico médico mais referido pelos participantes, geralmente associada a condições psicoemocionais como depressão, insônia, estresse, ansiedade, síndrome do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Kanematsu *et al.* (2022), ao relacionarem a dor com as emoções, apontam que a dor está associada com a frequência de sentimentos negativos, sendo que 71% dos participantes com dor moderada e 73% com dor severa declararam essa associação em algum momento. Em outro estudo, Graminha *et al.* (2020) também destacam que há um aumento da probabilidade de sintomas depressivos em mulheres com dor e diagnóstico de fibromialgia, característica encontrada nesse estudo.

Os participantes apontaram repercussões negativas da dor na qualidade de vida, limitações funcionais, sofrimento e afastamento do trabalho, resultados semelhantes ao estudo de Garcia; Vieira; Garcia (2013), que apontou prejuízos no desempenho das atividades de vida diária e profissionais, mas que encontrou manutenção das atividades sociais, diferente do achado desse estudo.

Alguns participantes compartilharam as consequências da dor na vida social, as limitações em participar de eventos e atividades devido à dor e a necessidade de tempo livre para se recuperar para o trabalho do dia subsequente. Essa privação de vida social também foi apontada no estudo de deVries *et al.* (2011) como uma preocupação entre os trabalhadores com dor que permanecem trabalhando.

A dor crônica tem um impacto significativo nas relações e pode gerar preconceito ou estigmatização. Participantes do estudo trouxeram o medo em compartilhar sua situação de saúde com colegas de trabalho e chefias/supervisores e não serem compreendidos ou perderem o emprego como um importante dificultador no trabalho e nas relações. Um participante, inclusive, mencionou a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho devido sua condição de dor crônica. Esse resultado é consistente com o estudo de Bean *et al.* (2022) que associou o estigma no local de trabalho com a descrença de colegas e gestores, menos oportunidade de trabalho, dificuldade em conseguir emprego e menor apoio social.

Como consequências das restrições impostas pela condição de saúde, os participantes expressaram sofrimento relacionado à baixa autoestima, percepção de incapacidade, isolamento social e medo. Além disso, também relataram dificuldades na disponibilidade de tratamento multidisciplinar de fácil acesso e gratuito, o que demonstra a falta de um plano de apoio à saúde mental dos trabalhadores e culmina na dificuldade de autogestão.

O sofrimento psíquico, assim como as condições do trabalho e a insatisfação, não é abordado pelas organizações como fatores determinantes de agravos à saúde mental. A não identificação dos determinantes ocupacionais de distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho também frequentemente deixam de ser reconhecidos como tais no momento da avaliação clínica, que são regularmente mascarados por sintomas físicos (Rumin; Guedes; Schmidt, 2021).

Assim, a queixa de dor geralmente leva à busca por marcador biológico, nem sempre identificado e culminando na dificuldade de ser comprovada (Souza; Perissinotti, 2018). Contudo, devido à característica psicossocial da dor crônica, tratamentos direcionados somente à dimensão biológica são insuficientes, o que ressalta para a necessidade de avaliação psicológica e social a fim de se construir uma estratégia terapêutica eficaz (Saretta, 2021).

Outra possível consequência da dor crônica é o desemprego, conforme apontado por dois participantes do estudo, que afirmaram perda de vínculo empregatício devido ao quadro algico, falta de compreensão e colaboração do empregador. Esse resultado é consistente com estudo que mostra a contribuição dos aspectos biopsicossociais da dor para incapacidade, depressão e empregabilidade ou risco de desemprego (Sardá Júnior *et al.*, 2012).

Essa dupla punição do trabalhador – que além de ter que conviver com a dor crônica é excluído do mercado de trabalho por causa dela – mostra o despreparo das organizações em se adaptar às necessidades do trabalhador, apesar dos inúmeros estudos que mostram que é o trabalho que deve se adaptar ao homem, e não o contrário (Kroemer; Grandjean, 2007).

Outra consequência da dor também evidenciada nesse estudo é a necessidade de se ausentar do trabalho. De acordo com Rashid *et al.* (2017), após um período de afastamento, que pode ser em tempo integral ou parcial, o retorno ao trabalho pode ser considerado como voltar a trabalhar independente do quantitativo de tarefas que

assume ou das horas que trabalha. Baseado nesse conceito de retorno ao trabalho, observa-se que tanto os trabalhadores informais quanto os autônomos apresentam dificuldade no afastamento devido seu salário estar vinculado à produção, mas confirmam terem necessidade de ficar momentos sem trabalhar devido a dor, como horas, períodos ou até o dia.

Um importante achado nessa análise foi a heterogeneidade da amostra quanto ao vínculo empregatício, sendo seis participantes com vínculo formal (carteira assinada e contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas), dois autônomos (microempreendedor individual - MEI) e quatro informais, além de que, mesmo os autônomos contribuintes da seguridade social, trazem em suas falas dificuldades de afastamento, entendido que deixar de trabalhar é deixar de ganhar dinheiro e cumprir com compromissos assumidos, o que impacta diretamente nas dores e na autogestão.

A seguridade social brasileira tem como característica considerar segurados, ou seja, quem tem acesso aos benefícios previdenciários, somente os trabalhadores formais ou que recolhe sua contribuição por conta própria, como no caso os autônomos. Assim, o trabalhador informal é excluído da proteção social como o afastamento do trabalho remunerado (Jesus, 2015).

Conforme descrito na literatura, o sistema capitalista vem passando por reestruturação e, como consequências, a classe trabalhadora vem apresentando uma heterogeneidade ainda mais diversificada, que repercute na informalidade, ou seja, uma classe trabalhadora que vive à margem da legalidade e dos direitos sociais, como o direito de afastamento do trabalho quando doentes (Silva *et al.*, 2020).

Os participantes, quando questionados sobre os aspectos que contribuem para as dores, fizeram menções sobre atividades de trabalho e/ou aspectos ambientais e organizacionais do trabalho. Muitos deles também relataram fatores psicoemocionais e necessidade de renda como contribuintes para a dor, devido a dificuldades de afastamento para recuperação de sua saúde. Por outro lado, outros demonstraram dificuldade e conflito no próprio reconhecimento da dor, ao mesmo tempo que mencionavam o trabalho como influenciador à dor, a exemplo de uma participante que, apesar de ter sido demitida do emprego após necessidade de ausência do trabalho para tratamento cirúrgico de um quadro algico, diz não entender o motivo de sua demissão.

No estudo de Jakobsen e Lillefjell (2014), as intervenções voltadas ao autoconhecimento para tomar decisões, mudança de rotina, apoio ao trabalhador na percepção da conexão do físico com o mental manejando a dor durante o trabalho e que destacam a importância da comunicação e apoio, foram vitais para a autogestão e capacidade de retornar ao trabalho.

Hutting *et al.* (2015), estudando o desenvolvimento de uma intervenção para trabalhadores, descrevem que o trabalho tem relação com a dor e é considerado um fator de desencadeamento e cronicidade, sendo importante o autoconhecimento, identificação de fatores relacionados ao início e persistência da dor, compartilhamento do conhecimento profissional e participação em discussões para identificação de possíveis fatores de risco no trabalho, como estresse, postura, tarefas, materiais, equipamentos, relacionamentos, apoio, aspectos psicossociais e outros. Todavia, na fala dos participantes, ficou evidente a dificuldade de acesso a profissionais e a falta de envolvimento organizacional em atividades de prevenção e promoção a saúde do trabalhador, prejudicando o acesso a informações e a autogestão da dor.

