



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Arcanjo, Giselle; da Silva, Raimunda M.; Nations, Marilyn K.
Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 389-397
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012212>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas

Popular knowledge related to back pain in northeastern Brazilian women

Giselle Notini Arcanjo ¹
Raimunda M. da Silva ¹
Marilyn K. Nations ²

Abstract *Analyzing and understanding people's conceptions and actions regarding back pain is relevant since they can be part of the disease's explanation and cure. The nature of this study is qualitative with an anthropological focus. It was carried out from January to February, 2005 with nine women between 45 and 58 years of age with chronic back pains who participated in a health support group for menopausal women in a teaching institution in Fortaleza, Ceará. Nine (9) in-depth ethnographic interviews were conducted with key informants exploring their problems, worries, coping strategies, their notion of quality of life and barriers to achieving this, especially as related to back pain. It was observed that back pain encompasses problems and solutions ranging from psychological, socioeconomic and political to educational aspects. Despite informants' low educational levels, they present a holistic view of health and a rich coping and cure-seeking experience. Because daily life activities can be considered as cultural risk, they need to be considered. It is, thus, necessary to consider the socio-cultural, economic, political and environmental context, in order to develop educational actions to promote health.*
Key words Culture, Back pain, Women

Resumo *Analisar e compreender o pensamento e a ação das pessoas que referem dores nas costas tornam-se atos relevantes, no momento em que podem fazer parte da explicação e da cura de sua doença. Trata-se de estudo qualitativo, com enfoque antropológico, realizado nos meses de janeiro a fevereiro de 2005, com mulheres na faixa etária entre 45 a 58 anos, com dores crônicas nas costas, que participavam de um grupo de apoio à saúde de mulheres no climatério numa instituição de ensino em Fortaleza, Ceará. Foram realizadas nove (9) entrevistas etnográficas em profundidade, explorando suas perturbações, estratégias de enfrentamento, noção de qualidade de vida e barreiras para atingi-la, além de aspectos relacionados às dores na coluna. Observou-se que a dor envolve problemas e soluções de ordem cultural, psíquicoespiritual, socioeconômica, política e educacional. Apesar de os informantes terem baixo nível de escolaridade, apresentaram uma visão holística de saúde, mecanismos de enfrentamento e busca da cura. Atividades relacionadas ao seu dia-a-dia podem ser traduzidas como risco cultural e por isso precisam ser consideradas. Conclui-se que há necessidade de rever o contexto sociocultural, econômico, político e ambiental para desenvolver ações educativas na promoção da saúde.*
Palavras-chave Cultura, Dor nas costas, Mulher

¹ UNIFOR, Av. Washington Soares 1321/bl. S/sala 01, Edson Queiroz. 60811-905 Fortaleza Ceará.
gnotini@hotmail.com

² UNIFOR e Universidade de Harvard, EUA

Introdução

Entendemos que a dor modifica e limita aspectos da qualidade de vida, porquanto impõe ao seu portador mudanças que causam transtornos pessoais, conflitos sociais e perdas afetivas, familiares, da autonomia e interrupção de projetos de vida. Em 1969, o antropólogo Zborowski¹ descobriu a dimensão sociocultural de conviver com a dor crônica e, mais recentemente, em 1992, os antropólogos Good e Mary-Jo DelVecchio² exploraram, com maior profundidade, a experiência humana com dor crônica. Apesar desses estudos, ainda persistem grandes lacunas na nossa compreensão sobre essa experiência humana em relação a esta sensação dolorosa em contextos culturais variados.

Schmidt *et al.*³ referem que cerca de 80% da população, em algum momento de sua vida, já experimentaram a queixa de dores na coluna e a incidência e a prevalência deste sintoma são de tal modo freqüentes que devem ser estudadas como desordens epidêmicas, sociais e que causam grandes prejuízos econômicos, pois é a queixa mais reiterada nos serviços de saúde, a principal causa de afastamento do trabalho e de benefícios requeridos à Previdência em razão da deficiência causada.

As algias da coluna podem estar relacionadas a problemas de ordem postural, em decorrência das atividades diárias; de fatores ambientais inadequados – sejam familiares, profissionais ou de estudo; de mudanças de estrutura corporal, como o estado de gravidez e obesidade; da permanência por prolongado tempo em incorreta posição sentado, em pé ou no ato de dirigir veículo automotor; do tipo de trabalho e nível de atividade física; em razão de comportamentos sedentários⁴. Nas mulheres no climatério, a insuficiência ovariana secundária ao esgotamento dos folículos primordiais leva a uma diminuição dos hormônios sexuais que, por sua vez, tornam a mulher susceptível a uma série de doenças, dentre as quais os sintomas mais freqüentes relatado por elas são as sensações algícas da coluna espinhal⁵. Além disso, variáveis genéticas, psicossociais, econômicas, acesso às políticas sociais, educacionais e de saúde, precárias condições de vida e de saúde, também podem influenciar no agravamento da sintomatologia, conforme referem Bringuen-*te et al.*⁶.

