

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

BENTO MIGUEL MACHADO

Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação: um estudo de corte transversal.

Ribeirão Preto
2024

BENTO MIGUEL MACHADO

Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação: um estudo de corte transversal.

Versão Corrigida

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza

Ribeirão Preto
2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD) ”

Machado, Bento Miguel

Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação: um estudo de corte transversal. Ribeirão Preto, 2024.

125 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Souza, João Paulo Dias.

1. Dor crônica. 2. Mensuração da dor. 3. Fatores socioeconômicos. 4. Experiência de vida. 5. Terapia ocupacional.

Nome: MACHADO, Bento Miguel

Título: Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação: um estudo de corte transversal.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de doutor em ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof.^(a) Dr.^(a)

Instituição:

Julgamento:

Prof.^(a) Dr.^(a)

Instituição:

Julgamento:

Prof.^(a) Dr.^(a)

Instituição:

Julgamento:

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar meus caminhos ao longo destes quatro anos de jornada acadêmica. Expresso minha gratidão à minha família – meu pai, Antônio; minha mãe, Tereza; e meu irmão, Junior – por sempre me apoiarem em minhas decisões de vida. Dedico este agradecimento à memória de minha avó Elza, que faleceu em junho de 2022.

Expresso minha profunda gratidão ao meu orientador, o Prof. Dr. João Paulo, pelo aprendizado, paciência e persistência dedicados a mim. Agradeço ao Programa de Saúde Pública da FMRP-USP pelo suporte essencial, especialmente, às secretárias Paula e Camila.

Estendo meus agradecimentos aos professores que integraram minha banca de qualificação, contribuindo com sugestões valiosas que enriqueceram meu trabalho: Prof. Dr^a. Maria Paula, Prof. Dr^a. Anamaria e Prof. Dr^a. Tatiana. Reconheço a presença dos professores convidados para a banca de defesa: Prof. Dr^a. Maria Paula, Prof. Dr^a. Daniela Nakandakari Goia e Prof. Dr^a. Débora Couto de Melo Carrijo, que certamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Agradeço à Secretaria de Saúde do município de São Sebastião-SP pelo aceite da pesquisa realizada no Centro de Reabilitação Boiçucanga “*José Teixeira*”. Sou grato à equipe desse serviço pelo forte apoio na condução da pesquisa, e expresso minha gratidão à população que participou como voluntária, recebendo todo carinho.

Meus sinceros agradecimentos aos profissionais de saúde envolvidos na coleta de dados: enfermeira Estela, fisioterapeuta Márcia, terapeuta ocupacional Lidia, psicóloga Natália e assistente social Lisa. Reconheço a valiosa consultoria estatística fornecida pela AUC Consultoria Estatística LTDA. Agradeço à pós-graduanda e psicóloga Ana Clara por suas contribuições ao texto, Bruna pela revisão das normas bibliográficas e Tatiana pela revisão ortográfica.

Manifesto minha gratidão à minha psicoterapeuta Gabrielle pelo apoio emocional e profissional fundamental ao longo do último ano e meio, tornando mais tranquila a conclusão deste processo acadêmico. Por fim, expresso meu agradecimento aos amigos que me apoiaram ao longo desses anos: Franciele, Elena, Guilherme, Mirele, Maricy e Estela. A jornada foi mais significativa graças a cada um de vocês. Gratidão à vida!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

MACHADO, B. M. **Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação**: um estudo de corte transversal. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introdução: A dor crônica persistente ou recorrente por mais de três meses é uma condição multifatorial, caracterizada por um sofrimento emocional significativo que afeta diversas ocupações da vida e a participação em papéis ocupacionais. O tratamento adequado da dor crônica deve ser embasado no modelo biopsicossocial, adotando uma abordagem multimodal e interprofissional centrada na pessoa. **Objetivos (Fase 1):** Descrever as características epidemiológicas e clínicas das pessoas que aguardam atendimento em um serviço de reabilitação física municipal, abrangendo informações sobre sua situação sociodemográfica e de saúde. Detectar associações múltiplas entre a intensidade da dor relatada pelos participantes e vários fatores, como: aspectos sociais e emocionais, desempenho funcional. Além disso, mensurar a percepção da qualidade de vida na amostra. **Objetivos (Fase 2):** Analisar e compreender o discurso e experiências ocupacionais de pessoas que convivem diariamente com a dor crônica. Analisar as palavras e emoções mais recorrentes no discurso dos entrevistados. **Materiais e Métodos:** A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob parecer número 5.046.076. **Fase (1):** Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Foram incluídas pessoas maiores de 18 anos que aguardavam atendimento em um serviço de reabilitação municipal e que relataram presença de dor musculoesquelética contínua ou recorrente por um período superior a três meses. A amostra foi selecionada por conveniência, com recrutamento consecutivo com base na ordem de espera mais prolongada. Foram realizadas entrevistas individuais e os seguintes instrumentos foram empregados para avaliar as variáveis de desfecho: um questionário semiestruturado para coletar as informações sobre variáveis epidemiológicas; a Escala Numérica Visual para medir a intensidade da dor; o Roland Morris Questionário de Incapacidade foi utilizado para mensurar o desempenho funcional; a qualidade de vida foi avaliada com o uso do WHOQOL-abreviado; a identificação de aspectos emocionais foi realizada por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. A análise dos dados foi conduzida utilizando estatística descritiva e inferencial, incluindo o Teste Qui-quadrado para Independência e Regressão Logística Multinomial. **Fase (2):** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram incluídos participantes da Fase 1 que continuaram a relatar a presença de dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses. A amostra foi selecionada por conveniência e foram recrutados os participantes identificados na Fase 1, como informantes-chaves devido à sua habilidade de comunicação. Foram conduzidos três grupos focais com diferentes participantes. Durante os grupos, um roteiro de questões norteadoras foi utilizado para guiar a entrevista e um questionário semiestruturado foi utilizado para coletar informações sobre variáveis epidemiológicas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva; o *software R* foi utilizado em conjunto com o pacote “*syuzhet*”, que incorpora o dicionário de sentimentos *NRC*, para analisar a frequência e a variação de sentimentos e emoções presentes. O modelo conceitual de matriz em sete etapas foi utilizado para a análise temática. Além disso, o modelo referencial analítico para interpretação dos dados foi a análise de discurso de filiação pecheuxiana. **Resultados (Fase 1):** A espera por atendimento foi predominantemente composta por mulheres em idade economicamente ativa, com níveis variados de escolaridade, que abrangiam desde o ensino fundamental até o médio, e pertencentes a classes socioeconômicas mais baixas e maioria desempregada. As principais

condições de saúde incluíram dorsalgia, lesões no ombro e gonartrose. Foi observada uma associação significativa com uma magnitude de efeito forte entre a intensidade da dor e o desempenho funcional, bem como entre a intensidade da dor e a dificuldade em ter um sono de qualidade. Além disso, uma associação de magnitude moderada foi encontrada entre a intensidade da dor e os sintomas de ansiedade, assim como entre a intensidade da dor e a renda familiar. Também se percebeu insatisfação em relação à qualidade de vida, principalmente nos domínios físico (41,5%) e do ambiente (48,9%). Os resultados indicam que pessoas com renda familiar mais alta têm menor probabilidade de experimentar dor intensa em comparação àquelas de renda familiar mais baixa; aqueles que sofrem de problemas de sono relacionados à dor têm uma maior probabilidade de experimentar dor intensa ou moderada em comparação àqueles que desfrutam de um sono adequado; pessoas com alterações no desempenho funcional devido à dor têm maior probabilidade de ter dor intensa em comparação àqueles que não possuem incapacidade; pessoas com sintomas ansiosos mais graves têm maior probabilidade de experimentar dor intensa em comparação àquelas com sintomas leves ou ausentes. **Resultados (Fase 2):** A amostra era principalmente constituída por mulheres em idade economicamente ativa, com níveis de educação no ensino fundamental, de raça parda e adeptas da religião evangélica e renda familiar inferior a dois salários-mínimos. A principal condição de saúde presente foi a dorsalgia. A categoria lexical de sentimentos mais prevalente no discurso dos entrevistados foi a emoção tristeza, seguida de medo. As categorias temáticas analisadas incluíram as seguintes áreas: limitações funcionais nas ocupações, estratégias de enfrentamento em relação à dor, crenças cognitivas, barreiras ao acesso aos serviços de saúde e dificuldades financeiras. Foram identificados discursos que se agruparam em formações discursivas, incluindo aquelas de natureza neoliberal, religiosa e machista. Além disso, foram observadas formações ideológicas relacionadas ao sistema capitalista e patriarcal. Também foram identificadas formações imaginárias, como a ênfase na estética do corpo, a construção de imagens como a da figura feminina tolerante à dor e a estigmatização da mulher que relata múltiplas queixas de saúde. **Discussão (Fase 1):** A caracterização epidemiológica e clínica das pessoas que sofrem de dor crônica em serviços de reabilitação física é fundamental para mapear as queixas funcionais e ocupacionais desses indivíduos. Isso permite à equipe de saúde compreender os fatores associados à intensidade da dor e, assim, desenvolver estratégias para maior participação e engajamento em ocupações significativas desse grupo. Isso inclui melhorias no acolhimento e no acompanhamento, educação sobre neurociência da dor e adoção de estratégias de enfrentamento. Faz-se necessário também, para além do olhar do bem-estar em saúde, o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem o acesso à renda, emprego, saúde e participação social, bem como a busca pela redução de iniquidades em saúde e injustiças ocupacionais. **Discussão (Fase 2):** Pessoas que convivem com a dor crônica frequentemente enfrentam desafios significativos no desempenho ocupacional, podem desenvolver distorções cognitivas e recorrer a estratégias de enfrentamento passivas, pouco eficazes para lidar com a intensidade da dor. É importante considerar o impacto dos determinantes sociais que promovem injustiças ocupacionais e atuam na cronicidade da dor, tais como vulnerabilidade econômica, condições precárias de trabalho, suporte social reduzido, desigualdades de gênero e étnico-raciais. As mulheres, em particular, enfrentam a opressão de discursos patriarcais e neoliberais, padrões estéticos e estigmas sociais que perpetuam situações de violência e invisibilidade da dor. **Considerações finais:** Sugere-se que haja um aprofundamento nos estudos epidemiológicos que investiguem os fatores associados à intensidade da dor durante os episódios de agudização em pessoas com dor crônica. Compreender o funcionamento do discurso e as experiências ocupacionais dessa população, pode auxiliar os serviços de saúde especializados a desenvolverem estratégias de cuidado mais eficazes.

Palavras-chaves: Dor crônica. Mensuração da dor. Fatores socioeconômicos. Experiência de vida. Terapia ocupacional.

ABSTRACT

MACHADO, B. M. **Occupational experiences and factors associated with pain intensity among individuals with chronic pain in a rehabilitation service:** a cross-sectional study. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introduction: Persistent or recurrent chronic pain lasting for more than three months is a multifactorial condition characterized by significant emotional suffering that impacts various aspects of life occupations and participation in occupational roles. The appropriate management of chronic pain should be grounded in the biopsychosocial model, adopting an interprofessional, patient-centered approach. **Objectives (Phase 1):** To describe the epidemiological and clinical characteristics of individuals awaiting treatment at a municipal physical rehabilitation center, encompassing information about their sociodemographic and health status. To identify multiple associations between the reported pain intensity by participants and various factors such as social aspects, levels of functional disability, and emotional symptoms. Additionally, to measure the perception of quality of life in the sample. **Objectives (Phase 2):** To analyze and understand the discourse and occupational experiences of individuals who daily cope with chronic pain. To analyze the most recurrent words and emotions in the speech of the interviewees. **Materials and Methods:** The research obtained approval from the Research Ethics Committee of the Hospital das Clínicas of the Ribeirão Preto Medical School at the University of São Paulo, under protocol number 5.046.076. **Phase (1):** A cross-sectional, quantitative, and descriptive study. Participants included individuals over 18 years old awaiting treatment at a municipal rehabilitation service, who reported continuous or recurrent musculoskeletal pain for a period exceeding three months. The sample was selected for convenience, with consecutive recruitment based on the longest waiting time. Individual interviews were conducted, and the following instruments were employed to assess outcome variables: a semi-structured questionnaire for collecting information on epidemiological variables; the Visual Numeric Scale to measure pain intensity; the Roland Morris Disability Questionnaire was used to assess functional disability; quality of life was evaluated using the WHOQOL-abbreviated; identification of emotional symptoms was performed through the Depression, Anxiety, and Stress Scale. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics, including the Chi-square test for Independence and Multinomial Logistic Regression. **Phase (2):** Qualitative, descriptive, and exploratory study. Participants from Phase 1 who continued to report the presence of persistent or recurrent pain for a period exceeding three months were included. The sample was selected for convenience, and participants identified in Phase 1 were recruited as key informants due to their communication skills. Three focus groups were conducted with different participants. During the groups, a script of guiding questions was used to steer the interview, and a semi-structured questionnaire was employed to collect information on epidemiological variables. Data analysis was performed through descriptive statistics; the R software was used in conjunction with the "syuzhet" package, which incorporates the NRC sentiment dictionary, to analyze the frequency and variation of feelings and emotions present. The seven-step matrix conceptual model was utilized for thematic analysis. Furthermore, the analytical reference model for data interpretation was the Pecheuxian-affiliated discourse analysis. **Results (Phase 1):** The waiting period for treatment was predominantly composed of economically active women with varied levels of education, ranging from elementary to high school, and belonging to lower socioeconomic classes, with a majority being unemployed. Major health conditions included dorsalgia, shoulder injuries, and knee osteoarthritis. A significant association with a strong effect magnitude was observed between pain intensity and functional disability, as well as between pain intensity and difficulty

in achieving quality sleep. Additionally, a moderate association was found between pain intensity and symptoms of anxiety, as well as between pain intensity and household income. Dissatisfaction with quality of life was notable, especially in the physical (41.5%) and environmental (48.9%) domains. The results indicate that individuals with higher household income are less likely to experience intense pain compared to those with lower income; those experiencing sleep-related pain issues are more likely to experience intense or moderate pain compared to those with adequate sleep; individuals with functional disability due to pain are more likely to experience intense pain compared to those without disability; individuals with more severe anxiety symptoms are more likely to experience intense pain compared to those with mild or absent symptoms. **Results (Phase 2):** The sample primarily consisted of economically active women with elementary education, of mixed race, affiliated with the evangelical religion, and with a family income less than two minimum wages. The main health condition present was dorsalgia. The most prevalent lexical category of feelings in the interviewees' discourse was the emotion of sadness, followed by fear. Thematic categories analyzed included functional limitations in occupations, coping strategies related to pain, cognitive beliefs, barriers to access to health services, and financial difficulties. Discourses were identified that grouped into discursive formations, including those of a neoliberal, religious, and sexist nature. Additionally, ideological formations related to the capitalist and patriarchal system were observed. Imaginary formations were also identified, such as an emphasis on body aesthetics, the construction of images like that of the female figure tolerant to pain, and the stigmatization of women reporting multiple health complaints. **Discussion (Phase 1):** The epidemiological and clinical characterization of individuals suffering from chronic pain in physical rehabilitation services is essential for mapping the functional and occupational complaints of these individuals. This enables the healthcare team to understand factors associated with pain intensity and, thus, develop strategies for greater participation and engagement in meaningful occupations for this group. This includes improvements in reception and follow-up, education on pain neuroscience, and the acquisition of coping strategies. Beyond the health well-being perspective, there is a need for the development of public policies that ensure access to income, employment, health, and social participation, as well as efforts to reduce health inequities and occupational injustices. **Discussion (Phase 2):** Individuals living with chronic pain often face significant challenges in occupational performance, may develop cognitive distortions, and resort to passive coping strategies that are less effective in dealing with pain intensity. It is important to consider the impact of social determinants that promote occupational injustices and contribute to the chronicity of pain, such as economic vulnerability, precarious working conditions, reduced social support, gender and ethnic-racial inequalities. Women, in particular, face the oppression of patriarchal and neoliberal discourses, aesthetic standards, and social stigmas that perpetuate situations of violence and invisibility of pain. **Conclusion:** It is suggested that there be further exploration in epidemiological studies investigating factors associated with pain intensity during acute episodes in individuals with chronic pain. Understanding the discourse and occupational experiences of this population can assist specialized healthcare services in developing more effective care strategies.