Reconhecer o trabalho como um fator determinante ou agravante da dor e, conseqüentemente, causador de afastamentos, implica em intervir sobre a dinâmica do trabalho, a fim de se obter melhorias e evitar novos afastamentos, uma vez que após um afastamento, retornar ao mesmo ambiente, com as mesmas condições de trabalho não contribui para a autogestão da dor e influencia na piora do quadro (Macaia; Fischer, 2015).

Walston *et al.* (2019) acordam que a compreensão da dor pela pessoa, o autoconhecimento e aceitação de sua condição podem aumentar a capacidade de autogestão, assim como Hutting *et al.* (2015) concordam que a autogestão começa com a motivação, ou seja, intenção de agir para assim aprender a lidar com a dor e com as emoções envolvidas; mas o apoio social é importante, pois muitas vezes não sabem o que podem fazer para ter esse controle e tem dificuldades em se comunicarem.

De acordo com o conceito de autogestão da dor no retorno ao trabalho adotado nesse estudo (Kiza; Cong, 2021), espera-se uma parceria entre o trabalhador e os profissionais de saúde, e apoio de empregadores nas intervenções a fim de melhorar a compreensão das pessoas com dor crônica sobre suas condições, auxiliar na busca

de tratamentos e resultados, desenvolvendo atitudes que diminuam o impacto emocional ou físico da dor (Kiza; Cong, 2021; Svanholm *et al.*, 2022).

Os participantes trouxeram questões sobre a desconfiança pela falta de empenho no tratamento, por faltas não legítimas e por dificuldades de serem acreditados e compreendidos até mesmo por profissionais de saúde, como dificultadores no retorno ao trabalho e autogestão da dor, que corrobora com os achados de Wynne-Jones *et al.* (2011). Ao contrário, Shaw *et al.* (2012) descrevem que os trabalhadores que conseguem ter credibilidade e uma comunicação eficaz no trabalho podem ter melhor qualidade de vida, maior produtividade e menos ausências do trabalho, aspecto apontado pelos participantes dessa pesquisa como difícil.

A importância do apoio na autogestão da dor crônica no ambiente de trabalho foi um tema importante nas entrevistas de trabalhadores formais, porém não assentido pelos informais por demonstrarem evidente dificuldade no reconhecimento do seu ambiente de trabalho como um facilitador ou dificultador na autogestão da dor.

Dentre os facilitadores para o retorno ao trabalho, o apoio no ambiente de trabalho, como colegas e chefia, proporcionando compreensão, flexibilidades, adaptações e até a possibilidade de trabalho de casa foram aspectos apontados por alguns participantes desse estudo, bem como a possibilidade de manter contatos e relacionamentos, tendo a atividade de trabalho como algo prazeroso. Nesse sentido, um dos entrevistados trouxe o trabalho como sendo um momento em que pode se relacionar, ter contatos e esquecer sua dor, fato também evidenciado no estudo de deVries *et al.* (2011), que aponta que além do trabalho ser fonte de renda e valorizado pela sociedade, é também terapêutico.

O contrário também aconteceu quando outros participantes relataram dificuldade de se obter apoio no ambiente de trabalho para a autogestão da dor, e somente uma trabalhadora doméstica referiu autonomia para realizar suas atividades – aspecto que deve ser avaliado com cautela, visto que pode representar o não envolvimento e distanciamento do empregador, que se importa apenas com o resultado.

Assim, o apoio de colegas, supervisores e empregadores foi citado por alguns participantes como facilitador e quando ausente, como dificultador. Da mesma forma, Shaw *et al.* (2012) apresentam que o fortalecimento desse apoio pode prevenir a

incapacidade para o trabalho e que, embora esse trabalhador possa estar menos eficaz, é capaz de continuar trabalhando e lidar melhor com sua dor.

A gestão da dor, as relações de trabalho e os ajustes no ambiente de trabalho são fundamentais para garantir o retorno ao trabalho das pessoas com dor crônica e o equilíbrio das necessidades dos trabalhadores, empregadores e colegas de trabalho; todavia, isso exige esforço para garantir resultados bem-sucedidos e satisfação de todos os envolvidos (Grant *et al.*, 2019). O retorno ao trabalho é um processo dinâmico, com múltiplas variáveis envolvidas, que podem facilitar ou dificultar esse processo (Feijó, Torres, Pustiglione, 2019).

Nesse estudo, nenhum participante mencionou sobre programa de reabilitação proporcionado por empregadores ou de atividades em que apoiadores, como: membros da família ou do trabalho fossem convocados para participar, mas pelo contrário, mencionaram ter que negociar horário de trabalho com empregadores para conseguirem participar de alguma intervenção. De acordo com Shaw *et al.* (2012), as estratégias para a autogestão da dor crônica dependem da rede de apoio e educação de todos os envolvidos, ficando evidente a necessidade de programas de autogestão multidisciplinar, tendo em vista o aspecto biopsicossocial da dor e necessidade de envolvimento da rede de apoio.

A autogestão da dor no contexto de trabalho, de acordo com Cargnin *et al.* (2020), só é possível com apoio e compartilhamento de responsabilidades a fim de controle da dor, redução do absenteísmo, maior facilidade no retorno e manutenção do trabalho.

Ainda, segundo Lancman, Toldrá e Santos (2010), o nexos causal entre trabalho e saúde tendem a responsabilizar o trabalhador pelo sofrimento do qual é vítima, onde o adoecimento é inferido como uma questão do indivíduo, mas influenciado pelo ambiente. De acordo com a fala de uma participante, o adoecimento é visto como algo exclusivamente dela e há pouco interesse no seu contexto geral de saúde tanto pela equipe de saúde ocupacional da empresa quanto de outras instâncias envolvidas. Para exemplificar, relata que recebeu alta da previdência social, após um período insuficiente de afastamento para seu tratamento e recuperação, procurou a empresa para solicitar adaptações que precisava e não foi atendida.

Feijó, Torres e Pustiglione (2019) descrevem variáveis que dificultam o retorno ao trabalho e dentre elas, a resistência da chefia em aceitar limitações do trabalhador,

fato também descrito pelos participantes de nosso estudo ao mencionar a negativa da empresa em realizar adaptações.

O estudo de Macaia e Fischer (2015) descreve a necessidade dos trabalhadores em ter adaptações para o retorno ao trabalho, reforçando a importância de estratégias compartilhadas nesse processo, considerando empregadores e colegas de trabalho a fim de disseminação de conhecimento, aumento da colaboração e apoio, fortalecendo e possibilitando a autogestão da dor crônica e permanência no trabalho. Portanto, o retorno ao trabalho deve envolver a corresponsabilização de diferentes instâncias e atores implicados nesse processo (ou seja, quem têm algum poder de influência ou governabilidade sobre o caso), que devem lançar mão de estratégias que assegurem a reinserção laboral e sustentabilidade do retorno ao trabalho, em uma perspectiva sistêmica integrada.

Na análise dos resultados, observa-se que todos os trabalhadores buscaram o apoio profissional que estavam ao seu alcance e são ofertados pelo sistema de saúde, apoio de amigos e de familiares, que até auxiliam no desenvolvimento das atividades profissionais, a exemplo de um companheiro que auxilia a participante no desenvolvimento de seu trabalho como fotógrafa. Porém, em geral, observa-se que o apoio de empregadores não está presente para os trabalhadores com vínculo formal e, quanto aos trabalhadores autônomos e informais, as ações de autogestão da dor no ambiente de trabalho e os ajustes ou mudanças para adequações às capacidades e habilidades ficam sob responsabilidade deles próprios, o que nem sempre é possível ou identificado por eles.

