

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

**CLEIBER HENRIQUE BORINI**

**SIGNIFICADOS DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA: UMA  
PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA**

**SÃO CARLOS – SP**

**2019**

CLEIBER HENRIQUE BORINI

**SIGNIFICADOS DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA: UMA  
PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA**

Trabalho apresentado para exame de defesa como parte do requisito para  
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde no curso de Mestrado  
em Enfermagem

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscilla Hortense**

**Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Saltareli**

**SÃO CARLOS – SP**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Borini, Cleiber Henrique

**Significados da dor musculoesquelética crônica: uma perspectiva da psicossomática psicanalítica.** São Carlos, 2019.

128 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.

Orientadora: Hortense, Priscilla

Coorientadora: Simone Saltareli

1. Dor musculoesquelética crônica.
2. Psicossomática psicanalítica.
3. Alexitimia.
4. Somatização.
5. Fisioterapia.

# FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

---

## Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Cleiber Henrique Borini, realizada em 27/06/2019:

---

Profa. Dra. Priscilla Hortense  
UFSCar

---

Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila  
FAMERP

---

Profa. Dra. Diene Monique Carlos  
UFSCar

## **DEDICATÓRIA**

À Eliana, Júlia e Luiza, minha família. Com quem e para quem sempre tento me tornar uma pessoa melhor, me ensinam a ter mais fé na vida a cada dia e tornam meus dias mais iluminados.

Ao meu Pai, que dolorosamente nos deixou durante este estudo, mas sei que vibraria junto comigo e à minha Mãe, obrigado sempre, por todo carinho, pelos cuidados, afeto e apoio que sempre me proporcionaram.

Ao meu irmão Marcelo, por me ensinar muitas coisas, inclusive a ter mais paciência.

Meus sogros, cunhados, concunhados, sobrinhas e sobrinhos ... tenho muita sorte de conviver com todos vocês. É um grande colo, um carinho enorme, onde o amor está sempre muito à flor da pele.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de maneira especial à Priscilla Hortense, minha orientadora, que aceitou me acompanhar nessa jornada. Sua tranquilidade, suavidade, carisma, competência e simplicidade, tornaram este processo um pouco menos doloroso. Obrigado também pela paciência.

À Simone Saltareli, minha coorientadora que desde o primeiro dia que entrei no laboratório de Psicofísica Clínica, me recebeu de braços abertos e me ajudou desde o início.

À Professora Fátima Ap. E. Faleiros Sousa que aceitou me receber e abriu as portas para que eu entrasse nesse universo da pesquisa, obrigado pelo seu carinho.

Ao Professor Lazslo Ávila, com quem falei pela primeira vez sobre a ideia de iniciar o mestrado e acabou me indicando a professora Fátima.

Aos amigos do Laboratório de Psicofísica Clínica, Talita, Rodrigo, Karina e Carol, que apesar do pouco tempo de contato foi suficiente para construir um laço afetivo e estavam sempre prontos a me ajudarem. Obrigado pelos apoios.

À Viviane da Silva Barbosa que me ajudou com dicas muito importantes.

Aos docentes e colegas que conheci durante as disciplinas do mestrado, por sempre colaborarem com seus conhecimentos e experiências.

Aos funcionários da Pós Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, particularmente na pessoa do Tiago, por quem sempre fui atendido com atenção.

À Cristiane Bernardochi D'Orsi - Coordenadora da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá que acreditou e autorizou que a pesquisa fosse realizada nesta clínica, acreditando que os conhecimentos podem sempre trazer benefícios aos fisioterapeutas e pacientes.

Aos meus colegas fisioterapeutas da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá:

Davi Pedro Barreto Botelho, Paula Malfara Habenschus de Souza, Renata C. Martins Pereira, - Meu muito obrigado pela maneira sempre carinhosa e com disposição para me ajudar. Foram eles que na maioria das vezes estabeleciam o contato entre mim e seus pacientes.

Ao Victor Guilherme Luvizaro Félice Garcia - Professor do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá e Supervisor de Estágio na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, pela ajuda também no encaminhamento de alguns participantes e com quem tive o prazer de reencontrar.

Às funcionárias: Janaina, Luana, Marcela, Marina e Sarah - Funcionárias da recepção da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, que, mesmo cansadas, recebem a todos com um largo sorriso. Obrigado pela atenção de sempre.

Aos demais funcionários: Humberto, Rodrigo e Valdeci - Funcionários do Almojarifado da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, sempre colaborativos e dispostos.

Ao Paulo – que faz seu trabalho para que todos estejam seguros dentro da clínica.

E também de maneira muito especial, agradeço a todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, pela confiança, pela vontade em colaborar e pela disposição e coragem em dividir parte de suas vidas e de suas dores comigo. Meus eternos agradecimentos e os terei sempre de maneira especial e carinhosa.

Aos meus amigos que entenderam minha ausência e que há muito tempo estão caminhando comigo em busca da integração entre corpo e mente.

**BORINI, C. H. Significados da dor musculoesquelética crônica: uma perspectiva da psicossomática psicanalítica.** 2019. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – SP, 2019.

## **RESUMO**

**Objetivo:** Conhecer e analisar os significados envolvidos na história de vida de pessoas com dor musculoesquelética crônica pela perspectiva da psicossomática psicanalítica. **Método:** pesquisa qualitativa, ancorada pelo referencial teórico da psicossomática psicanalítica. Participaram do estudo 20 pessoas apresentando dores musculoesqueléticas crônicas e que estavam em tratamento com fisioterapia em uma clínica escola de um município do interior de São Paulo as quais foram convidadas a falar sobre suas dores e sua vida. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas que foram analisadas através de análise de conteúdo temática. **Resultados e discussão:** A idade dos participantes variou entre 18 e 82 anos, sendo a maioria do sexo feminino e a gonartrose foi a doença mais prevalente. A maioria dos participantes apresentavam dor há mais de 5 anos. Da análise do material resultaram dois temas “Vida sofrida, vida difícil” e “Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica”. O primeiro tema reflete a vida sofrida e difícil nos relatos de situações de esforços físicos e trabalhos pesados vivenciados desde a infância que em alguns casos continuaram em outras fases da vida. No segundo tema, estão incluídas experiências que foram associadas ao relato de sofrimentos intensos. Esse tema foi desdobrado em dois subtemas: “Sofrimentos afetivo-emocionais” e “Depois de um sentimento, vem uma dor”. O primeiro subtema foi relacionado a vivências de doenças e/ou perdas de pessoas da família, situações de violência intrafamiliar, abandonos, relações denotando insuficiência ou até ausência de vínculo afetivo, além das relações conflituosas entre membros da família. O segundo subtema abarca os relatos explícitos em que tais experiências ocasionaram a dor física. De maneira geral, os resultados permeiam uma questão importante para a psicossomática – a vinculação entre biografia e dor. Surgiram relatos sobre fatos das suas vidas, de vivências significativas em que os participantes associaram de maneira mais ou menos consciente estas vivências às suas dores musculoesqueléticas crônicas, já que tais dores surgiram quase que simultaneamente,



apenas algum tempo depois ou foram associadas a algum evento significativo. Conclusão: pelo referencial da psicossomática psicanalítica vários significados das dores musculoesqueléticas crônicas foram identificados, desde violências, ameaças, ressentimentos, doenças, mortes, culpas e separações conjugais. A partir do que foi apresentado nesse estudo é importante considerar a importância e a necessidade de se investigar a subjetividade, a biografia e a experiência de pessoas que vivem com dor musculoesquelética crônica como parte das condutas profissionais para o tratamento e manejo da dor, mesmo que instrumentos venham atestar a presença de alexitimia ou que se entenda que as explicações das somatizações estejam nas falhas de representação.

Palavras chaves: Dor musculoesquelética crônica, psicossomática psicanalítica, alexitimia, somatização, fisioterapia.

**BORINI, C. H. Meanings of chronic musculoskeletal pain: a psychoanalytic psychosomatic perspective.** 2019. Dissertation (Master degree). Department of Nursing, Federal University of São Carlos - SP, 2019.

### **ABSTRACT**

Objective: To know and analyze the meanings involved in the life history of people with chronic musculoskeletal pain from the perspective of the psychoanalytic psychosomatic. Method: qualitative research, anchored by the theoretical reference of the psychoanalytic psychosomatic. The study was attended by 20 people who presented chronic muscular pain and who were treated with physical therapy in a clinic in a city in the interior of the State of São Paulo, as they were invited to talk about their pains and their lives. Data collection was performed through semi-structured interviews and analyzed through thematic content analysis. Results and Discussion: The participants' ages ranged from 18 to 82 years, the majority of them female and gonarthrosis was the most prevalent disease. Most of the participants presented pain for more than 5 years. The analysis of the material resulted in two themes "Life under pain, life difficult and "My life, my body is a hematoma, a chronic pain". The first theme reflected the life of existences and lives in the reports of actions for patients and work for lived in many cases patients in life processes. In the second theme, there are opportunities that are associated with the reporting of intense sufferings. This theme was deployed in two sub-themes: "Emotional-affective suffering" and "After a feeling, a pain comes". The first sub-theme was related to experiences of illness and / or loss of family members, situations of intrafamily violence, abandonment, relationships denoting lack or absence of adverse effects, in addition to conflicting relationships between family members. The second sub-theme covers the explicit accounts in which such experiences occasioned physical pain. In general, the results permeate an important issue for the psychosomatic - the link between biography and pain. There have been reports of events in their lives, of significant experiences in which the participants more or less consciously associated these experiences with their chronic musculoskeletal pain, since such pains appeared almost simultaneously, only some time later or were associated with some significant event . Conclusion: From the perspective of the psychoanalytic psychosomatics, several meanings of chronic musculoskeletal pain were identified,

from violence, threats, resentments, illnesses, deaths, guilts and marital separations. From what was presented in this study it is important to consider the importance and necessity of investigating the subjectivity, biography and experience of people living with chronic musculoskeletal pain as part of the professional conducts for the treatment and management of pain, even though instruments to attest to the presence of alexithymia or to understand that the explanations of somatizations are in the failure of representation.

Keywords: Chronic musculoskeletal pain, psychoanalytic psychosomatics, alexithymia, somatization, physiotherapy.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ocupação, escolaridade, estado civil, hipótese diagnóstica e tempo de dor. Ribeirão Preto, 2018.....	42
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “Significados da dor musculoesquelética crônica: uma perspectiva da psicossomática psicanalítica”. São Carlos, 2019 .....	45
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 - Dor Musculoesquelética Crônica: o problema.....	16
1.2 – Complexidade da dor.....	19
1.3 – Referencial teórico – Psicossomática Psicanalítica.....	24
<b>2 – OBJETIVOS</b> .....	33
<b>3 – MÉTODO</b> .....	34
3.1 – Desenho do Estudo.....	34
3.2 - Local da Pesquisa.....	34
3.3 - Participantes .....	34
3.4 - Procedimentos para coleta de dados .....	35
3.5 - Roteiro das entrevistas semiestruturadas .....	35
3.6 – Coleta de dados.....	36
3.7 - Procedimentos de Análise dos dados .....	37
3.8 - Considerações Éticas .....	39
<b>4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	40
<b>4.1</b> – Caracterização sociodemográfica, diagnóstico médico e tempo de dor.....	41
<b>4.2</b> – Os significados da dor musculoesquelética crônica.....	44
<b>4.2.1</b> – Tema: Vida sofrida, vida difícil.....	45
<b>4.2.2</b> – Tema: Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica.....	49
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A – Roteiro das perguntas.....	80
APÊNDICE B – Questionário de caracterização dos participantes.....	81
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	82

APÊNDICE D – Termo de Consentimento para a Gravação da Entrevista.....	84
APÊNDICE E – Mapa temático.....	85
APÊNDICE F - Quadro Temas, Sub temas e Falas dos participantes.....	87

## **ANEXOS**

ANEXO A – Carta de Anuência da Clínica de Fisioterapia Barão de Mauá.....	114
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – UFSCar.....	115
ANEXO C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa - Barão de Mauá.....	122

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – Dor Musculoesquelética Crônica: o problema

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu dor crônica como aquela dor de duração contínua por seis meses ou mais, ou aquela que apresenta três episódios em três meses, ultrapassando o tempo normal de cicatrização, não possuindo mais a função de ser sinal de alerta e que se caracteriza por causar comprometimento funcional, sofrimento intenso, incapacidade progressiva e alto custo para os sujeitos por ela acometidos (IASP, 1994).

Segundo Harstall e Ospina (2003) em revisão sistemática, encontraram estimativas de prevalência de dor crônica oscilando entre 10,1% a 55,2%. A maior prevalência apresenta-se no sexo feminino, geralmente acometido por dores musculoesqueléticas.

Dentre as formas de dores crônicas, a dor musculoesquelética crônica é o tipo de dor crônica que surge como parte de um processo de adoecimento que afeta diretamente ossos, articulações, músculos ou tecidos moles (TREEDE et al., 2015).

A dor de origem musculoesquelética é a forma mais comum de dor crônica e a prevalência mundial de algumas condições musculoesqueléticas varia de 2% ou menos para fibromialgia, artrite reumatóide e epicondilite, enquanto que para dor no pescoço e ombro a prevalência encontra-se na faixa de 15 a 20% e de 10 a 15% para dor no joelho, dor na articulação temporomandibular e dor crônica generalizada (IASP, 2009).

Com uma prevalência de cerca de 35% na população em geral, a dor musculoesquelética crônica tornou-se um grande problema na maioria dos países industrializados (BERGMAN et al., 2001), dentre elas, a dor lombar crônica foi identificada em 10% da população mundial (OVERAAS et al., 2017).

Na Europa, Cimas et al. (2018) encontraram uma prevalência de 35,7% de dor musculoesquelética crônica em idosos, sendo significativamente maior nas mulheres (41,3%) em relação aos homens (29,1%). Entre os países, a prevalência oscilou de 18,6% na Suíça para 45,6% na França. Em relação ao gênero, enquanto na Itália, as mulheres apresentaram uma prevalência de 52,1%, na Suíça apresentaram 22,0%. Já entre os homens na Holanda foi encontrada a menor prevalência, 13,4%.



A localização da dor nas costas foi a mais frequente (65,1%), seguido pela dor no joelho (45,3%), quadril (24,3%), outras articulações (40,3%) e 19,7% das pessoas apresentavam dor em três lugares ou mais.

Meucci, Fassa e Faria (2015), em revisão sistemática investigando a prevalência da dor lombar crônica na Europa, América do Norte, América do Sul, Ásia e África identificaram uma prevalência de dor lombar crônica de 4,2% em indivíduos com idade entre 24 e 39 anos e 19,6% naqueles com idade entre 20 e 59. Em pessoas com 18 anos ou mais, encontraram uma prevalência que variou entre 3,9 % e 20,3%. Já na população idosa brasileira, a prevalência de dor lombar crônica foi de 25,4%. Concluíram assim que ocorre um aumento linear da terceira década de vida, até os 60 anos de idade, com prevalência maior entre as mulheres.

No Brasil, ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) coletados em 2013, Malta et al. (2017) encontraram 18,5% de dor crônica na coluna dos adultos, demonstrando um aumento de 13,2% em relação à PNAD de 2003 e de 13,5% em relação à PNAD 2008, sendo que a dor lombar crônica foi a mais prevalente.

Em adultos da cidade de São Paulo, Roizenblatt et al. (2015) encontraram que 26,83% das mulheres e 15,88% dos homens apresentavam dor musculoesquelética crônica, sendo que a faixa etária mais prevalente era de pessoas entre 30 e 39 anos de idade.

Segundo Miranda et al. (2012), 86% dos idosos brasileiros já apresentaram dor musculoesquelética crônica em qualquer local, sendo que os membros inferiores e a coluna apresentaram 50% das queixas. Artrite e reumatismo (incluindo osteoartrite) foram os diagnósticos musculoesqueléticos específicos variando de 9% a 40%. Melo et al. (2017) encontraram 39,1% de prevalência de doença musculoesquelética em idosos na cidade de Goiânia dos quais 43,4% afirmaram sentir dor.

Justificado por estes estudos que demonstram elevada prevalência das condições musculoesqueléticas, Souza e Oliveira (2015), examinando o banco de dados dos anos de 2011 e 2012 fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), constataram que de todos os encaminhamentos para consulta de Fisioterapia, 67,52% abrangiam diagnósticos de condições musculoesqueléticas como

dor lombar baixa, síndrome do manguito rotador, gonartrose não especificada, dorsalgia e as lesões biomecânicas não especificadas.

Silva; Sirena (2015) apontam que os diagnósticos mais prevalentes de encaminhamentos de usuários aos serviços de fisioterapia em Porto Alegre-RS no ano de 2012 foram a osteoartrose (29,1%) e as tendinopatias/lesões de tecidos moles (27,1%); sendo que 87,1% dos usuários referiram dor.

Estes estudos demonstram que, apesar das dores musculoesqueléticas serem uma das causas mais prevalentes de dores crônicas na população em geral e uma das razões mais comuns de procura por ajuda médica dentre os mais de 150 tipos de dores crônicas, ainda tem sido considerada como sendo sub-reconhecida e sub tratada (Arthritis and Osteoporosis Victoria, 2013).

As dores musculoesqueléticas crônicas produzem profundos impactos de ordem emocional, física, pessoal e social, pois em função da dor persistente, da mobilidade e função prejudicadas, a capacidade de trabalho se torna crítica, a capacidade de independência estará cada vez menor, reduzindo a qualidade de vida e o bem-estar mental, (BRIGGS et al., 2015).

As pessoas que vivem com dor musculoesquelética crônica travam uma luta constante para afirmar-se, enfrentar o estigma da dor, reconstruir um sentido através do tempo e encontrar uma explicação para sua dor (BLYTH; NOGUCHI, 2017). Para Schäfer et al. (2016), as pessoas com dor musculoesquelética crônica têm uma experiência e compreensão multifatorial da dor, compreendem que fatores psicoemocionais estão envolvidos também no desencadeamento da dor e não apenas no seu agravamento, de maneira que esses fatores devam ser levados em conta no diagnóstico e no tratamento da dor musculoesquelética crônica.

A dor crônica sempre se apresenta como uma importante fonte de sofrimentos e por isso, demanda tratamentos e cuidados especiais (TREEDE et al., 2015), como a adoção de modelos de cuidados centrados na pessoa, ou seja, levar em conta não apenas a doença, mas permitir uma visão mais ampla do processo de adoecimento que acontece inserido na história de vida da pessoa, ultrapassando a perspectiva da biologia (DOMINICK; BLYTH, 2012; BRIGGS et al., 2015; VIEIRA; BARTZ; JORNADA, 2017).

Assim, o presente trabalho se propõe a direcionar o olhar à multidimensionalidade e à complexidade da vida de cada pessoa, privilegiando em particular a abordagem da dor musculoesquelética crônica em toda sua complexidade pela ótica da psicossomática psicanalítica.

## 1.2 – A Complexidade da dor

A palavra dor procede de poena (Latim) e significa punição, penalidade, castigo, como se a dor fosse uma punição por algo considerado moralmente errado que tenha feito (SILVA et al., 2007; FREE, 2002), mas também possui uma raiz etimológica comum do latim para as palavras dor e doença (no latim, *dolor* e *dolentia* respectivamente), configurando uma íntima e expressiva relação existente entre a experiência da dor e da doença (FERREIRA, 1994).

Embora represente um dos mais primitivos sofrimentos de toda a humanidade e em todas as culturas, e um dos fenômenos mais estudados, a dor ainda necessita ser melhor compreendida (MORRIS, 1991; LOBATO, 2010).

Ainda no século XVII, Descartes foi um dos primeiros filósofos ocidentais a descrever um percurso somatossensorial detalhado em seres humanos estabelecendo uma hipótese científica sobre a origem da dor e refutou a ideia de que a dor vinha de fora, propondo que a dor era um processo mecânico interno do corpo (MOAYEDI; DAVIS 2013).

As análises da dor estavam concentradas sobre os aspectos neurofisiológicos, reduzindo a experiência da dor a um sistema complexo de transmissão de sinais, ao invés de igualmente concebê-la como moldada pelo indivíduo em sua subjetividade e seu contexto sociocultural (BENDELOW; WILLIAMS, 1995).

Até os anos 60, a dor era considerada simplesmente uma resposta fisiológica a um dano tecidual (LOBATO, 2010). A partir daí, as discussões a respeito da experiência algica conduziram a profundas modificações no conceito de dor, configurando a sensação dolorosa para além dos aspectos físicos, incluindo seus sentidos culturais e emocionais (PIMENTA, 1998).

Nessa mesma década, em 1965, Melzack e Wall publicaram “Pain Mechanisms: A New Theory” na Science (MELZACK; WALL, 1965), provocando,

através da teoria da comporta, uma revolução na compreensão dos mecanismos e manejo da dor (KATZ; ROSENBLOOM, 2015). Graças à teoria da comporta, sabe-se hoje que fatores como o humor positivo, distração, respiração e relaxamento profundo podem fechar completamente ou parcialmente o portão, trazendo alívio da dor, enquanto ansiedade, medo, emoções fortes, pensamentos catastróficos, abrem o portão, ocasionando mais dor (MELZACK; WALL, 1965).

A teoria da comporta produziu significativo impacto clínico na maneira como os profissionais da saúde olham para a dor, como os que vivem com dor são tratados e, o que parece ser o mais importante, trouxe esperança de que é possível o alívio da dor (MELZACK; KATZ, 2012).

Outro benefício foi ter fornecido base fisiológica para a compreensão da dor fantasma e, além disso, questões psicológicas como depressão, ansiedade, preocupações, que antes eram entendidas como reações à dor, passaram a ser reconhecidas como integrantes do processamento de informações relacionadas à dor (GAGLIESE; KATZ, 2000; MELZACK; KATZ, 2012).

Ainda trouxe novas possibilidades de abordagens para o controle da dor, como a estimulação elétrica nervosa transcutânea, uma alternativa aos procedimentos cirúrgicos irreversíveis e permanentemente lesivos, além de impulsionar novos pesquisadores a trabalharem em busca de novos benefícios para aqueles em que a dor provoca sofrimento (WALL; JONES, 2013).

Assim, ao acompanharmos o conhecimento do ser humano sobre a dor e suas origens, podemos perceber sua evolução e entender em que ponto se encontra nos dias de hoje. Nesta evolução do conhecimento, na tentativa de compreender globalmente os processos da dor, muitas ideias e conceitos sobre a dor foram desenvolvidos.

Um marco no campo da dor aconteceu em 1979 quando a IASP definiu dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano” (IASP, 1979).

Para Bourke (2012), definir dor assemelha-se a definir outros conceitos abstratos como amor, felicidade, por isso, reconhece a complexidade que consiste em conceituar dor.

Vários autores expuseram interpretações com algumas objeções à definição da IASP. As críticas foram relacionadas em função da associação da dor ao dano tecidual, no sentido de perpetuar o pensamento dualístico mente-corpo e pela tensão não resolvida entre a primazia do auto relato e o privilégio da perspectiva do observador (COHEN; QUINTNER; VAN RYSEWYK, 2018).

O fato da expressão da dor depender de autorelato privaria, segundo Anand e Craig (1996), grupos não verbais como recém-nascidos ou pessoas com distúrbios de fala. Para atender a esses casos, Aydede (2017) acredita que a avaliação das expressões faciais provavelmente possa ser suficiente para a avaliação da dor.

Ao analisar as associações entre sensação e experiência desagradável e, entre dano real ou potencial, Price et al. (1999) levantam a questão do que será levado em conta: “o julgamento de um observador externo ou a experiência da pessoa com dor quando os julgamentos entre o observador e a pessoa que sente a dor forem diferentes?”

No sentido de ampliar o entendimento sobre sua própria definição de dor, a IASP emite uma nota em 1994 afirmando que a dor é sempre subjetiva e que cada indivíduo aprende a utilizar as palavras que comunicam a dor através de suas experiências relacionadas a lesões vivenciadas desde o início da vida (IASP, 1994).