Keywords: Chronic pain. Pain measurement. Socioeconomic factors. Life experience. Occupational therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	18
Artigo científico 1	
Figura 1 - Fluxograma de recrutamento.....	37
Artigo científico 2	
Figura 1 - Fluxograma de recrutamento.....	60
Figura 2 - Nuvem de palavras produzida a partir das transcrições dos grupos focais.....	69
Figura 3 - Nuvem de palavras produzida a partir das notas reflexivas dos colaboradores.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo científico 2

Gráfico 1 - Frequência relativa de categorias de emoções presente nos grupos focais.....	71
Gráfico 2 - Flutuação de sentimento ao longo da narrativa textual - (A) 1º Grupo (B) 2º Grupo (C) 3º Grupo.....	72

LISTA DE QUADROS

Artigo científico 2

Quadro 1 - Fragmentos de falas relacionados à experiência de viver com dor crônica.....74

Quadro 2 - O processo discursivo de pessoas que vivenciam a dor crônica77

LISTA DE TABELAS

Artigo científico 1

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra em valores absolutos (n) e relativos (%).....	38
Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra em valores absolutos (n) e relativos (%).....	40
Tabela 3 - Desempenho funcional, alteração do sono e aspectos emocionais em valores absolutos (n) e relativos (%).....	42
Tabela 4 - Parâmetros estimados para o Modelo Logístico Multinomial.....	43
Tabela 5 - Percepção de Qualidade de vida (%) para cada categoria (Whoqol-abreviado).....	45

Artigo científico 2

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (valores absolutos (n) e relativos (%).....	61
Tabela 2 - Tipologia sobre a experiência de conviver com dor crônica musculoesquelética.....	63
Tabela 3 - Tipologia sobre experiência dos participantes de conviver com dor, observadas pelos colaboradores.....	67

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
<i>1.1 Dor crônica: definição e caracterização</i>	<i>16</i>
<i>1.2 Determinantes sociais da saúde e sua influência sobre as condições crônicas</i>	<i>17</i>
<i>1.3 Influência da dor crônica nas ocupações humanas</i>	<i>20</i>
<i>1.4 Manejo multiprofissional e estratégias de enfrentamento</i>	<i>22</i>
<i>1.5 Barreiras de acesso frente à assistência à saúde especializada</i>	<i>24</i>
2 JUSTIFICATIVA	27
<i>2.1 Hipótese principal</i>	<i>27</i>
3 OBJETIVOS GERAIS	29
<i>3.1 Principais</i>	<i>29</i>
<i>3.2 Secundários</i>	<i>29</i>
4 ARTIGOS CIENTÍFICOS	31
<i>4.1 Artigo científico 1</i>	<i>31</i>
Introdução	32
Materiais e Métodos	33
Resultados	37
Discussão	47
<i>4.2 Artigo científico 2</i>	<i>51</i>
Introdução	52
Materiais e Métodos	53
Resultados	60
Discussão	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	98
ANEXOS	107

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi conduzido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, vinculado ao Departamento de Medicina Social (DMS) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), inserindo-se no contexto de investigação sobre "práticas de promoção da saúde e prevenção de condições crônico-degenerativas". A temática selecionada, centrada em "experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade da dor em pessoas com dor crônica", fundamenta-se na consideração da dor crônica como uma condição de saúde pública onerosa, influenciada por determinantes sociais em saúde (OMS, 2023), e de relevância significativa na população brasileira, com uma prevalência de 45,6% (Aguiar et al., 2021), acarretando sofrimento emocional e incapacidade funcional (Nicholas et al., 2019).

No contexto específico deste estudo, detalhes sobre a contextualização do local da pesquisa estão disponíveis nos Apêndices D e E. Em resumo, o pesquisador principal atuava como terapeuta ocupacional em um serviço de reabilitação municipal (SEM) em uma cidade do litoral norte de São Paulo. Ao realizar um diagnóstico situacional da demanda reprimida do serviço, identificou-se uma fila de espera expressiva, decorrente da pandemia de Coronavírus em 2020 e 2021. Isso despertou o interesse em identificar não apenas os fatores associados à intensidade da dor relatada pelas pessoas, mas também as experiências ocupacionais de conviver por um longo período com dor contínua e recorrente.

Os fatores associados à dor crônica são influenciados por múltiplos fatores (Desantana et al., 2020), e compreender os elementos correlatos à intensidade da dor pode auxiliar os serviços de reabilitação física no planejamento de ações e estratégias mais eficazes para lidar com essa condição crônica (Souza; Oliveira, 2015; Pereira et al., 2022). Uma compreensão mais aprofundada das experiências de vida com dor crônica pode promover a implementação de ações direcionadas a um maior engajamento ocupacional dessas pessoas (Drummond; Ferreira; Costa, 2021; Hammell, 2017).

Dessa forma, foram conduzidos dois períodos de coleta de dados consecutivos, resultando na elaboração de dois artigos científicos. O primeiro (página 31) consistiu em um estudo quantitativo, transversal e descritivo, focalizando nos fatores associados à dor, enquanto o segundo (página 51) constituiu-se em um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com enfoque nas experiências ocupacionais.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dor crônica: definição e caracterização

Atualmente a dor é descrita como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Desantana *et al.*, 2020, p. 1; Raja *et al.*, 2020). Neste novo entendimento, considera-se que a dor é uma experiência subjetiva e construída conforme experiências de vida. É influenciada por múltiplos fatores (biológicos, psicológicos e sociais), podendo ter efeitos adversos no bem-estar psicossocial e, portanto, se diferenciando da nocicepção (atividade do sistema nervoso em resposta a um estímulo aversivo) (Desantana *et al.*, 2020).

A dor é considerada crônica quando persiste ou é recorrente por mais de três meses, podendo ser a única ou principal queixa; possui influência multifatorial, requerendo tratamento e cuidados especiais (Treede *et al.*, 2019). Essa definição proposta em parceria entre a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) e um grupo de trabalho da Associação Internacional de Estudos da Dor foi incluída com um código próprio (*MG30*) e seis subgrupos na Classificação Internacional de Doenças (CID-11, *Versão 02/2022*) (WHO, 2022).

A dor primária crônica é presente em uma ou mais regiões anatômicas, caracterizada pelo sofrimento emocional significativo e incapacidade funcional (interferência nas atividades da vida diária e participação reduzida em papéis sociais), não sendo melhor explicada por outra condição da pessoa (Nicholas, M. *et al.*, 2019).

Por sua vez, quando a dor crônica surge em decorrência de uma doença subjacente, é classificada como dor secundária crônica, podendo ser musculoesquelética ao se originar na nocicepção persistente em estruturas musculoesqueléticas de etiologia local ou sistêmica, ou ainda pode estar relacionada às lesões somáticas profundas, podendo ser espontânea ou induzida pelo movimento (Perrot *et al.*, 2019).

A prevalência de dor crônica estimada na população adulta brasileira varia entre estudos de inquérito populacional, sendo a média nacional de 45,59%, maioria em mulheres e predominância nociceptiva (Aguiar *et al.*, 2021). Carvalho *et al.* (2018) encontraram uma prevalência de 64.19% para dor com duração superior a seis meses, também predominante no sexo feminino, incluindo idade avançada e baixos níveis de renda familiar. Cabral *et al.* (2014) apontam para 42% na cidade de São Paulo, relatando associações de variáveis como menor escolaridade, sintomas ansiosos e esforço físico intenso.

O modelo biopsicossocial tem exercido influência significativa no campo dos estudos em neurociências no contexto da dor crônica. Considerando que cada pessoa pode vivenciar a dor de maneira única, uma variedade de fatores biológicos (genéticos), psicológicos (cognitivos e emocionais) e socioculturais (ambiente familiar, estressores sociais, suporte social, fatores culturais e ocupacionais) podem interagir de maneira dinâmica, influenciando na percepção de sintomas e no desempenho funcional (Gatchel *et al.*, 2007).

No desencadeamento dessa condição estão relacionados fatores biológicos/individuais, bem como os ocupacionais. Os primeiros envolvem características como genética, gênero, idade, sono, hormônios e sistemas opiáceos endógenos (Cohen; Vase; Hooten, 2021; Meints; Edwards, 2018). Os fatores ocupacionais estão relacionados às sobrecargas em segmentos corporais em determinados movimentos, esforços repetitivos, posturas corporais inadequadas, além de fatores ambientais e organizacionais do trabalho (Luz *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que diversos fatores psicológicos e interpessoais também influenciam no desenvolvimento, manutenção e tratamento de condições de dor crônica, como distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, estresse e sofrimento emocional) e experiências psicológicas traumáticas (Meints; Edwards, 2018). A dor musculoesquelética crônica também pode interferir na qualidade do sono (Silva *et al.*, 2021) e diminuir consideravelmente a qualidade de vida dos trabalhadores (Rodrigues *et al.*, 2021).

1.2 Determinantes sociais da saúde e sua influência sobre as condições crônicas

Pessoas com dores crônicas podem vivenciar fatores não médicos que influenciam nos indicadores de saúde de uma população e são conhecidos como Determinantes Sociais da Saúde. Tais elementos estão relacionados a um conjunto amplo de condições de vida e sistemas (políticos, econômicos, sociais, de acesso a recursos e dinheiro), os quais moldam a experiência humana (WHO, 2023).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), revisado por Solar e Irwin (2010), oferece uma estrutura para compreender os determinantes da saúde em uma perspectiva que abrange desde o nível individual até o macro. Considera-se o contexto socioeconômico e político, bem como a posição socioeconômica da pessoa. No âmago do modelo estão as características individuais, como idade, gênero e genética. Nos níveis subsequentes, encontram-se fatores relacionados ao estilo de vida, redes de apoio sociais e comunitárias e condições de trabalho. Por último, nos níveis mais amplos, situam-se os aspectos macrosociais, os quais exercem

influência sobre os níveis anteriores, uma vez que mudanças socioeconômicas decorrentes de políticas públicas têm impacto direto sobre a população (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Mendes (2012, p. 165).

Os macrodeterminantes atingem fortemente as condições de saúde da população. No meio ambiente, inclui-se a qualidade da água, alterações climáticas, condições das habitações, qualidade dos transportes públicos, segurança alimentar, entre outros. Já no aspecto econômico estão o desemprego e a renda, associados ao acesso às atividades físicas e alimentação saudável. Dessa forma, determinantes sociais estão vinculados a cultura, estilos de vida, grau de inclusão social, condições de vida, trabalho e educação (Carrapato; Correia; Garcia, 2017).

As diferentes e injustas desigualdades sociais atuam sobre as iniquidades em saúde: quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior a saúde (WHO, 2021). Há, portanto, um ciclo vicioso entre a pobreza e desigualdade social, o que leva a um favorecimento dessas condições. Dada a importância da relação entre circunstâncias de vida, trabalho e dor crônica, deve-se abordar o tema para a definição de prioridades na formulação de políticas de saúde pública globalmente (Goldberg; McGee, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2002) enfatizou que as condições crônicas de saúde seriam um desafio do século XXI. Como parte desse cenário, no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) geram enormes custos econômicos e atingem de forma mais intensa as populações mais vulneráveis, como idosos, pessoas com menor escolaridade e renda

(Malta; Morais Neto; Silva Junior, 2011). Nesse sentido, foi proposto que governos redesenhassem seus sistemas de saúde para um modelo de cuidados inovadores, cujos princípios incluíam uma atenção integrada dos componentes estruturais da rede (micro, meso e macro), baseada na tomada de decisão com base em evidências científicas, gerenciamento de populações, apoio à prevenção, controle de qualidade, adaptabilidade e estabelecimento de vínculos entre comunidade, pessoas, familiares e organização de saúde (OMS, 2002).

Políticas públicas que visem à promoção de saúde, prevenção e controle das DCNT devem incluir programas de redução da pobreza e de assistência ao desenvolvimento, visto que a pobreza gera falta de acesso a bens materiais, de oportunidades, de voz perante o Estado e a sociedade, além de desigualdades sociais e de acesso à informação (Malta; Morais Neto; Silva Junior, 2011).