Ainda, foi possível identificar que o trabalhador informal e autônomo geralmente vincula sua condição de dor e necessidade de manejo à falta de tempo e necessidade da produtividade, pois a cronicidade de sua condição e demanda de acompanhamento prolongado traz como consequência o comprometimento de horas de trabalho, fazendo então com que priorize pequenas pausas e uso de analgésicos como estratégia de autogestão da dor. Esse achado reforça o encontrado em um estudo composto por uma amostra de feirantes, realizado por Carvalho *et al.* (2016), que permitiu inferir a supremacia da necessidade de trabalhar em relação à saúde no contexto da informalidade, sendo que os trabalhadores nem sempre associam a dor ao trabalho e nem se ausentam dele devido a essa queixa, indo trabalhar mesmo

quando adoecem por associarem a falta do trabalho com a remuneração, uma que um dia perdido é compreendido como um dia sem ganhar.

Enquanto isso, a dificuldade do afastamento do trabalho como estratégia de autogestão da dor também acontece com os trabalhadores formais, a exemplo de uma das participantes menciona essa dificuldade e necessidade de ação judicial, sendo relatado como uma tarefa árdua a busca pela compreensão da dor, o seu reconhecimento e necessidade desse tipo de manejo para autogestão da dor, considerando sua subjetividade (Saretta, 2021).

O baixo suporte recebido dos serviços de saúde ocupacional e medicina do trabalho foi mencionado por não reconhecerem a dor como um problema real e limitante e, portanto, não facilitarem a inserção do trabalhador a partir de meios que acomodem a nova situação. Isso evidencia a luta solitária do trabalhador para permanecer no trabalho e a falta de compromisso da organização, ficando na dependência do trabalhador solicitar as adaptações que muitas vezes nem são atendidas, conforme mencionado por uma das participantes.

Internacionalmente, algumas estratégias de sucesso têm sido implementadas no sentido de favorecer a manutenção do trabalho para pessoas com dor, aspecto que não foi mencionado pelos participantes desse estudo. Shaw *et al.* (2012), ao estudarem programas de autogestão da dor no contexto de trabalho, identificaram a dor relacionada com a pouca flexibilidade do trabalho como um fator de interferência no desempenho das atividades e como contribuinte para emoções negativas e conflitos nos relacionamentos. Por outro lado, o compartilhamento de responsabilidades, o envolvimento de empregadores e o auxílio de profissionais de saúde possibilitam reduzir limitações, melhorar a autogestão da dor e resulta em sucesso no retorno ao trabalho (Shaw *et al.*, 2022).

Dentre as estratégias de autogestão da dor para o retorno ao trabalho referidas pelos participantes, a maioria teve como foco o desenvolvimento do indivíduo para lidar com a situação de saúde. Poucas implicaram a organização nesse processo, que deveria estar comprometida com o planejamento, avaliação das capacidades funcionais e adaptações no ambiente de trabalho, uma vez que a gestão da dor com foco na recuperação e manutenção da capacidade para o trabalho estão integradas às condições de trabalho (Martinez; Latorre; Fischer, 2010).

Um dos participantes referiu apoio institucional para o retorno ao trabalho, ao ser autorizado a realizar o seu trabalho de casa, mencionando como um facilitador para sua autogestão da dor. Porém, estudos têm mostrado que as empresas pouco se preocupam em orientar seus empregados quanto aos aspectos ergonômicos do teletrabalho, que está associado a maior prevalência de dor crônica devido às características do trabalho, como permanecer mais tempo sentado e em condições nem sempre favoráveis (Silvestre *et al.*, 2023). Nesse sentido, as intervenções direcionadas às adaptações no ambiente de trabalho devem incluir as especificidades do teletrabalho e diferentes aspectos, como iluminação, climatização, sonorização, postura e técnicas de trabalho, portanto, a casa, como local de trabalho é preocupante (Hutting *et al.*, 2015).

Quanto às estratégias relacionadas ao enfrentamento da dor, foram enumeradas mudanças comportamentais como a atividade física, adaptações na vida diária, identificação de fatores que pioram a dor e desenvolvimento de habilidades como desvio da atenção e distrações. Tais estratégias também foram identificadas no estudo de Nogueira e Casetto (2014) não nomeadas como estratégias de autogestão, mas como de enfrentamento da dor.

Ainda quanto às estratégias de autogestão da dor, todos os participantes referiram, em algum momento, fazer uso de analgésicos, com ou sem prescrição médica, por ser uma estratégia rápida para minimizar a dor, achado semelhante a estudo que apontou que mais de 60% dos participantes realizavam tratamentos farmacológicos e somente 5,2% não faziam uso de medicação para dor, sendo a fisioterapia o tratamento não farmacológico mais citado (Garcia, Vieira, Garcia, 2013).

A motivação foi o fator mais mencionado e considerado como preditor de sucesso entre os artigos de uma revisão que buscou identificar os facilitadores para o retorno ao trabalho, realizada por Feijó, Torres e Pustiglione (2019). Contudo, comparando com esse estudo, apesar dos participantes buscarem recursos para aprenderem a lidar com suas dores, a motivação para o retorno ao trabalho foi um fator pouco evidente nas falas.

As informações apresentadas nos resultados desse trabalho e organizadas em categoriais permitiu identificar as estratégias de autogestão da dor que são utilizadas de acordo com a oferta do serviço de saúde brasileiro e da compreensão de autogestão da dor de cada pessoa, além das identificadas como necessárias e ainda

consideradas difíceis, como a oferta de assistência multidisciplinar e o entendimento e comprometimento dos empregadores nesse processo.

Assim, diante das estratégias de autogestão da dor trazidas pelos participantes desse estudo, as facilidades e dificuldades pronunciadas para o retorno ao trabalho, e de acordo com os resultados da revisão de literatura realizada, é possível inferir que programas de intervenção de autogestão da dor crônica, conforme indicado por Feijó, Torres, Pustiglione (2019) e Shaw *et al.* (2012), adaptados à realidade nacional brasileira, deveriam ser considerados juntamente com o envolvimento de empregadores e adaptações no local de trabalho, a fim de possibilitar o apoio à autogestão da dor, compartilhando a responsabilidade pelo retorno e a manutenção do trabalho junto a essa população.

Foster *et al.* (2018) descrevem que as diretrizes para dor recomendam a autogestão da dor com foco na educação, no uso de terapia de exercícios e terapia cognitivo-comportamental para que essas pessoas se mantenham ativas. A partir disso infere-se uma lacuna na prática da saúde brasileira de acordo com a amostra de nosso estudo, uma vez que se observa um uso rotineiro da terapia farmacológica e intervencionista, como o uso de injetáveis e relato de dificuldade no acesso à terapia multidisciplinar.

Esse estudo tem limitações que devem ser consideradas na compreensão dos achados. A amostra de trabalhadores participantes desse estudo foi restrita a uma clínica de reabilitação, o que pode ter enviesado as respostas dos participantes, por estarem em tratamento, terem melhor compreensão do caso e estarem recebendo suporte para autogestão da dor. Não foi interesse dessa pesquisa investigar as percepções dos profissionais de saúde, dos empregadores, chefes e colegas de trabalho, portanto, as falas dos trabalhadores foram interpretadas a partir do ponto de vista deles, sem se considerar outras pessoas envolvidas no processo de retorno ao trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a compreensão das vivências de trabalhadores com dor crônica no processo de retorno ao trabalho e as estratégias utilizadas para autogestão da dor, que podem ser comprometidas ou facilitadas por diversos aspectos relacionados ao contexto socioeconômico, previdenciários, de sistema de saúde e, especialmente, laboral. O estudo também possibilitou desnudar os diferentes desafios enfrentados pelos trabalhadores assalariados e autônomos protegidos pela previdência social e os informais, aspectos que determinam os padrões de afastamento, tratamento, possibilidades de autogestão da dor, por fim, de retorno e manutenção do trabalho.