Referindo-se a esta nota, Merskey (2005), reconhece avanços na definição da IASP ao incluir as dimensões sensoriais e emocionais no processo da dor e também ao reconhecer que dor não é o mesmo fenômeno que nocicepção, mas também entende a importância da desconstrução da crença de que quando a dor estiver presente sem dano tecidual, a dor não seja rotulada de psicológica com o sentido de que “dor ou é real, implicando que existe no corpo, ou é imaginada, implicando que existe na mente”.

Já Williams e Craig (2016) observaram a falta das dimensões cognitivas e sociais na definição da IASP. Para Nasio (2008, p.10) a definição da IASP deixa transparecer incertezas quanto ao papel do fator psíquico. Segundo este autor, a conceituação de que a dor seria “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, ou ainda, descrita em termos que evocam essa lesão”, produz uma ambiguidade do termo “dor”. Para Nasio, “mais do que uma sensação, dor é emoção, e uma emoção que pode nascer sem lesão tissular responsável: uma experiência...descrita em termos que evocam essa lesão”.

Apesar das críticas, a definição da IASP constituiu-se em um alicerce conceitual e desde então, trouxe avanços científicos os quais possibilitaram aos profissionais da saúde novas formas de compreensão, avaliação e tratamento da dor, baseados, por exemplo, numa perspectiva biopsicossocial e na ideia de um enfoque multidisciplinar (WILLIAMS e CRAIG 2016).

Pensando em outras questões que a dor pode informar, Degenaar (1979) acredita que as pessoas que sentem dor buscam não apenas por tratamentos, mas são pessoas que estão pedindo ajuda e, que felizmente a possibilidade de abordar a subjetividade e o significado da dor existe, mas como aponta Frank (2004), dependerá de como se dá o encontro entre o médico e a pessoa que sente a dor. Quando observador e observado podem aceitar a possibilidade de significados na experiência da dor, este relacionamento, de acordo com Quintner e Cohen (2016) torna-se intersubjetivo, criando assim um relacionamento terapêutico. O resultado desse relacionamento pode colaborar, de acordo com Bendelow e Williams (1995) para que a experiência algica alcance a pessoa na sua inteireza, pois o que dói não é o corpo, mas toda a pessoa.

Revelando a trama que une complexidade, significado, subjetividade e dor, a literatura têm apontado algumas situações em que apesar do dano tecidual real, as pessoas não apresentam dor e, outras situações onde o conhecimento sobre a existência de uma alteração orgânica pode repercutir no quadro doloroso.

Brinjikji et al., (2014) em revisão sistemática de literatura com 33 artigos sobre a utilização de recursos de imagem em 3.110 indivíduos, verificaram que é comum encontrar alterações degenerativas da coluna em pessoas assintomáticas, isto é, alterações teciduais que não provocavam dor lombar.

Corroborando com a possibilidade de que outros fatores, além das questões biológicas estejam envolvidos na dor, para Moseley (2015), quando se tem exames de ressonância magnética que comprovam alteração tecidual, o conhecimento deste fato faz com que a dor seja produzida mais facilmente e intensamente, dada a complexidade do ser humano, já que estas alterações podem ser alterações normais relacionadas ao tempo e que, se não descobertas, poderiam não gerar a dor.

Paralelamente às buscas de novos conceitos para a dor, novas teorias que buscam entender a dor foram sendo elaboradas, como a teoria da Neuromatriz,

desenvolvida em 1989 por Ronald Melzack. Neuromatriz corresponde a uma ampla rede de neurônios, distribuídos em muitas áreas do cérebro, que processa informações que fluem através dele e finalmente produz um padrão, que é sentido como um corpo inteiro, que possui um senso de identidade (MELZACK, 2005).

A partir de processos cíclicos repetidos e sínteses de impulsos nervosos através da neuromatriz, constrói-se um padrão particular característico, chamado de neuroassinatura. Embora a neuromatriz não requeira uma entrada sensorial real para que uma pessoa possa sentir dor, há muitos impulsos que podem criar, ou mais tarde desencadear, uma neuroassinatura da dor, incluindo movimentos, pensamentos, emoções, toques, memórias, medos e estímulos visuais (MELZACK, 2001; GATCHEL et al., 2007).

Essa intersecção entre emoção e dor também tem sido detectada em algumas estruturas do cérebro, como a amígdala, por exemplo, que, além de ser considerada chave para a neuromatriz da dor é também referida como o centro da memória e do medo, tendo, portanto, um papel fundamental nas emoções negativas e memórias relacionadas à dor (LI et al., 2013).

A subjetividade, as emoções, os aspectos pessoais, culturais e da experiência de vida, têm sido incluídos aos processos neuroquímicos na tentativa de um melhor entendimento, avaliação e tratamento da dor, especialmente da dor crônica.

Outra possível perspectiva clínica pode ser agregada e aplicada a todos esses avanços em busca de uma compreensão mais global sobre o complexo fenômeno da dor é que, mesmo na presença de dor musculoesquelética crônica determinada por uma lesão comprovada, além dos aspectos biológicos que devem ser considerados, que o olhar possa ser dirigido também aos aspectos subjetivos, de maneira que estes deixem de ser desconsiderados e possam ser reconhecidos como importantes, seja para a origem do adoecimento, para o seu curso ou para os resultados do tratamento, pois assim o avanço científico incluiria um sujeito que, com certeza, sabe melhor do que ninguém sobre sua história e os possíveis significados do seu adoecimento inseridos nessa história (MORSCHHITZKY; SARTOR, 2013; ÁVILA, 2016; ELAEL; FORTES, 2016).

Nos casos das dores musculoesqueléticas crônicas, deparamo-nos com pessoas que se apresentam com longos períodos de dor e com diversas tentativas anteriores de procura por profissionais da saúde para seu manejo sem muito sucesso, o que faz pensar que, apesar do necessário cuidado ao corpo biológico, talvez não esteja sendo suficiente tratar apenas a dor orgânica, pois a dor musculoesquelética crônica parece ser o resultado final de um longo processo que se refere à pessoa e não apenas aos tecidos moles ou às articulações.

Ao buscar compreender a condição de dor musculoesquelética crônica do ponto de vista da pessoa, algumas questões norteiam este estudo: Qual a relação entre histórias de vida e dor musculoesquelética crônica? Quais histórias fazem parte desta dor? O que a pessoa comunica com sua dor? Que dor tem dentro da dor que se apresenta?

### 1.3 – Referencial teórico: Psicossomática Psicanalítica

A associação mente-corpo está presente na literatura há mais de 3.500 anos, assim como as tentativas de superar o dualismo mente-corpo já eram encontradas na medicina grega clássica. Embora o pensamento psicossomático estivesse presente desde então, Herrman-Lingen (2017) pontua que apenas no século XX, surgem movimentos na América do Norte e na Europa através das Escolas Psicossomáticas de Chicago, de Boston e de Paris, com a intenção de introduzir uma compreensão holística do homem.

O olhar pela psicossomática busca a compreensão de todas as esferas da vida do ser humano pela explicação psicológica da patologia somática, enquanto a investigação da mente com um olhar para o inconsciente, está a cargo da psicanálise. Então, em busca de um cuidado dentro de um contexto global, torna-se importante um enfoque da psicossomática à luz da teoria psicanalítica (MELLO FILHO; 2010; REIS; GODINHO, 2018).

Na visão de Marty (1993), as posições e os importantes descobrimentos da psicossomática psicanalítica são frutos dos trabalhos de psicanalistas clássicos nos quais o estilo, o método e a interpretação geral do estudo da psicossomática moldam-se sobre os da psicanálise.



Na década de 30 na América do Norte, era fundada a Escola de Chicago, tendo como principais nomes, Dunbar e Alexander. Estes autores relacionavam conflitos emocionais e estruturas da personalidade com alguns tipos de doenças somáticas (CARDOSO, 1995). Para Alexander (1988), a cronificação de alterações fisiológicas estaria relacionada aos estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo e que ao se desfazerem ou expressarem essas emoções, as alterações também se regularizariam (CASETTO, 2006).

Para Gastañaga (2006), enquanto a teoria de Alexander estava limitada a algumas doenças específicas, Pierre Marty, baseado em pressupostos psicanalíticos, desenvolveu um modelo teórico sobre a interface mente-corpo que ampliou a abrangência da Medicina Psicossomática de Alexander, colaborando, por este motivo, com a expressão Psicossomática Psicanalítica.

Na Europa, especificamente na França, um movimento científico iniciado na década de 50 por Pierre Marty e Michel de M'Uzan deu origem à chamada Escola Psicossomática de Paris. Volich (2000) reconhece que nesta escola aconteceu uma ampliação da teoria e da clínica psicossomática abrindo-se um novo horizonte, que é modelo até hoje ao ouvir a pessoa. Antes, com Alexander, o caminho iniciava-se com a pessoa para se chegar às causas e nos sintomas, mas com Marty, o caminho se dá no sentido inverso, para se chegar à pessoa.

Para Mello Filho et al. (2010), Marty propôs que frente a um acontecimento emocionalmente significativo onde a pessoa não encontrasse recursos psíquicos suficientes para lidar com a situação, isso provocaria um excesso de estimulação e uma conseqüente desorganização atingiria as funções somáticas, resultando assim nas doenças.

Isso aconteceria naquelas pessoas com um mundo interno empobrecido, que não possuíssem uma interação afetiva e que apresentassem uma prevalência da ação sobre a capacidade de pensar ou expressar seus sentimentos (SILVA; CALDEIRA, 2010; GALDI; CAMPOS, 2017). A esse modo de funcionamento, Pierre Marty e M'Uzan (1962/1994) deram o nome de pensamento operatório.

Compreender o funcionamento do aparelho somático, sendo regulado pelo aparelho psíquico era o que norteava as pesquisas de Marty. Para Volich (2000), o

maior interesse de Marty estava mais especificamente nos destinos das excitações no organismo, de tal forma que dependendo do momento de vida da pessoa e de como a regulação opera, poderiam desencadear manifestações psíquicas ou somáticas normais ou patológicas.

De maneira semelhante, na década de 70, John Nemiah e Peter Sifneos, membros da Escola de Psicossomática de Boston, ao pesquisar a forma de comunicação dos pacientes somáticos, observaram que estes apresentavam dificuldade tanto na expressão quanto na descrição das emoções e também dificuldades em identificar e comunicar seus sentimentos e, a essa forma de comunicação, foi sugerido o termo alexitimia (SIFNEOS, 1973; BARROS et al, 1996; VOLICH, 2000).

A palavra alexitimia é de origem grega e significa A (sem) Lexis (palavra) e Thymos (emoção), ou seja, significa falta de palavras para as emoções (TAYLOR, 1990).

O alexitímico expressa uma confusão entre seus sentimentos e sensações orgânicas, por exemplo, ele irá reclamar das dores no corpo, mas não consegue expressar qualquer sentimento (CERCHIARI, 2000).

A alexitimia não é um traço exclusivo ou ainda universal das condições psicossomáticas clássicas, tem sido encontrada em muitas outras doenças físicas ou crônicas e em pacientes que apresentam queixas somáticas e em situações pós-traumáticas (KLEIGER; JONES, 1980; PERES, 2006).

Outro teórico importante sobre o tema da psicossomática de inspiração psicanalítica foi o médico alemão Georg Groddeck, pioneiro nos estudos que visavam não somente estabelecer uma relação íntima entre os estados emocionais e o funcionamento fisiológico, como, ainda, na aplicação dos conhecimentos psicanalíticos ao tratamento de pacientes acometidos por doenças orgânicas (CASADORE; PERES, 2017).

Groddeck (1923/1984) considerava que toda doença tinha um sentido, não sendo nunca fruto do acaso. Groddeck propôs que o mecanismo psicológico da conversão histérica poderia ser generalizado para outras doenças somáticas, como expressão simbólica de desejos inconscientes manifestos no corpo do doente. Este autor entendia a doença como uma solução problemática para os conflitos que acontecem com

cada pessoa. Quanto mais profundo fosse este conflito, mais grave seria a doença e, através dela, era possível inferir o que precisava ficar escondido no inconsciente.

Na visão de Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, o organismo lança mão de uma doença psicossomática quando ocorre uma separação entre o somático e o psíquico no princípio da vida, sendo que o determinante desse possível desfecho seria o cuidado recebido pela criança nos primeiros anos de vida (WINNICOTT, 1989).

Um desenvolvimento considerado normal, um ambiente suficientemente bom, incluía uma tendência de integração entre o corpo e a psique, mas em um ambiente falho, de negligência, que não fornecesse ao frágil ego do recém-nascido a proteção necessária, essa integração da psique e corpo não se realizaria (WINNICOTT, 2000; MATTAR et al., 2016).

Pelas concepções teóricas de Winnicott (1990), é importante ressaltar que uma mãe suficientemente boa protege seu bebê de estímulos desagradáveis que possam vir a prejudicar a saúde física, intelectual e psíquica de seu lactente, promovendo assim um melhor desenvolvimento para o mesmo, impedindo a apresentação de sintomas corporais ou emocionais.

Como se pode notar, a compreensão psicanalítica acerca do fenômeno psicossomático atribui os sintomas do adoecer a uma dinâmica psíquica que possui repercussões no corpo, isto é, há uma psicogênese, ainda que se levem em conta os fatores ambientais, especialmente na teoria Winnicottiana (MATTAR et al., 2016).

Novos autores psicanalistas, como Joyce McDougall e Christophe Dejours, passaram a considerar a possibilidade de novas construções teóricas em outras estruturas subjetivas para o desenvolvimento das doenças psicossomáticas que são diferentes das que funcionam no modo operatório e desempenharam um papel importante, tanto na prática quanto na construção de teorias psicanalíticas sobre as doenças psicossomáticas (GALDI; CAMPOS 2017).

Joyce McDougall (1996) criou o termo desafetação para denominar esse mecanismo muito frequente nos somatizadores, no qual o afeto não é pensado. O afeto é um conceito limite, assim como é o de pulsão, estando entre o somático e o psíquico. O estado de desafetação consiste basicamente em uma incapacidade de refletir sobre as emoções vividas intensamente.

O fato de essas pessoas vivenciarem emoções fortes não é tão prejudicado, embora haja constantemente uma tentativa de fuga dessas vivências. Porém, a capacidade de nomeação, diferenciação e reflexão sobre seus estados afetivos mais intensos é quase nula. Além da projeção dos afetos, a desafetação consiste em um mecanismo que também projeta a representação para o exterior. Nesse ponto, McDougall (1996) afirma existir um novo destino para os afetos, o repúdio para fora do ego e, ao afeto que foi ejetado, resta somente se exprimir através de sua dimensão orgânica, como na primeira infância, reduzindo, assim, a mensagem do psiquismo a um funcionamento não verbal.

Para Dejours (1991) a própria somatização seria a simbolização de algum aspecto perdido da história dessas pessoas. Esse entendimento é mais uma inovação no campo da psicossomática psicanalítica, pois, até agora, poucos autores, com exceção de Groddeck, haviam citado a possibilidade de ver a somatização como um elemento facilitador que faz desenrolar o processo da análise.

Devido à falta de palavras que imprimam significados às experiências emocionais, assim como faltam expressões corporais e faciais mais espontâneas e autênticas, Dejours (1991) vê a possibilidade de algumas somatizações funcionarem como um caminho para revelar um conflito ou uma parte da história do sujeito que permanecia oculta, a qual ele não entrava em contato, por ser uma história traumática.

Em função das observações da frequente ausência simbólica nas afecções somáticas, o papel do símbolo na psicossomática começou a ser esclarecido por alguns autores, para quem o símbolo não é abandonado, mas trancafiado, congelado, junto ao afeto. Joyce McDougall reconhece esse significado oculto a ser desenterrado do corpo para dar a luz ao sujeito (MCDUGALL, 1996; ÁVILA, 2002, 2016; LIMA, 2018).

McDougall, de acordo com Galdi e Campos (2017), realiza uma aproximação com as ideias de Dejours, reforçando que a somatização se trata de uma história oculta da vida do sujeito, que foi impossibilitada de ser representada para ele próprio e para alguém.

Por isso a necessidade de (re)construção dessa história perdida, que daria sentido à somatização. Ainda assim, apesar de haver esses avanços tanto no âmbito teórico quanto no clínico, as simbolizações dos fenômenos psicossomáticos, segundo Galdi e

Campos (2017), são muito mais arcaicas que as de um sintoma histérico, permanecendo certa dificuldade em seu desvendamento.

Mattar et al. (2016) observam que na compreensão sobre todas essas formas do adoecer, torna-se impossível distinguir o que é psíquico ou o que é somático. Mc Dougall (1991) esclarece que a unidade mente corpo faz do homem um ser psicossomático, onde “saúde e doença se referem a um estado das pessoas, e não a órgãos e partes do corpo.”

Tendo a psicossomática o homem como seu objeto principal de investigação, ela não pertence a uma área específica de profissionais da saúde, é inter e multidisciplinar e, nos casos de pessoas com dores musculoesqueléticas crônicas, pode haver uma história pronta a ser contada, na espera em ser ouvida para que, juntamente aos cuidados físicos, alguém esteja disposto a escutar essa história de vida e ajudar, quem sabe, a expressão de sentimentos e emoções dessas pessoas que são trazidas pelas dores musculoesqueléticas crônicas.

Especificamente em relação à dor crônica, Nikaido et al. (2017) consideram que essa dor seria a manifestação da interação entre as condições físicas, psicológicas e sociais (NIKAIDO et al., 2017).

Charcot e Freud, já demonstravam que o adoecimento era decorrente não apenas dos aspectos biológicos, mas também desencadeado pelas questões da mente (VOLICH, 2000; TEIXEIRA, 2006; LEITE, 2012). Como resultado desses estudos, Freud fundou em 1895 a psicanálise com o interesse em olhar para os sintomas psíquicos que se manifestam no corpo e apontava, pelo que descreve Volich (2000), que a saúde de um indivíduo se encontra intimamente relacionada às experiências e representações vividas ao longo da vida.

Segundo Volpi (2016), o corpo armazena sensações que estão ligadas a sentimentos e vivências afetivas, sendo que algumas dessas sensações desaparecerão com o passar do tempo, enquanto outras irão se sedimentar, deixando uma impressão gravada em nosso corpo e em nossa mente de forma consciente ou inconsciente. A somatização seria a forma de comunicação desses registros ancorados no corpo e representa, segundo Lisboa e Féres-Carneiro (2015), do ponto de vista do funcionamento psíquico, toda doença comprovada ou não clinicamente.

Para Dejours (2014), em um corpo já acometido pela dor crônica, a psicossomática vai interessar-se, sobretudo por esse processo de somatização, ou seja, pelos movimentos psíquicos que acompanham o aparecimento, a evolução e as crises das doenças físicas.

Nesse sentido, Santos Filho (2010) e Germano (2011), entendem que a reconstituição histórica com a integração entre acontecimentos, datas e manifestações corporais, agregando sintomas e possíveis eventos traumáticos, pode possibilitar uma consciência inicial da ligação entre os sintomas com algo da sua existência.

Tanto Marty (1993) quanto McDougall (1996) entendem que o termo psicossomático não deveria ser utilizado como adjetivo, pois denota um dualismo, mas concordam em afirmar que com a unicidade mente-corpo, não é a doença que é psicossomática, mas sim o homem que por si só é um ser psicossomático.

Para estes autores, o processo de adoecimento tem origem multicausal, não estando reduzido exclusivamente às questões psíquicas, contudo, em razão da complexidade desse processo, construíram suas teorias privilegiando a análise dos fatores emocionais associados a esse adoecimento. Porém, essa opção não representa uma exclusividade do psicologismo, como no princípio da psicossomática psicanalítica, mas sim que o processo de adoecimento é compatível com o modelo biopsicossocial vigente atualmente (PERES, 2006).

Associado ao entendimento de que o adoecimento é multicausal, a psicossomática psicanalítica, reforça Santos e Rudge (2014), possibilita ampliar da visão do adoecimento, pois consideram que existam implicações subjetivas envolvidas nas perturbações orgânicas, trazendo reflexão sobre a importância das relações entre o psíquico e somático.

Essa relação entre o psíquico e o somático está presente inclusive nos casos de doenças que produzem alterações biológicas. A maneira como a doença se apresenta corporalmente diz respeito ao meio no qual o indivíduo está inserido, à sua história de vida, e ainda, aos recursos que possui para lidar com essa singularidade, de maneira que não existe uma forma padronizada de experimentar e exprimir seus sofrimentos (CATANI; MORETO, 2016). Essas questões fazem do adoecimento sempre um

acontecimento singular. Tais manifestações somáticas são, portanto, sempre biográficas e subjetivas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; REIS; GODINHO, 2018).

Apontando a necessidade de construir novos modelos de abordagens utilizadas no cuidado de dores crônicas, tanto Fertoni et al. (2015) quanto Val et al. (2017) destacam a necessidade de estimular novas reflexões que possibilitem o questionamento e a superação do paradigma biomédico.

Para se compreender o ser humano em sua totalidade biológica-psíquica-social e não apenas como um conjunto de sintomas, Catani e Souza (2015) entendem que, além das intervenções que buscam diminuir o sofrimento provocado pelos sintomas, questões psicológicas devem ser acrescentadas, como preconizam os conceitos de saúde.

Concomitante ao reconhecimento das repercussões trazidas pelo distúrbio doloroso, Nasio (2008) considera que é necessário abrir novos caminhos na pesquisa para situar a parte do psiquismo envolvido, não em relação às consequências da dor crônica, mas na determinação do fato doloroso.

Uma dessas novas aproximações teóricas e práticas diversificadas encontra-se, de acordo com Prates, et al. (2014) na psicossomática psicanalítica, que possibilita um tipo de abordagem complexa do processo de adoecimento, associando o sofrimento vivido no corpo e sua relação com a biografia de quem vive com a dor musculoesquelética crônica. Neste contexto, a pessoa deixa de ser vista apenas como um objeto de intervenção médica, um “paciente”, passando a ser considerado ativo e transformador do encontro clínico, juntamente com o profissional da saúde.

Apesar de entender que a psicossomática psicanalítica não seja a única possibilidade de investigação e, de entendermos que as possibilidades de compreensão não se esgotarão com essa linha teórica adotada nessa pesquisa, acredita-se na expectativa em ampliar a compreensão científica dos aspectos subjetivos da relação psique-soma na perspectiva das pessoas que vivem com dores musculoesqueléticas crônicas, na pretensão de colaborar com esse olhar para essa forma específica de sofrimento que é a dor física, já que um dos pontos importantes da psicossomática é exatamente reaproximar a história de vida e a dor, nesse caso, as dores musculoesqueléticas crônicas.

Espera-se com este estudo, levantar discussões a respeito do tema entre profissionais e pesquisadores, gerar novos conhecimentos no que se refere aos significados da dor musculoesquelética crônica para quem as sente e, suscitar entre os profissionais a necessidade de acolher os sofrimentos, numa escuta direcionada à pessoa e não à doença.

A postura psicossomática objetiva, segundo Reis e Godinho (2018), ampliar a investigação do paciente, buscando um olhar transdisciplinar que visa alcançar a compreensão de todas as esferas da vida do homem e as formas pelas quais as doenças se desencadeiam no organismo através de uma investigação para o entendimento do homem enquanto ser, influenciado por diversos fatores envolvidos na integração do corpo e da mente, associados aos fenômenos do processo saúde-doença.



## **2 - OBJETIVOS**

### 2.1 – Geral

Conhecer e analisar os significados da dor musculoesquelética crônica sob a ótica de pessoas que vivem com essa dor, pela perspectiva da psicossomática psicanalítica.

### 2.2 – Específicos

Caracterizar os participantes da pesquisa quanto ao sexo, idade, ocupação, nível de escolaridade, estado civil, hipótese diagnóstica e tempo de dor.