Assim, fazem-se necessárias ações em torno da Promoção de Saúde, principalmente no nível primário de atenção, para que haja um controle dos custos, cada vez mais crescentes na assistên-

cia médica e que não correspondem a resultados igualmente significativos, partindo de uma abordagem mediante a qual se reconheçam diferenças entre as pessoas; a identificação e ação sobre os fatores de risco na comunidade; acompanhamento e identificação dos problemas enquanto não estão resolvidos⁷.

As cartas e declarações de Promoção da Saúde explicam mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde, para que as pessoas sejam vistas e assistidas na integralidade do seu ser. Relatam que os serviços de saúde não de manter uma postura abrangente e que respeite as peculiaridades culturais, além de uma participação ativa das pessoas na modificação do modo de viver⁸.

Ante tais reflexões, acreditamos que o modo de pensar e agir da população na sua vida cotidiana, ou seja, o Modelo Explicativo Popular^{9,10} da dor da coluna, torna-se relevante e deve ser desmistificado e questionado. O que as pessoas pensam sobre as causas de suas dores na coluna? Como essas dores modificam o seu estilo de vida? O que provocam nestas pessoas? O que lhes falta para terem melhor qualidade de vida? Quais as estratégias de enfrentamento para superar ou minimizar a dor?

Em meio a uma multiplicidade de conceitos, para Ferreira¹¹, a dor é uma experiência subjetiva, privada, e sua percepção e tolerância variam significativamente conforme o grupo social. A sensação da dor, os comportamentos que a envolvem, até as atitudes, dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências e bagagem cultural. Helman¹² defende o argumento de que cada cultura tem a própria linguagem para representar a dor, sendo vários os exemplos de como a sociedade pode a ela reagir, aduzindo, ainda, o fato de que, em algumas culturas, a exposição pública da dor refere significados sociais. Ele compara culturas onde pessoas são mais expansivas e outras mais contidas, sendo que as primeiras tendem a dramatizar a dor ao passo que a outra se inclina a negá-la.

Desde os anos 1980, pesquisadores como Good², Kleinman¹⁰ e Nations¹³, da Universidade de Harvard – Escola de Medicina, argumentam que a saúde e a doença, inclusive a dor, são culturalmente elaboradas, interpretadas e vivenciadas, requerendo, assim, investigações antropológicas para compreender os seus significados e impacto no cuidado clínico. Recentemente, Czeresnia *et al.*¹⁴ reafirmaram que a saúde e a doença correspondem a experiências singulares e subjetivas e, portanto, existe uma desigualdade de práticas e

conhecimentos entre as pessoas, o que torna relevantes uma reflexão e uma interação dos saberes do senso comum com o científico, para que se providenciem instrumentos para o enfrentamento e solução destas dificuldades. Vasconcelos⁷ acrescenta que a percepção do processo saúde-doença é influenciada pela posição social e pela cultura em diferentes épocas da sociedade de referência dos indivíduos.

É importante que o profissional de saúde descubra, sob o prisma antropológico, os signos e significados da doença, a experiência vivida pelo doente e como lida com ela, reconhecendo que a partilha de experiências conduz à feitura de um modelo de cuidado da saúde no qual todos os atores sejam envolvidos, em discussão, planejamento, educação e na resolução dos problemas^{7,9,10,15,16}. É comum observar que as ações dos indivíduos e definições populares da doença não são consideradas nos sistemas de serviços de saúde e no modelo biomédico, resultando freqüentemente em revoltas e resistências populares às intervenções¹⁷.

Tentando compreender como as pessoas percebem a dor na coluna e se comportam diante dela, procuramos analisar os modos de enfrentamento empregados para minimizar o problema de saúde vivenciado, na opinião de mulheres que participavam de um grupo de apoio à saúde de mulheres no climatério numa instituição de ensino em Fortaleza, Ceará, Brasil. Estamos cientes de que as respostas desta pesquisa podem nos guiar para condutas terapêuticas mais eficazes.

Métodos

Empregamos uma abordagem antropológica e a narrativa da enfermidade^{10,18} para descobrir e compreender a experiência vivida por mulheres que têm dores na coluna.