Em geral, os trabalhadores reconhecem o trabalho como causa ou como contribuinte para a dor e apresentam como consequência o afastamento do trabalho.

Quanto as estratégias para autogestão da dor identificadas aqui nesse estudo foram predominantemente individuais, pautadas em um modelo biomédico, com busca de profissionais de saúde, medicação, conhecimento, adaptações na vida pessoal, mudanças no estilo de vida e busca por uma rede de apoio nem sempre presente.

Para os trabalhadores autônomos e os informais, a principal dificuldade evidenciada para a autogestão da dor foi o afastamento do trabalho para reabilitação e recuperação, uma vez que deixar de trabalhar significa não obter recursos para a sobrevivência, o que contribui ainda mais para a dor.

Os resultados revelaram falta de apoio do empregador, chefias e colegas de trabalho, bem como a ausência de programas direcionados ao retorno e manutenção do trabalho para pessoas com dor crônica. Também denunciaram o despreparo dos profissionais de saúde ocupacional que atuam dentro das empresas e daqueles atuam no sistema de saúde para cuidar do trabalhador com dor, aspecto que dificulta a recuperação e qualidade de vida. Assim, apontam a necessidade de intervenções de reabilitação no ambiente de trabalho e de uma atuação profissional conjunta, com foco no desenvolvimento de habilidades para o ensino da autogestão da dor crônica que possam sejam eficazes na prevenção do absenteísmo e manutenção da funcionalidade.

É possível concluir, a partir das categorias analisadas, que um programa de intervenção educativa, com apoio institucional voltado aos trabalhadores com dor crônica, com a participação da equipe de saúde ocupacional, dos empregadores e dos demais trabalhadores a fim de disseminar conhecimento e compreensão pode ser eficaz, uma vez que os próprios trabalhadores podem não estar cientes de seus papéis no enfrentamento da dor, além de ter que lidar com fatores ambientais e sociais.

Percebe-se ainda, pela síntese da revisão de literatura, que países de alta renda tem maior número de estudos e publicações sobre autogestão da dor e, muitos deles descrevem o compromisso do sistema previdenciário em contribuir com os trabalhadores afastados por dor crônica no retorno ao trabalho e a obrigatoriedade das empresas nesse suporte, o que não é percebido na prática brasileira. Esse aspecto destaca a fragilidade das políticas públicas direcionadas ao apoio e suporte de trabalhadores com dor, especialmente àqueles que não estão protegidos pela previdência social.

As políticas públicas em Saúde do Trabalhador precisam avançar nas ações de promoção da saúde no intuito de assegurar condições saudáveis de trabalho, exigindo dos profissionais, não só de saúde ocupacional, mas de todos os níveis de atenção, uma visão holística para apoiar os trabalhadores com dor a manter sua funcionalidade e conseguir retornar e manter o trabalho,

Sugere-se que investigações futuras abordem o retorno ao trabalho de trabalhadores com dor crônica na perspectiva do empregador, supervisores e colegas de trabalho, dos profissionais da saúde, da equipe de saúde ocupacional e da equipe de reabilitação e pericial do INSS, com o objetivo de compreender as dificuldades, facilidades e caminhos nesse processo, entendendo que o afastamento é uma consequência da dor.

REFERÊNCIAS

AGALLOTIS M., MACKEY M. G., JAN S., FRANSEN M. Perceptions of working with chronic knee pain: A qualitative study. **Work**, v. 61, n. 3, p. 379-390, 2018. doi:10.3233/WOR-182817. Acesso em: 27 out. 2023.

ANDERSEN, L. L. *et al.* A prospective cohort study on musculoskeletal risk factors for long-term sickness absence among healthcare workers in eldercare. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 85, n. 6, p. 615-22, 2012. Disponível em DOI: 10.1007/s00420-011-0709-5. Acesso em: 16 set. 2021.

AKERSTROM, M.; GRIMBY-EKMAN, A.; LUNDBERG, M. Work ability is influenced by kinesiophobia among patients with persistent pain. **Physiotherapy Theory and Practice**, Suécia, v. 33, n. 8, p.634-643, 2017.

BEAN, D. J. *et al.* The Determinants and Effects of Chronic Pain Stigma: A Mixed Methods Study and the Development of a Model. *The Journal of Pain*, v. 23, n. 10, p. 1749-1764, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.05.006>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BEEMSTER, T. T., *et al.* Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. **Journal Occupational Rehabilitation**, Holanda, v. 31, p. 72–83, 2021.

BERGLUND, E. *et al.* Multidisciplinary Intervention and Acceptance and Commitment Therapy for Return-to-Work and Increased Employability among Patients with Mental Illness and/or Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Suécia, v.15, n.11, p.2424, 2018.

BLAKE H., SOMERSET S., GREAVES S. The Pain at Work Toolkit for Employees with Chronic or Persistent Pain: A Collaborative-Participatory Study. **Healthcare**, v. 10, n. 1, p. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10010056>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BOSMA, A. R., *et al.* Supporting employees with chronic conditions to stay at work: perspectives of occupational health professionals and organizational representatives. **BMC Public Health**, v. 21, n. 592, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10633-y>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

BRENDBEKKEN, R. *et al.* Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. **Journal of rehabilitation medicine**, Noruega, v. 50, n. 2, p. 193-199, 2018.

BRENDBEKKEN, R. *et al.* Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. **Journal of occupational rehabilitation**, Noruega, v. 27, n. 1, p. 82–91, 2017.

CARGNIN, Z. A.; SCHNEIDER, D. G.; VARGAS, M. A. de O. Prevenção e reabilitação da dor lombar em trabalhadores de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UFSM**, v. 10, n. e27, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34884>. Acesso em: 16 jan. 2024.

CARVALHO, R. C. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 331-338, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180063>. Acesso em: 2 ago. 2021.

CARVALHO, R. G. de *et al.* Situações de trabalho e relatos de dor entre feirantes de confecções. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 274-284, set. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000300006&lng=pt&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2016.3.735>. Acesso em 15 jan. 2024.

CULLEN, K. L. *et al.* Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 28, n. 1, p. 1–15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>. Acesso em 10 jan. 2024.

DAHLHAMER, J. *et al.* Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. **MMWR. Morbidity and Mortality weekly Report**, v. 67, n. 36, p. 1001-1006, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DANG, D. *et al.* Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines. 4th ed. Sigma Theta Tau International, 2022.

DESANTANA, J. M. *et al.* Definição de dor revisada após quatro décadas. **BrJP**, v. 3, n. 3, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>. Acesso em: 04 ago. 2021.

DEVAN, H. *et al.* What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People with Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. **Physical Therapy**, v. 98, n. 5, p. 381-397, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029>. Acesso em: 28 ago. 2021.

DeVRIES, H. J. *et al.* Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 12, n. 126, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-126>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FEIJÓ, C. de A.; TORRES, R. A. T.; PUSTIGLIONE, M. Retorno ao Trabalho: Variáveis e ferramentas envolvidas. **Saúde Ética & Justiça**, v. 24, n. 1, p. 19-28, 2019. doi: 10.11606/issn.2317-2770.v24i1p19-28. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/163905>. Acesso em: 5 jan. 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 15 out. 2022.

FOSTER, N. E. *et al.* Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. **Lancet**, London, England, v. 391, n. 10137, p. 2368–2383, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573872/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

FRAGOSO Z. L., MCGONAGLE A. K. Chronic pain in the workplace: A diary study of pain interference at work and worker strain. **Stress Health**, v. 34, n. 3, p. 416-424, 2018. doi:10.1002/smi.2801.