Descrever e analisar as relações entre o processo de adoecimento e a história de vida das pessoas que vivem com dores musculoesqueléticas crônicas.

Conhecer a história, a trajetória familiar das pessoas com dores musculoesqueléticas crônicas.

Analisar os elementos que se articulam com as dores musculoesqueléticas crônicas segundo a psicossomática psicanalítica.

### **3 – MÉTODO**

#### 3.1 – Desenho do Estudo

Para se responder aos objetivos propostos, o desenho de estudo se deu pela abordagem qualitativa, ancorada pelo referencial teórico da psicossomática psicanalítica baseado nos conceitos de pensamento operatório de Marty e M' Uzan (1994) e alexitimia de Sifneos e Nemiah (1973), autores da Escola Psicossomática de Paris e de Boston respectivamente e alguns conceitos de Christophe Dejours (1991) e Joyce McDougall (1996).

#### 3.2 - Local da pesquisa

O estudo foi realizado na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo.

A Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá atende em média 3.000 pessoas/mês pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo atendimento fisioterapêutico nas diversas áreas de especialidades, incluindo a que atende as pessoas que buscam atendimento pelas condições musculoesqueléticas. Os usuários, após consulta nas Unidades de Atenção Básica mais próxima de suas casas, são encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde que realiza uma triagem e encaminha aos prestadores de serviço, sendo a Clínica de Fisioterapia do Centro Barão de Mauá um desses prestadores.

#### 3.3 - Participantes

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: pessoas com dores crônicas de patologias musculoesqueléticas diversas, que estavam em tratamento fisioterapêutico no local do estudo e ter idade igual ou superior a 18 anos.

Os critérios de exclusão foram: apresentar doença oncológica ou dor classificada como neuropática.

Para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o pesquisador avaliou o prontuário dos pacientes.

### 3.4 - Procedimentos para coleta de dados

Para que os objetivos fossem atingidos optou-se por utilizar entrevistas semiestruturadas, as quais seguiram um roteiro direcionado.

As entrevistas semiestruturadas são utilizadas quando alguns tópicos precisam ser abordados na entrevista, e para isso, o entrevistador utiliza um guia de tópicos (POLIT; BECK, 2011), mas no decorrer da entrevista também será possível questionar sobre assuntos que emergirão na fala dos participantes.

A fim de apreender o discurso dos participantes, um instrumento adequado de coleta de dados deve colocar entrevistador e entrevistado, face-a-face, em um *setting* natural, onde o entrevistador busca interpretar fenômenos pelas significações que as pessoas dão a esses fenômenos, onde o interesse, mais que no fenômeno em si, está na significação que tal fenômeno ganha daqueles que o vivenciam (DENZIN; LINCOLN, 1994). O entrevistador procura os significados e pretende conhecer a fundo as vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida (BOGDAN; BIKLEN, 1998).

As entrevistas ocorreram exclusivamente na presença do pesquisador principal e do participante, foram gravadas por dois celulares e posteriormente, transcritas na íntegra.

### 3.5 – Roteiro das Entrevistas Semiestruturadas e material utilizado

A construção do roteiro de perguntas foi realizada em conjunto com outras duas pesquisadoras até chegar à elaboração final, sendo que esta versão final foi submetida a um teste piloto.

O teste piloto é necessário para familiarização do pesquisador frente a um *setting* específico, envolvendo entrevistador/entrevistado, para ratificar o roteiro previamente elaborado ou incluir tópicos não planejados anteriormente. Permite também ao pesquisador avaliar seu próprio comportamento no campo, “calibrando” a si mesmo enquanto pesquisador e reduzindo suas ansiedades (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

Este procedimento é utilizado para garantir maior confiabilidade ao instrumento. Ele possibilita verificar se o instrumento é de fácil compreensão, se existem ambiguidades, se alguma questão deve ser retirada, alterada ou adicionada, se a ordem das perguntas está adequada e também fornece a duração média da entrevista (LAKATOS, MARCONI, 2003).

Assim, o roteiro elaborado pelos pesquisadores seguiu inicialmente a seguinte conformação:

- 1) Gostaria que você me contasse um pouco de você e da sua vida para que eu possa conhecer um pouco de você (te conhecer um pouco).
- 2) Quais foram os acontecimentos mais marcantes da sua vida?
- 3) Você poderia me contar quando e como sua dor começou? Como estava sua vida quando a dor começou?
- 4) Teria algum acontecimento da sua vida que você associa com sua dor?
- 5) Você acredita que sentimentos ou pensamentos podem influenciar ou mudar seu corpo? Poderia dar exemplos?
- 6) O que você acha que causou a sua dor?
- 7) O que mudou na sua vida depois da sua dor?
- 8) Fale o que você acha dos atendimentos que já recebeu para sua dor.

Os materiais utilizados para a coleta dos dados foram caixas de lenços descartáveis, caneta, o roteiro com as perguntas (APÊNDICE A), o questionário com características sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, diagnóstico médico e tempo de dor (APÊNDICE B) e folhas em branco para eventuais anotações, além de dois celulares da marca SAMSUNG, utilizados para a gravação, um modelo GT-S5301B e outro modelo XT 1543.

### 3.6 – Coleta de dados

Uma aproximação prévia do campo para verificar a coerência do roteiro teve início em 12/06/2018. Essa fase de aproximação foi importante também para afinar o contato do pesquisador com os participantes e para reduzir a ansiedade do pesquisador.

Em relação ao roteiro, após a realização das cinco primeiras entrevistas observou-se que não havia necessidade de adequações. Sendo assim, foi mantido o roteiro semiestruturado proposto inicialmente e a coleta de dados ocorreu entre 12/06/2018 e 25/07/2018.

A amostra foi de conveniência, sendo que em dias sem programação prévia, o pesquisador dirigia-se até o local da coleta e perguntava aos fisioterapeutas do serviço se naquele horário estavam sendo atendidas pessoas que se enquadravam aos critérios de inclusão e exclusão. Mediante resposta afirmativa, o pesquisador se aproximava dos possíveis candidatos onde, após uma breve explicação sobre o estudo, convidava e indagava a disponibilidade e interesse de cada pessoa em participar da pesquisa, mesmo quando o convite já havia sido feito pelos próprios fisioterapeutas. As entrevistas foram realizadas em local reservado, denominado “sala de reuniões” onde estava assegurado o sigilo das informações fornecidas pelos participantes.

As coletas foram realizadas nos dias em que cada participante ia à clínica para seu atendimento fisioterapêutico, antes ou após as sessões.

O pesquisador é fisioterapeuta, não possuía nenhum contato anterior com a Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, nem contato com qualquer profissional ou qualquer trabalhador do local da coleta, assim como, com nenhum dos participantes.

Um único contato inicial com a coordenadora da clínica de fisioterapia foi feito para a obtenção da anuência para a realização da pesquisa (ANEXO A). Após a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO B) e do Centro Universitário Barão de Mauá (ANEXO C), o pesquisador fez um contato para conhecer os fisioterapeutas do serviço e fazer uma breve explanação sobre a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em um único encontro com a exceção de uma única entrevista (P8) que foi realizada em três momentos diferentes, sendo que nos dois primeiros encontros com essa participante, a coleta teve que ser interrompida porque a clínica seria fechada.

### 3.7 - Procedimentos de Análise dos dados

A análise de conteúdo temática é um método interpretativo de análise de dados através da identificação, análise e descrição de padrões ou temas que permite apresentar e organizar os dados de uma forma sintética, embora rica (BRAUN; CLARKE, 2006), que auxilia na investigação dos conteúdos presentes nas comunicações, tanto os conteúdos manifestos como os latentes (BARDIN, 2010).

Tendo em vista os objetivos deste estudo e o referencial teórico da psicossomática psicanalítica, após a transcrição das entrevistas o tipo de análise utilizado foi a análise de conteúdo temática proposta por Braun e Clarke (2006).

De forma geral, para Braun e Clarke, as fases de uma análise são:

1. Familiarização com os dados:

Transcrição dos dados da entrevista, leitura e releitura dos dados, anotação das ideias iniciais.

2. Geração inicial dos códigos:

Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.

3. Busca dos temas:

Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.

4. Revisão dos temas:

Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.

5. Definição e nomeação dos temas:

Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.

6. Produzindo o relatório:

É a última oportunidade para a análise. Deve ser realizada uma seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

### 3.8 - Considerações Éticas

Esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de Dezembro de 2012 que determina as orientações para pesquisas científicas com seres humanos e foi submetida para apreciação pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da UFSCar e pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) do Centro Universitário Barão de Mauá.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da UFSCar em 4/5/2018, com o parecer nº CAAE 86958618.7.0000.5504 e pelo CEP do Centro Universitário Barão de Mauá em 5/6/2018, com o parecer nº CAAE 86958618.7.3001.5378.

A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação tanto do comitê de ética em pesquisa CEP da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (ANEXO B) quanto do comitê de ética em pesquisa (CEP) do Centro Universitário Barão de Mauá (ANEXO C).

Antes de iniciar a entrevista eram lidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e o Termo de Consentimento para a gravação da entrevista (APÊNDICE D). Apenas foram consideradas como participantes da pesquisa, aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), o Termo de Consentimento para gravação das entrevistas (APÊNDICE D) e concluíram a entrevista.

#### **4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram convidadas a participar da pesquisa 22 pessoas que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão. Uma pessoa não pôde ser incluída por recusar-se em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O participante número 11 precisou ir embora enquanto ainda respondia a terceira pergunta da entrevista e, como não foi possível agendar novo encontro com esse participante, não foi contabilizado na amostra. Portanto, a amostra final foi de 20 pessoas, cujas entrevistas tiveram sua duração entre doze minutos e quarenta e um segundos (12:41) a quarenta minutos e quarenta e nove segundos (40:49).

Segundo Hennink, Kaiser e Marconi (2017) na medida em que os dados coletados forneçam suficiente profundidade, riqueza e complexidade produzindo uma compreensão abrangente das questões levantadas, pode se determinar a saturação de significados.

Os códigos capturados a partir das histórias de vida de cada participante, de suas experiências e da trajetória familiar produziram dados que contribuíram para uma compreensão gradativamente mais ampla e mais profunda dos significados da dor musculoesquelética crônica.

Inicialmente, os relatos estiveram ligados à família de origem com vários tipos de sofrimentos vivenciados desde a primeira infância. Ao sofrimento físico associavam-se sofrimentos da esfera subjetiva como sofrimentos afetivo-emocionais sem situações de vulnerabilidade, de abandono, de perdas de pessoas da família e outras onde aos poucos a história da dor musculoesquelética crônica era inseparável da biografia de cada um dos participantes. À medida que os relatos se aprofundavam, os “gritos do corpo” e as dores crônicas encontravam ressonância nas vivências da vida conjugal e familiar que produziram diferentes sofrimentos afetivos e emocionais, assim como aspectos da religião que também causaram outros tipos de sofrimentos.

Assim, a compreensão dos significados da dor musculoesquelética crônica esteve envolvida com elementos da primeira infância na família de origem e da nova constituição familiar e não apenas com questões físicas, mas também com questões subjetivas, especialmente apresentando como aspecto importante a questão relacional, particularmente envolvendo os cônjuges, que causaram importantes dores psíquicas.



Portanto, a saturação de significados, neste estudo, fundamentou-se em elementos que envolveram sofrimentos da vida em um sentido mais amplo.

Ao realizar a coleta dos dados e simultaneamente analisando as respostas para atingir aos objetivos deste trabalho, cujo foco se deu na psicossomática psicanalítica no sentido de reaproximar a história de vida, experiências, trajetória familiar e o processo de adoecimento, especificamente em relação à dor musculoesquelética crônica, a saturação de significados foi identificada com o vigésimo participante que concluiu integralmente a entrevista. Este número amostral está de acordo com o preconizado por Hennink, Kaiser e Marconi (2017), que em seus estudos para determinar o tamanho de amostras em pesquisas qualitativas, verificou que o número de entrevistas para se atingir a saturação de significados estariam entre 16 e 24 entrevistas.

#### 4.1 - Caracterização sociodemográfica, diagnóstico médico e tempo de dor

Na Tabela 1 está apresentada a caracterização sociodemográfica, o diagnóstico médico e o tempo de dor na amostra estudada. Tais informações foram colhidas do prontuário médico e diretamente com o participante.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ocupação, escolaridade, estado civil, hipótese diagnóstica e tempo de dor. Ribeirão Preto, 2018.

<b>Particip.</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Escolar.</b>	<b>Estado Cívil</b>	<b>Hipótese Diagnóstica</b>	<b>Tempo de Dor</b>
P1	F	71	Aposentada	E. Méd. Comp	Solteira	Gonart. bilat	+15 anos
P2	F	74	Do Lar	E. Fundam. II Incompleto	Viúva	Artrose Mãos	2-3 anos
P3	F	47	Doméstica	E. Fundam. II Incompleto	Divorciada	Artrose Lombar	+ 3 anos
P4	F	37	Faxineira	E. Médio Completo	Casada	Dorsopatia	10 anos
P5	F	18	Estudante	E. Médio Completo	Solteira	Escoliose	1 ano
P6	F	59	Revisão e Dobragem	E. Médio Completo	Viúva	Gonartrose Bilateral	6 anos
P7	M	41	Chefe de Almoxarifado	E. Médio Completo	Casado	Pubalgia	11 meses
P8	F	69	Aposentada	E. Fundam. II Incompleto	Viúva	Gonartrose Bilateral	3 anos
P9	F	64	Aposentada	E. Médio Completo	Solteira	Gonartrose Bilateral	5 anos
P10	F	62	Do Lar	E. Fundam. II Incompleto	Casada	Fibromialgia	6 anos
P11	Não	Completo	As	Respostas			
P12	F	63	Desempregada	E. Fundam. II Incompleto	Divorciada	Lombalgia	4 anos
P13	M	72	Aposentado	E. Fundam. I Incompleto	Casado	Coxartrose Quadril Esq.	6 anos
P14	F	82	Doméstica	E. Fundam. I Completo	Solteira	Lombalgia e Lesão Manguito Ombro Esq.	2 anos
P15	F	62	Costureira	E. Médio Completo	Divorciada	Artrose Cervical e glenoum bilateral	4 anos
P16	F	32	Desempregada	E. Médio Completo	Divorciada	Luxação Recidivante de Patela Esq.	14 anos
P17	F	21	Assistente Administrativo	E. Médio Completo	Solteira	Escoliose	10 anos
P18	F	52	Afastada	E. Fundam I	Divorciada	Fibromialgia	13 anos
P19	F	56	Afastada	E. Fundam. I	Viúva	Fibromialgia	9 anos
P20	F	74	Aposentada	Ensino Superior Completo	Solteira	Fibromialgia	28 anos
P21	M	63	Aposentado	E. Fundam. I Completo	Casado	Gonartrose bilateral	12 anos

Os participantes apresentaram idade entre 18 e 82 anos, com média de idade de aproximadamente 55,4 anos, sendo a maioria do sexo feminino (85%).

O diagnóstico de gonartrose, o mais prevalente, esteve presente em cinco participantes (25%) seguido pelo diagnóstico de fibromialgia, presente em quatro participantes (20%). Outros diagnósticos foram de dorsalgia, artrose de mãos, artrose lombar, pubalgia, coxartrose, lesão do manguito rotador, artrose cervical, artrose gleno umeral, luxação recidivante de patela, dorsopatia, lombalgia e escoliose, todos correspondendo a um participante (5%) cada um deles.

A cronicidade da dor variou de 11 meses a 28 anos, sendo que a maioria apresentava dor há mais de 5 anos. Dois participantes (10%) relataram dor pelo tempo menor ou igual a 1 ano, sete participantes (35%) relataram dor a partir de 1 ano até 5 anos, seis participantes (30%) a partir do 5º ano até 10 anos, três participantes (15%) a partir do 10º ano até 15 anos e dois participantes (10%) com mais de 15 anos de dor.

Em relação à faixa etária, foram encontrados dois participantes na faixa etária entre 18 e 29 anos (10%), três participantes na faixa etária entre 30 e 39 anos (15%), um entre 40 e 49 anos (5%), três entre 50 e 59 anos (15%), seis entre 60 e 69 anos (30%), quatro entre 70 e 79 anos (20%) e um entre 80 e 89 anos (5%).

Com relação à escolaridade, três participantes (15%) apresentaram Ensino Fundamental I incompleto, quatro (20%) possuíam Ensino Fundamental I completo, três (15%) informaram possuir Ensino Fundamental II incompleto, ou seja, dez participantes (50%) possuíam ensino fundamental incompleto, nove (45%) possuíam o ensino médio completo e uma (5%) participante possuía ensino superior.

Em relação à ocupação, 10 participantes (50%) ainda encontram-se ativos e outros dez (50%) encontram-se aposentados, afastados ou desempregados no momento da realização da entrevista.

Os resultados de Souza e Oliveira (2015) se aproximam do presente estudo quanto ao sexo, visto que encontraram uma prevalência de 70,52% de mulheres e 29,54% de homens encaminhados à fisioterapia em busca de tratamento para suas dores musculoesqueléticas, apresentando maior frequência nos grupos entre 40 e 79 anos de idade, particularmente entre 50 e 60 anos de idade. Em relação aos diagnósticos

médicos, este mesmo estudo encontrou maior prevalência de dor lombar baixa, seguido de síndrome do manguito rotador e gonartrose não especificada.

O presente estudo encontrou resultados condizentes com o estudo de Modenutte et al. (2019) que pesquisando 105 pacientes com dor musculoesquelética recrutados de um serviço público de fisioterapia de nível secundário, encontraram uma idade média de 58 anos, 84% mulheres, 38% com ensino fundamental incompleto, 51% ainda ativos profissionalmente e 49% aposentados, 93% com tempo de dor maior que 6 meses. Os diagnósticos mais prevalentes foram: 30,6% transtornos dos tecidos moles como tendinites, bursites, síndromes do manguito rotador, 28,9% para as dorsopatias e 21,5% para as artroses.

No entanto, em comparação com o estudo de Ghisleni, Silva e Santos (2014), que pesquisou os diagnósticos mais prevalentes no setor de ortopedia e traumatologia de clínica escola, apresenta semelhança parcial com este estudo, já que naquele, a maior prevalência foi das discopatias degenerativas, seguidas pelas artroses, pelas lombalgias e pela fibromialgias.

#### 4.2 - Os significados da dor musculoesquelética crônica

Depois de repetidas leituras para familiarização com a profundidade do conteúdo coletado, foram gerados códigos iniciais, os quais posteriormente foram agrupados e resultaram no mapa temático (APÊNDICE E). A partir desse mapa temático, os temas principais identificados e nomeados estão apresentados em quadro geral contendo os temas e as respectivas falas (APÊNDICE F).

No quadro 1 estão listados os temas que foram identificados e nomeados nessa pesquisa, os quais foram submetidos a validação de conteúdo entre o pesquisador principal e outras duas pesquisadoras.

Quadro 1 – Temas principais descobertos e incorporados ao longo das entrevistas da pesquisa “Significados da dor musculoesquelética crônica: uma perspectiva da psicossomática psicanalítica”. São Carlos, 2019.

1. **Vida sofrida, vida difícil.**
2. **Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica.**
  - 2.1 – Sofrimentos afetivo-emocionais
  - 2.2 - Depois de um sentimento, vem uma dor.

#### 4.2.1. “Vida sofrida, vida difícil”

O enunciado desse tema é um recorte das falas de vários participantes e engloba relatos de várias situações de esforços físicos e trabalhos pesados vivenciados no núcleo familiar inicial, desde a infância que, em alguns casos, continuaram durante outras fases da vida. São relatos de uma vida difícil, sofrida, que foram expressos logo nas primeiras falas de cada um desses participantes ao responderem ao pedido para falarem sobre si e sobre a vida. O trabalho, muitas vezes iniciado em tenra idade, foi tido como uma exigência grande demais para a idade. Algumas vezes, o trabalho é apresentado como tentativa de ser alguém de valor na vida e de dar valor nas coisas, mas é acompanhado pelo tom de sofrimento.

*“Trabalha, trabalha e trabalha ....(risos) ... em casa e fora. Bastante...Sempre, desde os quatorze anos! (...) Mercado, compra, é casa e ônibus, correr, subir, era tudo isso(...) Fora do peso do andar, de fazer tudo (...) Estava bem doida da cabeça naquela época, bem difícil para nós! ... Problemas ...querendo dar conta da casa sozinha!(...) tinha vendido tudo que eu tinha para comprar tudo novo para a casa nova e uma das coisas foi a cama. Aí dormia no colchão. Eu creio também que foi muita força para se levantar (...) Acho que minha dor vem de todos esses esforços da minha vida!” P(6) – 59 anos – Gonartrose bilateral – 6 anos de dor*

*“...trabalho desde os meus 10 anos ... desde quando perdi meu pai ... sempre trabalhei e estudei... saía sete horas da manhã, voltava onze e meia para casa, duas horas da manhã dormia ...Para ajudar, sábado e domingo eu trabalho!... lazer é*

*futebol... Toda vez que eu jogava eu sentia um desconforto. estava jogando dois, três jogos numa mesma semana; coisa que eu não fazia. Geralmente era uma só... fui sobrecarregando ...chegava tarde do serviço, comia alguma coisa, saía correndo para o jogo e não me alongava, não me aquecia, não fazia nada...” - P(7) – 41 anos – Pubalgia – 11 meses de dor*

*“... desde a idade de sete anos meu pai colocava para trabalhar, tinha que apanhar algodão, se parasse no meio do algodão ainda apanhava com o pé do algodão...tinha que trabalhar ... trabalhava no meio dos espinhos, timbetes, de chinelo de dedo sem calça comprida (...)Trabalhava e o dinheiro era do papai. Entregava tudo na mão dele (...) Um dia ele pegou um cabo de enxada para me bater por causa de um doce...Ele só não me batia por causa da minha mãe que não deixava ...meu pai foi severo...(...) eu estava com 16 anos, falei: pai, chega! Eu vou querer o meu dinheiro” P(8) - 69 anos – Gonartrose bilateral – 3 anos de dor*

*“... Trabalhei muito na roça... A gente levantava cedo ia para o roçado plantar feijão ... Meu pai fazia umas covinhas, a gente ia semeando atrás e cobrindo com o pé (...) pegava uns barris grandes... Eu e meu irmão...nós dois jogávamos em cima do burro... A gente tinha oito, nove anos... Depois vim morar com minha irmã. Cuidava de seis crianças dela ... Isso eu já estava com doze anos!... Pegava água na cisterna... cuidava dos meus seis sobrinhos ...lavava roupa, fazia a comida, dava comida para eles, varria o terreiro...depois ia no cerrado buscar lenha para acender o fogo... Com treze...fui trabalhar como empregada doméstica... e daí minha vida foi trabalhar até quatro anos atrás que eu trabalhei como cuidadora e depois não dei mais conta. (...) agachei para pegar o tapete...isso faz uns 40 anos ...foi a primeira vez que senti uma dor terrível na minha coluna. Eu agachei para pegar esse tapete e na hora que fui levantar, eu não levantei” P(12) – 63 anos – Lombalgia – 4 anos de dor*

*“Minha vida, foi uma vida praticamente muito sofrida... não tive lazer, não tive nada! Nunca fui uma criança de ficar brincando junto com os outros amiguinhos ...por isso que não tive estudo!...nós tínhamos que ajudar os pais, ajudar tratar da casa... Desde os sete, oito anos que comecei a trabalhar... Esse meio de tempo em que eu aprendi a trabalhar, foi bom...criança tem que aprender a trabalhar quando é pequeno porque quando crescer ele vai saber trabalhar e saber dar valor naquilo que*

*ele fez!(...) ...trabalhava nas máquinas, na carpintaria... ia trabalhar, sentia dificuldade, começava a doer...não tinha jeito de abaixar, estava com dificuldades de abaixar o corpo por causa da junta, do movimento. Procurei um médico, ele falou: é problema de artrose” P(13) – 72 anos – Coxartrose Esquerda – 6 anos de dor*

*“ Minha vida, todo o tempo minha vida foi uma vida sofrida...fui criado na roça, trabalhando no pesado ...como eu não tinha cultura, estudo nenhum, eu pegava aqueles serviços de ajudante geral” P(21) – 63 anos – Gonartrose bilateral – 12 anos de dor*

Alguns participantes ressaltam o sofrimento, outros, parecem resignados e aceitam como algo natural do modo de vida local. Alguns descrevem uma rotina de trabalho junto com o estudo e se esforçando sem perceber os limites.