Pessoas com dor crônica podem possuir DCNT como comorbidades. O Plano de Enfrentamento de DCNT pelo Ministério da Saúde definiu e priorizou ações e investimentos para os anos de 2011 a 2022. Estabeleceu-se a Linha de cuidado de DCNT com implementação de protocolos com custo-efetividade. A participação popular (sociedade civil, conselhos de saúde, comissões sociais, ONG e setor privado) possui papel fundamental para cobrar investimentos, fiscalizar ações dos governos, bem como tornar o tema transversal na organização dos serviços de saúde (Brasil, 2011; Malta; Morais Neto; Silva Junior, 2011).

Mendes (2012) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) formado pela estratificação de cinco níveis de intervenção de saúde para nortear ações e práticas aos usuários para cada substrato. Esse modelo traz subsídios para a constituição de rede de serviços integrados, organizado por atribuições, pontos de atenção, fluxos e diretrizes clínicas de acordo com nível de complexidade, determinantes sociais e características de suas populações.

No âmbito do enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde implementou estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. Estas estratégias incluem a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas a fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, o uso excessivo de álcool, a promoção de uma alimentação saudável, a prática de atividades físicas e práticas corporais. Além disso, o Ministério da Saúde promove a inclusão das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) e adota abordagens que visam a mudança de comportamento e a educação para o autocuidado (Brasil, 2014).

No contexto da dor crônica, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº1083, datada de 2 de outubro de 2012, estabeleceu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (PCDT-DC). Nesse protocolo, a dor crônica é definida como aquela com duração

superior a trinta dias. O PCDT-DC fornece diretrizes para o diagnóstico, critérios de inclusão e exclusão, avaliação da intensidade e tipo de dor, além de abordar tanto o tratamento farmacológico quanto as abordagens não farmacológicas. O documento também estabelece mecanismos de regulamentação, controle e avaliação por parte dos gestores de saúde. Destacam-se entre as abordagens não farmacológicas no manejo da dor crônica: atividade física regular, terapia cognitivo-comportamental, terapia com calor local e fisioterapia (Brasil, 2012). Já o Relatório de Recomendação PCDT-DC (Brasil, 2022) define dor crônica como aquela com duração superior a trinta dias e aumenta a diversidade de abordagens não farmacológicas no manejo da dor, destacando a utilização das intervenções em contexto multimodal, ênfase a participação ativa da pessoa em seu cuidado, além do estímulo a mudanças comportamentais e valorização das preferências e valores da pessoa com dor crônica.

Observa-se um aumento do uso global de opioides para pessoas com dor crônica não oncológica, sendo a epidemiologia do uso no Brasil pouco documentada; diante disso, são necessárias políticas públicas mais eficazes para a prescrição e monitoramento desses medicamentos, é necessário fortalecer e tornar mais acessível a atenção primária à saúde, bem como promover o uso de estratégias não farmacológicas para o manejo da dor (Servin *et al.*, 2020).

No manejo não farmacológico das dores musculares e osteoarticulares, é fundamental considerar uma variedade de abordagens e mudanças de estilos de vida (Nijs; Lahousse; Malfliet, 2023). Isso inclui práticas como alongamentos, massoterapia e exercícios isométricos, que têm demonstrado efeitos analgésicos significativos. Além disso, é importante abordar os fatores psicológicos envolvidos no tratamento, utilizando procedimentos psicocomportamentais, como a identificação de pensamentos de evitação ao movimento, a compreensão das dificuldades de aceitação da condição e a discussão de estratégias de enfrentamento (Hotta *et al.*, 2022).

A educação em neurociências sobre a dor é conhecida como um modelo educacional projetado para ensinar às pessoas a compreenderem e lidarem com os processos dinâmicos entre os fatores biológicos e psicossociais envolvidos na experiência de dor (Louw *et al.*, 2016). Essa abordagem tem demonstrado benefícios para as pessoas com dor musculoesquelético crônica, como a redução da percepção da dor, aprimoramento do conhecimento sobre a dor, diminuição do desempenho funcional, atenuação da influência de fatores psicológicos e menor utilização dos serviços de saúde (Louw *et al.*, 2016).

1.3 Influência da dor crônica nas ocupações humanas

Pessoas com dor crônica podem vivenciar alterações significativas nas suas ocupações de vida e em seus papéis ocupacionais. Segundo a American Occupational Therapy Association (AOTA, 2020), as ocupações são atividades diárias personalizadas com significado e que as pessoas realizam para ocupar o tempo e trazer propósito à vida. Exemplos de ocupações incluem as atividades de vida diária, atividades de vida diária instrumentais, gestão da saúde, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social; já os papéis ocupacionais seriam o conjunto de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto, como ser mãe, esposa, trabalhadora, estudante, voluntária, entre outros (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2020) pode oferecer subsídios valiosos para a compreensão das dificuldades enfrentadas na saúde e seus determinantes de indivíduos que vivenciam dor crônica, dentro de uma abordagem biopsicossocial e espiritual. A CIF pode desempenhar um duplo papel, tanto como uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades em reabilitação, quanto como uma ferramenta de formulação de políticas sociais para o desenvolvimento de políticas públicas (OMS, 2020).

A CIF incorpora os domínios de atividade (execução de uma tarefa) e participação (envolvimento em situações de vida). Dentro desses domínios, dois qualificadores podem ser impactados por pessoas que vivenciam dor crônica: o desempenho, que descreve como a pessoa realiza ações em seu contexto real de vida; e o qualificador capacidade, que representa a aptidão para realizar uma tarefa dentro de um ambiente padronizado que pode ser testado (WHO, 2020).

A dor crônica persistente e recorrente afeta negativamente a qualidade do desempenho da pessoa em suas atividades diárias, e os terapeutas ocupacionais são profissionais capacitados para intervir nesse contexto, reconhecendo a importância da identidade ocupacional para uma vida saudável e satisfatória (Dutra, 2021). Para permitir um maior envolvimento e participação, o T.O faz uso terapêutico das ocupações valorizadas pelo cliente para promover o seu desempenho ocupacional (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

São desfechos da intervenção do terapeuta ocupacional que seu cliente atinja saúde e bem-estar por meio do engajamento em ocupações significativas, a partir de suas escolhas e motivação dentro de um contexto sociocultural (Dutra, 2021). Todas as pessoas têm o direito de participar de suas ocupações para atingir o bem-estar (Hammell, 2017). Dessa maneira, ao considerar como as ocupações significativas estão alteradas para as pessoas com dor crônica, é

necessário aprimorar habilidades restritas e equalizar oportunidades por meio do engajamento ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais podem contribuir para o manejo da dor crônica através de abordagens centradas no cliente com intervenções que visem promover a participação nas ocupações, habilitar o engajamento ocupacional, performar o desempenho ocupacional, promover independência, mobilidade e autonomia; restaurar a identidade ocupacional e limitar a injustiça ocupacional, graduar e adaptar atividades, modificar o ambiente e a ergonomia, fornecer reabilitação vocacional (Lagueux; Dépelteau; Masse, 2018; Lagueux *et al.*, 2023).

A prática centrada no cliente é uma abordagem valorosa da pessoa, para qual suas necessidades ocupacionais são os principais objetivos da intervenção, valorizando suas experiências e preferências. Essa abordagem pode contribuir para a participação das pessoas em seus papéis ocupacionais, empoderamento e autoconhecimento para fornecer o direito de escolher ocupações significativas, buscas de novas ocupações e alcançar a plenitude das ocupações desejadas (Cruz, 2023).

O estudo científico das ocupações humanas está inserido no campo da Ciência Ocupacional, um movimento global com diferentes perspectivas de atuação. Uma visão transacionalista dessa ciência compreende a pessoa que vivencia a ocupação como prática social em um contexto específico em determinadas dimensões culturais e históricas; em contraste, uma perspectiva neoliberal que favorece o individualismo, produtividade, interesses pessoais e autorrealização (Queiroz; Castro; Jara, 2021).

Indivíduos que vivenciam dor crônica em suas ocupações podem enfrentar contextos sociais adversos, e as limitações causadas pela dor podem resultar em experiências não inclusivas para o engajamento ocupacional. Assim sendo, as ocupações, a participação e a inclusão devem ser compreendidas nas relações tanto macro quanto microculturais (Drummond; Ferreira; Costa, 2021).

Contexto sociais adversos e limitações no desempenho funcional podem resultar em injustiças ocupacionais para as pessoas com dor crônica. As injustiças ocupacionais podem ser representadas por condições que geram experiências ocupacionais estressantes, indo além da violação de direitos humanos. Isso inclui a participação em ocupações impostas, nas quais as pessoas não desejam se envolver, ou ainda aquelas que podem ser prejudiciais ao seu bem-estar (Hammell; Beagan, 2016). A injustiça ocupacional acontece quando fatores sociais e ambientais impedem que as pessoas participem de maneira inclusiva, significativa e com propósito em suas atividades de vida (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

A convivência diária com a dor pode trazer desafios, portanto, são necessários estudos adicionais sobre intervenções baseadas na ocupação e sua eficácia para melhor entendimento das questões ocupacionais enfrentadas por adultos que vivem com dor crônica (Lagueux; Dépelteau; Masse, 2018).

1.4 Manejo multiprofissional e estratégias de enfrentamento

O manejo adequado da dor crônica, com ênfase em uma abordagem individualizada e centrada na pessoa, pode contribuir para a melhora de indicadores de qualidade de vida. O cuidado deve ser baseado no modelo biopsicossocial na dor crônica (Gatchel *et al.*, 2007), o qual apresenta uma interação dinâmica e complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Cohen; Vase; Hooten, 2021).

Em relação as estratégias de enfrentamento, há estratégias ativas (*active coping/problem-focused coping*), em que há a tentativa direta de lidar com o controle da dor, estão associadas a uma melhor adaptação psicológica e à redução de sintomas depressivos. Por outro lado, o uso de estratégias passivas (*passive coping/emotion focused coping*), ou seja, quando o indivíduo delega o controle da dor a um terceiro, está associado ao aumento da percepção de severidade da dor e depressão (Meints; Edwards, 2018).

Barreiras psicossociais como o medo relacionado à dor, cinesiofobia e pensamentos catastróficos, influenciam no processo de recuperação, bem como na percepção da intensidade da dor e desempenho funcional. Os profissionais de saúde devem auxiliar no estabelecimento de abordagens direcionadas, como as terapias cognitivo-comportamentais, educação em neurociências da dor e terapia de exposição (Hotta *et al.*, 2022). O impacto social das DCNT pode ser amenizado por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, sendo uma estratégia às ações com foco na redução de fatores de risco modificáveis, como inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo e consumo de bebida alcoólica (Malta; Morais Neto; Silva Junior; 2011). Adicionalmente, uma maior percepção de suporte social e uma boa relação terapêutica entre profissional e a pessoa em atendimento podem diminuir a percepção de dor autorreferida (Meints; Edwards, 2018).

A catastrofização é uma resposta cognitiva e emocional frente a dor que pode envolver pensamentos de ampliação da sensação da dor, desamparo sobre sua própria capacidade de controlar a dor e ruminatórias e preocupações relacionadas à dor. A catastrofização em pessoas com dores musculoesqueléticas está associada ao aumento da percepção da intensidade da dor,

incapacidade funcional e sofrimento emocional, sendo um fator de risco para diminuir a eficácia de intervenções que visem o alívio da dor (Meints; Edwards, 2018).

A eficácia das intervenções em pessoas com dor musculoesquelética crônica pode ser comprometida devido à presença de memórias protetoras relacionadas ao movimento, que se manifestam por meio da antecipação da dor (Tucker *et al.*, 2012). Portanto, ao integrar a educação em neurociência da dor juntamente com exercícios físicos de maneira repetida e gradual, é possível substituir memórias inadequadas, resultando em um aumento da confiança em relação aos exercícios prescritos (Nijs *et al.*, 2015).

Expectativas gerais positivas de resultado frente ao tratamento associam ao aumento de sentimento de controle, uso de mais estratégias ativas de enfrentamento e melhor desempenho funcional. Autoeficácia ou crenças individuais em sua própria habilidade de realizar um comportamento ou alcançar um resultado desejado frente a situações estressantes ou desafios, podem ser relacionadas a uma maior funcionalidade e menor incapacidade (Meints; Edwards, 2018).

Moderadas associações entre graus de mudanças de dor e na depressão foram encontradas longitudinalmente em cohorts analisadas, com certo grau de inferência causal entre essas duas variáveis (Angst *et al.*, 2020).

Pessoas com dor no ombro atendidas no nível secundário apresentaram um estilo de vida de ruim a regular, com menor prática de atividade física, seguido de controle do estresse e nutrição; logo os profissionais de saúde podem promover estratégias para a adoção de comportamentos saudáveis (Paglioto *et al.*, 2017).

A dor crônica em idosos, por exemplo, pode ser mais prevalente naqueles que possuem menor escolaridade e pior situação econômica, enquanto ser fisicamente ativo no lazer se associa a um desfecho mais benéfico (Santos *et al.*, 2015).

Desse modo, a abordagem multidisciplinar centrada na pessoa no campo da epidemiologia tem sido mais utilizada por considerar intervenções que melhoram os determinantes biopsicossociais da saúde, visando prevenir ou reduzir a futura exposição da população aos fatores de risco implicados na gênese da dor crônica (Mills; Nicolson; Smith, 2019).

1.5 Barreiras de acesso frente à assistência à saúde especializada

A garantia de acesso integral à saúde é um dos desafios do SUS, considerando seus princípios de integralidade, equidade e universalidade. Tal acesso é muitas vezes dificultado

devido à fragmentação da rede, com pouca comunicação entre os serviços, organização em listas de espera e fluxos assistenciais com caráter normativo, que se distanciam das necessidades dos usuários (Freire *et al.*, 2020).

Há uma correlação positiva na atenção especializada entre o tempo de espera, o absenteísmo e o porte municipal populacional. Um maior tempo de espera para o usuário pode agravar condições de saúde física e psicológica, diminuir a produtividade laboral e produzir custos sociais para pagamento de auxílios-doença (Farias *et al.*, 2020). O absenteísmo na atenção especializada pode também ser explicado pela vulnerabilidade social da população (falta de acesso a meios de informação, escolarização, custo do transporte para percorrer distância geográfica até o serviço, não conseguir liberação do trabalho) e a omissão dos usuários em manter seus contatos atualizados (Bender; Molina; Mello, 2010).

Barreiras de acesso ao cuidado fisioterapêutico ambulatorial (tempo excessivo de espera, altos índices de absenteísmo e demanda reprimida) podem agravar a situação de vulnerabilidade social, visto que a falta de reabilitação física pode prejudicar a capacidade para o trabalho (Pereira *et al.*, 2022).