As participantes foram selecionadas a partir de um grupo de apoio à saúde da mulher que existia numa instituição de ensino superior em Fortaleza, Ceará, Brasil, do qual participavam 40 mulheres. Durante uma das reuniões do grupo, discutimos sobre dores nas costas e 29 mulheres que referiram tê-la responderam a uma escala visual analógica de 0 a 10 com objetivo de quantificar o grau da dor. Após este procedimento, selecionamos 23 delas, que demonstraram um grau de dor igual ou superior a 4 (quatro). A partir desta classificação, a dor é considerada como de intensidade moderada e que incomoda, tornando mais insuportável e incapacitante à medida que aumenta o grau. Da mesma forma, na opinião das mu-

lheres, era uma dor que causava desconforto e prejudicava o desenvolvimento das atividades do dia-a-dia. Das 23 convidadas a continuar na pesquisa, apenas nove compareceram à entrevista que foi realizada de forma semi-estruturada, na qual exploramos em profundidade um roteiro de três (03) questionamentos: 1) quais as causas e as consequências da dor na coluna nessas mulheres? 2) Quais as estratégias utilizadas para enfrentar a dor? 3) Qual a noção de qualidade de vida experimentada por elas? Todas aceitaram prontamente participar da entrevista, a qual foi gravada e as observações livres foram registradas num diário de campo. A pesquisa foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2005, fundamentada nos princípios éticos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram agrupados, codificados e analisados de acordo com o modelo de sinais, significados e ações¹⁹, que possibilitou a interpretação da percepção e explicação do problema, das reações e ações desencadeadas pela dor. Analisamos os depoimentos convergentes e divergentes, enfatizando os significados no contexto pessoal, social e cultural das mulheres.

Resultados e discussão

As mulheres tinham idades entre 45 e 58 anos e queixavam-se de dores na coluna num tempo médio de mais de dois anos. A maioria (5) estudou até o ensino fundamental, três eram analfabetas e apenas uma estudou até o ensino médio. Todas eram donas de casa e, destas, três tinham outro emprego. A renda familiar média entre as mulheres era de um salário mínimo, com as condições de moradia desfavoráveis e situação financeira e social precárias. Esta circunstância de vida poderá proporcionar ambientes inadequados, estilos de vida insatisfatórios, alimentação incorreta e dificuldades de acesso à assistência à saúde, e, assim, esses elementos podem ser considerados significativos no agravo da dor. Portanto, estas mulheres identificam e buscam diferentes formas de cuidados de acordo com o próprio conhecimento cultural.

Na opinião das participantes do ensaio, as causas das dores, ou seja, a etnoetiologia, decorrem das “*posições erradas*” e “*trabalho pesado*” e também são consequências da idade. Outra causa revelada foi de anestesia que tomaram em cirurgias anteriores ou problemas de ordem anatômica. As mulheres sabem a causa da dor por haver sido esta referida pelo médico ou por ex-

periências pessoais, de membros familiares ou amigos. Alguns depoimentos apontam para este conhecimento:

“[...] depois que eu aumentei de peso e que estou mais barriguda, eu sinto aquele peso na espinha, pois antes quando eu era fininha eu não sentia!”

“O médico disse que tenho artrose, mas não sei o que é [...]”

“[...] o problema é mais a idade, pois quando eu era nova, não tinha essa dor na coluna. É... tem hora que os ossos vão ficando fracos”.

“[...] eu já fiz muitas cirurgias que precisei de anestesia e a dor começou depois disso. Então eu acho que foi da anestesia, tem muita gente que diz isso”.

Segundo Almeida *et al.*²⁰, as algias da coluna vertebral também podem advir de sobrecargas, em consequência de má postura, disfunção dos tecidos moles e articulações, um processo traumático ou patológico ou uma combinação destes. A maneira como são entendidas as causas das dores na coluna exprime a visão do modelo biomédico já imposto, embora não seja compreendida de forma coerente pelas pessoas.

Observamos que outras atividades relatadas trazem como consequência dores na coluna – como carregar baldes de água, dormir na rede – que são costumes vistos na região Nordeste e por isso podem ser traduzidos como atividades de risco cultural:

“[...] tem redes que são muito ruins que também dá dores, as fundas que são piores [...]”

“[...] quando eu durmo de rede eu fico toda entrevada”.

“Eu sinto muita dor quando tenho que buscar água, às vezes longe da minha casa. Eu tenho que estar todo tempo enchendo o balde e carregando e por isso tenho que várias vezes levantar peso.”

“[...] eu tomo banho de cuia.”