Em outras falas, fica evidente a falta da fase da infância dedicada à escola, às brincadeiras e aos amigos. São experiências que alguns participantes atribuem ao trabalho na infância um sentido de sofrimento associado à carga pesada do trabalho na lavoura. A carga pode ser tanto física quanto psíquica; a psíquica está relacionada a sentimentos de insatisfação, desprazer, agressividade, dor, medo, ameaça, etc (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

*“...o que causou minha dor foi um pouco de capricho meu ...tinha que ter pensado...não pensei antes de fazer as coisas e eu me sobrecarreguei(...) Hoje eu penso antes de fazer as coisas (...) descarregava um caminhão sozinho. Hoje não, se tiver alguém para ajudar, eu peço ajuda” P(7) – 41 anos – Pubalgia – 11 meses de dor*

As atitudes de pedir ajuda para executar tarefas e de pensar para não se sobrecarregar, são identificadas como estratégias desenvolvidas para favorecer a saúde que Dejours (1996) chamou de sofrimento criativo, quando são elaboradas estratégias que favorecem a saúde da pessoa, onde o sofrimento pode ser transformado em criatividade.

Vários estudos já investigaram a presença da experiência e o significado do trabalho desde a infância. Menezes (2016), ao pesquisar sobre a memória de infância de mulheres e homens camponeses, identificou que o trabalho emerge como experiência

central. Apresenta-se com caráter disciplinador, de dignidade e honestidade, além de estar relacionado a princípios organizatórios centrais, como a honra e a hierarquia.

Com o objetivo de conhecer a memória do trabalho em idosos longevos com dependência funcional, Lima, Valença, Chaves e Reis (2016) perceberam que ainda permanecia em suas memórias as lembranças do trabalho, que esteve presente desde a infância, a partir do momento em que seus pais os iniciaram na atividade laboral como forma de ajudar no sustento da família. Para estes idosos, o trabalho tem o significado de algo valioso, principalmente para o homem, a quem era depositado a função de mantenedor da família.

Costa, Sousa e Kirst (2015) ao investigarem através de entrevistas semiestruturadas, possíveis danos biopsicossociais do trabalho infantil, na vida adulta, perceberam que, para algumas pessoas o passado traz sofrimentos e o trabalho infantil foi encarado como uma forma de ajudar a família, pois a própria família como um todo, dependia da mão de obra infantil para sobreviver às dificuldades.

Situações de abuso físico e sexual na infância são sugestivas de associação, segundo Stickley et al. (2015), com o aumento do risco de dor na idade adulta e, que ambientes familiares disfuncionais, onde várias adversidades da infância como morte e separação dos pais, doenças e perdas de pessoas da família, abuso físico, abuso sexual, violência, comportamento criminoso dos pais, negligência e adversidade econômica, ocorrem simultaneamente, também podem ser precursores de alguma forma de dor crônica na idade adulta, em particular no pescoço e nas costas, mas não com artrite reumatoide e cefaleia.

Neste estudo, estes participantes iniciaram suas falas sobre si e suas vidas, falando sobre o trabalho na infância, quase como uma forma de apresentação pessoal, onde o universo do trabalho faz parte de uma história singular construída desde a infância onde, em algumas falas, o sofrimento e a dor, segundo Santos e Rudge (2014) parecem encontrar no corpo um meio de se fazer representar.

Nesse primeiro tema, as dores foram articuladas com questões físicas como agachar, levantar, pegar o tapete, o esforço no futebol, enfim, a dor vem de todos os esforços da vida sem a identificação de que questões subjetivas da vida poderiam estar atuantes no processo de construção das dores musculoesqueléticas crônicas.



#### 4.2.2. “**Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica**”.

Esse tema emergiu de falas que descrevem sofrimentos que deixaram marcas no corpo e na vida, os hematomas, sofrimentos do passado ou que iniciaram no passado e continuam ainda no presente, numa configuração crônica, de repetição. Os relatos que possibilitaram a criação deste tema foram sobre fatos marcantes que estiveram relacionados a vivências de doenças e/ou perdas de pessoas da família, situações de violência intrafamiliar, intimidações, abandonos, relações denotando insuficiência ou até ausência de vínculo afetivo, além de relações conflituosas entre membros da família.

Na literatura, esses temas foram encontrados já citados por autores que estudaram a associação de acontecimentos com alguns tipos de adoecimentos, os quais chamaram de eventos negativos da vida (ECKHOFF; KVERNMO, 2014) e acontecimentos significativos na família (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2015).

Este tema deu origem a dois subtemas: **Sofrimentos afetivo-emocionais** e **Depois de um sentimento, vem uma dor**.

##### **Sofrimentos afetivo-emocionais**

Neste subtema, estão incluídos relatos de vivências com acontecimentos marcantes da vida que causaram algum grau de dor psíquica que ainda estão na memória dos participantes e que foram expressos com diferentes graduações de emoções e sentimentos.

Os participantes conseguiram expressar muitos acontecimentos significativos envolvidos com suas histórias de vida e, embora não tenha sido estabelecida relação entre esses acontecimentos e a dor pelo próprio participante, alguns relatos permitem alguma inferência da associação entre esses acontecimentos significativos da vida com a dor musculoesquelética crônica.

A entrevista possibilitou emergir, mesmo após muitos anos do surgimento da dor, conteúdos que estavam guardados, latentes, esperando para serem expressos, assim como emoções e sentimentos que, no passado, quando as dores surgiram, talvez não estivessem claros.

*“(...) O que me deixou mais doída é uma coisa simples. Meu avô tinha um mercado e ele falou assim: se você usar calça comprida, não entra aqui dentro! (...) era uma coisa muito rígida sabe (...) meu pai não deixava sair (...) vai sair para quê? Para dar trabalho? Eu pegava e ficava lendo! (...) eu me senti triste, sabe!” P(2) – 74 anos – Artrose nas mãos – 2-3 anos de dor.*

*“(...) tenho um casamento meio frustrado (...) a gente passou uma dificuldade muito grande (emocionada), a família dele não me aceitava. Eles nunca me aceitaram! (chorando muito) Eles falavam para o meu esposo que eu não era uma boa pessoa para ele, que ele não devia ficar casado comigo. Isso mexe muito (...) Até meu próprio esposo me humilhou muito! (...) A gente teve a nossa vida sexualmente muito fria (...) Isso dói demais por um ser humano(...) tem hora que a gente desmancha também, porque a gente é carne! Dói muito esse fato do meu casamento. Dói muito! (emocionada)” P(4) – 37 anos – Dorsopatia – 10 anos de dor.*

*“...na adolescência tinha muitos problema em casa e aí eu saí cedo para trabalhar, fui trabalhar em casa de família (...) brigas entre pai e mãe ...a gente ficava com medo (...) Lembra coisas .... lembranças não muito boas! Eu prefiro não ficar mexendo! (...) Perdas ... de pessoas que a gente gostava. Pessoa muito próxima ... (Emoção) Foi de uma maneira assim tão rápida! E marcou demais!” P(3) – 47 anos – Artrose Lombar - + 3 anos de dor*

Nesses relatos, as expressões “me deixou doída” e a “gente desmancha”, transmitem uma conjunção entre uma emoção, de tristeza, de dor, de sofrimento com o efeito que é sentido no corpo. Também, ao dizer que prefere não ficar mexendo no que as lembranças evocam, parece significar que essa participante está imersa em seu mundo emocional.

Em tais falas, essas pessoas reconhecem e relatam sentimentos que estão conectados com o mundo interno, apresentam uma fala preenchida de emoção, e de significados relacionados às vivências da vida.

A psicossomática psicanalítica, referencial teórico desse estudo, permite olhar para as associações entre história de vida e adoecimento de um lugar onde o corpo encontra-se, segundo Fortes, Winograd e Perelson (2018) na interseção entre o psíquico

e o somático, na complexa e multidimensional nuance entre o material, o objetivo (o orgânico) e o imaterial, subjetivo, o significado (o representacional), pois a psicossomática busca reaproximar as histórias de vida e as somatizações. A somatização representa do ponto de vista do funcionamento psíquico, toda doença comprovada ou não clinicamente (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2015).

*“(...) minha chefe disse: vai para a cidade da sua mãe, fique com ela (...) em 1992 me mudei para a cidade onde morava minha mãe (...) em 1993 minha mãe morreu (...). Em 1993 comecei a procurar médico, fazer fisioterapia. Começou a doer os joelhos, os ombros, as costas, começou a doer tudo (...) não sei te explicar o que causou minha dor (...)”* P(20) – 74 anos – Fibromialgia – 28 anos de dor.

*“Minha mãe falava para mim: filho, se você quiser ser alguém, aprender alguma coisa, você tem que infelizmente ser sozinho! (...) Eu praticamente vivi minha infância sozinho (...) meu pai era alcoólatra...as lembranças que eu tenho dele é sempre bêbado. Sempre alguém trazendo...vizinho ...polícia... Agora, de carinho e afeto, aí isso eu não tenho!... Aí eu não tive não! o único carinho e afeto que eu tive, foi da minha mãe. Agora, do meu Pai não tive!”* P(7) – 41 anos – Pubalgia - 11 meses de dor

*“...Eu sentia muita falta da minha mãe...Dois anos antes de eu casar, eu sentia muita falta dela porque eu ficava muito sozinho ...Então de vez em quando eu sentia alguma coisa e falava: ai mãe...se a senhora estivesse aqui, poderia ter me ajudado (...) anos depois que fui ver minha mãe... na verdade, eu não tenho aquele sentimento grande pela minha mãe, porque quando eu fui para ver ela, ela ....eu senti que ela é afastada de mim”* P(12) – 63 anos – Lombalgia – 4 anos de dor

*“A gente tinha muita dificuldade porque a gente pagava aluguel... Faltava isso, isso, mas não faltava comida...Senti a morte da minha mãe, lógico, mas é diferente da perda do meu Pai...quando ele morreu, eu me senti órfã. Eu tinha uns quarenta e poucos anos, mas eu senti demais a perda do meu Pai, e foi triste porque daí um ano, eu perdi um sobrinho com 18 anos num acidente. Foi uma coisa que marcou assim ... muito sofrimento...”* P(1) – 71 anos- Gonartrose bilateral - + de 15 anos de dor

*“Tinha 17 anos quando engravidei do meu primeiro filho. No segundo mês de gravidez deu essa dor na perna...Meu Pai não levava no médico...fiquei um mês e três*

*dias na cama...os vizinhos falaram: Sr. R. o senhor vai preso porque a sua filha está assim e o Sr não leva no médico. Aí ele levou... (...) comecei a namorar o Pai do meu filho mais velho ... íamos casar... quando ele viu que eu estava grávida, ele vazou! ... aquilo me deu um ódio...tomei um ódio do homem...(...) marido ficou doente... a pneumonia veio pelo problema do câncer ... com dois meses morreu. Fiquei sozinha (...) quando começou a dor, minha vida estava um caos ...tinha perdido meu marido, a neta que eu criava, fugiu com um cara que eu não queria. Estava nervosa...com stress” P(8) – 69 anos – Gonartrose bilateral – 3 anos de dor*

*“...A Mãe era separada do meu Pai. Na minha infância, desde os meus cinco anos de idade que ele nos abandonou!... depois de muito tempo ele voltou...fazia tantos anos...eu gostava muito dele!... aquele vínculo de Pai... Quando ele voltou meu irmão já havia falecido, ele não viu meu irmão assim ....rapaz! ... ficou um pouco, foi embora de novo ...Depois de muito tempo ele voltou de novo ... e logo ele faleceu!(...) Estava tudo pronto, compramos a passagem e ela (mãe) iria na frente e depois a mudança e nós iríamos atrás, mas nesse correr da semana da viagem dela, ela sofreu um AVC...ela veio a óbito e nós desmanchamos essa viagem, essa mudança... Eu fiquei um pouco depressiva com a morte da minha mãe (...)como minha irmã tinha se aposentado...fomos para lá com mudança e tudo! (...) ... era um serviço que eu ficava muitas horas em pé na cozinha preparando as coisas para vender. Ficava horas em pé, não podia sentar, então isso vai desgastando” P(9) – 64 anos – Gonartrose Bilateral – 5 anos de dor*

*“...teve problema de oxigênio e se tornou um bebê ... ele ( o neto) não anda, não fala...está com 13 anos ... Ele é a razão da minha vida ...(emociona-se)... Nossa, menino do céu... tenho verdadeira paixão por ele!!!” P(14)- 82 anos – Lombalgia e lesão do manguito no ombro esquerdo – 2 anos de dor*

Algumas falas parecem sugerir que o sintoma está ligado à questão subjetiva, que é o que se apresenta, ao invés de representar. A questão subjetiva ao invés de ascender à mente como processo mental, ou seja, representação; essa situação se traduz corporalmente, apresentando-se como expressão do corpo (Ávila, 2002).

Alguns participantes apresentaram relatos em que ocorreram uma maior aproximação com suas emoções e puderam expressar seus sentimentos ao falarem sobre mortes, sobre doença de membros da família, sobre as situações de abandono e distanciamento, e ainda, ao revelarem vários tipos de sofrimentos ao mesmo tempo como abandono, morte e a condição caótica em que se encontrava em determinado momento da vida.

*“...quando peguei uma idade de 18 anos, 20 anos já parti para o mundo...e a gente como não tinha profissão, tinha que trabalhar nas fazendas! trabalhava como escravo, do jeito que o patrão queria!...já vinha acostumado no serviço pesado desde criança, aquilo ali para mim não foi coisa estranha. Só que eu pensava que poderia acontecer alguma coisa estranha comigo, como eu via eles fazerem com os outros....bater, matar ...essas coisas...então às vezes ficava pensando que poderia acontecer um dia com a gente... nunca aconteceu isso porque o homem me conhecia ...pela minha conversa, pela relação que a gente tinha com ele, ele sabia mais ou menos com quem estava mexendo. Não que eu era uma pessoa violenta, mas eu tinha uma psicologia ...”* P(13) – 72 anos – Coxartrose Esquerda – 6 anos de dor

*“... na hora que senti, uma perna veio para cá e a outra para lá...foi a primeira vez que saiu fora do lugar...(...) ...Minha mãe tinha acabado de se separar... quando estava grávida...fui sentar na cama, saiu e voltou...coisa de segundos. Voltou sozinha ... Há 5 meses saiu novamente e não voltou...Sou separada, duas crianças são desse atual, que acabei de separar e o mais velho não é dele (...)... Agora estou desempregada... depois que terminar a fisioterapia, vou arrumar um serviço (...)...já não saio de bicicleta porque tenho medo, se vou chutar uma bola com as crianças, eu já não brinco porque tenho medo de sair do lugar”.* P(16) – 32 anos – Luxação recidivante de patela esquerda – 14 anos de dor

Esses dois últimos relatos, talvez sejam as falas que estiveram centradas predominantemente em elementos concretos, das realizações das atividades e dos acontecimentos do dia-a-dia e, no momento da entrevista não houve expressão de emoções ou sentimentos.

*“... minha infância foi meio conturbada, dos três aos quinze anos ... meu padrasto mexia com drogas...já chegou a bater em mim, na minha mãe...na minha irmã pequena...foram bem poucas vezes, mas quando aconteceu, ficou marcado...quando eu entrei para o ensino médio mais ou menos é que foi melhorar porque minha mãe separou-se (...)Não tinha contato com meu Pai ... nem parentes da parte do meu Pai... Aos 15 anos meu pai apareceu de repente...Eu tinha muita mágoa dele antigamente ...agora eu estou mais tranquila...só que ainda falta um pouco ... uma coisinha ou outra que eu preciso me libertar ...porque sinto raiva dele (...)descobri que tinha problemas de coluna...com uns 12 anos ... o ortopedista disse que meu problema não era nada, era só uma dor, que não tinha problema nenhum...” P(17) – 21 anos – Escoliose – 10 anos de dor*

Em situações como nessa fala, quando o trauma atinge uma criança numa fase anterior à aquisição da linguagem e ao pensamento simbólico, como a elaboração das vivências afetivas está prejudicada, a tensão será aliviada pelo caminho somático (PRAZERES, 2000), pois por ainda não possuir recursos mentais suficientes para lidar com o excesso de excitação, uma desorganização passaria então a atingir as funções relativas ao corpo (MARTY, 1993).

Essa falta de condições em refletir sobre as emoções vividas intensamente, foi chamada de desafetação. Na desafetação, ocorreria uma ruptura do indivíduo com seus próprios sentimentos pelo fato destes serem insuportáveis e, como consequência por ainda não ser possível sua representação, vão apresentar-se como somatizações (MCDUGALL, 1996).

Algumas das propostas da psicossomática psicanalítica para olhar para as dores musculoesqueléticas crônicas desse estudo estão ancoradas nos conceitos de pensamento operatório, de alexitimia, além de ideias de Joyce McDougall (1996) e Christophe Dejours (1991).

O conceito de Pensamento Operatório, foi desenvolvido por Marty e M’Uzan para fazer referências a aquelas pessoas que normalmente manifestam pensamentos superficiais, desguarnecidos de valor libidinal, direcionados em demasia para o mundo externo e intimamente ligados à materialidade dos fatos. Tais pessoas se caracterizam por um déficit da habilidade de simbolização (MARTY; M’UZAN, 1994).

A descrição do conceito de alexitimia, sugerido por Sifneos e Nemiah, é um conceito multidimensional, caracterizado pelas dificuldades em reconhecer e relatar sentimentos internos, dificuldades em diferenciar emoções de sensações físicas, carência de sonho e inabilidade de simbolizar ou relacionar fantasia e afeto (SIFNEOS, 1991), também é compreendida por uma forma de raciocínio prático, concreto, voltado para o mundo externo (TAYLOR, 1984; TAYLOR; BAGBY, 2004).

No entanto, nas falas anteriores, aparecem diferentes profundidades ou graus na expressão de emoções e sentimentos, onde alguns participantes identificaram e expressaram mais facilmente suas emoções e sentimentos e outros não, o que parece similar à afirmação de Marty (1998) de que haveria graus diferentes de distúrbios psicossomáticos e também ao entendimento de Nemiah (1982) para quem a alexitimia também não se apresenta de maneira universal para as pessoas psicossomáticas. Mc Dougall também considera que a simbolização não se apresentaria como um fenômeno de tudo ou nada, onde qualquer pessoa pode, de vez em quando, adotar uma comunicação relativamente carente de simbolização (MCDUGALL, 1991).

Na literatura, estudos envolvendo condições musculoesqueléticas (ÁVILA et al., 2014; CHIMENTI et al., 2019) tem apontado para a inexistência de um padrão de alexitimia.

Em estudo quantitativo, Ávila et al. (2014) aplicaram o questionário da Escala de Alexitima de Toronto (TAS20) em 20 pacientes com e em 20 pessoas sem fibromialgia e, apesar de terem encontrado resultados mais elevados de alexitimia no grupo de fibromiálgicos em relação ao grupo controle, os dois grupos apresentaram resultados muito próximos à média e próximos aos valores dentro do intervalo considerado como inconclusivo pelo TAS20. Nos estudos de Chimenti et al. (2019) também verificou-se a inexistência de um padrão de alexitimia quando ao avaliarem 50 portadores de artrite reumatoide e 50 portadores de artrite psoriásica utilizando a TAS20 encontraram que 38,6% apresentavam alexitimia, 34,7% não apresentavam alexitimia e 26,7% estavam na fronteira da alexitimia.

**“Depois de um sentimento, vem uma dor”**

O título do segundo subtema, “Depois de um sentimento, vem uma dor”, valoriza a subjetividade nas associações que os participantes agora faziam entre seus sentimentos despertados por experiências da vida e suas dores, simboliza a união entre mente e corpo. Este subtema emergiu de relatos sobre fatos relacionados também a acontecimentos marcantes, que produziram vivências importantes e emocionantes, mas que, diferentemente do primeiro subtema, os participantes associaram às suas dores musculoesqueléticas crônicas, já que estas surgiram quase que simultaneamente ou apenas algum tempo depois. .

Os acontecimentos significativos dentro desse subtema foram relacionados a conflitos, mortes, prisão, maus tratos e até violência física e/ou psíquica, particularmente nos relacionamentos conjugais e sentimentos de raiva, tristeza, ressentimento puderam ser expressos, assim como em muitos momentos a expressão de emoção acompanhavam simultaneamente os relatos.

Este subtema permeia uma questão importante para a psicossomática – a vinculação entre biografia e dor.