A orientação terapêutica deve ser a primeira opção de tratamento às pessoas com dor musculoesquelética. Um maior número de orientações foi associado a uma menor chance de ser encaminhado para a atenção especializada, evitando maiores gastos no sistema e perda de tempo para os usuários, promovendo a resolutividade da atenção primária (Fayão *et al.*, 2019).

As pesquisas avaliativas de levantamento epidemiológico podem gerar indicadores mais confiáveis, auxiliar na tomada de decisões e contribuir na melhoria do serviço de saúde, com base nas principais condições musculoesqueléticas presentes em serviços públicos de fisioterapia (Souza; Oliveira, 2015).

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Identificar a demanda em serviços de reabilitação física pode auxiliar no planejamento de ações para a gestão de filas e organização dos serviços, visto que são pressionados pela alta demanda e o tempo excessivo de espera, contribuindo para o agravamento da cronificação da dor (Farias *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2022). Conhecer as principais condições musculoesqueléticas presentes em serviços de saúde podem gerar indicadores mais confiáveis, auxiliar na tomada de decisões e contribuir na melhoria do serviço de saúde, auxiliando na proposição de estratégias e abordagens de atendimento mais eficazes ao tratamento de condições associadas à dor crônica (Souza; Oliveira, 2015).

Dada a natureza multifatorial e individualizada, abrangente e amplamente prevalente e debilitante da dor crônica, a compreensão mais aprofundada dos fatores relacionados à intensidade da dor pode ser fundamental para os profissionais de saúde entenderem plenamente a experiência de dor crônica; isso, por sua vez, pode auxiliar no aprimoramento de planos de tratamento e na formulação de estratégias preventivas eficazes (Zimney; Van Bogaert; Louw, 2023).

Desse modo, é importante caracterizar o perfil epidemiológico e clínico dessa população e identificar quais associações múltiplas estão relacionadas à cronicidade da dor. Também é importante compreender como a experiência da dor crônica impacta no cotidiano e suas relações sociais na perspectiva dessas pessoas.

2.1 Hipótese principal

Há uma associação entre intensidade da dor e fatores sociais, desempenho funcional, percepção da qualidade de vida e aspectos emocionais na população estudada.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS GERAIS

3.1 Principais

Estudo (1): Descrever as características epidemiológicas e clínicas das pessoas que aguardam atendimento em um serviço de reabilitação municipal (SRM), abrangendo informações sobre sua situação sociodemográfica e de saúde, bem como avaliar a extensão da desempenho funcional relacionada à dor, à percepção da intensidade da dor, à qualidade de vida e aos estados emocionais, como presença de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.

Estudo (2): Analisar e compreender as narrativas e experiências de indivíduos que convivem diariamente com a dor musculoesquelética crônica.

3.2 Secundários

Estudo (1): Detectar associações múltiplas entre a intensidade da dor relatada pelos participantes e vários fatores, como: aspectos sociais e emocionais, níveis de desempenho funcional. Além disso, mensurar a percepção da qualidade de vida na amostra.

Estudo (2): Analisar as palavras e emoções mais recorrentes no discurso dos entrevistados. Identificar as dificuldades que as pessoas com dor crônica enfrentam em suas ocupações, bem como as estratégias de enfrentamento que empregam para lidar com a dor.

ARTIGOS CIENTÍFICOS

4 ARTIGOS CIENTÍFICOS

4.1 Artigo científico 1

Fatores associados à intensidade da dor autorreferida por pessoas com dor crônica em um serviço de reabilitação física: estudo de corte transversal, quantitativo e descritivo.

RESUMO

Introdução: A dor crônica é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais interferem diretamente na qualidade de vida. É um problema de saúde pública, gerando custos sociais elevados ao sistema de saúde. A demanda reprimida, longo tempo de espera e barreiras de acesso dificultam o atendimento integral dos usuários com dor crônica. **Objetivo:** Descrever as características epidemiológicas e clínicas das pessoas que aguardam atendimento em um serviço de reabilitação municipal, abrangendo informações sobre sua situação sociodemográfica e de saúde. Detectar associações múltiplas entre a intensidade da dor relatada pelos participantes e vários fatores, como: aspectos sociais e emocionais, desempenho funcional. Além disso, mensurar a percepção da qualidade de vida na amostra. **Materiais e Métodos:** estudo observacional quantitativo (transversal e descritivo). Foram incluídas pessoas maiores de 18 anos aguardando por fisioterapia neste serviço. Amostra por conveniência, recrutamento consecutivo conforme tempo de maior espera, por meio de entrevistas individuais. Utilizado questionário para caracterizar variáveis epidemiológicas; Escala Numérica Visual para intensidade da dor; Roland Morris Questionário de Incapacidade para mensurar o desempenho funcional; mensuração da qualidade de vida pelo WHOQOL-abreviado; identificação de aspectos emocionais pela Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. Realizado estatística descritiva e inferencial (Teste Qui-quadrado para Independência e Regressão Logística Multinomial) para análise de dados. **Resultados:** A espera por atendimento se constituiu, sobretudo, por mulheres, idade economicamente ativa, escolaridade variada (fundamental ao médio), classe socioeconômica baixa, desemprego e presença de sintomas ansiosos extremos. As principais demandas encaminhadas foram dorsalgia, lesões de ombro e gonartrose, sendo HAS como principal comorbidade, e presença de um terço com obesidade mórbida. A maioria possuía dor recorrente e/ou contínua superior a seis meses, em que a renda familiar, alterações no desempenho funcional, alteração no sono e sintomas ansiosos estavam associados à intensidade da dor, com magnitude de efeito moderado à forte. Identificou-se uma percepção insatisfatória de qualidade de vida, sobretudo nos domínios físico e do meio ambiente. **Discussão:** Conforme o modelo de regressão logístico considerado, as variáveis analisadas revelaram que a intensidade da dor autorrelatada é influenciada pela menor renda familiar, alterações no desempenho funcional, dormir mal e possuir sintomas ansiosos (moderados/severos/extremos). Entende-se que ao caracterizar a demanda atendida em serviços de reabilitação física, são fornecidos elementos aos gestores e profissionais de saúde para aprimoramento de estratégias voltadas para especificidades das pessoas com dor crônica. Sugere-se estudos no campo da epidemiologia e saúde pública que aprofundem a discussão dos multifatores que influenciam no processo de cronificação da dor. Faz-se necessário também, para além do olhar do bem-estar em saúde, o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem o acesso à renda, emprego, saúde e participação social, bem como que busquem a redução de iniquidades em saúde e injustiças ocupacionais.

Palavras-chaves: Dor crônica. Mensuração da dor. Fatores socioeconômicos. Qualidade de vida. Serviços de reabilitação.

Introdução

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, influenciada por multifatores, podendo ter efeitos adversos no bem-estar psicossocial (Desantana *et al.*, 2020; Raja *et al.*, 2020). É definida como crônica quando persiste ou recorre por mais de três meses (Treede *et al.*, 2019). A prevalência de dor crônica na população adulta brasileira varia entre estudos, sendo a média nacional de 45,59%, maioria em mulheres, com predominância nociceptiva (Aguiar *et al.*, 2021; Cabral *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2018). A pessoa com dor crônica pode possuir como comorbidades doenças crônicas não transmissíveis; por isso, devem ter acesso a um modelo de atenção às condições crônicas na atenção primária em um cuidado longitudinal e rede de atenção integrada (Brasil, 2013, 2014).

O cuidado e manejo da dor crônica deve ser baseado no modelo biopsicossocial (Gatchel *et al.*, 2007), o qual apresenta uma interação dinâmica e complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Cohen; Vase; Hooten, 2021). Fatores associados à dor crônica incluem idade avançada, sexo feminino, menor escolaridade, menor renda familiar, presença de aspectos emocionais (ansiedade e depressão), sobrecarga física de trabalho e pior qualidade do sono (Angst *et al.*, 2020; Carvalho *et al.*, 2018; Luz *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2021). Fatores psicossociais como o sofrimento psíquico e crenças cognitivas (catastrofização, medo e evitação, cinesiofobia) podem interferir no processo de recuperação e na percepção da intensidade da dor e desempenho funcional (Hotta *et al.*, 2022; Meints; Edwards, 2018). Deve-se investir na formulação de políticas de saúde pública para o cuidado da dor crônica, visto que as condições socioeconômicas se interrelacionam, gerando maiores custos para os sistemas de saúde (Goldberg; McGee, 2011).

As barreiras de acesso aos serviços especializados de reabilitação incluem excesso de demanda, tempo excessivo de espera e altos índices de absenteísmo agravados pela vulnerabilidade social (Bender; Molina; Mello, 2010; Farias *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2022). A orientação terapêutica como primeira opção de tratamento na atenção primária pode reduzir o número de encaminhamentos à atenção especializada (Fayão *et al.*, 2019).

Identificar a demanda em serviços de reabilitação física pode auxiliar no planejamento de ações para a gestão de filas e organização dos serviços, visto que são pressionados pela alta demanda e o tempo excessivo de espera, contribuindo para o agravamento da cronificação da

dor (Pereira *et al.*, 2022). Conhecer as principais condições musculoesqueléticas presentes em serviços de saúde podem gerar indicadores mais confiáveis, auxiliar na tomada de decisões e contribuir na melhoria do serviço de saúde, contribuindo para a proposição de estratégias e abordagens de atendimento mais eficazes no tratamento de condições associadas à dor crônica (Souza; Oliveira, 2015).

Identificar fatores de risco associados à dor crônica, bem como melhorar determinantes sociais de saúde dentro de uma perspectiva multidisciplinar centrada na pessoa, auxilia na prevenção do desenvolvimento dessa condição (Mills; Nicolson; Smith, 2019). Dada a natureza multifatorial, abrangente e amplamente prevalente e debilitante da dor crônica, a compreensão mais aprofundada dos fatores relacionados à intensidade da dor pode ser fundamental no aprimoramento de planos de tratamento e na formulação de estratégias preventivas (Zimney; Van Bogaert; Louw, 2023).

Este estudo visou caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de pessoas com dor crônica em fila de espera de fisioterapia em ortopedia em um serviço de reabilitação municipal (SRM), bem como identificar fatores associados à intensidade da dor autorreferida.

Materiais e Métodos

Desenho do estudo

Estudo observacional quantitativo, transversal e descritivo. Método descrito com base na lista de checagem *STROBE* traduzida para o português (Malta *et al.*, 2017). Preenchimento em Anexo F.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob parecer número 5.046.076, em consonância com os princípios éticos de privacidade, confidencialidade e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Brasil, 2013).

Procedimentos do estudo

O estudo foi realizado em um serviço de reabilitação municipal (SRM) localizado no litoral norte do estado de São Paulo (APÊNDICE D). O período de recrutamento foi de três meses em 2021. O recrutamento inicial foi realizado pelo pesquisador por contato telefônico e posteriormente de modo presencial, mediante aceite do termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE), sendo respeitadas as medidas vigentes contra a pandemia de COVID-19. O pesquisador realizava a conferência do preenchimento dos instrumentos a cada entrevista para prevenir dados faltantes (“*missing data*”).

De maneira complementar, também foram analisados os registros de prontuários dos usuários do serviço para compreender o motivo do encaminhamento do especialista. Uma cópia dos instrumentos aplicados na pesquisa foi anexada no prontuário dos participantes no serviço de saúde. Todos os dados coletados foram digitados em planilhas e armazenados em um repositório virtual.

Casuística

Os critérios de elegibilidade incluíram: a) pessoas a partir de 18 anos; b) estar em fila de espera em fisioterapia na categoria “ortopedia” no SRM entre os meses de dezembro de 2019 a maio de 2021; c) possuir dor autorreferida contínua ou recorrente por mais de três meses. Foram excluídas pessoas com comprometimento cognitivo diagnosticado (deficiência intelectual). A seleção da amostra foi não probabilística por conveniência, o recrutamento foi consecutivo do período de maior espera até o mais recente, sendo convidados todos os usuários na lista de espera (amostra fixa disponível) durante o período do estudo. Houve contato por telefone até três vezes em dias e horários diferentes para agendamento da entrevista.

Variáveis do estudo

As variáveis descritivas (caracterização epidemiológica e clínica) compreenderam gênero, idade, raça, escolaridade, estado civil, religião, renda familiar mensal, ocupação atual ou prévia, vínculo trabalhista, tipo de habitação, meio de acesso à internet, meio de locomoção, diagnóstico principal, comorbidades autorreferidas, tempo de dor crônica, pressão arterial sistólica e diastólica e índice de massa corporal.

Foram consideradas variáveis de desfecho a intensidade da dor autorrelatada, alteração no desempenho funcional, severidade de aspectos emocionais (depressão, ansiedade e estresse), percepção de qualidade de vida e alteração no sono autorreferida (sim e não).

Uma possível variável de interferência seria a analgesia por uso de medicamentos, os quais poderiam alterar a percepção subjetiva da dor e desempenho funcional do entrevistado, consequentemente interferindo nas respostas aos instrumentos padronizados.

Instrumentos de coleta de dados

Um questionário fechado (elaborado pelos autores) foi utilizado para a coleta das variáveis descritivas de caracterização epidemiológica e clínica (APÊNDICES A e B). Os dados antropométricos (peso, altura) foram avaliados por balança digital e estadiômetro profissional, enquanto aferição de pressão arterial foi utilizado medidor automático.

A Escala Visual Numérica (EVN) foi utilizada para coletar a variável de intensidade da dor. Este instrumento avaliou a intensidade autorrelatada de dor nas últimas vinte e quatro horas. Para fins de classificação, neste estudo foi considerado sem dor (0 pontos), dor leve (1 a 3 pontos), moderada (4 a 6 pontos) e intensa (7 a 10 pontos) (Fortunato *et al.*, 2013).

O Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral (QIRM) foi utilizado para variável de desempenho funcional. Este instrumento é composto por 24 itens como autorrelato em pontuações de 0 e 1 (sim ou não), referente às últimas vinte e quatro horas, com nota de corte para incapacidade de 12 pontos (Sardá Júnior *et al.*, 2010).