Com efeito, verificamos que a experiência de vida também facilita a identificação da causa da dor e do porquê de seu aumento, ou seja, pela posição do corpo adotada na rede enquanto dorme, o tipo de rede, a condição e a forma de tomar banho ou buscar água para uso doméstico. Estas ações têm relação com o baixo nível socioeconômico e podem dificultar nas decisões de dormir melhor e no abastecimento de água em sua residência. O termo “*entrevada*” é comumente usado pelas pessoas com dores nas costas, que significa rigidez das articulações e aumento da tensão muscular e pode ser simbolizado pelo movimento corporal prejudicado causado pela dor.

As perturbações em consequência da dor

Na visão das mulheres, a dor traz desajustes de impacto pessoal e social. As perturbações relacionavam-se às pessoas com dores na coluna que as mulheres diziam conhecer, independentemente da faixa etária, sexo ou classe social, e podem ser apresentadas de várias formas:

“Tenho uma amiga que já está idosa e está se curvando”.

“Conheço um rapaz que tinha dor na coluna e não podia nem andar direito se escorando nos cantos”.

“Tem uma senhora perto da minha casa que tem dor na coluna e passa 2 a 3 dias arriada numa cama”.

As palavras “*se curvando*”, “*se escorando*” e “*arriada*” podem significar o grau da dor e como essas mulheres reagem a esta condição.

A idéia popular de cronicidade da sintomatologia foi relatada em todas as entrevistas, e constatamos que “*melhora, mas não fico boa*” e “*me acostumei com a dor*” são relatos sempre registrados por pessoas que se queixam de dores na coluna. Nos depoimentos, podemos identificar a falta de esperança de cura, exigindo dos indivíduos que exerçam medidas da própria vivência e até mesmo se determinar a conviver com a dor, como podemos constatar nas falas:

“Vou ao médico 3 em 3 meses devido as marcações feitas no posto de saúde que freqüento, mas toda vez que vou, sempre estou sentindo dor. Aí melhora, mas não fico boa”.

“Um dia eu estou melhor, outro dia estou pior e assim vou levando a vida. Acho que nunca mais vou ficar boa devido à minha idade, minha doença é antiga”.

Nestes depoimentos, podemos questionar o que falta no serviço para que essas mulheres possam melhorar da dor? Será que a associação de tratamentos medicamentosos com a conscientização de melhores posturas corporais no cotidiano pode permitir a melhora ou cura deste estado de dor? Percebe-se que uma assistência multiprofissional no manejo da dor na coluna pode favorecer um tratamento contínuo e adequado, possibilitando um melhor controle da sensação dolorosa.

Conforme depoimentos, a dor causou limitações sociais, psicológicas e físicas, interferindo com maior intensidade no trabalho e nas atividades do cotidiano:

“[...] quando estou com dor me sinto incomodada e chateada, pois me impede de ir para algum lugar, não agüento andar muito, sentar, pegar um

peso, carregar água ou fazer um trabalho, pois de todo jeito a dor aparece”.

“[...] não posso pegar peso, subir em alguma coisa, arrumar a casa, tenho que mandar alguém fazer e isso é muito ruim, a vida vai ficando mais complicada, pois eu não gosto de depender dos outros”.

“Eu gosto de arrumar minha casa, puxar as coisas do canto, tirar as coisas do lugar, passar pano, agora eu não posso mais fazer. Aí é muito ruim. Queria ser o que eu era, fazer tudo”.

O grau de dependência causada pela dor limita a satisfação pessoal e de vida quando as mulheres referem incômodo, chateação, complicação e dificuldade de realizar tarefas de sua competência.

Desta forma, a dor traz vários problemas com dimensões políticas, econômicas e socioculturais⁶. No estudo sobre Modelos de Crenças em Saúde aplicado a funcionários públicos com dores na coluna, Knoplich²¹ observa que fatores demográficos e sociopsicológicos, assim como condições adequadas da estrutura médico-sanitarista, podem alterar a percepção do indivíduo em relação a sua saúde, influenciando no comportamento das pessoas.

Notamos nas falas que a presença de dor reflete socialmente na vida pessoal mediante rótulos, quando referem que a pessoa é *“inutilizada”*. Existem denominações classificatórias, ou seja, graus de taxinomia que podem ser de menor estigmatização até a graduação mais elevada, sendo menos ofensiva quando chamada de *“dengosa”*, até a mais alta prerrogativa *“aleijado”*, *“inutilizado”*. Assim, é fácil perceber que há uma identificação cultural com a palavra *“descadeirado”* que se traduz como lombalgia. Este rótulo cultural pode relacionar-se a um desajuste e a um preconceito pessoal, no trabalho e na sociedade, e, às vezes, as depoentes são desacreditadas nas suas colocações em relação à dor. Como exemplo, temos as seguintes verbalizações:

“[...] a minha filha é toda torta e meu irmão está inutilizado devido à hérnia de disco”.