*“(...) Minha dor começou quando minha mãe ainda era viva (...) minha vida estava horrível, muito triste! Minha mãe estava com câncer (emoção) (...) Eu sentia uma tristeza vendo cada dia minha mãe” P(2) – 74 anos – Artrose nas mãos – 2-3 anos de dor.*

*“(...) passei por um processo de separação, que foi, assim, muito doloroso (com a voz embargada). Eu não queria me separar e acabei tendo que me separar! Sofri muito, muito tempo (...) (emoção) e até hoje acho que não superei totalmente essa parte (...) Pode ser essa dor também relacionada a esse sentimento!” P(3) – 47 anos – Artrose Lombar - + 3 anos de dor.*

*“ Em 1992 descobri a hanseníase... em 2001, veio me dar uma tendinite e dessa tendinite já veio coluna...Passando esses tratamentos foi que meu esposo ficou doente. Em 2009 descobri a fibromialgia... Em 2012 meu esposo descobriu o câncer... em 2014 ele faleceu e acho que me afetou mais...Foi que fui piorando, piorando” P(19) – 56 anos – Fibromialgia - 9 anos de dor*

*“... meu marido ele era bem rude ... qualquer coisinha ele ameaçava a gente de morte....não gosto nem de lembrar...(emociona-se ....choro contido)... naquela época*



*a gente casava para ficar, não casava para separar... (emociona-se novamente)... fiquei durante 19 anos... esse casamento marcou para o resto da vida ...para a eternidade... ele ainda falava: se você falar tal coisa para alguém eu mato você e a família inteira! ...ele dormia com uma arma debaixo do travesseiro...(...) Enfiava o cano do revolver dentro da minha boca ...te estouro a cabeça se você falar alguma coisa para sua família... Ele me apostava no jogo...quem ganhasse podia me levar...(emocionada) ... Eu vivia com isso aqui (pescoço) tudo marcado dele tentar me enforcar!... meus problemas começaram a aparecer nessa época (...).Essas coisas eu nunca contei nem para o Psiquiatra, Psicólogo que já passei. Nunca contei! Estou te contando agora (...) acho que minha dor tem a ver com acúmulo de ressentimentos guardados! ... Tudo isso que eu vou engolindo, engolindo, um dia sai ... ou alguma coisa no corpo ou em forma de dor” P(10) – 62 anos – Fibromialgia - 6 anos de dor*

*“...trabalhava de costureira no salão que era herança do pai dele. Ele me obrigou a sair de lá... desocupar o salão que era dele.....nesses três anos eu piorei...quis me dar uma depressão ... perdi a vontade de costurar...peguei raiva! (emociona-se)...(...) A dor começou mesmo trabalhando... estava lá ... Ainda era casada... eu já tinha achado que estava tudo errado, mas não conseguia sair da situação. ... A gente acha que dor ... A gente nunca acha que tem ligação com sentimento ... agora, acho que sim...tem muito aquela ligação com o que acontece mesmo (...) quando a gente começa a ficar nervosa, triste com a situação das coisas que estão acontecendo, as dores vem sim... A dor vem sim....Depois de um sentimento sempre vem uma dor” P(15) – 62 anos – Artrose cervical e gleno umeral - 4 anos de dor*

*“...Essa fibromialgia eu tenho há uns treze anos... Depois que casei minha vida foi um inferno...Ele era alcoólatra. Bebia todo santo dia! ... As mágoas, as brigas...isso machucou muito o coração... sofri muito nas mãos dele ... ele ainda foi agressivo comigo umas duas ou três vezes... Eu sempre dizia para ele: vou deixar minhas filhas crescerem e vou te tacar o chute ... filhos já cresceram... pedi a separação...Não aguentava mais a vida que eu levava... pensava muitas vezes em suicídio...(...)... foi um tempo que perdi da minha vida...que deixei de viver!! ... Hoje me encontro aqui cheia de dores para todos os lados... Sinto tipo de uma revolta por dentro... não tinha*

*condições de sair de dentro de casa com dois filhos... Aí eu aguentei (...) O reumatologista falou que essa fibromialgia é gerada de nervoso e reumatismo ...muita raiva do meu ex-marido (...) está com dois anos que perdi um irmão...mataram ele...(emociona-se) e colocaram fogo no corpo dele com carro e tudo...Quando fez sete meses que a minha mãe sofreu um derrame, do mais forte, mataram meu irmão. Aí, foi muita dor...duas dores fortes.” P(18) – 52 anos – Fibromialgia - 13 anos de dor*

*“...Perdi minha filha ...ela estava com 21 anos...(tristeza)... ela foi ter a filha e deu ...eclampsia... e ela tinha aneurisma só que a gente não sabia... o aneurisma estourou e ....não teve como os médicos salvarem nem ela nem a criança (...) Meu filho, ele....está preso! Já tem sete anos...fiquei abalada, nervosa...não consegui chorar...não consegui falar...fiquei com aquilo engasgado. Quando foi no outro dia, parecia que eu tinha levado uma surra de uma madeira muito dura. Fiquei completamente doída... eu sofri muito...era muito sofrimento e eu fiquei doente ...eu não podia andar com essa coluna” P(12) – 63 anos – Lombalgia - 4 anos de dor*

*“O que causou a minha dor foi o seguinte: você pode não compreender, mas o que causa a dor em cada um de nós é a consequência do pecado! (...) antes de chegar na igreja, eu era uma pessoa que fazia a vontade do mundo... ia para festas, tinha minhas namoradas .... Eu era uma pessoa que andava muito, de dia, de noite....Eu bebia...caia muito de bicicleta de noite....e aquilo causa um tipo de dor” P(21) – 63 anos – Gonartrose bilateral - 12 anos de dor*

Esses relatos revelaram experiências muito emocionantes e dolorosas a respeito de acontecimentos significativos da vida que trouxeram dores, físicas e psíquicas, que deixaram marcas, ficaram impressas no corpo. Em tais falas, sentimentos foram identificados, puderam ser expressos e associados às dores musculoesqueléticas pelos próprios participantes.

Porém, a constante ausência simbólica nas afecções psicossomáticas, como se não houvesse espaço para o símbolo na psicossomática, parece ter causado certa confusão por algum tempo, até que um grupo de pesquisadores entendeu que o símbolo não estaria ausente, abandonado, mas sim aprisionado, congelado, junto ao afeto, ao que ainda não foi representado (MCDOUGALL, 1996; ÁVILA, 2002, 2016; LIMA, 2018).

Para Catani e Souza (2015) a pessoa que fala de si e de sua vida deseja que sua história e a de seu sofrimento, físico e/ou psíquico, sejam escutados e respeitados, sendo que a subjetividade de cada um e a maneira de significar os acontecimentos tornem elementos facilitadores por meio do qual a história da pessoa poderia se desenrolar e, segundo Dejours (1991), a própria somatização poderia ser simbolizadora de alguns aspectos da história de vida.

Nos relatos desse estudo, o adoecimento mostrou-se integrado a uma perspectiva maior da vida, um processo que estaria acontecendo no aspecto relacional, mais frequentemente envolvendo vivências com o cônjuge. Para Dejours (1998, p. 41), o traumatismo decorreria dos aspectos relacionados à intersubjetividade envolvidos no processo, sendo que “o sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço por alguém. A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido ao sujeito, mas que também é um pouco devido ao outro”.

Os participantes associaram suas dores a situações de violência intrafamiliar, a separações conjugais, a doenças, mortes e à culpa. São acontecimentos crônicos, que estiveram presentes durante muito tempo na vida e, nestas situações, segundo Dejours (1989) enquanto a capacidade de elaboração da pessoa em relação a esses acontecimentos permanece em suspensão, representa um conflito e uma violência ao psiquismo pelas excitações que permanecem soltas e pela falta da capacidade de simbolização por parte da pessoa.

Dejours (1991) também entendia que nessas situações, a própria somatização seria um caminho encontrado pela psique para o escoamento dessas excitações, pois permitiria novas ligações psíquicas, ativando a capacidade da pessoa em representar situações.

Assim, falar sobre uma vivência de separação, de violência conjugal, de adoecimento, da culpa por pecados cometidos, da morte de uma pessoa da família, pode ser o momento para que a pessoa recupere a capacidade de representar alguns acontecimentos significativos da sua história de vida.

Neste estudo, os relatos do tema “Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica” revelaram significados relacionados a mortes de pessoas próximas,

doenças, violência intrafamiliar, brigas, separações, culpa e prisões, que são similares aos estudos de Eckhoff e Kvernmo (2014) e Lisboa e Féres-Carneiro (2015) a respeito de eventos negativos da vida e acontecimentos significativos da família os quais foram associados a algumas somatizações.

Em estudo quantitativo, Eckhoff e Kvernmo (2014) encontraram fortes associações entre dores musculoesqueléticas difusas, ansiedade e depressão, a eventos negativos da vida como conflitos ou brigas com os pais, problemas financeiros dos pais, problemas com colegas, intimidação, exposição à violência, doença grave ou lesão, doença grave ou ferimentos em alguém próximo e agressão sexual. Estes autores sugerem que, em casos de dor musculoesquelética recorrentes, médicos devam investigar problemas relacionados à ansiedade, depressão e eventos negativos da vida.

Similarmente, Lisboa e Féres-Carneiro (2015) aplicaram entrevista semidirigidas a dez famílias, 42 pessoas, para investigar a somatização, analisando acontecimentos significativos na família com o objetivo de estabelecer algumas relações entre somatizações apresentadas pelos membros da família e a história familiar. Os acontecimentos significativos levantados por estes autores que podem estar associados às somatizações foram: doenças graves de alguma pessoa da família e as relações despertadas por essa doença; as situações de violência que correspondem a brigas intensas, surras, abandonos e prisão; os conflitos, que englobam problemas de convivência entre as gerações, falta de apoio no desenvolvimento de alguns membros e as perdas, que referem-se às mortes de parentes e filhos. Associado à doença, o fato significativo de maior repetição nas famílias, está na convivência com um membro alcoolista, que foi considerada como geradora de inúmeros acontecimentos violentos.

Para estes autores, o trabalho de prevenção e de promoção de saúde por profissionais da área deve incluir a compreensão do funcionamento familiar, assim como com o entendimento da história de vida da família.

Toda pessoa que tem dor, tem uma história de vida onde acontecimentos significativos, marcantes da vida, podem estar associados com adoecimentos que ocorreram simultaneamente ou posteriormente a esses acontecimentos. Histórias que ainda não haviam sido contadas até então, podem surgir nesses tipos de relatos, onde situações marcantes, principalmente as de violência, correspondem a fatores bastante

expressivos para o processo de adoecimento das pessoas, e por isso, denota a importância em não desvincular dor e biografia (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2015).

#### 4.2.3 - Outros resultados a serem considerados.

Em alguns relatos surgiram algumas falas referentes à entrevista em si, ao que foi conversado, ao que emergiu com as perguntas e também na relação com o profissional da saúde:

*“...as vezes faz falta a pessoa perguntar sobre a gente! Alguém se importar em saber da gente e não do problema!”* P(3) – 47 anos – Artrose lombar - + 3 anos de dor.

*“...as vezes a pessoa tá precisando de uma atenção ... Isso já é o suficiente! Às vezes a pessoa só está precisando de um oi, ou de um abraço, ou de uma comunicação.”* P(4) – 37 anos – Dorsopatia – 10 anos de dor.

*“...aquele dia esqueci um pedaço que não te contei ainda ... Tinha esquecido...cheguei em casa e falei: tenho que falar isso para ele.”* P(8) – 69 anos – Gonartrose bilateral – 3 anos de dor.

*“...Eu sou muito fechada...não sei como desembuchei tudo??? ...Não gosto de ficar de muito conversê...contando da minha vida, do passado... Mas para o senhor eu falei... se precisar falar mais...(risos)”* P(14) – 82 anos – Lombalgia e lesão do manguito rotador do ombro esquerdo – 2 anos de dor.

A entrevista, conforme aponta por Catani (2018, p. 246), possibilita o estabelecimento de vínculos, relações e todos estes aspectos produzem efeitos terapêuticos mesmo tendo a consciência de que a intenção “não seja transformar profissionais da saúde em analistas, mas levá-los a partilhar a ideia de uma escuta e um acolhimento do sofrimento do outro como cruciais para a própria clínica, garantindo assim, mais do que a simples aplicação de uma técnica”.

Para Oliveira et al. (2017) uma boa ação terapêutica, estaria direcionada ao sofrimento do paciente e no cuidado para que este não seja considerado apenas como ser biológico.

Por isso, Subtil et al. (2017) entendem que essas questões envolvendo a relação-terapeuta-paciente deveriam ser tratadas desde a formação acadêmica e estimuladas em todo o exercício profissional, porém por não serem tratadas adequadamente, encontraram indicativos de que os fisioterapeutas apresentam uma dificuldade em lidar com questões psicológicas, especialmente relacionadas a estados emocionais como angústias, medos, frustrações, carências, trazidas pelos pacientes.

Com resultados similares, Alves e Lima (2016) ao pesquisarem sobre a percepção e o enfrentamento do psicossomático na relação médico-paciente, concluíram que as dificuldades destes profissionais para lidar com os aspectos psicológicos estão sempre presentes, mas o despreparo fica mais evidente ao lidar com pacientes psicossomáticos, inclusive a dificuldade em lidar com os próprios sentimentos.

De acordo com Subtil et al. (2017) nem fisioterapeutas, nem quaisquer outros profissionais da saúde tem que tornarem-se psicólogos, mas devem estar mais atentos à comunicação com o paciente, já as pessoas que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas dificilmente pensam em procurar inicialmente um psicólogo ou um analista para tratar dessas dores, e mais frequentemente, acabam optando por um caminho que acreditam, trará alívio mais objetivo para suas dores.

Para Lima e Assis (2017) muitos profissionais da saúde percebem a complexidade do processo de adoecimento onde psíquico e somático interagem no organismo humano, no entanto, além da possibilidade de encaminhamento ao psicólogo e psiquiatra, entendem que seria necessário um aperfeiçoamento do saber psicossomático nesses profissionais para que sejam realizadas avaliações mais direcionadas aos aspectos biopsicossociais, incluindo, segundo Cedraschi et al. (2015) além da empatia clínica, a integração biográfica das primeiras experiências de vida e suas cargas afetivas.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou conhecer e analisar alguns dos significados envolvidos na história de vida dos participantes deste estudo, que vivem com dor musculoesquelética crônica pela perspectiva da psicossomática psicanalítica e pôde identificar associações entre o processo de adoecimento e as histórias de vida dessas pessoas que vivem com dores musculoesqueléticas crônicas.

Dos relatos dos participantes emergiram dois temas principais: “Vida sofrida, vida difícil” e “Minha vida, meu corpo é um hematoma, uma dor crônica”, com dois subtemas: “Sofrimentos afetivo-emocionais” e “Depois de um sentimento, vem uma dor”.

Tais temas abarcaram histórias de vida onde foram lembradas vivências de esforços da vida relacionados ao trabalho, vivências que trouxeram sofrimentos afetivo-emocionais e relatos de acontecimentos da vida que foram associados, por alguns, às origens das dores musculoesqueléticas crônicas. Enquanto alguns participantes expressavam claramente suas emoções, e os sentimentos pareciam conectados às vivências que estavam sendo relatadas. Para outros participantes, essa expressão de emoções e sentimentos estavam presentes em alguns trechos pontuais dos relatos e ainda com outros participantes, as emoções e os sentimentos não foram expressos no momento da entrevista.

Nos dois temas foi possível observar que cada participante ia construindo sua história e, aos poucos, a história da sua dor fazia parte da sua própria história de vida. No subtema “Depois de um sentimento, vem uma dor” os participantes estabeleceram uma relação entre eventos e acontecimentos significativos da vida que ocasionaram sofrimentos e dores.

No decorrer da análise, foram identificados vários significados das histórias de vida que podem ser vinculados às dores musculoesqueléticas crônicas que estão associados ao trabalho na infância, violências, ameaças, ressentimentos, doenças, mortes, culpas e conflitos conjugais. São em sua maioria, eventos crônicos, que se arrastavam por anos, por exemplo, questões relacionadas a sofrimentos envolvendo aspectos das relações conjugais.

Alguns dos participantes identificaram alguns significados envolvidos na sua história de vida e que estes significados estão associados às suas dores musculoesqueléticas crônicas. Em outros participantes, apesar dessa associação não ter sido feita pelos próprios participantes, os conteúdos das falas sobre a história de vida, possibilitava que um significado pudesse vir a ser inferido. Também foi evidente, independente de fazerem alguma associação entre sua dor com questões subjetivas ou não, que muitos participantes identificaram, nomearam e expressaram suas emoções e sentimentos durante os relatos.

Pelo fato de não ter sido utilizado nenhum instrumento quantitativo para avaliar a alexitimia, não se pode afirmar sobre a presença ou ausência de alexitimia, pode-se inferir que, pela emoção transmitida durante alguns relatos, pela identificação, nomeação e expressão de sentimentos, que a alexitimia parece não estar presente em todos os participantes que apresentavam dores musculoesqueléticas crônicas.

Ao analisar os resultados pelo referencial da psicossomática psicanalítica, verifica-se, nos casos de pessoas que apresentem lesão orgânica, como no caso deste estudo que, mesmo quando instrumentos venham atestar a presença de alexitimia ou que se entenda que as explicações das somatizações estejam nas falhas de representação, não quer dizer que não seja importante e necessário investigar a subjetividade, a biografia, a experiência dessas pessoas que vivem com dor musculoesquelética crônica.

Olhando sob a ótica da psicossomática psicanalítica pelas teorias de Joyce McDougall e Christophe Dejours, se os sintomas corporais, no caso deste estudo, as dores musculoesqueléticas crônicas é o que está sendo apresentado e se essa somatização pode ser entendida como uma possibilidade de aproximação da história da pessoa, esse espaço para falar da história da pessoa e não apenas da história da dor, pode, quem sabe, ajudar a descongelar ou recuperar esses símbolos que estão abandonados, mas não ausentes.

A própria entrevista, o encontro para se falar também sobre questões subjetivas parece ter uma importância no contexto da relação entre o pesquisador e o participante, pois abre um espaço para uma melhor compreensão sobre a dor e sobre o processo de adoecimento do outro, amplia-se a possibilidade de proximidade, de escuta e permite que a pessoa ao falar de si, faça uma revisão da sua vida. Pelo volume de informações



significativas presente neste estudo, parece que existe um conteúdo à espera para ser verbalizado. Mesmo sem ter a intenção de fazer psicoterapia, a entrevista pode ter seus efeitos terapêuticos, como um alívio, uma melhor compreensão sobre o adoecimento, experimentar a empatia e a solidariedade.

Alguns participantes impactaram de maneira mais forte o pesquisador pela intensidade do sofrimento transmitidos nos relatos e pela intensidade das emoções que foram expressas, o que levou o pesquisador a acreditar na importância e na necessidade de um trabalho terapêutico para essas pessoas, um espaço em que possam continuar a busca por significados e entendimentos de suas dores. Dentre estas pessoas, algumas relataram já terem ido ao psicólogo, mas que não obtiveram ajuda na época, ou disseram nos relatos que nunca falaram determinadas coisas com o psicólogo, assim como pessoas que passaram a entender a relação entre mente e corpo. Foi sugerido e aceito por estes participantes o encaminhamento a um grupo terapêutico que funciona no mesmo local onde os participantes realizavam as sessões de fisioterapia e onde foram realizadas as coletas. Este grupo terapêutico é direcionado a pacientes e cuidadores e dirigido por um professor do curso de Psicologia do Centro Universitário Barão de Mauá.

A partir do que foi apresentado, infere-se que o direcionamento do olhar centrado na pessoa possibilita uma melhor compreensão e interpretação dos fenômenos ligados não apenas à complexidade da dor e ao processo de adoecimento, mas a questões que envolvem experiências singulares e subjetivas da vida, os significados de cada história de vida em particular, onde dentre tantos outros processos, desenvolvem-se as dores musculoesqueléticas crônicas.

Apontam ainda a necessidade de uma formação dos profissionais da saúde que venha a abordar melhor os aspectos psicossociais, que possibilite vivenciar experiências em que a subjetividade humana possa somar-se à objetividade das práticas terapêuticas.

Que o profissional da saúde possa dar um passo e permitir-se falar sobre a subjetividade, o cotidiano e as trajetórias dessas pessoas, ajudando-as a desenrolar o fio que possa permitir, quem sabe, uma aproximação maior com a história do seu adoecimento, uma ligação entre os sintomas, com algo da sua vida, pois por mais doloroso que possa ser falar de temas difíceis, esta proposta parece que pode ser aceita

por aqueles que buscam compreender suas dores musculoesqueléticas crônicas, como estes participantes dessa pesquisa.

Os resultados deste estudo qualitativo adicionam à literatura uma possibilidade de caminho na busca de significados em uma proposta holística de cuidados para aquelas pessoas que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas.

Este estudo, mesmo sem ter a pretensão de ser uma resposta para o sofrimento daqueles que vivem com dor musculoesquelética crônica, apresenta-se como mais uma alternativa de se olhar para a pessoa, pois além de todo o sofrimento trazido como consequência da dor, toda pessoa que tem dor tem também uma história de vida e por isso este estudo considera que não se deveria desvincular a biografia do sintoma.

Como parte das limitações deste estudo, pode se pensar que se as entrevistas tivessem sido aplicadas em pessoas que também apresentam dores musculoesqueléticas crônicas, mas que não estão mais em tratamento, os resultados poderiam ser diferentes pelo fato das pessoas não estarem mais sob o cuidado de profissionais da saúde ou que as dores físicas não estivessem mais chamando tanto a atenção.

Outra possível limitação pode ser o fato da amostra ter sido selecionada em um único local. Caso os participantes tivessem sido escolhidos em mais de um local, mesclando pessoas em tratamentos fisioterapêuticos em outras clínicas públicas ou ainda, oriundas de clínicas privadas de fisioterapia, a heterogeneidade do grupo seria maior e talvez os resultados fossem diferentes.

Como futuras investigações, talvez fosse interessante entrevistar também o profissional da saúde para compreender o que ele pensa sobre a abordagem de questões subjetivas relacionadas às dores musculoesqueléticas crônicas, e ainda, analisar como surgem e como são encaminhadas questões subjetivas e muitas vezes íntimas quando o tratamento fisioterapêutico se dá individualmente ou em grupo.

## REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática: conceitos e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
2. ANAND, KANWALJEET J. S.; CRAIG, KENNETH D. New perspectives on the definition of pain. **Pain-Journal of the International Association for the Study of Pain**, v. 67, n. 1, p. 3-6, 1996.
3. ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS VICTORIA. A problem worth solving. The rising cost of musculoskeletal conditions in Australia. Melbourne, Victoria, Australia: Arthritis and Osteoporosis Victoria, 2013.
4. ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica**, 3ª ed. São Paulo: Escuta, 2002.
5. \_\_\_\_\_. Isso dói: dor e sofrimento em Freud e Groddeck. **Revista de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Porto Alegre, Porto Alegre**, v. 18, n. 1, p. 87-102, 2016.
6. ÁVILA, L. A. ARAÚJO FILHO, G. M.; GUIMARÃES, E. F. U.; GONÇALVES, L. C. S.; PASCHOALIN, P. N.; ALEIXO, F. B. Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p. 409-413, 2014.
7. AYDEDE, M. Defending the IASP definition of pain. **The Monist**, v. 100, n. 4, p. 439-464, 2017.
8. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Edições 70, 281 p, 2010.
9. BARROS, S.; LOBO S.; TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. Alexitimia, saúde e doença - Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crônica. **Análise Psicológica**, v. 14, p. 305-312, 1996.
10. BENDELOW, G. A.; WILLIAMS, S. J. Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. **Sociology of Health & Illness**, v. 17, n. 2, p. 139-165, 1995.
11. BERGMAN, S.; HERRSTROM P.; HOGSTROM K.; PETERSSON I. F.; SVENSSON B.; JACOBSSON L. T. Chronic musculoskeletal pain, prevalence

- rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. **The Journal of rheumatology**, v. 28, n. 6, p.1369-1377, 2001.
12. BLYTH F M.; NOGUCHI N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 31, n. 2, p. 160-168, 2017.
  13. BOGDAN R.C.; BIKLEN S.K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. 3<sup>a</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
  14. BOMBANA J.A.; DUARTE C.S. Somatizadores: a possibilidade de uma abordagem grupal. **Percursos-Revista de Psicanálise**, v.19, n. 65, 1997.
  15. BOURKE, J. The art of medicine: Languages of pain. **Lancet**, v. 379, n. 9835, p. 2420, 2012.
  16. BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
  17. BRIGGS, A.M.; CROSS M.J.; HOY D.G.; SANCHEZ-RIERA L.; BLYTH F.M.; WOOLF A.D.; MARCH L. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. **The Gerontologist**, v. 56, suppl\_2, p. S243–S255, 2015.
  18. BRINJIKJI, W.; LUETMER, P. H.; COMSTOCK, B.; BRESNAHAN, B. W.; CHEN, L. E.; DEYO, R. A.; HALABI, S.; TURNER, J. A.; AVINS, A. L.; JAMES, K.; WALD, J.T.; D.F. KALLMES, D. F.; JARVIK, J. G. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. **American Journal of Neuroradiology**, v. 36, n. 4, p. 811-816, 2014.
  19. CABRAL, M. E. L.; REIS, S. S. TRABALHO INFANTIL: UM OLHAR A PARTIR DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **Anais do Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade**, n. 1, 2018.
  20. CARDOSO, N. M. P. **Doença Oncológica e Alexitimia. Contributo Pessoal**, 1995. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 1995.

21. CASADORE, M. M.; PERES, R. S. A interface mente-corpo em Sándor Ferenczi: perspectiva histórica dos primórdios da psicossomática psicanalítica, **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 20, n. 3, p. 633-642, 2017.
22. CATANI, J. **O que tratar quer dizer: Construções da Psicanálise diante dos Transtornos Somatoformes, Sintomas Somáticos e Sofrimentos Psíquicos e Corporais**, 2018, 287 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.
23. CATANI, J.; MORETTO, M. L. T. A dor no limite do corpo e da psique: reflexões sobre a clínica psicanalítica e psiquiátrica. **Psicanálise**, Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 165-183, 2016.
24. CATANI, J.; SOUZA, M. A. Sofrimento psíquico e corpo: perspectivas de trabalho multidisciplinar no tratamento de pacientes com Transtornos Somatoformes. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 05-21, 2015.
25. CEDRASCHI, C.; GIRARD, E.; PIGUET, V.; DESMEULES, J.; ALLAZ, A. F. Assessing the affective load in the narratives of women suffering from fibromyalgia: the clinicians' appraisal. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 3325-3335, 2015.
26. CERCHIARI, E. Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico. **Revista de Psicologia: ciência e profissão**. v. 20, n. 4, p.64-79, 2000.
27. CHIMENTI, M. S.; FONTI, G. L.; CONIGLIARO, P.; HITAJ, J.; TRIGGIANESE, P.; TEOLI, M.; GALLUZZO, M.; TALAMONTI, M.; KROEGLER, B.; GRECO, E.; PERRICONE, R. Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. **Medicine**, v. 98, n. 4, p. e13955, 2019.
28. CIMAS, M.; AYALA, A.; SANZ, B.; AGULLÓ-TOMÁS, M. S.; ESCOBAR, A.; FORJAZ, M. J. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. **European Journal of Pain**, v. 22, n. 2, p. 333-345, 2018.
29. COHEN M.; QUINTNER J.; VAN RYSEWYK S. Reconsidering the IASP definition of pain. **Pain Rep**, e 634, 2018.