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS) foi utilizada para a variável de severidade de aspectos emocionais. Este instrumento é composto por 21 itens, dividido em 3 subdomínios (depressão, ansiedade e estresse) de 7 questões cada, tipo Likert (0 a 3 pontos). Avaliou a intensidade de aspectos emocionais referente aos últimos sete dias (Vignola; Tucci, 2014). Conforme notas de corte, cada domínio foi classificado em sintomas “ausente/normal”, leve, moderado, severo e extremo (Lovibond; Lovibond, 2004).

O WHOQOL-abreviado foi utilizado para variável de percepção de qualidade de vida (Fleck *et al.*, 2000). O instrumento é composto por 26 questões - duas gerais, que avaliam a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde, e 24 que avaliam quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, disposto em escala Likert (1 a 5 pontos), referente aos últimos quinze dias; os escores totais convertidos de 0% (pior percepção) a 100% (melhor percepção).

Risco de viés

Para reduzir o risco de viés de seleção por perda amostral de não comparecimento, cada participante foi avisado sobre justificar a falta e, posteriormente, ser convidado no próximo dia de triagem. Os potenciais candidatos receberam ligações de duas a três vezes em dias e horários diferentes antes de serem excluídos.

Para minimizar a variável de interferência (analgesia por medicamento) para o desfecho de intensidade da dor e desempenho funcional, foram alteradas as palavras “agora” na EVN e “hoje” no QIRM por “últimas vinte e quatro horas”.

Análise estatística

A análise estatística foi conduzida com o auxílio de diferentes ferramentas. A calculadora estatística adotada foi *Statistics Kingdom* (2017), enquanto o *software* aplicativo utilizado foi *R Core Team* (R Foundation, 2015).

Para a estatística descritiva das variáveis quantitativas, utilizou-se gráficos Box Plot, os quais forneceram informações sobre média, mediana, desvio padrão, amplitude e quartis. Já para as variáveis qualitativas, foram obtidas as frequências relativa e absoluta. A fim de verificar a normalidade (distribuição) dos dados, adotou-se a Prova de Shapiro Wilk (nível de significância de 5%), em conjunto com medidas de assimetria e curtose. Adicionalmente, o método de *Tukey's fence* (valor $k=1,5$) foi empregado para a identificação de possíveis outliers. Para a análise de correlação entre variáveis independentes, optou-se pela utilização da correlação por Postos de Spearman.

Na etapa de estatística inferencial, focalizada na associação entre variáveis nominais de desfecho, empregou-se o Teste Qui-quadrado para independência (nível de significância de 5% e magnitude de efeito V de Cramer). Esse teste permitiu comparar a intensidade da dor autorreferida com as variáveis independentes. As variáveis categóricas independentes consideradas foram: idade (adultos e idosos), sexo (feminino e masculino), raça (brancos e não brancos), escolaridade (abaixo de quatro anos e acima de cinco anos), estado civil (sem parceiro e com parceiro), renda familiar (menor que dois salários mínimos e maior que dois salários mínimos), internet (sim e não), ocupação (desempregado, empregado e aposentado/benefício), comorbidade (refere e nega), obesidade (sim e não), alteração do sono (sim e não), desempenho funcional (sim e não), bem como sintomas depressivos, ansiosos e estresse (sem sintomas/leve e moderado/severo/extremo).

A análise de regressão logística multinomial foi utilizada para determinar os preditores de intensidade da dor autorreferida, que representou uma variável categórica polinomial dependente (sem dor ou leve; dor moderada e dor intensa). Foram selecionadas para o modelo de regressão somente as variáveis independentes com associação à variável dependente. O nível de significância nas análises de regressão foi de 0,05.

O Pseudo R^2_N de Nagelkerke foi utilizado para avaliar a qualidade do ajuste do modelo de regressão logística multinomial, o qual explica o poder total das variáveis independentes do modelo. O teste de qualidade de ajuste (*Goodness of fit*) foi utilizado para detectar se o modelo estava mal ajustado e se as variáveis independentes poderiam ser predictoras da variável dependente dentro do modelo ajustado (teste bicaudal, nível de significância de 0,05).

Para o cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento *WHOQOL*-Abreviado

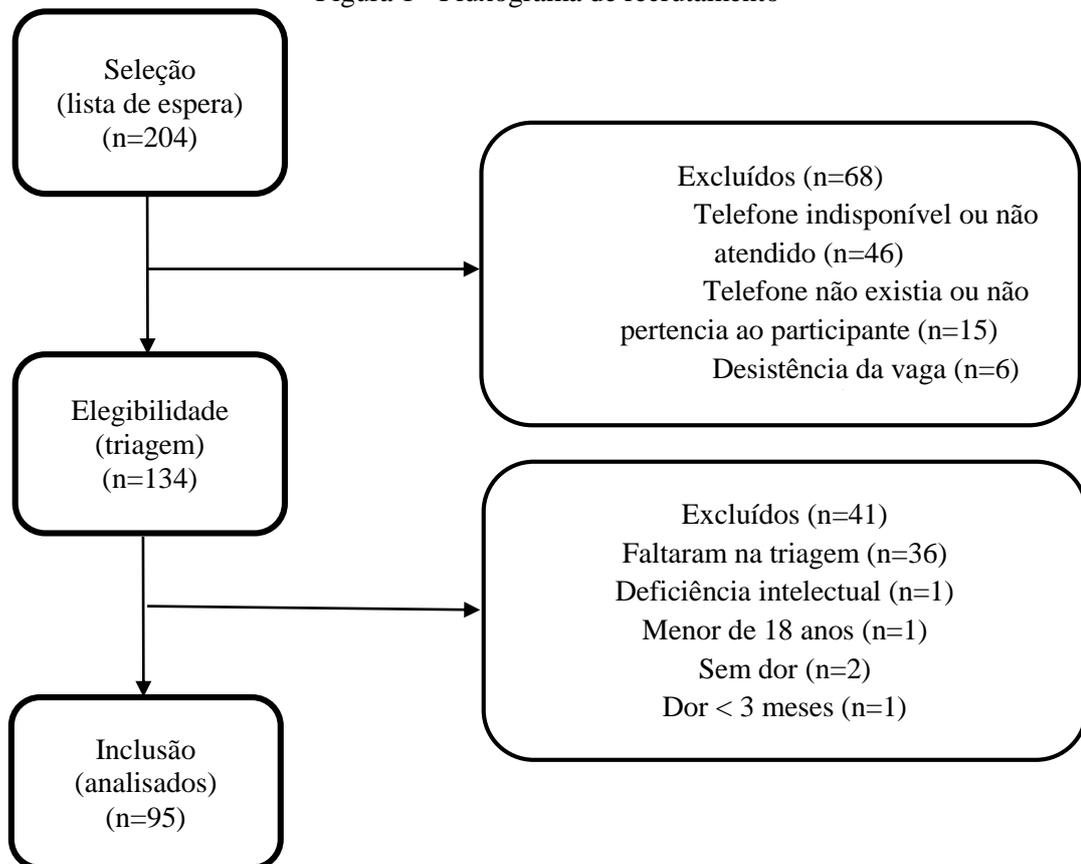
foi utilizado a ferramenta disponibilizada por Pedroso *et al.* (2010) através do programa Microsoft Office Excel 2016 ®.

Resultados

Caracterização socioeconômica

A elegibilidade e seleção da amostra foram descritas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de recrutamento



Fonte: Elaborado pelo autor.

Sociodemograficamente, a amostra caracterizou-se por ser predominantemente feminina (74,7%), com idade média de 50,6 anos (desvio padrão - dp de 11,2 anos), composta por indivíduos não brancos (52,6%), com ensino médio completo (40%) e de religião católica (51,6%).

Praticamente todos os participantes referiram possuir dor crônica superior a 6 meses, sendo 94,7% (n=90). A dor referida nas últimas vinte e quatro horas foi intensa para a maioria da amostra (n=41; 43,2%), moderada para 38,9% (n=37) e leve ou sem dor para 17,9% (n=17),

com uma mediana de 6 pontos (Me 6,01; Dp 2,57 pontos) na EVN. Não houve evidências suficientes para sugerir uma associação entre a intensidade da dor e as seguintes variáveis: sexo, idade, raça, escolaridade, trabalho e acesso à internet. As associações observadas apresentaram magnitude de efeito pequena, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra em valores absolutos (n) e relativos (%)
(continua)

Variáveis	Categorias	n total (%)	Qui-Quadrado χ^2 (gl)	p valor (ϕ Cramer)
Gênero	Masculino	24 (25,3)	3,15 (2)	0,207 (0,18)
	Feminino	71 (74,7)		
Idade	entre 21 e 39 anos	16 (16,8)	0,69 (2)	0,7 (0,08)
	entre 40 e 59 anos	63 (66,3)		
	entre 60 e 81 anos	16 (16,8)		
Raça/Cor da pele	Branco	45 (47,4)	0,51 (2)	0,77 (0,07)
	Pardo	37 (38,9)		
	Preto	13 (13,7)		
Escolaridade	0 anos	2 (2,1)	2,15 (2)	0,34 (0,15)
	Entre 1 e 4 anos	25 (26,3)		
	Entre 5 e 8 anos	12 (12,6)		
	Entre 9 e 11 anos	13 (13,7)		
	12 anos	38 (40)		
	Maior que 12 anos	5 (5,3)		
Estado civil	Solteiro	14 (14,7)	1,36 (2)	0,51 (0,12)
	Casado	41 (43,2)		
	União Estável	26 (27,4)		
	Divorciado/Separado	10 (10,5)		
	Viúvo	4 (4,2)		
Religião	Católico	49 (51,6)		
	Evangélico	29 (30,5)		
	Não religioso	8 (8,4)		
	Espírita	4 (4,2)		
	Outros	5 (5,3)		

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra em valores absolutos (n) e relativos (%) (conclusão)

Variáveis	Categorias	n total (%)	Qui-Quadrado χ^2 (gl)	p valor (ϕ Cramer)
Renda Familiar Mensal*	Sem renda	4 (4,2)	7,77 (2)	0,02 (0,29)*
	< 1100 reais	5 (5,3)		
	Entre 1100 e 2200 reais	47 (49,5)		
	Entre 2200 e 3300 reais	17 (17,9)		
	Entre 3300 e 5500 reais	18 (18,9)		
	> 5500 reais	4 (4,2)		
Principal ocupação (atual ou prévia)	Doméstica	16 (16,8)	1,57 (4)	0,81 (0,09)
	Faxineira	13 (13,7)		
	Cozinheira	6 (6,3)		
	Prof. nível técnico/superior	4 (4,2)		
	Outras autônomas	50 (52,6)		
	Desempregado	31 (32,6)		
Trabalho atual	Empregado	24 (25,3)	1,52 (2)	0,47 (0,13)
	Autônomo	15 (15,8)		
	Aposentado INSS	11 (11,6)		
	Afastado INSS	10 (10,5)		
	Outro	4 (4,2)		
	Própria	62 (65,3)		
Habitação	Aluguel	22 (23,2)	1,52 (2)	0,47 (0,13)
	Cedido	11 (11,6)		
	Celular	59 (62,1)		
Acesso à Internet	Computador	4 (4,2)	1,52 (2)	0,47 (0,13)
	Ambos	13 (13,7)		
	Sem acesso	18 (18,9)		
	Público	57 (60)		
Meio de Transporte	Veículo próprio	38 (40)		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * χ^2 : Valor do teste qui-quadrado para associação; gl: graus de liberdade; valor-p significativo ($\leq 0,05$); ϕ Cramer: valor de *phi de Cramer* para magnitude de efeito.

Quanto à caracterização econômica (Tabela 1), os participantes possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (49,5%). Houve associação significativa entre intensidade da dor e renda familiar mensal, com magnitude de efeito moderada ($X^2(2, N=95) = 7,77; p=0,02; \phi_{\text{Cramer}} = 0,29$) (Tabela 1). Houve percepção extremamente insatisfatória em relação aos recursos financeiros (27,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção de Qualidade de vida (%) para cada categoria (Whoqol-abreviado)

Categorias	%	Categorias	%
Percepção Geral	51,41%	Itens com maior insatisfação	
Domínio Físico	41,58%	Dependência ao tratamento/medicamento	24,5%
Domínio Meio Ambiente	48,91%	Recursos financeiros	27,1%
Domínio Relações Pessoais	62,11%	Transporte	27,4%
Domínio Psicológico	62,06%	Dor e desconforto	31,6%
Itens com maior satisfação		Recreação e Lazer	34,7%
Autoestima	76,8%	Capacidade de Trabalho	35%
Relações Pessoais	72,6%	Atividades da vida cotidiana	43,4%
Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)	65%	Sono e repouso	43,2%
Imagem corporal e aparência	65,5%	Autoavaliação da QV	47,8%
Segurança e proteção	62,4%	Sentimentos positivos	50%
Sentimentos negativos	62,4%	Cuidados de Saúde	52,4%
Ambiente do lar	62,4%	Atividade sexual	54,5%
Novas informações e habilidades	60%	Mobilidade	56,3%
Suporte e apoio pessoal	59,2%	Energia e fadiga	57,1%
Memória e concentração	58,9%	Espiritualidade/Crenças pessoais	58,7%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao trabalho, um terço dos participantes estava desempregado. As principais ocupações atuais e prévias dessa população consistiam em profissões de nível médio, geralmente envolvendo esforço físico moderado a intenso. A percepção sobre a capacidade para trabalhar foi avaliada como insatisfatória (35%) (Tabela 2).

Sobre as condições de moradia e locomoção: habitação própria (65,3%), acesso à internet por meio de celular (62,1%) e utilizavam o transporte público como principal meio de locomoção (60%). Contudo, a percepção sobre o meio de locomoção foi considerada extremamente insatisfatória (27,4%) (Tabela 2).

Caracterização dos encaminhamentos

Dentre os 204 inscritos no “livro de espera para fisioterapia em ortopedia”, 69,6% eram do sexo feminino e 30,4% eram do sexo masculino. As principais localizações do corpo “afetadas” foram “lombar” (72) (lombalgia, lombociatalgia), “ombro” (47) (bursite, síndrome manguito rotador, tendinite), “joelho” (38) (artrose, gonartrose, sinovite), “cervical” (14) (cervicalgia, cervicobraquialgia), “cotovelo” (13) (epicondilite lateral ou medial), dentre outras condições em menor frequência. O tempo de espera por atendimento até julho de 2021 era de 233 dias em mediana (Me 317 dias; dp 190,82) e intervalo interquartil de 365 dias (mín. 39 dias e máx. 580 dias).