“Às vezes fico toda descadeirada que não posso nem me abaixar”.

“[...] uma vez minha irmã perguntou o que eu tinha e me chamou de dengosa. Outra vez eu estava com uma dor tão grande que fiquei sem respirar e minha filha disse que eu era muito mole”.

A percepção de medo também foi encontrada, podendo ser uma sensação que resulta em resistências e obstáculos que as impede de ter uma vida normal. Segundo Lima *et al.*²², pessoas com dor crônica têm a crença de que não a podem

controlar e fazem tudo para evitá-la, entrando na decisão de aceitar a dor e de reorganizar o seu mundo de vida e isto podemos encontrar na fala:

“Tenho medo de fazer algum trabalho que exija maior esforço ou aquele que me cause a dor”.

Na perspectiva de Neto²³, por medo, passamos a não viver novas experiências, estacionando e dificultando situações de vida, produzindo insegurança, tabus, irrealidades, superstições, conceitos errôneos e preconceituosos, o que assimilamos de forma verbal ou em gestos. O medo pode significar a preocupação de que, no futuro, a dor cause perdas físicas e até mesmo sociais, o que pode ser exemplificado na fala:

“[...] tenho medo de ficar aleijada”.

A dor, quando se torna crônica, compromete o lazer, sono, apetite, atividade sexual e profissional, resultando no estresse, na diminuição da resposta imunológica, podendo causar depressão e, conseqüentemente, perdendo boa parte de sua qualidade de vida. Como parte da definição de qualidade de vida, uma das entrevistadas reportou-se ao fato de que não consegue dormir e, conforme todas elas não agüentam trabalhar em conseqüência das dores.

“Minha coluna dói à noite e por isso não consigo dormir direito, pois acordo muito com dor e passando mal sem conseguir me virar da cama”.

“A dor me impede de pegar peso, subir em alguma coisa, arrumar a casa e por isso tenho que mandar alguém fazer e isto é muito ruim”.

A dor pode resultar na exteriorização de outros sentimentos psíquicos, como depressão, irritabilidade, baixa da auto-estima, ansiedade, insegurança. Dahlke²⁴ explica, mediante os mecanismos psicossomáticos, que a doença apresenta características simbólicas e sugere que a dor nas costas pode significar um grito de socorro por apoio de alguém, desgosto e carga existencial. Desta forma, a origem e as conseqüências da doença devem ser investigadas em todas as suas dimensões para que o processo de cura seja desenvolvido de uma forma mais completa. Estes sentimentos podem ser observados em uma das falas que comenta como a dor interfere na sua vida:

“Só que quando estou doente, com dor, dor na coluna a minha vida piora muito, pois não posso nem me levantar, não quero falar com ninguém, fico triste, deprimida e passo o dia deitada”.

Qualidade de vida e condições para atingi-la

Viver bem envolve aspectos socioculturais e do bem-estar físico e espiritual. A definição de

bem-estar aludida por Briceño-León²⁵ envolve as condições históricas e o contexto dos saberes de cada sociedade, da maneira como esta imagina o próprio bem-estar, os produtos e a tecnologia disponível e a atenção médica. Com efeito, o bem-estar é o modo como cada sociedade estabelece seus ideais, as aspirações que pretende materializar e os meios disponíveis para fazê-lo. Identificamos na fala seguinte a ideia das respondentes de que:

“Ter uma vida boa não é só conforto, vaidade, é primeiramente ter Deus em nossa vida, segundo, é ter paz, união, amor com a nossa família, filhos, marido, amigos, vizinhos, porque se você não tem paz, união e amor como é que vai ser? Porque nós não podemos viver sem um amigo, sem apoio, viver de mal com o outro”.

O discurso apresentado exprime certa conformidade, pois indica a noção de que, mesmo com dor ou situação de vida difícil em que vivem, a segurança obtida diante da fé, da presença e do apoio da família e amigos pode amenizar qualquer tipo de problema.

Os saberes e práticas das entrevistadas também podem ser influenciados por experiências de vida adquiridas em situações anteriores. Fatores como a dieta e o estilo de vida também podem ser incluídos como melhora do estado de saúde, segundo o relato:

“Se eu quiser melhorar preciso ter um repouso, tomar uma medicação e se não tiver uma boa alimentação não tem jeito de melhorar”.