GANTSCHNIG, B. E., *et al.* Effectiveness of the Bern Ambulatory Interprofessional Rehabilitation (BAI-Reha) programme for patients with chronic musculoskeletal pain: a cohort study. **Swiss Medical Weekly**, Suíça, v. 147, n. 1920, p. w14433, 2017.

GARCIA, B. T.; VIEIRA, E. B. M.; GARCIA, J. B. S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. **Revista Dor**, v. 14, n. 3, p. 204–209, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000300011>. Acesso em: 5 jan. 2024.

GRAMINHA, C. V. *et al.* Relações entre sintomas depressivos, dor e impacto da fibromialgia na qualidade de vida em mulheres. **Rev Família Ciclos Vida Saúde Context Soc.**, v. 8, n. 2, p. 267, 2020. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i2.4332>.

GRANT, M. *et al.* The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: a meta-ethnography. **BMJ Open**, v. 9, n. 6, jun. 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-025743

HOWARD, K.J. *et al.* Psychosocial Factors Related to Functional Restoration Treatment Completion and Return-to-Function for Patients with Chronic Disabling Occupational Musculoskeletal Disorders. **Journal of occupational and environmental medicine**, Canadá, v. 59, n. 3, p. 320–326, 2017.

HUTTING, N. *et al.* Development of a self-management intervention for employees with complaints of the arm, neck and/or shoulder (CANS): a focus group study with

experts. **Journal of occupational medicine and toxicology**, v. 10, n. 9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0051-z>. Acesso em: 20 jan. 2023.

IBRAHIM, M. E., *et al.* Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study. **BMC Musculoskelet Disord**, Suíça, v. 20, n. 439, 2019.

JAKOBSEN, K.; LILLEFJELL, M. Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 21, n. 1, p. 48–57, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.857717>. Acesso em: 10 jan. 2024.

JESUS, E. DE. A previdência social e o trabalhador: entre o acesso ao direito e a contribuição. **Revista Katálysis**, v. 18, n. 2, p. 213–221, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-49802015180200007> Acesso em: 16 mar. 2024.

KANEMATSU, J. dos S. *et al.* Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 3, p. e-192586, 2022. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/192586>. Acesso em: 28 dez. 2023.

KIZA, A. H.; CONG, X. Adults' Self-Management of Chronic Cancer and Noncancer Pain in People with and Without Cognitive Impairment: A Concept Analysis. **Pain Management Nursing**, v. 22, n. 1, p. 69-73, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.007>. Acesso em: 22 fev. 2023.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>. Acesso em: 2 ago. 2021.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. Manual de Ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem. [Trad. Guimarães L. B. de M]. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007. 328 p.

LANCMAN, S.; TOLDRÁ, R. C.; SANTOS, M.C. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010, p97-112.

LEUNG, G. C. N., *et al.* Multidisciplinary programme for rehabilitation of chronic low back pain – factors predicting successful return to work. **BMC Musculoskelet Disord**, China, v. 22, n. 251, 2021.

LIEDBERG, G. M. *et al.* Qualitative Evidence from Studies of Interventions Aimed at Return to Work and Staying at Work for Persons with Chronic Musculoskeletal Pain. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 6, p. 1247, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10061247>. Acesso em: 18 set. 2021.

LYTSY, P.; CARLSSON, L.; ANDERZÉN, I. Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Suécia, v. 49, n. 2, p. 170-177, 2017.

MACAIA, A. A. S.; FISCHER, F. M. Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 841–852, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015130569>. Acesso em: 28 dez. 2023.

MANN, E. G., LEFORT, S., VANDENKERKHOF, E. G. Self-management interventions for chronic pain. **Pain management**, v. 3, n. 3, p. 211–222, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/pmt.13.9>. Acesso em: 21 out. 2023.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. do R. D. de O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1553–1561, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700067>. Acesso em: 29 jan. 2024.

MATTHIAS, M. S. *et al.* How Do Patients with Chronic Pain Benefit from a Peer-Supported Pain Self-Management Intervention? A Qualitative Investigation. **Pain Medicine**, v. 17, n. 12, p. 2247-2255, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pm/pnw138>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. (org.) **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, M. G.; KOSMINSKY, M.; CHI, M. Gender role in pain perception and expression: an integrative review. **BrJP**, v. 3, n. 1, p. 58–62, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200013>. Acesso em: 28 dez. 2023.

NGUYEN, C. *et al.* Intensive spa and exercise therapy program for returning to work for low back pain patients: a randomized controlled trial. **Sci Rep.**, v. 7, n. 1, p. 17956, 2017.

NOGUEIRA, M.; CASETTO, S. J. Gênero e enfrentamento da dor. **Psicologia Revista**, v. 15, n. 2, p. 161–176, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18085>. Acesso em: 3 jan. 2024.

OLIVEIRA, K. G. *et al.* Percepção de usuários de uma unidade básica de saúde sobre dor crônica musculoesquelética e estratégias de gerenciamento da dor. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 9, n. 22, p. 622–642, 2021. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/444>. Acesso em: 28 dez. 2023.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021.

PAUL, C. L. *et al.* The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. *Journal of Medical Economics*, v. 16, n. 1, p. 85-95, 2013. Disponível em DOI: 10.3111/13696998.2012.729548. Acesso em: 16 set. 2021.

PETERS, M. D. J. *et al.* The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. **Adelaide: The Joanna Briggs Institute**, 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf. Acesso em: 19 mar. 2023.

RAJA, S. N. *et al.* **Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos.** Tradução Josimari Melo DeSantana et al. Revisão de Narrativa. 23 mar. 2020. Disponível online 13 jul. 2020 em: http://sbed.org.br/Definição-revisada-de-dor_3. Acesso em 30 jul. 2021.

RASHID, M. *et al.* Factors associated with return to work among people on work absence due to long-term neck or back pain: a narrative systematic review. **BMJ Open**, v.7, n. e014939, 2017. Disponível em: <http://doi:10.1136/bmjopen-2016-014939>. Acesso em: 3 jan. 2024.

RASHID, M. *et al.* Do work ability and life satisfaction matter for return to work? Predictive ability of the work ability index and life satisfaction questionnaire among women with long-term musculoskeletal pain. **BMC Public Health**, v. 21, n. 584, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10510-8>. Acesso em: 3 jan. 2024.

RUMIN, C. R.; GUEDES, J.; SCHMIDT, M. L. G. Saúde Mental e Trabalho: a Reabilitação Profissional e as Contribuições da Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e222902, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222902>. Acesso em 16 mar. 2024.

SANT'ANNA, P. C. F. *et al.* Dor lombar crônica em uma população de mulheres do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 9-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19011628012021>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. *et al.* Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Revista Dor**, v. 13, n. 2, p. 111-118, abr. 2012.

SARETTA, M. E. Reagregando o biopsicossocial: a clínica da dor sob análise etnográfica. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 95-114, 2021. DOI: 10.5007/2175-8034.2021.e72223. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/72223>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SHAW, W. S. *et al.* Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace. **Disability and Rehabilitation**, v. 34, n. 8, p. 694-703, 2012. doi: 10.3109/09638288.2011.615372

SHAW, W. S. *et al.* A Worksite Self-management Program for Workers with Chronic Health Conditions Improves Worker Engagement and Retention, but not Workplace Function. **J Occup Rehabil**, v. 32, n. 1, p. 77-86, 2022. doi:10.1007/s10926-021-09983-6

SILVA, W. R. da. *et al.* Neoliberalismo e Trabalho Informal: Consequências para a Previdência Social. **Revista Psicologia & Saberes**, [S. l.], v. 9, n. 18, p. 326–339, 2020. Disponível em: <https://cesmac.emnuvens.com.br/psicologia/article/view/1241>. Acesso em: 16 mar. 2024.