30. COSTA, E. M.; SOUZA, R. L. V.; KIRST, P. B. A. G. Trabalho infantil: um estudo sobre os danos biopsicossociais percebidos pelos pesquisadores. **Aletheia**, n. 46, p. 131-141, 2015.
31. CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2013.
32. DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.
33. \_\_\_\_\_. Repressão e subversão em psicossomática: Pesquisas psicanalíticas sobre o Corpo. **Rio de Janeiro: Jorge Zahar**, 1991.
34. \_\_\_\_\_. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In J Chanlat, O indivíduo na organização, p. 149-173, São Paulo, SP: Atlas, 1996.
35. \_\_\_\_\_. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. A. **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica** 1998: 41. São Paulo: Casa do Psicólogo.
36. \_\_\_\_\_. Prefácio. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
37. \_\_\_\_\_. **A psicologia das massas sob a perspectiva da clínica do trabalho. Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo, v. 15, 2012b.
38. \_\_\_\_\_. O corpo da Psicossomática. **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 245-256, 2014. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18103>>. Acesso em: 14 out. 2017.
39. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET. C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
40. DEGENAAR, J. J. Some philosophical considerations on pain. **Pain**, v. 7, n. 3, p. 281-304, 1979.
41. DENZIN N. K.; LINCOLN Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage; 1994.
42. DI TELLA, M.; CASTELLI, L. Alexithymia in chronic pain disorders. **Current rheumatology reports**, v.18, n. 41, 2016.

43. DOMINICK C. B.; BLYTH F. M. Epidemiology of pain and non-pain comorbidities. In: **Pain comorbidities: understanding and treating the complex patient**. IASP Press, Seattle, USA, 2012.
44. ELAEL, C. C. B.; FORTES, M. I. A. Sintoma e Fenômeno Psicossomático. **Psicanálise & Barroco em revista**, v.14, n.1, jul.2016.
45. ECKHOFF, C.; KVERNMO, S. Musculoskeletal pain in Arctic indigenous and non-indigenous adolescents, prevalence and associations with psychosocial factors: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 617, 2014.
46. FABREGA, J. R; TYMA, S. Language and cultural influences on the description of pain. **British Journal of Medical Psychology**, v. 49, n. 4, p. 349-371, 1976.
47. FERNANDES, M. H. **Corpo (Coleção Clínica Psicanalítica)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
48. FERREIRA, J. O corpo sígnico. **Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 101-12, 1994.
49. FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. D.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.
50. FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G., TURATO E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14 n. 5, p. 812-820, 2006.
51. FORTES, I.; WINOGRAD, M.; PERELSON, S. Algumas reflexões sobre o corpo no cenário psicanalítico atual. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 277-284, 2018.
52. FRANK, A. W. Ethics as process and practice. **Internal Medicine Journal**, v. 34, n. 6, p. 355-357, 2004.
53. FREE, M. M. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. In: **Baylor University Medical Center Proceedings**, v. 15, n. 2, p.143–145, 2002.
54. FREIRE, L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Feira de Santana, v. 26. n. 1, p. 15-24, 2010.

55. GAGLIESE L, KATZ J. Medically unexplained pain is not caused by psychopathology. **Pain Research Management**, v. 5, n. 4, p. 251-257, 2000.
56. GALDI, M. B.; CAMPOS, E. B. V. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 29-40, 2017.
57. GASTAÑAGA, J. M. El modelo psicossomático de Pierre Marty. **Revista de Psicoanálisis**, v. 47, n. 6, p. 239-256, 2006.
58. GATCHEL, R. J.; PENG, Y. B.; PETERS, M. L.; FUCHS, P. N.; TURK, D. C. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. **Psychological bulletin**, v. 133, n. 4, p. 581-624, 2007.
59. GERMANO, Z. A Clínica da Psicossomática (Considerações Psicanalíticas). **Olhar Científico**, v. 1, n. 2, p. 154-167, 2011.
60. GHISLENI, M. M.; SILVA, V. C. C.; SANTOS, M. V. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na área de ortopedia e traumatologia da clínica-escola de fisioterapia Univates. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 6, n. 3, 2014.
61. GRODDECK, G. **O livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1984.
62. HARSTALL, C.; OSPINA, M. How prevalent is chronic pain. **Pain clinical updates**, v. 11, n. 2, p. 1-4, 2003.
63. HENNINK, M. M.; KAISER, B. N.; MARCONI, V. C. Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough?. **Qualitative health research**, v. 27, n. 4, p. 591-608, 2017.
64. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Subcommittee on Taxonomy. The need of a taxonomy. **Pain**, v. 6, p. 249-252, 1979.
65. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Classification of Chronic Pain, Segundo Edition, IASP Task Force on Taxonomy, Edição Merskey, H.; Bogduk, N. Seattle: IASP Press, p. 209-214, 1994. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=576#Pain>. Acesso em 15 de Abr. 2019



66. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Global Year Against Musculoskeletal Pain**, 2009. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/GlobalYear/MusculoskeletalPain>. Acesso em 15 Abr. 2019.
67. KATZ J.; ROSENBLOOM B. N. The golden anniversary of Melzack and Wall's gate control theory of pain: celebrating 50 years of pain research and management. **Pain Research and Management**, v. 20, n. 6, p. 285-286, 2015.
68. KLEIGER, JAMES H.; JONES, NELSON F. Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 168, n. 8, p. 465-470, 1980
69. LEITE, S. Histeria de Conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. **Tempo Psicanalítico**, v. 44, n. 1, p. 83-102, 2012.
70. LI, Z.; WANG, J.; CHEN, L.; ZHANG, M.; WAN, Y. Basolateral amygdala lesion inhibits the development of pain chronicity in neuropathic pain rats. **PLoS one**, v. 8, n. 8, p. e70921, 2013.
71. LIMA, L. T. S. S. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cadernos de Psicanálise (CPRJ)**, v. 40, n. 39, p. 165-189, 2018.
72. LIMA, E. D.; ASSIS, C. L. "Com qual somatização eu vou?" Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cacoal-RO. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 22, p. 83-97, 2017.
73. LIMA, P.; VALENÇA, T. D. C.; CHAVES, R. N.; REIS, L. A. Memória de idosos longevos com dependência funcional a respeito do trabalho. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 9, n. 1, p. 172-190, 2016.
74. LISBOA, A. V.; FÉRES-CARNEIRO, T. Acontecimentos significativos na história geracional e sua relação com somatizações na família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n.1, p. 65-72, 2015.
75. LOBATO O. O problema da dor. **Psicossomática hoje**, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 235-54, 2010.
76. MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. M. D.; ANDRADE, S. S. C. D. A.; CAIAFFA, W. T.; SOUZA, M. D. F. M. D.; BERNAL, R. T. I. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

77. MATTAR, C. M.; FEIJOO, A. M. L. C. D.; ALEIXO, A. L. D. C.; GOMES, C. L. M.; AIZMAN, N. C.; MAUÉS, P. Z.; GONÇALVES, T. C. Da tradição em Psicossomática às Considerações da Daseinsanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n.2, p. 317-328, 2016.
78. MARTY, P.; M'UZAN, M. (1962) O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 28, n. 1, p. 165-174, 1994.
79. MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
80. \_\_\_\_\_. **Mentalização e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
81. MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: O Psicossoma em psicanálise**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1996.
82. MELO, A. C. F.; NAKATANI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; MENEZES, R. L. D.; PAGOTTO, V. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, 138-143, 2017.
83. MELLO FILHO, J. (Org) **Psicossomática Hoje**, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
84. MELZACK, R. **The puzzle of pain**. New York: Basic Books, 1973.
85. \_\_\_\_\_. Pain: past, present and future. **Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale**, v. 47, n. 4, p. 615-629, 1993.
86. \_\_\_\_\_. Pain and the neuromatrix in the brain. **Journal of Dental Education**, v.65, n. 12, p. 1378-1382, 2001.
87. \_\_\_\_\_. Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona. **Pain Practice**, v. 5, n. 2, p.85-94, 2005.
88. MELZACK, R.; KATZ, J. **Pain**. WIREs Cognitive Science, 4. 2012.
89. MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v. 150, n. 3699, p. 971-979, 1965.
90. MENEZES, M. A. Memórias de infância de mulheres e homens camponeses. **Revista Trajetos**, v. 2, n. 3, 2016.

91. MERSKEY, H. The definition of pain. **European Psychiatry**, v. 6, p. 153-159, 1991.
92. \_\_\_\_\_. Terms and taxonomy: paper tools at the cutting edge of study. In: Merskey H, Loeser JD, Dubner R, editors. **The paths of pain**, p. 1975–2005. Seattle: IASP Press, 2005.
93. MEUCCI R. D.; FASSA A. G.; FARIA N. M. X. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. **Revista de Saude Publica**, v. 49, n. 1, p. 73, 2015.
94. MIRANDA, V. S.; VIVIELLE, B. F.; MACHADO, L. A.; DIAS, J. M. D. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in elderly Brazilians: a systematic review of the literature. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 13, n. 1, p. 82, 2012.
95. MODENUTTE, G. D. S.; MARTINS, J.; HOTTA, G. H.; OLIVEIRA, A. S. Intra-and inter-rater reliability of the Individual Lifestyle Profile (ILP) questionnaire for individuals with musculoskeletal pain. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 71-77, 2019.
96. MORRIS, D. B. **The Culture of Pain**. University of California Press, 1991.
97. MORSCHHITZKY, H.; SARTOR, S. **Quando a alma fala através do corpo: compreender e curar distúrbios psicossomáticos**. Petrópolis: Vozes, 2013.
98. MOSELEY, L. No brain, no pain: it is in the mind, so test results can make it worse. **The Conversation**, 2015.
99. NASIO, J. D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal** (A. Telles; L. Magalhães, Trans.). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
100. NIKAIDO, T.; FUKUMA, S.; WAKITA, T.; SEKIGUCHI, M.; YABUKI, S.; ONISHI, Y.; FUKUHARA, S.; KONNO, S. I. Development of a profile scoring system for assessing the psychosocial situation of patients with chronic musculoskeletal pain. **Journal of pain research**, v. 10, p. 1853, 2017.
101. OLIVEIRA, L. H. D. S.; MATTOS, R. D. S.; CASTRO, J. B. P. D.; LUZ, M. T. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1309-1332, 2017.
102. OVERAAS, C. K.; JOHANSSON, M. S.; CAMPOS, T. F.; FERREIRA, M. L.; NATVIG, B.; MORKAND, P. J.; HARTVIGSEN, J. Prevalence and pattern of

- co-occurring musculoskeletal pain and its association with back-related disability among people with persistent low back pain: protocol for a systematic review and meta-analysis. **Systematic reviews**, v.6, n.1, p. 258, 2017.
103. PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia clinica**, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.
104. POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem - avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed, 2011.
105. PRAZERES, V. L. S. Subjetividade e adoecimento: implicações para a formação em saúde. **REVISTA CIENTÍFICA DA FAMINAS**, v. 2, n. 3, 2016.
106. PRATES, J. G.; PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. F. D.; CLARO, H. G. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 318 - 327, 2014.
107. PRAZERES, N. Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 2, 109-121, 2000.
108. PRICE, D. D. Psychological mechanisms of pain and analgesia. Seattle: IASP press, 1999.
109. QUINTNER, J.; COHEN, M. The challenge of validating the experience of chronic pain: the importance of intersubjectivity and reframing. In: **Meanings of Pain**, p. 281-293, 2016.
110. REIS, K. S.; GODINHO, L. B. R. Psicossomática: uma visão holística do homem. **Rev. Unilasalle**, v.6, n. 1, p. 1-14, 2018.
111. ROIZENBLATT, S.; SOUZA, A. L.; PALOMBINI, L.; GODOY, L. M.; TUFIK, S.; BITTENCOURT, L. R. A. Musculoskeletal pain as a marker of health quality. Findings from the epidemiological sleep study among the adult population of São Paulo city. **PLoS ONE**, v.10, n. 11, e0142726, 2015.
112. SANTOS FILHO, O. C. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. **Psicossomática hoje**, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 481-490, 2010.

113. SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise-física ou psíquica? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 450, 2014.
114. SCHÄFER, A. G. M.; JOOS, L. J.; ROGGEMANN, K.; WALDVOGEL-RÖCKER, K.; PFINGSTEN, M.; PETZKE, F. Pain experiences of patients with musculoskeletal pain+ central sensitization: A comparative Group Delphi Study. **PloS one**, v. 12, n. 8, p. e0182207, 2017.
115. SIFNEOS, P. E. The prevalence of alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 22, n. 2-6, p. 255-262, 1973.
116. SIFNEOS, P. E. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 56, p. 116-122, 1991.
117. SILVA, E. A. D.; NETO, C.; LOPES, J.; FIGUEIREDO, M. C.; BARBOSA-BRANCO, A. Práticas e Condutas que Aliviam a Dor e o Sofrimento em Crianças Hospitalizadas. **Comun. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 157-166, 2007.
118. SILVA, A. F. R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. **Psicossomática hoje**, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 158-166, 2010.
119. SILVA, G.G.; SIRENA, S.A. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 123-133, 2015.
120. SOARES, F. F.; BLAZIUS, R. F.; ZADINELLO, V. U. O fenômeno psicossomático pelos conceitos de pensamento operatório e alexitimia: possibilidades de intervenção psicoterapêutica. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**. v. 23, n. 2, p. 165-180, 2016.
121. SOUZA, C. S.; OLIVEIRA, A. S. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID-10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 48-53, 2015.
122. SUBTIL, M. M. L.; GOES, D. C.; GOMES, T. C.; SOUZA, M. L. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 4, 2017.

123. STICKLEY, A.; KOYANAGI, A.; KAWAKAMI, N. Childhood adversities and adult-onset chronic pain: Results from the World Mental Health Survey, Japan. **European Journal of Pain**, v. 19, n. 10, p. 1418-1427, 2015.
124. TAYLOR, G. J. Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. **The American Journal of Psychiatry**, v. 141, p. 725-732, 1984.
125. TAYLOR, G. J. La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. **Document**. 1988.
126. TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M. New trends in alexithymia research. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 73, p. 68-77, 2004.
127. TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-american journal of psychopathology on line**, v. 6, n. 1, 2006.
128. TREEDE R.D.; RIEF W.; BARKE A.; AZIZ Q.; BENNETT M. I.; BENOLIEL R.; COHEN M.; EVERS S.; FINNERUP N. B.; FIRST M. B.; GIAMBERARDINO M. A.; KAASA S.; KOSEK E.; LAVAND'HOMME P.; NICHOLAS M.; PERROT S.; SCHOLZ J.; SCHUG S.; SMITH B. H.; SVENSSON P.; VLAEYEN J. W.; WANG S. J. A Classification of Chronic Pain for ICD-11. **Pain**, v. 156, n. 6, p. 1003, 2015.
129. VAL, A. C.; MODENA, C. M.; CAMPOS, R. T. O.; GAMA, C. A. P. D. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1287-1307, 2017.
130. VIEIRA, W. C. **A psicossomática de Pierre Marty**. In: Ferraz, F. C.; VOLICH, R. M. (orgs.). *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática*. v. 1, 2. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 17-24, 2005.
131. VIEIRA, A.; BARTZ, P. T.; JORNADA, M C. Repercussão do grupo da coluna sobre o cotidiano de mulheres que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 305-314, 2017.
132. VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**. Casa do Psicólogo, 2000.

133. VOLPI, José Henrique. Somatização: a memória emocional ancorada no corpo. **Curitiba: Centro Reichiano**, 2004. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos)
134. WALL, P. D.; JONES, M. **Defeating pain: The war against a silent epidemic**. Springer, 2013.
135. WILLIAMS A. C.; CRAIG K. D. Updating the definition of pain. **PAIN**, v. 157, n. 11, p. 2420–2423, 2016.
136. WINNICOTT, D. W. A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In D. W. WINNICOTT, **Explorações psicanalíticas**, p. 82-91, Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1989.
137. WINNICOTT, D.W. **Natureza Humana**. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
138. WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. In D. W. Winnicott, **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**, p. 332-346, Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2000.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de Perguntas

#### ROTEIRO DE PERGUNTAS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Gostaria que você me contasse um pouco de você e da sua vida para que eu possa conhecer um pouco de você.
- 2) Quais foram os acontecimentos mais marcantes da sua vida?
- 3) Você poderia me contar quando e como sua dor começou?
- 4) Teria algum acontecimento da sua vida que você associa com sua dor?
- 5) Você acredita que sentimentos ou pensamentos podem influenciar ou mudar seu corpo? Poderia dar exemplos
- 6) O que você acha que causou a sua dor?
- 7) O que mudou na sua vida depois da sua dor?
- 8) Fale o que você acha dos atendimentos que já recebeu para sua dor?



## APÊNDICE B – Questionário de caracterização dos participantes

## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Nome: (primeiro nome) e as iniciais

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor (autodefinida) \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico autodeclarado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico (prontuário médico): \_\_\_\_\_

Medicamentos que faz uso: \_\_\_\_\_

Outros tratamentos que utiliza para a dor: \_\_\_\_\_

Tempo de dor: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que te, como título: “Significados do processo saúde-doença para a pessoa com Dor Musculoesquelética Crônica”.

2.

a. Você foi selecionado por ter idade acima de 18 anos, ser portador de dor musculoesquelética há pelo menos seis meses, mas sua participação não é obrigatória.

b. O objetivo deste estudo é analisar como as pessoas com dor crônica musculoesquelética compreendem o processo saúde-doença e seus significados.

c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado pelo pesquisador e responder a algumas perguntas sobre sua vida e sua dor. A entrevista será gravada e terá a duração de uma hora aproximadamente.

3. Os riscos relacionados à sua participação são a possibilidade de se sentir constrangido, angustiado e desconfortável ao pensar sobre suas condições de vida e de saúde-doença ao responder às perguntas. Caso isso ocorra e julgue necessário, você poderá conversar com o pesquisador sobre isso, solicitar uma pausa ou mesmo pedir para interromper a participação. Caso aconteça de a entrevista despertar sentimentos que possam provocar algum tipo de problema ao entrevistado, o pesquisador poderá sugerir que o participante procure um acompanhamento terapêutico.

Os benefícios relacionados à sua participação são possíveis à medida que poderá falar e se expressar sobre suas experiências de vida, suas queixas, a origem e história do seu sofrimento e da sua dor, podendo fazer você pensar e criar novas formas de lidar com isso.

4. Toda a coleta de dados será feita por mim, Cleiber Henrique Borini, fisioterapeuta e mestrando pelo Programa de pós-graduação em Enfermagem e supervisionada por minha orientadora, Profa Priscilla Hortense e pela coorientadora, Profa Simone Saltareli.

5. Em qualquer momento do curso da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos a respeito dos procedimentos. No final do termo é fornecido os dados de contato do pesquisador.

6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Fica exclusivamente em seu critério decidir pela participação ou não na pesquisa.

7.

a. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e assegurado o sigilo sobre sua participação, ou seja, seu nome jamais será divulgado.

b. A cada participante será atribuído um número, assim no lugar dos nomes será utilizado P1, P2, P3... Qualquer informação que possa facilitar a sua identificação será omitida. Será divulgada apenas instituição onde foi realizada a coleta.

8. Você não terá ganhos financeiros ou gastos se decidir participar da pesquisa. A coleta será realizada quando você estiver no local de tratamento fisioterapêutico, antes ou após a consulta já agendada pelo serviço, no entanto, caso você tenha despesas para se locomover ao local para a entrevista, serão ressarcidas pelo pesquisador. Caso ocorram danos decorrentes da pesquisa, você poderá procurar por seus direitos à indenização segundo as leis vigentes no país.

9. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Cleiber Henrique Borini

Telefone (16)98135-8864 Rodovia Washington Luis, Km 235 Caixa Postal 676, CEP 13565-905 São Carlos/SP

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br**

**São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018**

---

Participante da pesquisa

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento para a Gravação da Entrevista

### Termo de Consentimento para gravação da entrevista

Tendo em vista que a entrevista será gravada, pedimos seu consentimento para a gravação da mesma, uma vez que facilita o trabalho de transcrição da entrevista.

Ao final de todo o trabalho de coleta das informações para a pesquisa, todo o material gravado será apagado e/ou destruído a fim de preservar o anonimato e a confidencialidade do material.

As falas já transcritas poderão ser usadas em aulas e apresentação de trabalhos em eventos, mas de maneira alguma seu nome ou identidade serão revelados.