Kleinman^{9,10} informa que o Modelo Explicativo Popular traduz o conjunto articulado de explicações sobre a doença e o tratamento, ou seja, que a interpretação das ações desenvolvidas para lidar com as suas aflições parte de uma lógica explicativa, característica de um determinado modelo de conhecimento científico. Neste sentido, acreditamos que as entrevistadas organizam e interpretam a explicação de sua sintomatologia e a racionalizam, de acordo com sua experiência, dando subsídios para suas condutas e decisões quanto ao tratamento.

As barreiras que impedem melhor qualidade de vida vão do nível do macrossistema, incluindo o sistema de governo, as instituições e o sistema econômico, até o plano do microssistema, como pessoal, íntimo, cultural e força pessoal. O tipo de assistência médica pode ser um dos fatores que impedem a melhora de seu quadro clínico e da qualidade de vida e a continuação dos seus sintomas. Comprovamos que, apesar da busca pela melhora da qualidade de vida, problemas físicos, persistentes e dolorosos – como a dor na

coluna – podem se tornar uma procura frustrante e impossível, no que se refere à falta de recursos e à dificuldade de uma vida melhor.

“A gente não pode, não tem condição de plano de saúde. A gente tem dificuldade e agora está pior, a gente vai pro posto de saúde não tem médico pra atender na hora, tem que agendar e a gente vai deixando e acaba não indo ao médico”.

“Vida boa é ter minha saúde e ter um emprego pra trabalhar pra ter dinheiro pra pagar as dívidas”.

Para alcançar boa qualidade de vida, é também necessário ter apoio social, político e ético. As mulheres, de modo geral, sabem do que precisam e do que seria melhor para sua qualidade de vida e saúde.

A Organização Mundial de Saúde²⁶ contempla aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, com um apoio significativo do governo e da população, atendendo às políticas. Com este perfil, devem ser determinadas intervenções necessárias para a assistência médica, para melhorar conhecimentos, atitudes, habilidades, reduzir custos governamentais – à medida que diminuam as filas nos postos de saúde – melhorar a prestação de cuidados, reorientar os serviços de saúde, no sentido de prestarem cuidados de qualidade, acessíveis, adequados, oportunos e que respondam às necessidades específicas da população.

Infelizmente, o sistema de saúde brasileiro continua ainda dando ênfase à assistência médico-hospitalar, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e ao modelo assistencial sanitarista (campanhas, mutirões, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), mas iniciativas de redirecionamento de suas ações em promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no plano primário de atenção em Medicina Social, seja nas dimensões individual ou coletiva, indo além da exclusividade médica, já podem ser vistas¹⁴.

Além disso, Ferreira¹¹ também cita a dificuldade de alguém buscar auxílio médico, uma vez que pode implicar a falta ao trabalho, fazendo com que continue a realizar suas atividades mesmo com dor, procurando assim recursos alternativos, como a medicina caseira e outros. Esse autor compreende, então, que a percepção da dor e sua tolerância fazem com que o indivíduo se contente em tomar um remédio no lugar de procurar um médico.

Nos discursos, foi mencionado que os níveis de conscientização podem ser uma das barreiras para a manutenção do tratamento e um dos fatores que impedem a melhora:

“[...] a gente lembra de fazer a coisa certa quando está com dor, sem dor ninguém lembra de fazer não! Eu me cuido quando eu estou com dor, quando estou sem sentir nada, nem me lembro”.

Alves *et al.*^{27,28} argumentam que a pessoa só procura tratamento quando atribui relevância a algum distúrbio biológico que afete sua interpretação da normalidade, ou quando não consegue mais desempenhar normalmente as tarefas cotidianas. O comportamento do enfermo relaciona-se aos seus valores culturais, estruturas familiares, gênero e idade, de sorte que a escolha do tratamento está fortemente relacionada às necessidades e condições financeiras da família:

“[...] vou ao médico somente quando estou sentindo muitas dores na coluna”.

Formas de enfrentamento para melhora da dor nas costas

As formas de enfrentamento do problema são de vários jaezes, desde atitudes físicas, educacionais e psicossociais até alimentação. As estratégias variam de acordo com as condições de cada um nos aspectos sociais, nível de conhecimento em relação à sua patologia e educacional. É sensível o fato de que, quanto maior o conhecimento, mais formas de enfrentamento foram observadas, indicando que, quanto maior a informação, maiores e melhores eram as atitudes de melhor qualidade de vida e tentativa de cura, como pode ser visto nos depoimentos de quem apresenta dor lombar:

“[...] quando a rede é muito funda eu pego o travesseiro e coloco debaixo da coluna e melhora”.

“Para melhorar da dor me deito no chão”.

As atitudes comportamentais variam de acordo com o nível de vida que desenvolvem. A condição de deitar no chão é feita por muitas pessoas por acreditarem que desta forma possa diminuir a dor.