SILVESTRE, B. A. *et al.* Chronic pain and associated factors in remote work during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20230012, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0012>. Acesso em: 16 mar. 2024.

SOUZA, J. B. de; PERISSINOTTI, D. M. N. The prevalence of fibromyalgia in Brazil – a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 345–348, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>. Acesso em 11 jan. 2024.

SVANHOLM, F. *et al.* Factors of importance for return to work, experienced by patients with chronic pain that have completed a multimodal rehabilitation program – a focus group study. **Disability and Rehabilitation**, Suécia, v. 44, n. 5, p. 736-744, 2022.

TREEDE, R.D. *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160, n. 1, p. 19–27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>. Acesso em: 2 ago. 2021.

VALENÇA, J. B. M.; ALENCAR, M. C. B. O afastamento do trabalho por dor lombar e as repercussões na saúde: velhas questões e desafios que continuam. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 119-127, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1074>. Acesso em: 19 mar. 2023.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 176-179, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>. Acesso em: 2 ago. 2021.

WALSTON, Z., *et al.* Use of cognitive behavioural therapy with usual physical therapy intervention for individuals who are unemployed secondary to chronic low back pain: A case series. **Musculoskeletal Care**, Geórgia, v. 17, n. 3, p. 269-273, 2019. doi: 10.1002/msc.1422.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

WYNNE-JONES, G. *et al.* What happens to work if you're unwell? Beliefs and attitudes of managers and employees with musculoskeletal pain in a public sector setting. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 21, n. 1, p. 31–42, 2011.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9251-7>. Acesso em 11 jan. 2024.

ZETTERBERG, H. *et al.* Behavioral Medicine Physiotherapy in the Context of Return to Work for Chronic Pain: A Single-Case Experimental Design Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Suécia, v. 19, n. 3, p. 1509, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTAZ CONVITE PARA A PESQUISA



COLABORE COM A CIÊNCIA



É
trabalhador?

Tem dor há
mais de 3
meses?



Já esteve
afastado do
trabalho?



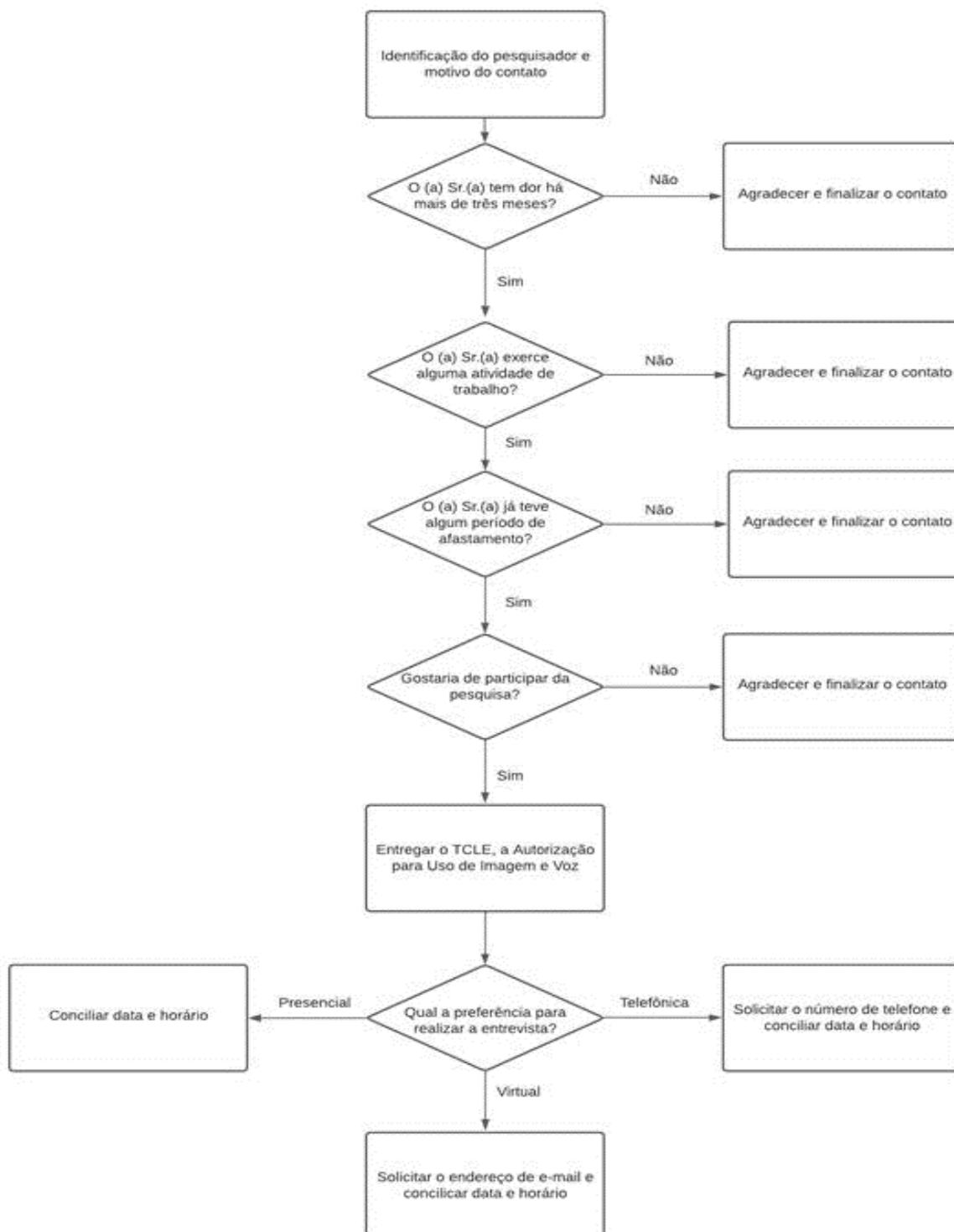
Participe da Pesquisa:

**AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA
NO PROCESSO DE RETORNO AO
TRABALHO: vivência de
trabalhadores.**

- **Pesquisadora:** Rosilene de O. R. João
- Mestranda PPGEnf/UFSCar
- **Contato:** (16) 997944634

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA

A identificação dos potenciais participantes será feita presencialmente, seguindo os seguintes passos:



- Na identificação da pesquisadora e motivo do contato, descrever o objetivo da

pesquisa, informar que está sob orientação das Profa. Dra. Vivian Mininel e Profa. Dra. Priscilla Hortense, da Universidade Federal de São Carlos, e explicar que há aprovação prévia da USE e do CEP-UFSCar.

- Prosseguir com as questões para confirmar os critérios de inclusão na amostra conforme fluxograma.
- Com todas as respostas sim, o participante em potencial será convidado a participar.
- Caso concorde, serão entregues o TCLE e o Termo de Autorização para uso da imagem e voz e ofertado a realização da entrevista nas formas presencial, telefone ou virtual via Google Meet.
- Se a preferência for entrevista telefônica ou virtual, solicitar e-mail ou número de telefone e em seguida agendar a data e horário.
- Se a entrevista for presencial, conciliar em data e horário que possuir atendimento agendado para reabilitação na USE.

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(Resolução 510/2016 do CNS)

Parecer CEP n. 6.224.513 e CAAE n. 69421123.3.0000.5504

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: vivência de trabalhadores”, coordenada pelas Profas. Dras. Vivian Aline Mininel e Priscilla Hortense, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/SP, e desenvolvida pela mestrandia Rosilene de Oliveira Rosa João, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, com parecer n. 6.224.513 e CAAE n. 69421123.3.0000.5504.