Dos 95 entrevistados, foram encontrados 130 diagnósticos clínicos nos encaminhamentos. Ao agrupar as subcategorias dos códigos do CID-10, os diagnósticos mais prevalentes foram os seguintes: 31,5% “M54” Dorsalgia (cervicalgia, lumbago com ciática, dor lombar baixa, dor na coluna torácica); 21,5% “M75” Lesões do Ombro (síndrome do manguito rotador, síndrome de colisão do ombro e bursite do ombro); 9,2% “M17” Gonartrose (gonartrose primária bilateral e outras gonartroses primárias); 7,7% “M77” Outras entesopatias (epicondilite lateral e medial) e 5,4% “M51” outros transtornos de discos vertebrais.

Caracterização clínica da amostra

Quanto à caracterização clínica da amostra, o diagnóstico clínico mais prevalente foi CID-10 “M54.5” “dor lombar baixa” (Tabela 3). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais autorreferida (40%). Alguns participantes apresentaram medição de pressão arterial (PA) acima da faixa limítrofe recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021, p.17), sendo 20% para PA sistólica e 23,2% PA diastólica.

Embora somente 7,4% dos participantes tenha afirmado possuir obesidade, ao calcular o IMC, 35,8% possuíam obesidade (Brasil, 2006). Não houve evidências suficientes para sugerir uma associação entre a intensidade da dor e as seguintes variáveis: referir comorbidade e obesidade (magnitude de efeito pequena) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização clínica da amostra em valores absolutos (n) e relativos (%)

Variáveis	Categorias	n total (%)	Qui-Quadrado χ^2 (gl)	p valor (ϕ Cramer)
Diagnóstico principal (CID-10)	Dor Lombar Baixa	25 (26,3)		
	Sind. Manguito Rotador	14 (14,7)		
	Lesões do ombro	11 (11,6)		
	Outros	80 (84,2)		
Comorbidades autorreferidas	Nega possuir	39 (41,1)		
	Hipertensão	38 (40)		
	Condições psiquiátricas	16 (16,8)		
	Hipotireoidismo	13 (13,7)	0,3 (2)	0,86 (0,05)
	Diabetes	11 (11,6)		
	Obesidade	7 (7,4)		
	Outros	19 (20)		
	Índice de Massa Corporal	Intervalo Normal	18 (18,9)	1,89 (2)
Sobrepeso		38 (40)		
Obesidade I		28 (29,5)		
Obesidade II		4 (4,2)		
Obesidade III		2 (2,1)		
Não Informado		5 (5,3)		
Pressão Arterial Sistólica/Diastólica	Ótima e normal	54(56,8) /71 (74,7)		
	Limítrofe	21(22,1) /1 (1,1)		
	Estágio I	13(13,7) /18 (18,9)		
	Estágio II	4(4,2) /4 (4,2)		
	Estágio III	2 (2,1)/0		
	Não informado	1 (1)		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * χ^2 : Valor do teste qui-quadrado para associação; gl: graus de liberdade; valor-p significativo ($\leq 0,05$); ϕ Cramer: magnitude de efeito moderada ($>0,2$).

Desempenho funcional, alteração do sono e aspectos emocionais

A alteração no desempenho funcional afetou 60% da amostra. Observou-se uma associação significativa entre a intensidade da dor e desempenho funcional, apresentando uma magnitude de efeito forte ($X^2(2, N=95) = 17,59$; $p < 0,01$; ϕ Cramer = 0,43) (Tabela 4). Os participantes relataram maior impacto funcional nas atividades cotidianas, como mudar de posição, evitar trabalhos pesados, lidar com dor constante e limitações nas atividades de vida diária. Além disso, houve percepção insatisfatória em relação à dor e desconforto (31,6%) e à capacidade para realizar atividades cotidianas (43,4%) (Tabela 2).

Tabela 4 - Desempenho funcional, alteração do sono e aspectos emocionais em valores absolutos (n) e relativos (%)

(continua)

Variáveis	Categorias	n total (%)	Qui-Quadrado χ^2 (gl)	p valor (ϕ Cramer)
Desempenho funcional	Não alterado	38 (40)	17,59 (2)	<0,001 (0,43)*
	Alterado	57 (60)		
Alteração do sono	Dorme bem	34(35,8)	18,56 (2)	<0,001 (0,44)*
	Dorme mal	61(64,2)		
Sintomas depressivos	Sem sintomas	53 (55,8)	5,36 (2)	0,069 (0,24)
	Leve	8 (8,4)		
	Moderado	10 (10,5)		
	Severo	4 (4,2)		
	Extremo	20 (21,1)		

Tabela 4 - Desempenho funcional, alteração do sono e aspectos emocionais em valores absolutos (n) e relativos (%)

				(conclusão)
Variáveis	Categorias	n total (%)	Qui-Quadrado χ^2 (gl)	p valor (ϕ Cramer)
Sintomas ansiosos	Sem sintomas	27 (28,4)		
	Leve	7 (7,4)	8,33 (2)	0,016 (0,3)*
	Moderado	14 (14,7)		
	Severo	9 (9,5)		
	Extremo	38 (40)		
Sintomas de estresse	Sem sintomas	67 (70,5)		
	Leve	5 (5,3)		
	Moderado	9 (9,5)	2,22 (2)	0,33 (0,15)
	Severo	10(10,5)		
	Extremo	4 (4,2)		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * χ^2 : Valor do teste qui-quadrado para associação; gl: graus de liberdade; valor-p significativo ($\leq 0,05$); ϕ Cramer: magnitude de efeito moderada ($>0,2$) e forte ($>0,4$).

Em relação à alteração do sono, 64,2% dos entrevistados afirmaram ter problemas devido à dor (QIRM, item 18). Verificou-se uma associação significativa entre a intensidade da dor e a dificuldade em dormir bem, com uma magnitude de efeito forte (χ^2 (2, N=95)= 18,56; $p<0,01$; ϕ Cramer =0,44). A percepção da qualidade do sono foi considerada insatisfatória (43,2%) (Tabela 2).

Apesar de apenas 16,8% dos entrevistados relatarem ter alguma condição psiquiátrica, como depressão e ansiedade, esses indivíduos apresentaram risco moderado, severo ou extremo (DASS) para sintomas ansiosos (64,2%), depressivos (35,8%) e estresse (24,2%). Foi identificada uma associação significativa entre a intensidade da dor e os sintomas ansiosos, com uma magnitude de efeito moderada (χ^2 (2, N=95) = 8,33; $p=0,016$; ϕ Cramer =0,3). Entretanto, não foram encontradas evidências suficientes para sugerir uma associação entre a intensidade da dor e os sintomas depressivos (magnitude de efeito moderada) ou em relação aos sintomas de estresse (magnitude de efeito pequena) (Tabela 4).

Fatores associados à intensidade da dor autorreferida

A análise de regressão logística multinomial incluiu inicialmente as variáveis independentes (alteração do sono, desempenho funcional, renda familiar, sintomas ansiosos), que apresentaram associação significativa com a intensidade da dor, demonstrando uma magnitude de efeito moderada à forte.

Incluindo as quatro variáveis independentes acima, o teste de qualidade de ajustes “*Goodness of fit*” mostrou que o modelo de regressão logística foi bem ajustado (bicaudal, $X^2(8) = 35.02$, $p < 0,05$), rejeitando a hipótese nula. O teste também sugeriu que a variável “renda” não é significativa como preditora da intensidade da dor nesse modelo com a inclusão dessas quatro variáveis independentes.

Na análise univariada entre renda e intensidade da dor, verificou-se que a chance de uma pessoa com renda familiar acima de dois salários-mínimos possuir dor leve/sem dor é 5.17 vezes maior em comparação àquelas que referem dor intensa, representando um aumento de 417% (coeficiente $b = 1,64$; $p < 0,01$; $\text{Exp}(b) 5.17$). Isso sugere que pessoas com maior renda familiar têm menor probabilidade de experimentar dor intensa em comparação àquelas de menor renda familiar.

Ao excluir a variável “renda” e incluir as variáveis “desempenho funcional”, “alteração no sono” e “sintomas de ansiedade”, o modelo de regressão logística se manteve bem ajustado (bicaudal, $X^2(6) = 32.02$, $p < 0,05$), com todas as variáveis independentes significativamente atuando como preditoras da intensidade da dor (Tabela 5).

Tabela 5 - Parâmetros estimados para o Modelo Logístico Multinomial
(continua)

Variáveis independentes	Coef. b	SE	P valor	Exp (b)	IC 95% Exp (b)
Dor intensa em comparação à dor leve (<i>baseline</i>)					
b_0	-1,68	0,72	0,019*	0,18	(0,04; 0,76)
Sono	1,99	0,78	0,011*	7,34	(1,58; 34,05)
Desempenho funcional	1,52	0,76	0,046*	4,59	(1,03; 20,53)
Ansiedade	0,85	0,71	0,23	2,33	(0,58; 9,42)

Tabela 5 - Parâmetros estimados para o Modelo Logístico Multinomial
(conclusão)

Variáveis independentes	Coef. <i>b</i>	SE	P valor	Exp (b)	IC 95% Exp (b)
Dor moderada em comparação à dor leve (<i>baseline</i>)					
<i>b</i> ₀	0,22	0,49	0,66	1,24	(0,47; 3,27)
Sono	1,7	0,75	0,02*	5,47	(1,25; 23,84)
Desempenho funcional	0,1	0,73	0,89	1,1	(0,26; 4,6)
Ansiedade	0,37	0,63	0,56	0,69	(0,2; 2,39)
Dor moderada em comparação à dor intensa (<i>baseline</i>)					
<i>b</i> ₀	1,9	0,66	<0,01*	6,66	(1,84; 24,11)
Sono	-0,3	0,63	0,64	0,74	(0,22; 2,56)
Desempenho funcional	-1,43	0,59	0,016*	0,24	(0,07; 0,77)
Ansiedade	-1,22	0,54	0,024*	0,3	(0,10; 0,85)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: Categoria de referência: dor intensa; Coef. *b*: valor do coeficiente beta; SE: desvio de erro; valor-p significativo ($\leq 0,05$); coluna Exp (b): razão de chance nas variáveis independentes e variável dependente; IC: intervalo de confiança de 95%; pseudo R² de Nagelkerke = 0.327

O pseudo R² de Nagelkerke apresentou valor de 32,7%, explicando parte da influência sofrida pelos valores de “intensidade da dor” em relação às variáveis independentes adotadas no modelo acima. Devido à medida ser um pseudo R², pode não refletir integralmente o poder explicativo total das variáveis independentes.

Na análise multivariada entre "alteração do sono" e "intensidade da dor", verificou-se que a chance de uma pessoa que "dorme mal devido à dor" possuir dor intensa é 7,34 vezes maior em comparação àqueles que relataram dor leve, representando um aumento de 634% ($b=1,99$; $p=0,011$; $\text{Exp}(b) 7,34$). Além disso, a chance de possuir dor moderada é 5,47 vezes maior em comparação àqueles que referem dor leve, um aumento de 447% ($b=1,7$; $p=0,02$; $\text{Exp}(b) 5,47$). Isso indica que pessoas com problemas de sono relacionados à dor têm maior

probabilidade de experimentar dor intensa ou moderada em comparação àqueles que dormem bem.

Na análise multivariada entre "desempenho funcional" e "intensidade da dor", a chance de uma pessoa com incapacidade referir dor moderada é 0,24 vezes menor em comparação àqueles que relatam dor intensa, representando uma redução de 76% ($b = -1,43$; $p = 0,016$; $\text{Exp}(b) 0,24$). Ao mesmo tempo, a chance de possuir dor intensa é 4,59 vezes maior em comparação àqueles que referem dor leve, representando um aumento de 359% ($b = 1,52$; $p = 0,046$; $\text{Exp}(b) 4,59$). Esses resultados sugerem que pessoas com alteração no desempenho funcional devido à dor têm maior probabilidade de ter dor intensa, em relação àqueles que não possuem alterações.

Por fim, na análise multivariada entre "sintomas de ansiedade" e "intensidade da dor", a chance de uma pessoa com sintomas ansiosos (moderados/severos/extremos) referir dor moderada é 0,3 vezes menor em comparação àqueles que relatam dor intensa, representando uma redução de 70% ($b = -1,22$; $p = 0,024$; $\text{Exp}(b) 0,3$). Nesse sentido, os achados indicam que pessoas com sintomas ansiosos mais severos têm maior probabilidade de ter dor intensa quando comparadas àqueles com sintomas leves ou sem sintomas.

Percepção de qualidade de vida

A percepção geral de qualidade de vida (QV) foi insatisfatória. Uma pior percepção da qualidade de vida (QV) esteve presente nos domínios "físico" e "meio ambiente", enquanto os domínios "relações pessoais" e "psicológico" apresentaram uma melhor satisfação. As únicas categorias com percepção satisfatória superior a 70% foram "autoestima" e "relações pessoais", enquanto as categorias com maior insatisfação (inferior a 30%) foram "dependência a um tratamento", "recursos financeiros" e "transporte" (Tabela 2).

Discussão

Os resultados caracterizaram o perfil de saúde e epidemiológico de pessoas com dor crônica musculoesquelética em fila de espera em fisioterapia de um serviço especializado de reabilitação. A espera por atendimento constituiu-se, sobretudo, por mulheres, idade economicamente ativa, escolaridade variada (fundamental ao médio), classe socioeconômica baixa e desemprego. As principais demandas encaminhadas foram dorsalgia, lesões de ombro e gonartrose, sendo HAS como principal comorbidade e presença de um terço com obesidade mórbida. As variáveis renda familiar, desempenho funcional, alteração do sono e sintomas ansiosos estiveram associadas à intensidade da dor autorreferida com magnitude de efeito

moderada à forte. Metade da amostra apresentou sintomas severos ou extremos de ansiedade. Identificou-se uma percepção insatisfatória de qualidade de vida, sobretudo nos domínios físico e do meio ambiente.