O uso de automedicação, de géis e automassagens são os recursos mais utilizados e isto pode decorrer da dificuldade da assistência, cópias das receitas anteriores ou de experiências vividas da doença de outras pessoas de seu convívio social. Em estudo de Mandu *et al.*²⁹, também foi encontrado o uso constante desta prática pelos participantes da pesquisa e que é favorecido pela facilidade de adquirir o produto e proximidade com pessoas de mesma identidade cultural e social, tornando mais rápido o acesso à resposta desejada. Na compreensão de Ferreira³⁰, o doente seleciona os medicamentos mediante o auxílio de membros familiares, vizinhos e balconistas de

farmácia e, por esta automedicação, passa a controlar o desenvolvimento de sua cura à medida que decide o quanto e quando tomar. Nos desabafos essa atitude aparece:

“[...] quando estou sentindo muita dor nas costas, eu tomo um comprimido de Butazona, mas só quando estou sentindo muita dor mesmo, aí eu tomo 1 a 2 comprimidos e aí melhora”.

“[...] lá tem o pessoal que vende um gel, aí eu passei e aliviou mais”.

Géis e medicamentos populares, que se dizem “milagrosos”, podem ser vistos sendo vendidos de forma ilegal na comunidade, sem comprovação científica, mas que, pela experiência popular, têm resultados satisfatórios e até conduzem à cura.

Segundo as mulheres, a fé em Deus e confiar nele é o primeiro passo para que possam viver bem, o que pode ser visto como um dos caminhos para se chegar à cura, conforme é simples identificar nas falas:

“Para mim, ter uma boa vida é a pessoa estar em paz consigo mesma, e todo dia agradecer a Deus, por tudo o que ele faz e o que nós temos, por ainda estar viva mesmo se arrastando e gemendo!”

“Eu acho boa a minha vida, pois confio muito em Deus, por maior que seja a atribulação, coloco Deus na frente. Não fico me mal dizendo [...]”

O papel da fé na terapêutica é disposto, seja na crença ou nas técnicas para conseguí-la. Para minimizar a dor, as pessoas do povo incorporam uma espécie de conformidade. Segundo Rabelo³¹, a fé transforma uma situação insuportável em uma experiência aceitável e com a qual é mais fácil de lidar, no sentido em que o doente redireciona sua atenção a novos aspectos ou à percepção de sua sintomatologia. As mais recentes pesquisas evidenciam a ligação entre a saúde, crenças e práticas espirituais, incluindo a prece, o comparecimento a serviços religiosos e a fé em Deus. A crença e a religião podem prevenir doenças, promover a saúde e bem-estar, no momento em que influenciam comportamentos saudáveis, orientação para melhor lidar com a dor, maior compreensão e aceitação frente a este estado, propiciando o otimismo e a esperança, estimulando reações curativas do corpo.

Neste sentido, vislumbramos a importância e a compreensão das pessoas quanto aos aspectos preventivos e do autocuidado. A referência de se fazer uma orientação mais adequada em pessoas que podem ser multiplicadoras de ações e saberes pode ser essencial para atingir estes objetivos. Assim, apesar de terem, na sua maioria, baixa escolaridade, as informantes apresentam visão holística de saúde, valores pessoais e comunitários

que devem ser acionados, a cada momento, para manterem-se saudáveis e continuarem a vida com melhor qualidade.

Diante destes relatos, notamos a importância de avaliar o significado da doença e da dor, para compreender as dimensões que atingem a qualidade de vida e, desta forma, guiar-nos quanto a atitudes e terapêuticas mais eficazes. Desconhecer a realidade do doente e suas ações individuais pode ser uma das barreiras para maior interação terapêutica.

Conclusão e sugestões

Compreendemos que a dor na coluna, por não ser considerada uma doença grave, convive com as mulheres participantes do estudo, deixando-as em situação de cronicidade e, portanto, limitando suas condições de vida, fato que é extensivo aos demais componentes das comunidades a que pertencem.

Não adianta resolver apenas a queixa principal das pessoas com dores na coluna, por intermédio do modelo biomédico, e fazer com que

retornem às suas atividades. É preciso rever todo o quadro educacional e sociocultural, econômico e ambiental, situando o paciente no âmbito de vida, no processo saúde-doença, além do conhecimento de estímulos que predisõem para a manutenção do tratamento, conhecendo que fatores auxiliam e impedem sua melhora, e, se possível, tentar mudar situações extremas impeditivas da melhora da qualidade de vida destas pessoas, mediante recuperação e controle da recidiva do quadro algico.

O pensamento e a ação daqueles que padecem de dores de coluna são mencionados de forma relevante, para que possamos alcançar as necessidades mais básicas de saúde como forma de solução também nas políticas sociais.