O objetivo deste estudo é “Compreender as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho”.

Você foi convidado(a) por estar dentro dos critérios para a pesquisa: ser trabalhador(a), maior de 18 anos, com quadro de dor crônica há, pelo menos, três meses e ter retornado ao trabalho após um período de afastamento.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista com data e horário a ser combinado, podendo ser realizada de forma presencial, via telefone ou plataforma virtual. Esta entrevista é baseada em roteiro semiestruturado, que contém questões relacionadas a: nome, idade, sexo, escolaridade, profissão, regime de trabalho, carga horária, turno, mudança de atividade após período de afastamento, problema de saúde, estratégias para diminuir a dor, retornar ao trabalho e fatores que facilitaram e dificultaram esse processo. Em alguns momentos do encontro a pesquisadora poderá realizar anotações em caderno referente as suas percepções, experiências e observações durante a entrevista.

Solicito sua aprovação para acesso e coleta de alguns dados de seu prontuário, referentes a seu estado de saúde, diagnóstico, ocupação e tempo de acompanhamento na USE; e para a gravação da entrevista em áudio e vídeo, com duração média de 40 minutos. Asseguro que sua imagem e voz não serão utilizadas na divulgação da pesquisa, mas apenas para posterior transcrição e análise dos

dados. A recusa de participação e desistência podem ocorrer em qualquer momento da pesquisa e não trarão prejuízos a você ou ao seu atendimento na USE.

Caso você escolha participar por meio virtual, será utilizada a plataforma Google Meet, que possibilita a realização de entrevistas individuais com acesso privado (somente pesquisadora e participante) com link disponibilizado e enviado pela pesquisadora conforme acordado com o participante (e-mail ou aplicativo de mensagem pelo smartphone) e o seu consentimento deve ser verbalizado para fins de registro de forma gravada antes de iniciar a entrevista.

As informações obtidas nesta pesquisa são confidenciais e sigilosas. Você não será identificado(a) e o material coletado será armazenado em local seguro, com acesso restrito à pesquisadora e sua orientadora. Para minimizar a possibilidade de perda de dados, a transcrição das entrevistas será realizada em dispositivo eletrônico próprio da pesquisadora, com acesso restrito por senha individual e intransferível, e toda e qualquer informação em plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem” serão destruídos. Da mesma forma, os áudios ou gravações de vídeo oriundos das entrevistas ou do consentimento verbal de participação da pesquisa serão armazenados em dispositivo eletrônico protegido por senha pela pesquisadora, mantido por cinco anos, podendo ser requerido pelo participante sempre que desejar. Será apagado todo e qualquer registro de plataforma virtual utilizado.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou ao término desta, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, por meio dos contatos presentes neste termo. Após a entrevista, você poderá decidir quais informações fornecidas poderão ser utilizadas na pesquisa e tratadas de forma pública.

Este estudo não trará benefícios diretamente a você, mas ressaltamos a importância para o meio científico no levantamento de dados a fim de compreender estratégias que possibilitem que os indivíduos com dor crônica permaneçam ativos no trabalho e encontrem melhorias na qualidade de vida.

Sua participação na pesquisa envolve alguns riscos, como o desconforto de se lembrar e expor momentos difíceis que tenha vivido em relação a sua saúde e adoecimento, assim como os reflexos desse processo no seu cotidiano, rotina familiar e de trabalho. No entanto, esclareço que você não será obrigado(a) a realizar apontamentos em momentos que não se sinta confortável, assim como poderá

interromper a entrevista, não responder ou retirar seu consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento. Caso deseje, poderá ser encaminhado aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendem por demanda, para assistência integral e imediata, sendo auxiliado pela pesquisadora nesse processo. Ratifico que os riscos decorrentes do armazenamento dos dados serão minimizados com o armazenamento em dispositivo eletrônico local, de uso individual e protegido pela pesquisadora, garantindo o sigilo das informações, anonimização de pessoas ou locais.

Sua participação na pesquisa não trará custos adicionais ou compensação financeira, sendo as entrevistas presenciais acordadas em data e horário que possuir atendimento agendado para reabilitação na USE. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país e encaminhamento à assistência necessária.

O relatório final desta pesquisa será publicado e compartilhado com o público em geral sem a identificação de nomes, mas contendo falas pontuais que permitam a identificação de estratégias de gestão da dor utilizadas pelos trabalhadores. Em nenhum momento haverá compartilhamento das informações coletadas com quaisquer pessoas, somente os resultados consolidados, sem quaisquer identificações. Você terá garantido o acesso aos seus dados na íntegra e aos resultados consolidados por meio do contato da pesquisadora, se assim o desejar.

Caso concorde em participar, você receberá duas vias deste termo, sendo que uma delas deve ser devolvida assinada à pesquisadora antes da entrevista presencial (é importante que você guarde uma cópia deste documento em seus arquivos físicos ou eletrônicos). Caso você opte por realizar a entrevista via telefone ou ambiente virtual, antes de iniciá-la será realizada a leitura na íntegra do termo e obtido seu consentimento verbal. Você deverá disponibilizar um endereço eletrônico ou número de aplicativo de troca de mensagens instantâneas para receber uma cópia do termo assinado pela pesquisadora.

Em caso de quaisquer dúvidas, fique à vontade para esclarecê-las diretamente com a pesquisadora:

Pesquisadora: Rosilene de Oliveira Rosa João

Endereço: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Declaração

Declaro que a pesquisadora informou que as medidas adotadas na pesquisa estão de acordo com os critérios da ética em pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e será respeitada a proteção de dados pessoais em cumprimento a Lei 13.709/2018, artigo 7 da Seção 1, onde o tratamento dos dados pessoais somente poderá ser realizado com o consentimento do titular. A pesquisadora também esclareceu minhas dúvidas e informou o número de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.

Declaro que concordo em participar da pesquisa de forma voluntária e que os resultados apresentados na pesquisa possam ser publicados e apresentados em eventos científicos, preservando o anonimato e tratando com confidencialidade os dados.

Declaro que recebi uma via assinada Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local e data: São Carlos, ____ / ____ / ____

Pesquisadora: Rosilene de Oliveira Rosa João

Assinatura do Participante

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar

É um comitê composto por diversos membros, que tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em relação a sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Para informações complementares, acesse: <https://www.propq.ufscar.br/pt-br/comissoes/cep-comite-de-etica-em-pesquisa-em-seres-humanos/contato-cep>.

Email para contato: cephumanos@ufscar.br

Telefone: (16) 3351-9685

Endereço para contato: Rodovia Washington Luís, km 235, SP-310, São Carlos-SP, Cep. 13565-905. A localização do CEP UFSCar funciona na Pró-reitora_de Pesquisa, localizada no prédio da Reitoria, área sul do campus São Carlos.

Agradecemos a sua colaboração e ressaltamos a importância da sua participação na pesquisa como produção de conhecimentos.

APENDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DA IMAGEM E VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ**

(para pessoas maiores de 18 anos)

Eu, _____, depois de conhecer e compreender os objetivos da pesquisa, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e voz através do depoimento conforme especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa “AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: vivência dos trabalhadores” autorizo, por meio do presente termo, a pesquisadora Rosilene de Oliveira Rosa João, Mestranda do PPGENF/UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Vivian Aline Mininel e coorientação da Profa. Dra. Priscilla Hortense, professoras do Departamento de Enfermagem da UFSCar, a realizar a captação de imagens por meio de gravação em vídeo, bem como meu depoimento por meio de gravação em áudio, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Reforço que fui informado que tais informações não serão utilizadas para divulgação, somente para análise dos dados, sendo, portanto, a autorização restrita à esta finalidade.