Conhecer as características epidemiológicas do perfil atendido pelos serviços pode auxiliar na gestão, avaliação e planejamento de estratégias em saúde (Pimentel *et al.*, 2011). As características epidemiológicas presentes neste estudo (predominância do sexo feminino, baixa escolaridade e baixa renda familiar), geralmente estão associadas na literatura à dor crônica, sendo a dor lombar a região do corpo com maior prevalência em estudos brasileiros (Aguiar *et al.*, 2021; Cabral *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2018). A frequência dos principais diagnósticos clínicos presente neste estudo foram semelhantes ao estudo de Souza e Oliveira (2015), o qual analisou a prevalência de doenças musculoesqueléticas encaminhadas a serviços públicos de fisioterapia.

Monitorar as comorbidades e fatores de estilos de vida em pessoas que sofrem de dor crônica é essencial para evitar uma piora da intensidade e recorrência da dor, nesse contexto recomenda-se promover mudanças em hábitos de vida para incorporar práticas mais saudáveis como parte de intervenções multimodais e personalizadas às necessidades específicas das pessoas que vivenciam a dor crônica (Nijs; Lahousse; Malfliet, 2023). Neste estudo, cerca de um quinto dos participantes apresentou pressão elevada no dia da entrevista e um terço possuía obesidade. A HAS está presente em cerca de 38 milhões de brasileiros e deve ser monitorada na APS, a qual possui linha de cuidado específica para avaliação e acompanhamento multiprofissional (Brasil, 2021; IBGE, 2020). Um índice de massa corporal superior a 30 é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de dor crônica em múltiplos locais do corpo (Tanguay-Sabourin *et al.*, 2023). Pessoas que apresentam uma maior sensibilidade a dor possuem uma associação positiva a uma alimentação pró-inflamatória, indicando a necessidade de estratégias em saúde para uma dieta de melhor qualidade (Elma *et al.*, 2023), além de incentivar a prática de atividade física é um componente importante no tratamento não farmacológico para a dor crônica (Malta *et al.*, 2017; Sant'Anna *et al.*, 2021).

Neste estudo, de acordo com o modelo de regressão logístico utilizado, as variáveis analisadas indicaram que a intensidade da dor autorrelatada é influenciada por fatores como menor renda familiar, alteração no desempenho funcional e no sono e sintomas ansiosos mais intensos. Esses achados estão alinhados com resultados de outros estudos que também encontraram associações significativas. Por exemplo, Tanguay-Sabourin *et al.* (2023) destacaram que os principais fatores de risco para ocorrência e propagação de dor crônica em vários locais do corpo estão associados a insônia, sintomas depressivos e ansiosos. Silva *et al.*

(2021) relataram associação entre má qualidade do sono e presença de distúrbios osteomusculares, enquanto Koerich *et al.* (2021) observaram que a incapacidade funcional estava mais presente em pessoas com idade entre 40 e 59 anos, o que aumentava a chance de dor crônica. Por outro lado, ser profissionalmente ativo e praticar atividade física foram fatores associados a menor chance de dor crônica nesse mesmo estudo. Paglioto *et al.* (2017) identificaram que pessoas com dor no ombro apresentaram estilo de vida classificado como ruim a regular, associado à menor prática de atividade física.

Além disso, os indivíduos com dor crônica atendidos em clínicas especializadas também experienciaram aspectos emocionais, tais como depressão moderada, estresse leve e ansiedade severa, com uma forte correlação entre esses sintomas (Nicholas, M. K. *et al.*, 2019). A qualidade de vida foi impactada pela presença de dor crônica, especialmente quando associada aos sintomas ansiosos e depressivos (Silva *et al.*, 2021). A vulnerabilidade social e desigualdades regionais também afetaram a qualidade de vida das pessoas, com piores percepções sobre o meio ambiente em aspectos como habitação, educação, renda, saneamento básico, cultura e lazer na população em geral (Almeida-Brasil *et al.*, 2017; Gomes; Hamann; Gutierrez *et al.*, 2014).

Este estudo identificou os fatores associados à intensidade da dor e aspectos relacionados a uma maior insatisfação na qualidade de vida de pessoas com dor crônica em um serviço especializado de reabilitação. Como limitações do estudo, a perda amostral poderia potencializar um viés de seleção. Possíveis fatores para perda amostral no contexto local, poderiam ser a não atualização cadastral do usuário na unidade, sinal telefônico deficiente em áreas próximas à vegetação nativa, na qual a população vulnerável socioeconomicamente reside, além da redução de 30% da frota de transporte público no período da coleta de dados, devido disputa judicial entre a empresa de transporte público com o governo local.

As possíveis implicações para pesquisa deste estudo observacional estão relacionadas à sua utilidade na identificação de uma demanda reprimida, contribuindo para o aprimoramento dos processos de gestão e o desenvolvimento de ações específicas no contexto de serviço de reabilitação. A abordagem metodológica, utilizando instrumentos padronizados e validados para investigar variáveis de interesse e explorar associações por meio de um modelo de regressão logística, demonstra a aplicabilidade desse método em estudos similares. Quanto às implicações para a prática clínica e políticas públicas, a caracterização da população atendida em serviços de reabilitação física oferece oportunidades para mapear demandas específicas relacionadas à dor crônica. Reforçar a qualificação do acolhimento e acompanhamento, investir em orientação terapêutica e grupos de educação em neurociência da dor são estratégias que

podem melhorar o cuidado com essa população. Além disso, a implementação de políticas públicas que garantam acesso à renda, emprego, transporte público e redução de iniquidades em saúde e injustiças ocupacionais é crucial, especialmente para a população economicamente vulnerável.

Sugere-se estudos no campo da epidemiologia e saúde pública que aprofundem a discussão dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam no processo de cronificação da dor, de modo que incentive governos, gestores, profissionais da saúde e usuários a buscarem estratégias integradas para melhoria da qualidade de vida de pessoas com dor crônica.

Apoio: Este estudo foi apoiado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (FMRP-USP).

4.2 Artigo científico 2

Experiências ocupacionais de pessoas com dor crônica em um serviço de reabilitação: estudo qualitativo descritivo e exploratório

RESUMO

Introdução: A dor crônica persistente ou recorrente por mais de três meses é uma condição multifatorial, caracterizada por um sofrimento emocional significativo que afeta diversas ocupações da vida e a participação em papéis ocupacionais. O tratamento adequado da dor crônica deve ser embasado no modelo biopsicossocial, adotando uma abordagem multimodal e interprofissional centrada na pessoa. **Objetivos:** Analisar e compreender o discurso e experiências ocupacionais de pessoas que convivem diariamente com a dor crônica. Analisar as palavras e emoções mais recorrentes no discurso dos entrevistados. **Materiais e Métodos:** A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob parecer número 5.046.076. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram incluídos participantes da Fase 1 que continuaram a relatar a presença de dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses. A amostra foi selecionada por conveniência e foram recrutados os participantes identificados na Fase 1, como informantes-chaves devido à sua habilidade de comunicação. Foram conduzidos três grupos focais com diferentes participantes. Durante os grupos, um roteiro de questões norteadoras foi utilizado para guiar a entrevista e um questionário semiestruturado foi utilizado para coletar informações sobre variáveis epidemiológicas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva; o *software R* foi utilizado em conjunto com o pacote "*syuzhet*," que incorpora o dicionário de sentimentos *NRC*, para analisar a frequência e a variação de sentimentos e emoções presentes. O modelo conceitual de matriz em sete etapas foi utilizado para a análise temática. Além disso, o modelo referencial analítico para a interpretação dos dados foi a análise de discurso de filiação pecheuxtiana. **Resultados:** A amostra era principalmente constituída por mulheres em idade economicamente ativa, com níveis de educação no ensino fundamental, de raça parda e adeptas da religião evangélica e renda familiar inferior a dois salários-mínimos. A principal condição de saúde presente foi a dorsalgia. A categoria lexical de sentimentos mais prevalente no discurso dos entrevistados foi a emoção tristeza, seguida de medo. As categorias temáticas analisadas incluíram as seguintes áreas: limitações funcionais nas ocupações, estratégias de enfrentamento em relação à dor, crenças cognitivas, barreiras ao acesso aos serviços de saúde e dificuldades financeiras. Foram identificados discursos que se agruparam em formações discursivas, incluindo aquelas de natureza neoliberal, religiosa e machista. Além disso, foram observadas formações ideológicas relacionadas ao sistema capitalista e patriarcal. Também foram identificadas formações imaginárias, como a ênfase na estética do corpo, a construção de imagens como a da figura feminina tolerante à dor e a estigmatização da mulher que relata múltiplas queixas de saúde. **Discussão:** Pessoas que convivem com a dor crônica frequentemente enfrentam desafios significativos no desempenho ocupacional, podendo desenvolver distorções cognitivas e recorrer às estratégias de enfrentamento passivas, pouco eficazes para lidar com a intensidade da dor. A dificuldade de acesso e acompanhamento adequado nos serviços especializados contribuem para a sensação de baixa resolutividade, levando a uma maior dependência de serviços de urgência durante os episódios de dor aguda. É importante considerar o impacto dos determinantes sociais que promovem injustiças ocupacionais e atuam na cronicidade da dor, tais como vulnerabilidade econômica, condições precárias de trabalho, suporte social reduzido,

desigualdades de gênero e étnico-raciais. As mulheres, em particular, enfrentam a opressão de discursos patriarcais e neoliberais, padrões estéticos e estigmas sociais que perpetuam situações de violência e invisibilidade da dor. Compreender o funcionamento do discurso e às experiências ocupacionais dessa população, pode auxiliar os serviços de saúde especializados a desenvolverem estratégias de cuidado mais eficazes.

Palavras-chaves: Dor crônica. Mensuração da dor. Fatores socioeconômicos. Experiência de vida. Terapia ocupacional.

Introdução

A dor crônica persistente ou recorrente por mais de três meses é uma condição multifatorial, caracterizada por um sofrimento emocional significativo (Desantana *et al.*, 2020; Raja *et al.*, 2020; Treede *et al.*, 2019). Estima-se que cerca de 45% da população brasileira sofra de dor crônica, sendo mais prevalente em mulheres, com predominância de natureza nociceptiva (Aguiar *et al.*, 2021; Cabral *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2018). O modelo biopsicossocial fundamenta a compreensão da interação complexa e dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam no cuidado e manejo da dor crônica (Cohen; Vase; Hooten, 2021; Gatchel *et al.*, 2007). Pessoas com dor crônica podem desenvolver estratégias de enfrentamento ativas ou passivas para lidar frente o manejo da dor; sendo ativas, quando há a tentativa direta de lidar com o controle da dor, e sendo passivas, quando a pessoa delega o controle da dor a um terceiro (Meints; Edwards, 2018).

Pessoas com dor crônica podem vivenciar alterações significativas nas suas ocupações de vida e em seus papéis ocupacionais, devido aos contextos sociais adversos e às limitações impostas pela dor, resultando em experiências não inclusivas para o engajamento ocupacional. É essencial compreender as ocupações, a participação e a inclusão a partir de uma perspectiva sociocultural, e o direito de participar de suas ocupações para atingir o bem-estar, deve ser garantido (Drummond; Ferreira; Costa, 2021; Hammell, 2017). Quando condições socioambientais geram experiências ocupacionais estressantes, limitam a participação e violam direitos humanos, podem surgir injustiças ocupacionais (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021; Hammell; Beagan, 2016).

As pessoas que vivenciam a dor crônica podem possuir um discurso repleto de marcas e significações. Sob o referencial da análise do discurso francesa pecheuxtiana (Gadet; Hak, 2014; Pêcheux, 2014, 2015a, 2015b), a qual compreende a língua como prática social, por um sujeito inconsciente determinado sócio ideologicamente, é possível compreender características

que sustentam o funcionamento da linguagem e sua relação com os sentidos e a ideologia (Freire, 2021; Orlandi, 2015).

Dada a natureza multifatorial e individualizada da experiência da dor, o uso de metodologias qualitativas pode auxiliar pesquisadores e profissionais de saúde a compreenderem plenamente a vivência de dor crônica; isso, por sua vez, pode contribuir no aprimoramento de planos de tratamento e na formulação de estratégias preventivas eficazes (Zimney; Van Bogaert; Louw, 2023). São necessários estudos adicionais para melhor entendimento das questões ocupacionais enfrentadas pela convivência diária com a dor (Lagueux; Dépelteau; Masse, 2018).

O objetivo deste estudo é analisar e compreender o discurso e experiências ocupacionais de pessoas que convivem diariamente com a dor crônica. Visa também analisar as palavras e emoções mais recorrentes no discurso dos entrevistados, bem como identificar as dificuldades que as pessoas com dor crônica enfrentam em suas ocupações, bem como as estratégias de enfrentamento que empregam para lidar com a dor.

Materiais e Métodos

Desenho do estudo

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Métodos descritos com base na versão em língua portuguesa do guia *COREQ* (Souza *et al.*, 2021). Preenchimento em Anexo G.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob parecer número 5.046.076, em consonância com os princípios éticos de privacidade, confidencialidade e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Brasil, 2013).

Procedimentos do estudo

O estudo foi conduzido em um serviço de reabilitação municipal (SRM) localizado no litoral norte do estado de São Paulo (APÊNDICE D). A coleta de dados ocorreu em setembro de 2022. O recrutamento inicial foi realizado por contato telefônico e posteriormente por participação presencial, sendo respeitadas as medidas vigentes contra a pandemia de COVID-19.

A escolha da técnica do grupo focal foi considerada por ser rápida e de baixo custo, por

permitir compreender diferentes percepções acerca de um tema, completar informações, conhecer atitudes, opiniões e comportamentos relativos à saúde (Lervolino; Pelicioni, 2001).

Os áudios foram gravados por gravador digital portátil e transcritos na íntegra por uma profissional contratada de forma independente, sendo organizados e armazenados em repositório digital.

Casuística

Critérios de inclusão: a) ter participado do estudo de Machado e Souza (2024); b) ser maior de 18 anos; c) possuir dor autorrelatada recorrente ou contínua acima de três meses durante o recrutamento. Critério de exclusão: possuir comprometimento cognitivo diagnosticado (deficiência intelectual).

Os participantes elegíveis foram identificados como informantes-chaves devido à sua boa fluência na comunicação durante a participação no estudo de Machado e Souza (2024). Para a seleção e participação nos grupos, foi considerada a amostragem por conveniência, conforme disponibilidade de horários dos participantes.