Data:

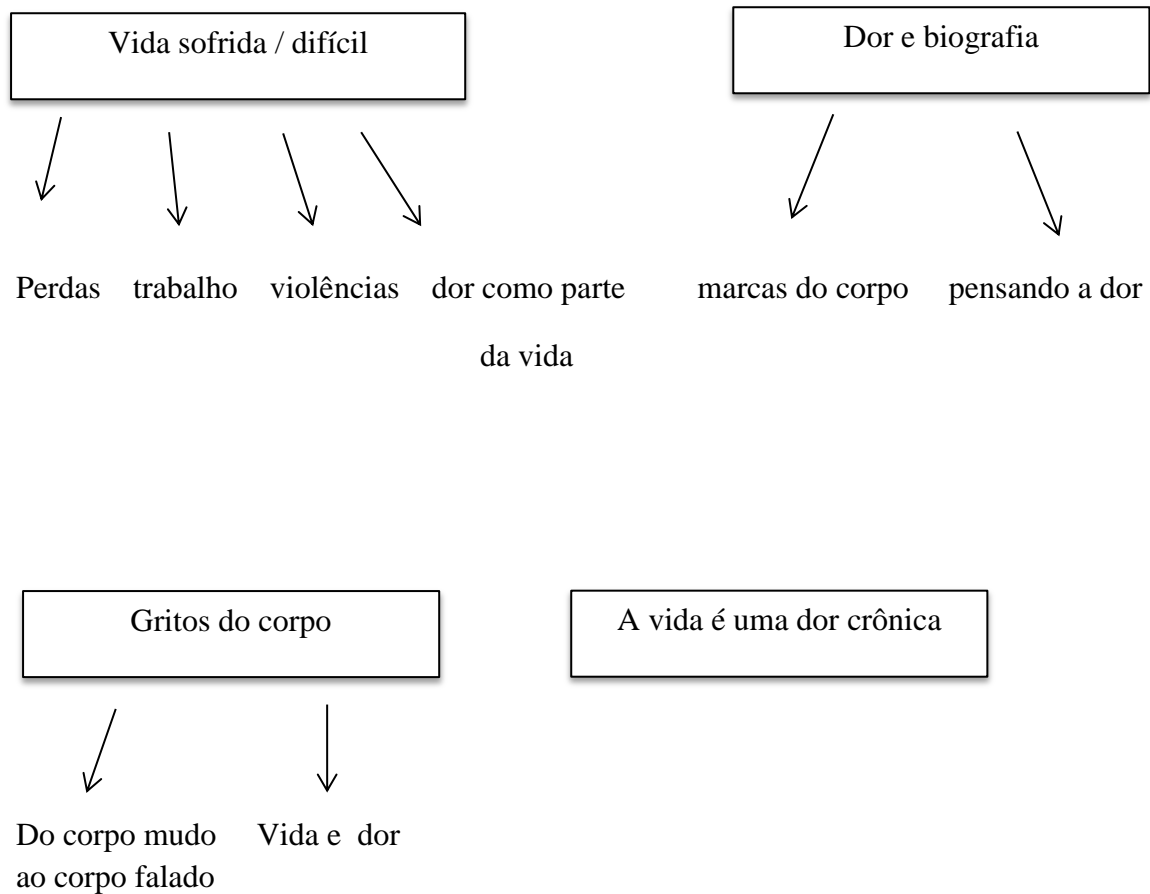
Nome do participante:

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

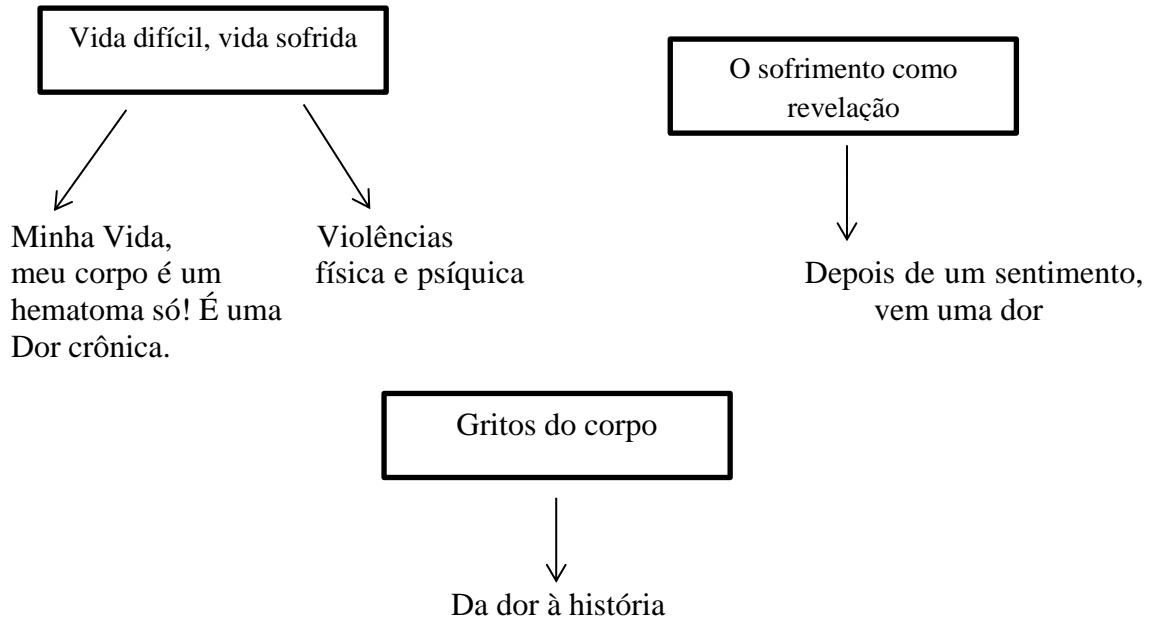
Pesquisador: Cleiber Henrique Borini

## APÊNDICE E – Mapa temático

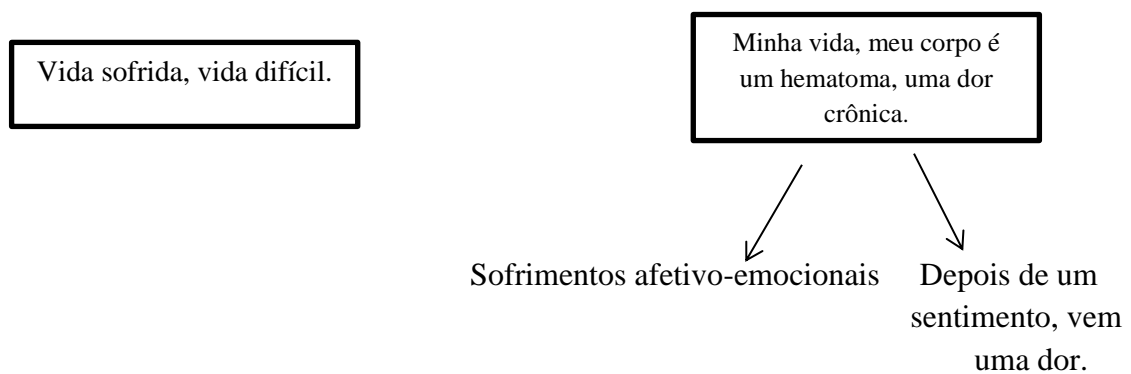
Mapa Temático inicial com quatro temas:



Mapa temático com três temas:



Configuração Final:



APÊNDICE F – Quadro: Temas, Subtemas e Falas dos participantes.

Temas	Sub Temas	Falas
Vida Sofrida, Vida difícil.		<p>...Eu ainda estava trabalhando, eu comecei já a ter dor no joelho....Meu problema tudo é o trabalho ...lá tem muitas escadas ...Eu subia de dois, três degraus acelerada, descia acelerada...coisas que se você tivesse orientação você faria diferente ... Eu não tinha nem cinquenta anos quando fui consultar com um ortopedista que falou que já era começo de artrose ...não punha o pé no chão ... a dor era terrível.....P(1)</p>
		<p>Trabalha, trabalha e trabalha ....(risos) ... em casa e fora. Bastante, sempre foi... Sempre, desde os quatorze anos! ... Sempre em produção. Hoje, há uns três, quatro, não oito anos em lingerie, que é mais leve. Mas o restante ... sempre ajudando Pai e Mãe... Na época, eu parei mesmo de estudar para ir trabalhar...(.)... eu carregava muito peso, a gente sempre fez isso. Mercado, compra, é casa e ônibus, correr, subir, era tudo isso. E quando a gente mudou, eu dormia no colchão. Tudo arrumadinho, mas colchão. Eu creio também que foi aquele ... muita força para se levantar. (...) Acho que minha dor vem de todos esses esforços da minha vida! P(6)</p>



		<p>...trabalho desde os meus 10 anos. Desde quando perdi meu Pai ... eu sempre trabalhei e estudei... Eu comecei a trabalhar com carteira registrada, aí fui trabalhar fora do bairro e estudando a noite. Sempre estudei a noite (...) ... saía sete horas da manhã, voltava onze horas, onze e meia para casa, tomava banho, jantava ...duas horas da manhã dormia, acordava sete horas da manhã e ia trabalhar de novo! ...Minha vida sempre foi essa rotina e mexo com Buffet agora também ... Para ajudar, sábado e domingo eu trabalho ... sábado e domingo eu trabalho! A única coisa que eu sei fazer é trabalhar e (risos) a hora de lazer é futebol...Toda vez que eu jogava bola, eu sentia um desconforto... estava jogando dois, três jogos numa mesma semana; coisa que eu não fazia. Geralmente era uma só. fui sobrecarregando ... chegava tarde do serviço ... aí chegava, comia alguma coisa, saía correndo para o jogo e não me alongava, não me aquecia, não fazia nada ... foi se agravando, foi se agravando... Acho que o que causou minha dor foi mais um pouco de capricho meu, eu acho que tinha que ter pensado. Eu acho que não pensei antes de fazer as coisas e eu me sobrecarreguei...Hoje eu penso antes de fazer as coisas, até em fazer um carregamento de uma carga de um caminhão eu penso antes porque antes eu catava as caixas de qualquer maneira, eu jogava de qualquer maneira</p>
--	--	--

		<p>achando que eu tinha vinte anos, não tenho mais vinte anos. Vinte anos eu carregava, descarregava um caminhão sozinho. Hoje não, se tiver alguém para ajudar, eu peço ajuda (...) Quando eu comecei a namorar, eu tinha uma bicicleta. Primeiro foi financeiramente, eu consegui trabalhar numa empresa, consegui subir de cargo. Até o último cargo na empresa eu tive. Eu só não fui além porque era uma empresa pequena. Aí ele vendeu. Eu trabalhei vinte anos numa empresa. Graças a Deus consegui comprar minha casa, casei, trabalhando nesse empresa. P(7)</p>
		<p>... desde a idade de sete anos já trabalhava na roça. Meu Pai colocava para trabalhar, tinha que apanhar algodão, tinha que trabalhar e se parasse no meio do algodão ainda apanhava com o pé do algodão...Sou a mais velha ... Poupava ele porque quando ele era pequeno, ele teve uma doença...naquela época chamava Mal de Simioto. Dizia que essa doença fazia a criança secar! Ele teve que tomar calcigenol durante três anos por causa dessa doença. Então, ele era o queridinho...não podia trabalhar porque...A gente ia colher algodão, ele ficava dentro de um balaio por medo de algodão...tinha medo de ver algodão. Até que quis trabalhar, mas o dia que queria também...se ele falasse que não ia amanhã...não ia. Eu tinha que ir.</p>

		<p>E além disso, trabalhava na roça, no meio dos espinhos, timbetes, de chinelo de dedo sem calça comprida...às vezes vestia uma do meu pai e amarrava aqui na cintura porque não podia comprar. Trabalhava e o dinheiro era do Papai... ...até os 16 nós tínhamos que trabalhar e não ficávamos com um centavo ... se eu pegasse um cruzeiro naquela época e comprasse um doce, ele queria me bater. Um dia ele pegou um cabo de enxada para me bater por causa de um doce... Ele só não me batia por causa da minha mãe que não deixava, mas meu Pai foi severo ... trabalhava na roça, no meio dos espinhos, timbetes, de chinelo de dedo sem calça comprida...às vezes vestia uma do meu pai e amarrava aqui na cintura porque não podia comprar (...) eu estava com 16 anos...eu não tinha roupa... Falei: Pai, chega! Eu vou querer o meu dinheiro. P(8)</p>
		<p>... fui nascida e criada na roça com meus pais e fiquei trabalhando com eles acho que dos 9 até os 15 anos na lavoura...(...) ...a gente morava na roça...estudávamos em escola rural. Chegava da escola e ia para a roça. Ia levar almoço para os que estavam na roça e já ficava. Era assim, minha vida. Fui criada assim. P(10)</p>

		<p>... Trabalhei muito na roça, que se diz roçado lá no nordeste. A gente levantava cedo ia para o roçado plantar feijão com o pé...(...) ... Meu Pai fazia umas covinhas, a gente ia semeando atrás e cobrindo com o pé (...) a gente buscava muita água, pegava uns barris grandes, buscava água nos açudes...eu e meu irmão a gente ia em cima do burro. Eu afirmava aqui (região do peito) e meu irmão...nós dois jogávamos (gesticulando o movimento de colocar os barris em cima do burro). Nós descarregávamos esse animal que carregava a água nos tanques para os animais do meu Pai beber. A gente tinha oito, nove anos... Depois vim morar com minha irmã. Cuidava de seis crianças dela que ela ia trabalhar muito cedo. Isso eu já estava com doze anos!... Pegava água na cisterna...de trinta metros e tinha que tirar o balde d'água com uma corda. Depois eu cuidava dos meus seis sobrinhos ...lavava roupa, fazia a comida, dava comida para eles, varria o terreiro e fazia comida...depois ia no cerrado buscar lenha para acender o fogo... Com treze eu vim embora para a cidade. Na cidade eu fui trabalhar como empregada doméstica... e daí minha vida foi trabalhar até quatro anos atrás que eu trabalhei... trabalhei como cuidadora e depois não dei mais conta. Até hoje não dou mais conta de trabalhar... não foi uma infância muito boa...foi trabalhando mesmo!(...) agachei para pegar o</p>
--	--	---

		<p>tapete...isso faz uns 40 anos ...foi a primeira vez que senti uma dor terrível na minha coluna. Eu agachei para pegar esse tapete e na hora que fui levantar, eu não levantei. P(12)</p>
		<p>Minha vida, foi uma vida praticamente muito <b>sofrida</b>...Adolescência minha foi praticamente no serviço, eu não tive lazer, não tive nada! Nunca fui uma criança de ficar brincando junto com os outros amiguinhos ...por isso que não tive estudo! ... Desde os sete, oito anos que comecei a trabalhar. Comecei a trabalhar a partir dos sete anos em diante... Não tive lazer na minha adolescência, de jeito nenhum! Fui crescendo e na minha mocidade, juventude...foi muito bom. Só que quando peguei uma idade de 18 anos, 20 anos já parti para o mundão ... ..e a gente como não tinha profissão, tinha que trabalhar nas fazendas! A gente trabalhava nas máquinas, na carpintaria...a gente ia trabalhar, sentia dificuldade, começava a doer...A gente não tinha jeito de abaixar, estava com dificuldades de abaixar o corpo por causa da junta, do movimento. Procurei um médico, ele falou: é problema de artrose, fez um RX, descobriu que era uma artrose...P(13)</p>

		<p>Minha vida, todo o tempo minha vida foi uma vida sofrida...fui criado na roça, trabalhando no pesado... me empreguei nas empresas e ali era o seguinte...como eu não tinha cultura, estudo nenhum, eu pegava aqueles serviços de ajudante geral P(21)</p>
<p>Minha vida, meu corpo, é um hematoma, uma dor crônica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofrimentos afetivo-emocionais</li> </ul>	<p>Sou a mais velha de sete irmãos. Perdi minha mãe muito cedo, com quinze anos...Eu acabei criando meus irmãos (...) Foi uma vida difícil, porque meu Pai era muito trabalhador, mas bebia muito tadinho (...) A coisa mais triste foi quando precisei parar de trabalhar (...) A gente tinha muita dificuldade porque a gente pagava aluguel...A gente tinha uma vida muito sofrida quando era criança, de coisas materiais. Faltava isso, isso, mas não faltava comida. Sempre tinha, porque a gente tinha quintal grande. Mora no interior, você cria galinha, uma série de coisas, então você não passa fome. Você não tinha era um calçado, uma roupa, não podia isso .... Minha vida foi assim! Uma vida boa, difícil...(...) Senti a morte da minha mãe, lógico, mas é diferente da perda do meu Pai (...) ele era muito apegado com os filhos e ele bebia, mas ele tinha um amor imenso nos filhos dele (...). Então, quando ele morreu, eu me senti órfã. Eu tinha uns quarenta e poucos anos, mas eu senti demais a perda do meu Pai, e foi triste porque daí um</p>

		<p>ano, eu perdi um sobrinho com 18 anos num acidente. Foi uma coisa que marcou assim ... muito sofrimento (...) Um baque e você já perde outro! Minha avó veio a falecer mais para frente, mas ela já tinha idade...de coisas materiais... Faltava isso, isso, mas não faltava comida ... não tinha era um calçado, uma roupa, não podia isso .... Minha vida foi assim! P(1)</p>
		<p>... O que me deixou mais doída é uma coisa simples .... meu avô tinha um mercado e ele falou assim: se você usar calça comprida, não entra aqui dentro! (...) ... era uma coisa muito rígida sabe (...) ...Eu não tive colegas para passear ...meu Pai não deixava sair. Ele falava, não filha, vai sair para que? Para dar trabalho? Eu pegava e ficava lendo! (...) Eu me senti ... eu me senti triste sabe! ... Depois, quando eu fui trabalhar eu me casei logo, com dezenove anos, porque cansei de ficar em casa sem fazer nada P(2)</p>
		<p>... na adolescência tinha muitos problema em casa e aí eu saí cedo para trabalhar, fui trabalhar em casa de família... Ah...brigas em casa! Entre Pai e Mãe... a gente sempre ouvia, então a gente ficava meio assim com medo! Não sabia muito o que fazer, porque criança não tem assim o que fazer!... lembranças não muito boas! Eu prefiro não ficar mexendo! ... Perdas ... de pessoas que a gente gostava, sentimento assim.... faz tempo! Pessoa muito próxima, então assim ...! (Emoção) Foi de uma maneira assim tão rápida! E marcou demais! P(3)</p>

		<p>... ele é meu primo só que a gente se considera irmãos porque a gente foi criado desde pequeno juntos, na mesma casa...Nossas mães são irmãs ...aí como nenhum dos dois tem Pai... eles (os pais) sumiram na verdade! (riso nervoso)... a gente não quer saber também hoje em dia! ... nunca fez falta na minha vida (...a gente experimenta um mix de sensações, a gente ama e odeia a escola ao mesmo tempo, que é bem puxado. Sempre eu fico muito estressada com as coisas, trabalho, provas...essa época é que eu comecei a pensar em terminar meu namoro, que eu estava vendo. Comecei a gostar de uma outra pessoa. Aí começou a ficar uma confusão dentro da minha cabeça... eu sempre vou mais pela razão entendeu! P(5)</p>
		<p>...quando meu Pai faleceu eu tinha 11 anos... Infarto.... depois o falecimento do meu marido ... Foi muito duro... foi difícil ... ele morreu de acidente! Uma pessoa jovem, trabalhador, tudo de bom, duas filhas..P(6)</p>
		<p>Minha mãe falava para mim: filho, se você quiser ser alguém, aprender alguma coisa, você tem que infelizmente, ser sozinho! Você sabe que eu não sei ler, nem escrever ...ela tinha que trabalhar. Eu praticamente vivi minha infância sozinho...meu Pai tinha um grande problema ...meu Pai era alcóolatra. Então, as lembranças que eu tenho dele é sempre bêbado. Sempre alguém trazendo. Quando não era vizinho, era polícia. Minha mãe</p>



		<p>brigando com ele porque ele estava bêbado! As lembranças que eu tenho dele ... Agora, de carinho e afeto, aí isso eu não tenho! .... Aí eu não tive não! o único carinho e afeto que eu tive, foi da minha mãe. Agora, do meu Pai não tive! P(7)</p>
		<p>...Tinha 17 anos quando engravidei do meu primeiro filho. No segundo mês de gravidez deu essa dor na perna...Meu Pai não levava no médico...fiquei um mês e três dias na cama...não virava, não sentava...minha mãe dava banho em mim na cama, dava comida na minha boca que eu não dava conta de sentar de tanta dor. Daí os vizinhos falaram: Sr. R. o senhor vai preso porque a sua filha está assim e o Sr não leva no médico. Aí ele levou... (...) comecei a namorar o Pai do meu filho mais velho ... íamos casar... quando ele viu que eu estava grávida, ele vazou! ... eu iria levar o menino na porta da sua casa porque é filho dele, porque eu não vou me virar sozinha com o menino não! (brava)... Ele mandou o recado: ela pode trazer, vou amolar o punhal...quero pegar esse menino jogar para cima e esperar na ponta do punhal (risos). Gente, aquilo me deu um ódio...tomei um ódio do homem...(...) marido ficou doente, ele era caminhoneiro ... a pneumonia veio pelo problema do câncer ... com dois</p>

		<p>meses morreu. Fiquei sozinha (...) tinha perdido meu marido, a neta que eu criava, fugiu com um cara que eu não queria. Estava nervosa...com stress....(...) Quer saber de uma coisa filha: você já está cansada de mim! Então, você fica falando essas coisas para mim. Você está com vontade que eu morra...Então, porque a senhora não morre? Morre Mãe! ...Parece que ela deu uma facada no meu peito...Morre...aquilo acabou comigo. P(8)</p>
		<p>Minha infância foi uma infância ... assim ... precária, como todo nordestino. Foi difícil minha infância e na alimentação também não foi fácil. Era uma alimentação muito escassa, pobre em vitaminas... na idade de 13 anos eu me transporte para São Paulo ... já vim de lá com bacilos da tuberculose ... tive que ficar seis meses em Campos do Jordão internada, afastada da família ainda adolescente (...) A Mãe era separada do meu Pai. Na minha infância, desde os meus cinco anos de idade que ele nos abandonou!...minha irmã mais velha que aguentava as responsabilidades...ela foi o suporte nosso! Foi assim que a gente sobreviveu! ...(...) depois de muito tempo ele voltou... ele chegou lá sem ser convidado (risos) ...é engraçado! (risos)... Estranho! Porque fazia tantos anos. É estranho ...mas depois a gente sente .....eu gostava muito dele! A</p>

		<p>gente ... aquele vínculo de Pai... Quando ele voltou meu irmão já havia falecido, ele não viu meu irmão assim ....rapaz! Infelizmente ... foi tudo isso! (...) Voltou a primeira vez, ficou um pouco, foi embora de novo ...Depois de muito tempo ele voltou de novo ...voltou para morrer. Voltou e logo ele faleceu! (...) nessa mudança era para a minha mãe ir junto conosco. Estava tudo pronto, compramos a passagem e ela iria na frente e depois a mudança e nós iríamos atrás, mas nesse correr de semana de viagem dela, ela sofreu um AVC. Daí pronto...! Nós ficamos com ela no hospital 26 dias internada, mas ela veio a óbito e nós desmanchamos essa viagem, essa mudança... Eu fiquei um pouco depressiva com a morte da minha mãe. Aí fomos para lá com mudança e tudo! (...) ... era um serviço que eu ficava muitas horas em pé na cozinha preparando as coisas para vender. Ficava horas em pé, não podia sentar, então isso vai desgastando ... P(9)</p>
		<p>...Eu sentia muita falta da minha mãe...Dois anos antes de eu casar, eu ...sentia muita falta dela porque eu ficava muito sozinha, não tinha nenhum parente. Então de vez em quando eu sentia alguma coisa e falava: ai mãe...se a senhora estivesse aqui, poderia ter me ajudado (...) muitos anos</p>

		<p>depois que fui ver minha mãe aqui no estado de São Paulo. Fui com uma cunhada minha e na verdade, eu não tenho aquele sentimento grande pela minha mãe, porque quando eu fui para ver ela, ela ....eu senti que ela é afastada de mim. P(12)</p>
		<p>... “o fazendeiro lá que era o patrão da gente tinha seus capatazes nas fazendas dele e ....ele batia nos peões ...quando peguei uma idade de 18 anos, 20 anos já parti para o mundo...fui lá para o Mato Grosso, Goiás ...e a gente como não tinha profissão, tinha que trabalhar nas fazendas! E trabalhava como escravo, do jeito que o patrão queria!...já vinha acostumado no serviço pesado desde criança, aquilo ali para mim não foi coisa estranha. Só que eu pensava que poderia acontecer alguma coisa estranha comigo, como eu via eles fazerem com os outros....bater, matar ...essas coisas...então às vezes ficava pensando que poderia acontecer um dia com a gente... nunca aconteceu isso porque o homem me conhecia ...pela minha conversa, pela relação que a gente tinha com ele, ele sabia mais ou menos com quem estava mexendo. Não que eu era uma pessoa violenta, mas eu tinha uma psicologia ...sabia com quem eles estavam mexendo ... trabalhava como escravo, do jeito que o patrão queria! Tinha</p>

		que fazer o que ele queria. Era sol, chuva, domingo, feriado ...P(13)
		...teve um neném, mas teve problema de oxigênio e se tornou um bebê ... ele não anda, não fala...está com 13 anos ... Ele é a razão da minha vida ... (emociona-se)... Nossa, menino do céu... tenho verdadeira paixão por ele!!! ...P(14)
		... minha infância foi meio conturbada, dos três aos quinze anos ... meu padrasto mexia com drogas...já chegou a bater em mim, na minha mãe...na minha irmã pequena... de todos esses anos foram bem poucas vezes, mas quando aconteceu, ficou marcado... eu tinha quatro anos mais ou menos e ele me pegou de uma forma que a mão dele fechou no meu rosto ...começou a sangrar minha boca e ficou tudo roxo (mostra ao redor da boca). (...) A gente passou muitas dificuldades...meu padrasto ficou desempregado, minha mãe era diarista e o que a gente ganhava não dava ... (...) o padrasto começou a ir na igreja, teve uma evolução muito grande...só que ele voltou para o mundo das drogas e não dava mais...começou a vender tudo o que tinha dentro de casa...(...) Minha mãe saiu às pressas porque ele falou que a gente ficasse lá, ele ia matar todo mundo. Foi quando a gente foi embora para a casa da minha avó (...)...quando eu entrei