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

Data da coleta de dados: _____

Nome do usuário: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Queixa de dor há ____ meses

Diagnóstico: _____

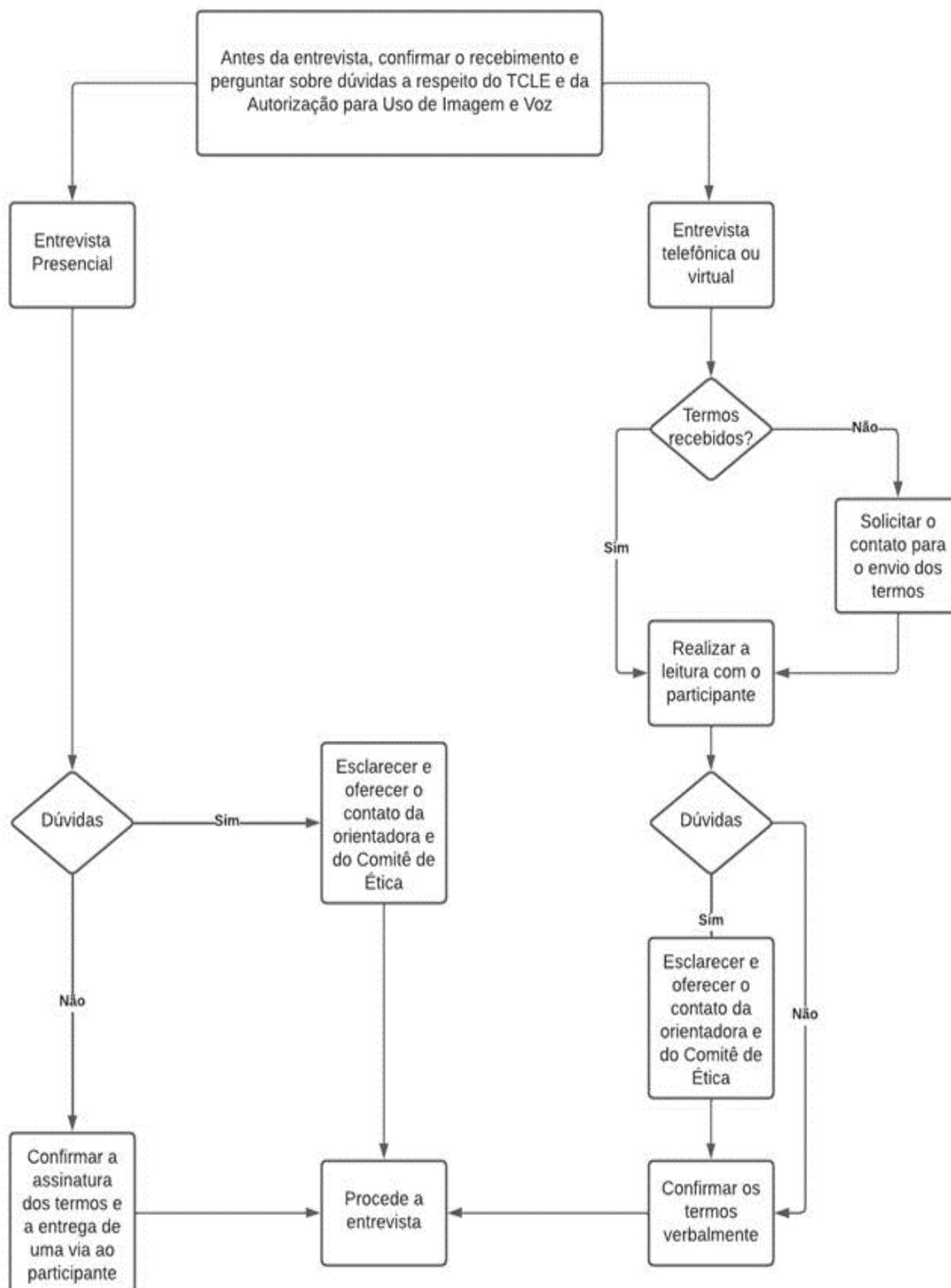
Tipo de acompanhamento na unidade: _____

Tempo de acompanhamento na unidade: _____

Informações sobre trabalho: () sim () não. Se sim, descrever:

Contato: _____

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA



- Antes de iniciar a entrevista deve ser confirmado a leitura do TCLE e do Termo de Autorização para uso da imagem e voz explicando a necessidade de gravação da entrevista para posterior análise dos dados.
- Em caso de negativa, proceder a leitura na íntegra junto ao participante e esclarecer dúvidas executando a gravação do consentimento realizado por expressão oral, quando a entrevista for por telefone ou virtual.
- Após os consentimentos, procede a entrevista conforme roteiro:

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ___/___/___

1- Qual é o seu nome? _____

2- Qual é a sua data de nascimento e idade? ___/___/___ Idade: _____

3 - Qual é o seu sexo?

() feminino () masculino () intersexo () não declarado/ informado

4- Qual é o seu estado civil?

() solteiro () casado () divorciado () viúvo () outros _____

5- Qual é a sua escolaridade?

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

6 - Qual é o seu regime de trabalho?

() formal () informal

7- Qual é a sua carga horária de trabalho diária e semanal?

8- Qual é o seu turno de trabalho?

() dia () noite () escala de revezamento

9- Qual é a sua profissão atual?

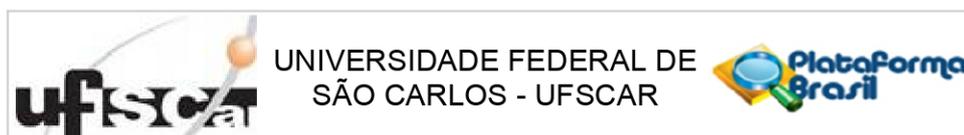
10 - A atividade de trabalho que exerce agora é a mesma que exercia antes da dor?

() sim () não. Se não, descrever qual era e o motivo da mudança:

- Conte-me com detalhes sobre seu problema de saúde.
- Como este problema tem afetado sua vida?
- O que você tem feito para diminuir a dor?
- Conte-me com detalhes como foi retornar ao trabalho após o período de afastamento.
- O que facilitou você voltar ao trabalho?
- O que dificultou o retorno ao trabalho?

ANEXOS

ANEXO I – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PELO CEP-UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOGESTÃO DA DOR CRÔNICA NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: vivências de trabalhadores

Pesquisador: ROSILENE DE OLIVEIRA ROSA JOAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69421123.3.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.224.513

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2130398.pdf de 19/07/2023) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_Mestrado_CEP2.pdf de 13/07/2023): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Resumo:

A dor crônica tem alta prevalência no Brasil e no mundo. A queixa tem um impacto significativo na vida das pessoas, incluindo a dimensão profissional. Indivíduos que apresentam dor crônica possuem baixa participação na força de trabalho, altas taxas de absenteísmo e pode representar um sofrimento incompreensível para outras pessoas, sinalizando a importância do conhecimento, ambiente de apoio por meio de relacionamento com profissionais de saúde, família e amigos, a autodescoberta e autoaceitação. Estratégias de autocuidado e autoeficácia são importantes para autogestão da dor e impacto positivo no retorno ao trabalho. Neste estudo, através das seguintes perguntas de pesquisa: Quais as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho? Quais aspectos do ambiente de trabalho podem facilitar ou dificultar este processo? se propõe a compreender as estratégias de autogestão da dor crônica utilizadas pelos trabalhadores no processo de retorno ao trabalho e quais aspectos do

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br