Esta investigação aponta a necessidade de um modelo de assistência educativa, com ações promotoras de saúde e alternativa de intervenção para pessoas portadoras de dores na coluna vertebral, sugerindo uma orientação quanto ao procedimento do autocuidado, à prevenção da má postura e ao ensino de atividades específicas que podem favorecer a melhoria da qualidade de vida e da saúde.

Colaboradores

GN Arcanjo, MK Nations, RM Silva são responsáveis igualmente pela definição do objeto de estudo, das abordagens metodológicas, pesquisa bibliográfica, elaboração e aplicação dos instrumentos, análise dos dados, redação, revisão do artigo e da aprovação quanto à publicação.

Referências

1. Zborowski M. *People in pain*. Foreword by Margaret Mead. San Francisco: Jossey-Bass; 1969.
2. Good BJ. A body in pain: the making of a world of chronic pain. In: Mary-Jo DelVecchio, Good *et al.*, organizadores. *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press; 1992. p.29-48.
3. Schmidt CO, Kohlmann T. What do we know about the symptoms of back pain? Epidemiological results on prevalence, incidence, progression and risk factors. *Z. Orthop. Ihre Grenzgeb* 2005;143(3):292-8.
4. Knoplich J. *Enfermidades da coluna vertebral: uma visão clínica e fisioterápica*. 3ª ed. São Paulo: Robe editorial; 2003.
5. Araújo RCA de, Barbosa RF, Paiva ACLA, Fernandes MLO. Síndrome do Climatério: perfil epidemiológico das mulheres do centro Batista de promoção humana. In: *Anais do I Congresso Internacional de Fisioterapia/ II Simpósio Brasileiro sobre o Diagnóstico Cinesiológico Funcional*; 2003; Fortaleza. p. 52-52.
6. Bringuente ME de O, Castro IS de, Jesus JCG de, Luciano LS. Fatores de risco para a coluna: avaliação em consulta de enfermagem. *Rev. Bras de Enfermagem* 1997; 50 (3):391-406.
7. Vasconcelos EM. *A saúde nas palavras e nos gestos - reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília; 2001.
9. Kleinman AMP. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the Bordeland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. London: University of California Press, Ltd; 1980.
10. Kleinman AMP. *The illness narratives - suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
11. Ferreira J. O corpo signico. In: Alves PC, Minayo MC de S, organizadores. *Saúde e doença - um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 101-112.
12. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
13. Nations M. The child's disease (Doença de Criança): popular paradigm of persistent diarrhea. *Acta Pediatr Suppl* 1992; 381:55-65.
14. Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
15. Nations MK, Rebhun LA. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in northeast Brazil. *Soc. Sci. Med* 1988; 27(1):25-38.
16. Uchôa E, Vidal JM. Medical Anthropology: Conceptual and methodological elements for an approach to health and disease. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4):497-504.
17. Nations MK, Monte CMG. "I'm not dog, no!" Cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science & Medicine* 1996; 43(6):1007-1024.
18. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev Bras Promoção da Saúde* 2003; 16 (1/2):59-66.
19. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
20. Almeida RM de, Crispim EVN, Melo VM de, Cardia MCG. Análise comparativa entre diferentes meios terapêuticos nas algias da coluna vertebral. *Rev Bras C&S* 1999; 3 (1/3):29-36.
21. Knoplich J. *Modelo de crenças em Saúde aplicado a funcionários públicos com dores na coluna* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1993.
22. Lima MAG, Neves R, Sá S, Pimenta C. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Rev C S Col* 2005; 10(1):163-173.
23. Neto FES. *As dores da alma*. São Paulo: Boa Nova; 1998.
24. Dahlke R. *A doença como símbolo - pequena enciclopédia de psicossomática: sintomas, significados, tratamento e remissão*. São Paulo: Cultrix; 2004.
25. Brinceño-Leon R. Bienestar, salud pública y cambio social. In: Brinceño-Leon R, Minayo MCS, Coimbra-Jr CEA, organizadores. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.15-24.
26. OMS - Organização Mundial de Saúde. [acessado 2004 Mar 20]. Disponível em: www.who.com.
27. Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-185.
28. Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
29. Mandu ENT, Silva GB da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2000; 8(4):15-21.
30. Ferreira J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: Duarte LFD, organizadores. *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.49-56.
31. Rabelo MCM. Religião, ritual e cura. In: Alves PC, Minayo MC de S, organizadores. *Saúde e doença - um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.47-56.

Artigo apresentado em 28/02/05

Aprovado em 20/07/05

Versão final apresentada em 22/09/05