		<p>para o ensino médio mais ou menos é que foi melhorar porque minha mãe separou-se...(..) Não tinha contato com meu Pai nem nada, nem parentes da parte do meu Pai... a gente não tem muita afinidade, não procuro muito, eles também não procuram...para mim não faz muita diferença ... Aos 15 anos meu pai apareceu de repente...não pagava pensão...ficou até preso uma época ... Eu tinha muita mágoa dele antigamente ...agora eu estou mais tranquila...só que ainda falta um pouco ... uma coisinha ou outra que eu preciso...me libertar literalmente porque sinto raiva dele... (..) descobri que tinha problemas de coluna...com uns 12 anos porque eu sentia muita dor na parte superior direita ... o ortopedista disse que meu problema não era nada, era só uma dor que não tinha problema nenhum... P(17)</p>
		<p>Não tive juventude... Porque meu Pai era muito carrasco...não deixava usar calça comprida, só vestido ...aquela coisa de gente do mato (...)... Meu Pai era muito rígido...não deixava sair para lugar nenhum... casei muito nova... Já que eu não tenho liberdade nem para sair, nem para passear...Ah...vou casar...ter minha casa...P(18)</p>
		<p>...Conheci uma pessoa muito legal, que já faleceu...ficamos quatro anos praticamente juntos e nasceu meu filho...(..) o filho tinha nove anos</p>

		<p>quando o Pai dele faleceu ... minha chefe disse: vai para a cidade da sua mãe, fique com ela. Não tive muita sorte... em 1992 me mudei para a cidade onde morava minha mãe.... e em 1993 minha mãe morreu (...) Ou foi uma benção eu ter vindo, porque eu tive a oportunidade de ficar com ela mais no fim da vida ...(...) Em 1993 comecei a procurar médico, fazer fisioterapia... começou a doer os joelhos, os ombros, as costas.....começou a doer tudo... não sei te explicar o que causou minha dor(...) minha infância...foi difícil...criada sem Pai, vendo a mãe sofrendo, fazendo tudo aquilo ali para a gente. Minha mãe viveu para a gente...nunca se casou novamente...P(20)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depois de um sentimento, vem uma dor.</li> </ul>	<p>(...) Minha dor começou quando minha mãe ainda era viva...minha vida estava horrível, muito triste! Minha mãe estava com câncer (emoção) ...Eu sentia uma tristeza vendo cada dia minha mãe. P(2)</p>
		<p>... Quando a gente sobrecarrega muito os pensamentos com problemas eu acho que ele vai influenciando o organismo da gente .... o emocional! ... Às vezes a gente fica muito apreensiva, pode influenciar tipo o intestino, alguma outra coisa, ou uma dor mesmo muscular ou outra coisa...passei por um processo de separação, que foi assim, muito doloroso (com a voz</p>

		<p>embargada). Eu não queria me separar e acabei tendo que me separar! Sofri muito, muito tempo.. (emoção) e até hoje acho que não superei totalmente essa parte. Aprendi a aceitar, mas ...também pode ser alguma coisa assim em relação a isso ... Pode ser essa dor também relacionada a esse sentimento!... P(3)</p>
		<p>...tenho um casamento meio frustrado ... Porque meu esposo na época, a gente passou uma dificuldade muito grande (emocionada) e a família dele não me aceitava. ... Eles nunca me aceitaram! (chorando muito) ... eles falavam para o meu esposo que eu não era uma boa pessoa para ele, que ele não devia ficar casado comigo. Isso mexe muito, eles me humilhavam muito. Eles falava muito mal de mim! ... Até meu próprio esposo me humilhou muito! Eu estou com ele hoje, nem sei porque ... A gente teve a nossa vida sexualmente muito fria, muito mesmo por causa desse impacto que teve. É uma coisa assim que mexe também muito comigo porque ele mesmo falava para as irmãs dele que eu não virava nada, falava para os outros que chegassem na minha casa, falava para todo mundo assim: eu não sei porque essa cama aí, porque ela não vira nada! Isso dói demais por um ser humano... tem hora que a gente desmancha também, porque a gente</p>



		<p>é carne! Dói muito, esse fato do meu casamento. Dói muito! (emocionada)...P(4)</p>
		<p>. Eu acho que foi também aquilo aquela época... Fora do peso do andar, de fazer tudo, foi lá! ... Estava bem doida da cabeça naquela época, bem <b>difícil</b> para nós! ... Problemas ...querendo dar conta da casa sozinha! Entrou gente lá com vinte e cinco dias que a gente morava ...aí eu acabei ficando pior...minha filha ficou com depressão... Então, foi tudo que ...Hã! Naquele pouco ali! Foi onde que eu fui embora! Perdi muito, mas vendi e fui embora de lá. É muita passagem assim. Ali foi duro! ... eu fiquei muito triste aquele época. Tudo abalou ... minha pressão alterava ...foi bravo ...lá foi! P(6)</p>
		<p>... meu marido ele era bem rude ... Ele saia, ficava dois dias fora de casa... dormia fora ...chegava sem nada e, ainda qualquer coisinha ele ameaçava a gente de morte...não gosto nem de lembrar...(emociona-se ....choro contido)...Ele era ruim demais!!!...naquela época a gente casava para ficar, não casava para separar. A gente não foi criada com liberdade de conversar com Pai com Mãe o que estava acontecendo em casa ...(emociona-se novamente)... A única vez que eu fui falar para minha mãe que a gente</p>

		<p>não vivia bem ...o que ele fazia... ela falou: ruim com ele, pior sem ele! Você casou, você aguenta! Isso eu fiquei durante 19 anos... esse casamento...Acho que marcou para o resto da vida ...para a eternidade... ele ainda falava: se você falar tal coisa para alguém eu mato você e a família inteira! ...ele dormia com uma arma debaixo do travesseiro...(...) Enfiava o cano do revolver dentro da minha boca ...te estouro a cabeça se você falar alguma coisa para sua família...que eu fiz isso, fiz aquilo...eu te mato! Então era um bicho acuado, com medo o tempo todo! ... Ele me apostava no jogo...quem ganhasse podia me levar...(emocionada) ... Eu vivia com isso aqui (pescoço) tudo marcado dele tentar me enforcar! Vivia tudo dolorido... ele partiu para cima do meu filho, eu entrei no meio. Ele me deu um chute que me jogou longe! ... Tapa, soco, humilhava na frente dos outros ...mas nesse dia que ele jogou meu filho no chão, pisou no pescoço (...)Isso são coisas que me marcam muito...é muita coisa para uma cabeça só! Hoje fico pensando que meus problemas começaram a aparecer nessa época (...)Essas coisas eu nunca contei nem para o Psiquiatra, Psicólogo que já passei. Nunca contei! Estou te contando agora (...) sempre fui uma pessoa triste ... acho que minha dor tem a ver com acúmulo de ressentimentos guardados! Só pode ...porque todo mundo fala que se você</p>
--	--	---

		<p>não põe para fora vai aparecer de alguma forma (...)? Minha vida, meu corpo, é um hematoma só! É uma dor crônica (...)Tudo isso que eu vou engolindo, engolindo, um dia sai ... ou alguma coisa no corpo ou em forma de dor ... P(10)</p>
		<p>...Perdi minha filha ...ela estava com 21 anos...(tristeza)... Ela casou, engravidou com 21 anos e no mesmo ano ela foi ter a filha e deu ...eclampsia... e ela tinha aneurisma só que a gente não sabia... o aneurisma estourou e .....não teve como os médicos salvarem nem ela nem a criança (...) Meu filho, ele....está preso! Já tem sete anos.. ele estava muito bem em casa e de repente foi fazer o que não precisava e eu fiquei abalada, nervosa...não consegui chorar...não consegui falar...fiquei com aquilo engasgado. Quando foi no outro dia, parecia que eu tinha levado uma surra de uma madeira muito dura. Fiquei completamente doída... eu sofri muito. Hoje eu já não sofro mais! Eu tirei um pouco dessas coisas de mim, porque era muito sofrimento e eu fiquei doente. Eu não podia andar com essa coluna P(12)</p>
		<p>...não queria ser separada...achava que não podia ... Eu queria que fosse para sempre, mas passou....(silêncio)... Às vezes acho que fui culpada ....</p>

		<p>culpada assim...de não ter ajudado a outra pessoa, mas não que o problema estivesse em mim (...) meu marido era muito ruim...ele ignora a filha dele ... trabalhava de costureira, no salão que era herança do pai dele. Ele me obrigou a sair de lá... Ele fez eu sair, desocupar o salão que era dele... Dezesesseis anos eu fiquei lá dentro.... Era minha oficina de conserto de roupa ... ele começou a me mandar embora, me mandar embora...desocupar, todos os dias... ..nesses três anos eu piorei...quis me dar uma depressão ... perdi a vontade de costurar...peguei raiva! (emociona-se)...(...) A dor começou mesmo trabalhando... estava lá ... Ainda era casada (...) Quando começou essa dor, com trinta e poucos anos ... Ah, já estava, eu já tinha achado que estava tudo errado, mas não conseguia sair da situação. Eu sempre achava que a gente não podia separar...que era melhor aguentar! ... A gente acha que dor ... A gente nunca acha que tem ligação com sentimento, eu não acho isso...(..) agora, acho que sim... Estou vendo... já li muito...estou sempre procurando ler...escutar um psicólogo falando... Aí você fala ...tem muito aquela ligação com o que acontece mesmo (...) quando a gente começa a ficar nervosa, triste com a situação das coisas que estão acontecendo, as dores vem sim. A gente que não consegue ver assim, mas ela vem. A dor vem</p>
--	--	---

		sim....Depois de um sentimento sempre vem uma dor. P(15)
		“... na hora que que sentei, uma perna veio para cá e a outra para lá...foi a primeira vez que saiu fora do lugar.....Minha mãe tinha acabado de se separar... Inchou muito, fui ao médico, colocaram no lugar, fiquei seis meses sem andar a primeira vez ...(...) ... estava bem, ia para a igreja...não estava tão ruim não! ...até já tinha esquecido que havia saído do lugar...quando estava grávida, há quatro anos, quando fui sentar na cama, saiu e voltou...coisa de segundos. Voltou sozinha ... Há 5 meses saiu novamente e não voltou... Quando muda o tempo, dói, para descer escadas dói...saiu fora do lugar, umas seis, sete vezes...(...) Minha mãe e meu Pai se separaram nós tínhamos dez anos, mas hoje são super amigos ...(...) Sou separada, duas crianças são desse atual, que acabei de separar e o mais velho não é dele, mas quando ele me conheceu, meu filho tinha seis meses. Ele que me traz e me busca na fisioterapia.....(..)... Agora estou desempregada...primeiro por causa do nenê, porque eu saio do serviço, não tinha como voltar por causa da escolinha e depois em fevereiro, sofri acidente, ele até entrou na escolinha, mas eu não podia trabalhar porque não estava andando direito e agora, depois que terminar a fisioterapia, vou

		arrumar um serviço (...)...já não saio de bicicleta porque tenho medo, se vou chutar uma bola com as crianças, eu já não brinco porque tenho medo de sair do lugar”. P(16)
		...Essa fibromialgia eu tenho há uns treze anos mais ou menos... É uma dor insuportável... já entrei muito em desespero, já tive muita angústia...e perdi um pouco do prazer de viver também porque são muitas dores! ... Às vezes me sinto muito angustiada. Dá vontade de chorar... Depois que casei minha vida foi um inferno com o Pai dos meus filhos...Ele era trabalhador, mas era alcoólatra. Bebia todo santo dia! Bebia e ainda tinha mais bebida em casa. Quando vinha do serviço, ele vinha fazendo via sacra pelos botecos. As mágoas, as brigas...isso machucou muito o coração...muito, muito mesmo! Entre namoro e casamento, convivi com ele trinta e um anos, mas sofri muito nas mãos dele ... ele ainda foi agressivo comigo umas duas ou três vezes. Eu sempre dizia para ele: vou deixar minhas filhas crescerem e vou te tacar o chute ... filhos já cresceram... pedi a separação. Ele aceitou e depois não aceitava..... Não aguentava mais a vida que eu levava...Falei: não, vou ter que me separar...pensava muitas vezes em suicídio...eu não aguento essa vida!!! (...) Durante esses vinte e

		<p>oito anos de casamento, foi um tempo que perdi da minha vida...que deixei de viver!! ... Foi um pedaço da minha vida que se foi e eu não vivi. Hoje me encontro aqui cheia de dores para todos os lados... Sinto tipo de uma revolta por dentro...que eu não podia dar jeito. Eu convivia com aquele problema, mas não podia dar jeito... porque eu era pobre, não tinha condições de sair de dentro de casa com dois filhos. Não tinha para onde ir, nem situação financeira. Aí eu aguentei...por isso! (...) O reumatologista falou que essa fibromialgia é gerada de nervoso e reumatismo ... O nervoso que passava dentro de casa...muita raiva do meu ex-marido (...) está com dois anos que perdi um irmão...mataram ele...(emociona-se) e colocaram fogo no corpo dele com carro e tudo...Quando fez sete meses que a minha mãe sofreu um derrame, do mais forte, mataram meu irmão. Aí, foi muita dor...duas dores fortes. Nós somos uma família muito apegada uns aos outros...somos muito unidos graças a Deus, então isso machuca muito a gente... P(18)</p>
		<p>Em 1992 descobri a hanseníase e em 1996 tive alta... em 2001, veio me dar uma tendinite e dessa tendinite já veio a coluna...fiz exames e deram vários problemas na coluna. Passando esses tratamentos foi que meu esposo ficou</p>

		<p>doente. Em 2009 descobri a fibromialgia... Em 2012 meu esposo descobriu o câncer... em 2014 ele faleceu e acho que me afetou mais. Sofremos com ele em vida, depois, parece que foi pior porque a gente esperava o retorno dele e a gente sabe que não tem esse retorno. Foi que fui piorando, piorando ....(...) Olha...vou ser sincera...já sofri bastante...por ter casada nova ...teve uma época boa e teve uma ruim também. Como disse, nós passamos fome, morei na favela...passamos fome mesmo ...E o sofrimento de ver meu esposo sofrendo e a gente não poder ajudar P(19)</p>
		<p>Minha dor começou trabalhando numa firma... comecei a sentir uma dor, começou a faltar a perna...um dia eu caí lá e apresentou uma dor. Aquela dor...eu ficava em pé e para andar eu tinha que mancar...Nessa época, minha vida estava boa...não sentia problema algum...quer dizer, eu já sentia...um problema de pressão alta ... Depois a artrose também veio junto, depois veio essa aceleração do coração que me ataca de vez em quando e depois apareceu um glaucoma (...) Quando eu lembro que Jesus sofreu por nós e ele não abriu a boca para falar nada...nós também temos que pagar, temos que passar por esse sacrifício (...) O que causou a minha dor foi o seguinte: você pode não compreender, mas o que causa a dor em</p>



		<p>cada um de nós é a consequência do pecado! (...) antes de chegar na igreja, eu era uma pessoa que fazia a vontade do mundo...aquilo que o mundo oferecia, eu agarrava de frente...ia para festas, tinha minhas namoradas, eu me juntava com um companheiro e nós andávamos juntos, passeando e tomávamos uma bebidas.....só fazia coisas que, para mim, eu achava que era bom.... quando a gente não conhece Deus, a gente só faz aquilo que desagrada a Deus.. É a consequência do pecado é que causa a dor na gente...sabe porque? Porque a gente é o ser humano que Deus deixou para ser perfeito, mas a gente mesmo procura derrotar o nosso próprio corpo, fazendo coisas ao contrário, mas se nós fizéssemos coisas ...só aquilo que pertence a Deus não teria dor....P(21)</p>
--	--	--

## ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência da Clínica de Fisioterapia Barão de Mauá

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Clínica de Fisioterapia Barão de Mauá, informo que o projeto de pesquisa intitulado **Significados do processo saúde-doença para a pessoa com Dor Musculoesquelética Crônica** apresentado pelo (a) pesquisador (a), **Cleiber Henrique Borini** e que tem como objetivo principal **Analisar como as pessoas com dor musculoesquelética crônica compreendem o processo saúde-doença e seus significados**, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura:

Cristiane D. Borini D. Orellana  
 GRETEC - 2018  
 Coordenadora da Clínica

(representante legal)

15.03.2018

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – UFSCar



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Significados do processo saúde-doença para a pessoa com Dor Musculoesquelética Crônica

**Pesquisador:** CLEIBER HENRIQUE BORINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86958618.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.636.384

### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado. Estudo exploratório e descritivo, de caráter qualitativo. O estudo será realizado em uma Clínica de Fisioterapia do interior do Estado de São Paulo com portadores de dores crônicas de diversas patologias musculoesqueléticas. Será feita entrevista semiestruturada e análise de conteúdo proposto por Bardin (1977).

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Analisar como as pessoas com dor musculoesquelética crônica compreendem o processo saúde-doença e seus significados

Específicos:

- Identificar as elaborações psíquicas presentes no processo saúde-doença dos portadores de dor musculoesquelética crônica;
- Investigar, na perspectiva do paciente, como os profissionais da saúde se posicionam diante da dor musculoesquelética crônica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS: Os riscos relacionados estão associados à possibilidade de o participante sentir-se constrangido, angustiado e desconfortável ao pensar sobre suas condições de vida e de saúde-doença ao responder às perguntas. Caso isso ocorra e julgue necessário, o participante poderá conversar com o pesquisador sobre isso, solicitar uma pausa ou mesmo pedir para interromper a participação.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

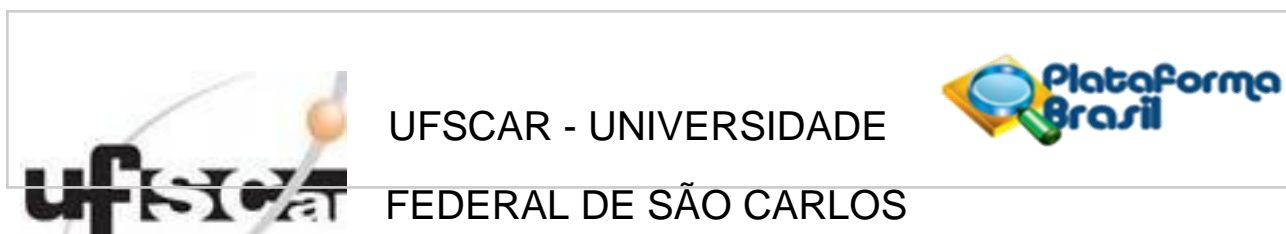
**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)



Continuação do Parecer: 2.636.384

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios são possíveis à medida que ao falar, cada participante poderá expressar-se sobre suas experiências de vida, suas queixas, a origem e história do seu sofrimento e da sua dor, podendo fazer com que cada um venha a pensar sobre os significados do processo saúde-doença e até criar novas formas de lidar com isso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Temática com relevância acadêmica e social. Método de pesquisa adequado para responder aos objetivos. Cronograma exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios: formulário com informações sobre o projeto da Plataforma Brasil; folha de rosto; projeto detalhado; declaração de anuência da instituição onde será desenvolvida a pesquisa; orçamento da pesquisa; cronograma e TCLE. O TCLE apresenta linguagem clara e acessível; descreve que a participação é voluntária e que será garantido sigilo; apresenta os possíveis riscos e benefícios e a forma de manejo; consta o endereço, telefone e horário de funcionamento do CEP e o direito a indenização caso ocorra algum dano referente a sua participação na pesquisa. Não informa o tempo aproximado da entrevista e que esta será gravada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado desde que realize as seguintes adequações:

- Informar no TCLE o tempo aproximado da entrevista e que esta será gravada.
- A titulação "Profa. Dra" do pesquisador no TCLE pode impor um caráter autoritário, podendo comprometer a autonomia do participante da pesquisa, solicita-se adequação.



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** RODOV IA WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 14.090-180

**UF:** SP

**Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** ((16)3351-9683

**E-mail:** [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Tipo de Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1059710.pdf	19/03/2018 13:39:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	18/03/2018 23:15:46	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	17/03/2018 10:36:33	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	16/03/2018 08:38:23	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
Orçamento	OrcamentodaPesquisa.docx	13/02/2018 20:08:36	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
Cronograma	CronogramadaPesquisa.docx	13/02/2018 20:02:35	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/02/2018 14:23:55	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito



**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SÃO CARLOS, 04 de Maio de 2018

---

**Assinado Ricardo  
Carneiro Borra  
(Coordenador)**

**Endereço:** RODOV IA WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 14.090-180

**UF:** SP

**Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** ((16)3351-9683

**E-mail:** [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - Centro Universitário Barão de Mauá

CENTRO UNIVERSITÁRIO



BARÃO DE MAUÁ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Significados do processo saúde-doença para a pessoa com Dor Musculoesquelética Crônica

**Pesquisador:** CLEIBER HENRIQUE BORINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86958618.7.3001.5378

**Instituição Proponente:** ORGANIZACAO EDUCACIONAL BARAO DE MAUA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.693.654

### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado. Estudo exploratório e descritivo, de caráter qualitativo. O estudo será realizado em uma Clínica de Fisioterapia do interior do Estado de São Paulo com portadores de dores

crônicas de diversas patologias musculoesqueléticas. Será feita entrevista semiestruturada e análise de conteúdo proposto por Bardin (1977).

### **Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Analisar como as pessoas com dor musculoesquelética crônica compreendem o processo saúde-doença e seus significados

**Específicos:** Identificar as elaborações psíquicas presentes no processo saúde-doença dos portadores de dor musculoesquelética crônica; investigar, na perspectiva do paciente, como os profissionais da saúde se posicionam diante da dor musculoesquelética crônica.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** Os riscos relacionados estão associados à possibilidade de o participante sentir-se constrangido, angustiado e desconfortável ao pensar sobre suas condições de vida e de saúde-doença ao responder às perguntas. Caso isso ocorra e julgue necessário, o participante poderá conversar com o pesquisador sobre isso, solicitar uma pausa ou mesmo pedir para interromper a participação.

**Endereço:** RAMOS DE AZEVEDO

**Bairro:** JARDIM PAULISTA

**CEP:** 14.090-180

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3603-6600

**Fax:** (16)3618-6102

**E-mail:** [cepbm@baraodemaua.br](mailto:cepbm@baraodemaua.br)

CENTRO UNIVERSITÁRIO



BARÃO DE MAUÁ

Continuação do Parecer: 2.693.654

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios são possíveis à medida que ao falar, cada participante poderá expressar-se sobre suas experiências de vida, suas queixas, a origem e história do seu sofrimento e da sua dor, podendo fazer com que cada um venha a pensar sobre os significados do processo saúde-doença e até criar novas formas de lidar com isso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a análise atual refere-se a participação do Centro Universitário Barão de Mauá como co-participante do projeto de pesquisa

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- apresentados anteriormente para aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- nenhuma pendência

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	18/03/2018 23:15:46	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	17/03/2018 10:36:33	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	16/03/2018 08:38:23	CLEIBER HENRIQUE BORINI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** RAMOS DE AZEVEDO**Bairro:** JARDIM PAULISTA**CEP:** 14.090-180**UF:** SP**Município:** RIBEIRAO PRETO**Telefone:** (16)3603-6600**Fax:** (16)3618-6102**E-mail:** [cepbm@baraodemaua.br](mailto:cepbm@baraodemaua.br)



## CENTRO UNIVERSITÁRIO

## BARÃO DE MAUÁ

Continuação do Parecer: 2.693.654

RIBEIRAO PRETO, 05 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**

**Cristina Endo**

**(Coordenador)**

**Endereço:** RAMOS DE AZEVEDO

**Bairro:** JARDIM PAULISTA

**CEP:** 14.090-180

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3603-6600

**Fax:** (16)3618-6102

**E-mail:** cepbm@baraodemaua.br