Procedimento de coleta de dados

Foram realizados três grupos focais com participantes diferentes, compostos por quatro a seis pessoas, visando uma dinâmica mais intensa e detalhada, com duração de 40 a 60 minutos. Grupos maiores podem limitar as oportunidades de trocas de ideias, elaboração e registros (Gatti, 2005). Os assentos reservados aos participantes foram dispostos em círculo para garantir uma atmosfera amigável. Não houve presença de “não participantes” em sala.

Para a condução dos grupos, optou-se por incluir a presença de moderador, observador e relator (Lervolino; Pelicioni, 2001). Para tanto, o pesquisador principal (terapeuta ocupacional) atuou como moderador, direcionando os temas de interesse baseado em um roteiro semiestruturado, uma vez que já possuía experiência prévia com entrevistas em pesquisa qualitativa e realização de grupos educativos em contexto de serviços de saúde. Nesse sentido, suas funções incluíram estimular que todos os membros emitissem suas opiniões, especialmente aqueles com comportamento mais reservado; evitar que alguns CERmembros dominassem a discussão; equilibrar entre sua conduta de guiar e moderar (Flick, 2009). Também participaram profissionais da equipe do SRM; uma terapeuta ocupacional atuou como observadora, focando nas expressões não-verbais, enquanto uma psicóloga se encarregou do papel de relatora, anotando as informações de maior interesse e a dinâmica da discussão. Adicionalmente, uma

enfermeira e uma fisioterapeuta ficaram responsáveis pela utilização do gravador, distribuição dos questionários sociodemográficos e anotações de notas reflexivas.

Antes de introduzir a primeira pergunta, o moderador conduziu uma breve apresentação dos participantes e colaboradores, permitindo um ambiente relaxado e de compartilhamento de experiências; introduziu uma visão geral do tópico da pesquisa e definiu as regras básicas, bem como a garantia de confidencialidade. Cada participante recebeu um “número” para facilitar a identificação durante a transcrição das falas e garantir o anonimato.

Foram respeitados os cuidados de não relacionamento e homogeneidade (Lervolino; Pelicioni, 2001). Os participantes não possuíam vínculo afetivo entre si, embora todos fossem usuários do serviço e residentes de diferentes bairros do território adscrito; também compunham um grupo homogêneo, em que todos possuíam dor musculoesquelética crônica. Os participantes tiveram contato com o moderador (pesquisador) em um único momento, por meio de entrevista individual no ano anterior, no estudo de Machado e Souza (2024). Nenhum dos participantes fora usuário dos demais colaboradores da equipe durante o grupo focal.

Diante da repetição dos conteúdos e, conseqüentemente, da possibilidade de saturação dos dados, a composição de novos grupos foi encerrada (Minayo, 2006), mediante discussão entre o pesquisador e as quatro colaboradoras.

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário fechado (elaborado pelos autores) para a caracterização sociodemográfica, considerando as seguintes variáveis: idade, gênero, raça, escolaridade, estado civil, religião, ocupação, renda familiar mensal, acesso à internet, situação habitacional, meio de transporte, diagnóstico principal e comorbidades referidas.

Para a condução do grupo utilizou-se um roteiro semiestruturado elaborado pelos autores, com questões disparadoras, que direcionaram a discussão ao ponto de estudo explorado (APÊNDICE C). Os itens foram baseados nos domínios físicos, psicológicos, de relações sociais e de meio ambiente presentes no WHOQOL-Abreviado (Fleck *et al.*, 2000). Os temas incluíram: atividades em casa, trabalho, qualidade do sono, necessidade de um tratamento, estratégias de enfrentamento, sentimentos, pensamentos, dificuldades financeiras, lazer e acesso aos serviços de saúde.

O roteiro foi revisado por cinco profissionais de saúde do SRM (uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional), cujas sugestões consistiram em adições de temas relevantes para o estudo e em tornar as questões

norteadoras menos gerais e mais direcionadas para a vivência da dor crônica. O roteiro foi testado por meio de uma entrevista individual com uma participante.

As notas de campo foram feitas pelos colaboradores durante a execução dos grupos e, após, foram entregues ao pesquisador os relatórios de registro de notas reflexivas referentes a cada grupo. Um diário de campo foi escrito pelo pesquisador para impressões pessoais e reflexões sobre a análise ao longo do processo (Gale *et al.*, 2013). Não houve devolução das transcrições dos grupos focais para os participantes para comentários adicionais.

Análise de dados - Métodos quantitativos

Para os resultados do questionário socioeconômico foi realizada estatística descritiva. A calculadora estatística utilizada foi *Statistics Kingdom* (2017).

Para produção de “nuvem de palavras” como um recurso gráfico que representa a frequência de termos em uma imagem, foi utilizada a ferramenta online: <https://wordart.com>. Foi dado destaque em cor branca as vinte palavras mais frequentes (verbos e substantivos) e excluídas palavras comuns (preposições, artigos, conjunções etc.).

A análise dos sentimentos ou a mineração de opinião é utilizada para extrair automaticamente informações sobre a conotação negativa ou positiva da linguagem de um documento. Foi considerado o pacote “*syuzhet*” (desenvolvido em 2015 por Jockers) com o dicionário de sentimentos *NRC* no *software R*. Este vocabulário com valores de sentimentos negativos ou positivos e oito emoções foi desenvolvido por Saif M. Mohammad, um cientista do Conselho Nacional de Pesquisa do Canadá (NRC). O conjunto de dados foi construído manualmente através de pesquisas usando a técnica *Maximum Difference Scaling* ou *MaxDiff*, que avalia a preferência por uma série de alternativas (Mohammad; Turney, 2013). Assim, o léxico tem 14.182 palavras com as categorias de sentimentos positivos e negativos e as emoções de raiva, ansiedade, repugnância, medo, alegria, tristeza, surpresa e confiança (Mohammad; Turney, 2013).

Para complementar a leitura isolada das emoções, estudando a flutuação dos sentimentos positivos e negativos ao longo de um texto, foi gerado um *Syuzhet plot* - gráfico que mostra uma curva com a normalização de dados gerados dentro um intervalo de -1 (momento mais negativo na extração de sentimentos) e 1 (mais positivo), em que 0 é considerado neutro. O eixo horizontal apresenta o texto em 100 fragmentos normalizados e o eixo vertical informa sobre a valência do sentimento no texto (Silge; Robinson, 2017).

Procedimentos metodológicos: métodos qualitativos

O modelo conceitual de matriz foi utilizado como método para descrever e analisar as entrevistas dos grupos, o qual fornece etapas claras e objetivas para produzir resultados estruturados de desenhos qualitativos indicados em estudos multidisciplinares na saúde. A abordagem para a criação de temas foi indutiva, ou seja, derivada dos dados. O modelo seguiu sete estágios descritos abaixo (Gale *et al.*, 2013):

- a) estágio 1: transcrição literal (palavra por palavra) da entrevista para “imersão” dos pesquisadores nos dados e produção de notas reflexivas dos colaboradores registrados em documentos de texto individuais;
- b) estágio 2: familiarização com todo conteúdo da entrevista através de releitura da transcrição e das notas reflexivas, produção de anotações de reflexões no diário de campo do pesquisador;
- c) estágio 3: os pesquisadores aplicaram “códigos” (palavras e expressões) que descrevessem cada passagem interpretada como importante. A codificação foi aberta (não pré-definida, derivada dos dados) com abordagem indutiva. Foi utilizada a extensão *Highlight Tool* adicionada ao navegador de busca, o qual organizou os grifos por cores do pesquisador em um novo documento. Códigos iniciais gerados: (1) “in vivo” - palavra literal ou expressões; (2) “processo” - relatos que indicam ação que ocorre ou vem ocorrendo, “ideia de movimento”; (3) “valores”: relatos que indicam atitudes, crenças e emoções; (4) “estrutural”: relatos de afirmações com elementos como: “quem” “onde”, “porque”, “quando” “de que modo”. Número de codificadores iniciais: 6634 palavras;
- d) estágio 4: códigos “descritivos” que sumarizam os códigos iniciais, com breve descrição para cada um; por sua vez, foram agrupados em subcategorias (unidades temáticas) e em categorias (temas), exibidos em diagrama de matriz para visualização, conforme se interrelacionavam. Foram geradas 5 categorias, 15 unidades temáticas e 80 subtemas;
- e) estágio 5: seleção de fragmentos de falas por temas;
- f) estágio 6: indexação final de fragmentos, códigos e categorias ao diagrama de matriz. Uma pesquisadora independente revisou os extratos codificados dos dados, validando a matriz (categorias e unidades temáticas);
- g) estágio 7: fase de interpretação dos dados. Os dados foram interpretados conforme referencial teórico e analítico.

O modelo conceitual de matriz não é alinhado a uma abordagem filosófica, epistemológica ou teoria social específica, porém é uma ferramenta flexível que pode ser adaptada para o uso associado às abordagens qualitativas que visam gerar temas (Gale *et al.*, 2013).

Referencial teórico analítico

Foi utilizado como referencial teórico analítico, a Análise do Discurso (AD) de filiação pecheuxtiana (Gadet; Hak, 2014; Pêcheux, 2014, 2015a, 2015b), baseado em procedimentos analíticos de Freire (2021) e Orlandi (2015). Alguns conceitos da AD que serviram de base para análise do processo discursivo foram: condições de produção, discurso, esquecimentos número 1 e 2, formação: ideológica (FI), discursiva (FD) e imaginária (FI_m), ideologia, interdiscurso e intradiscurso, paráfrase e polissemia, silêncio.

Para a AD a língua é relativamente autônoma, a história tem seu real afetado pelo simbólico, o sujeito de linguagem é afetado pela história e funciona pelo inconsciente e pela ideologia (Orlandi, 2015).

Para Freire (2021, p. 69) “a ideologia é um conjunto de sentidos partilhados como verdadeiros por determinado grupo, se manifesta na língua e não há sujeito de linguagem fora da ideologia”.

A AD serve como ponto de vista epistemológico para a descrição e a interpretação de textos, busca descrever quais condições para a emergência de determinado enunciado, em meio a historicidade, considerando que todo discurso é ideológico (Magalhães; Kogawa, 2019).

O discurso é o efeito de sentidos entre interlocutores em lugares sociais determinados pela estrutura social, relação da língua com a ideologia, determinando sujeitos e sentidos (Freire, 2021; Pêcheux, 2014).

O discurso é exteriorizado, repleto de sentidos pré-estabelecidos, conforme seu contexto sociocultural, posição de classe e gênero; logo, teorias que negam a influência da exterioridade na estrutura da língua, se aproximam de uma análise de conteúdo (Orlandi, 2015; Pêcheux, 2014).

As condições de produção do discurso são pensadas em sentido amplo (contexto social, histórico e ideológico) e sentido estrito (circunstâncias da enunciação) (Freire, 2021). O intradiscurso é o que é dito em determinado momento em condições presentes, acionado por uma “memória constitutiva” ou interdiscurso, pelo qual todo dizer, só é possível porque está sustentado por dizeres anteriores (sentidos pré-estabelecidos), os quais afetam o modo como sujeito significa em uma situação discursiva (Orlandi, 2015).

“O sujeito é uma categoria simbólica para AD e nunca uma pessoa” (Freire, 2021, p. 72). Existem dois tipos de esquecimentos no discurso do sujeito, segundo Pêcheux (2014): ideológico e enunciativo. O primeiro é inconsciente e resulta pela forma que o sujeito é afetado pela ideologia, cria a ilusão no sujeito de ser a origem do que é dito, porém o dizer é retomado por sentidos pré-existentes (Orlandi, 2015). O segundo é quando o sujeito fala de uma forma e não de outra ao longo do dizer, formando uma ilusão referencial de uma relação direta entre pensamento e linguagem (Orlandi, 2015).

O discurso do sujeito é atravessado por uma formação ideológica (FI), como um conjunto complexo de atitudes e de representações, partilhado por um grupo específico, gerado pela ideologia que se impõe ao sujeito ao interpelá-lo pela língua (Freire, 2021; Pêcheux, 2014).

A ideologia se organiza em discursos, os quais se materializam na linguagem em FDs em uma dada posição sócio-histórica. A FD é uma matriz que regula o que pode ou não pode ser dito, o que deve ou não ser enunciado, regulados pela ideologia (Freire, 2021; Orlandi, 2015; Pêcheux, 2014).

O campo imaginário (imagens e projeções) define as posições dos sujeitos no discurso. Há três Formações Imaginárias (FImag): a antecipação (ajustamento do discurso do sujeito em relação ao efeito que pretende causar no interlocutor), as relações de sentidos (relação com outros dizeres) e as relações de força (lugar de fala, relações de poder) (Orlandi, 2015).

O funcionamento da linguagem possui a tensão entre processos parafrásicos e polissêmicos. Orlandi (2015) define a paráfrase como o termo aos mesmos espaços de dizer, diferentes formulações dos mesmos dizer sedimentado, estabilização; enquanto a polissemia é o deslocamento, ruptura de processos de significação, equívoco.

O dizer tem relação com o não dizer e as palavras são carregadas de silêncio. O não dito possui relação com o silêncio fundador, silêncio que indica que o sentido sempre pode ser outro (Orlandi, 2015). É no silêncio fundador, o qual torna toda significação possível, que é história (silêncio humano), possui relação de sentido com o imaginário, mediando relações entre relação entre linguagem, mundo e pensamento, produzindo condições para o significar (Orlandi, 2007, 2015). Segundo Orlandi (2007), além do silêncio fundador, existe a política do silêncio dividida entre silêncio constitutivo (todo dizer cala algum sentido necessariamente) e o local (censura); sendo a imposição do silêncio, uma forma de impedir a sustentação de outro discurso. É possível compreender o silêncio pelo modo que se manifesta, dadas condições sócio-históricas de produção.

A análise de discurso não busca o sentido verdadeiro (não é valorativa), não busca afirmar se o discurso construído é bom ou ruim, busca mostrar o modo como funciona a

construção do sentido em uma relação da língua com a história, sujeito e ideologia (Freire, 2021).

A função do analista do discurso é compreender o funcionamento da linguagem através da evidenciação dos processos discursivos presente no enunciado, a fim de identificar diferentes posições dos sujeitos (lugar simbólico de onde fala o sujeito no discurso) e explicitar de onde se originam os sentidos produzidos (Freire, 2021; Orlandi, 2015). O analista do discurso tem a função de elaborar um dispositivo que permita o sujeito a compreensão do discurso, a relação com os sentidos e a ideologia (Orlandi, 2022).

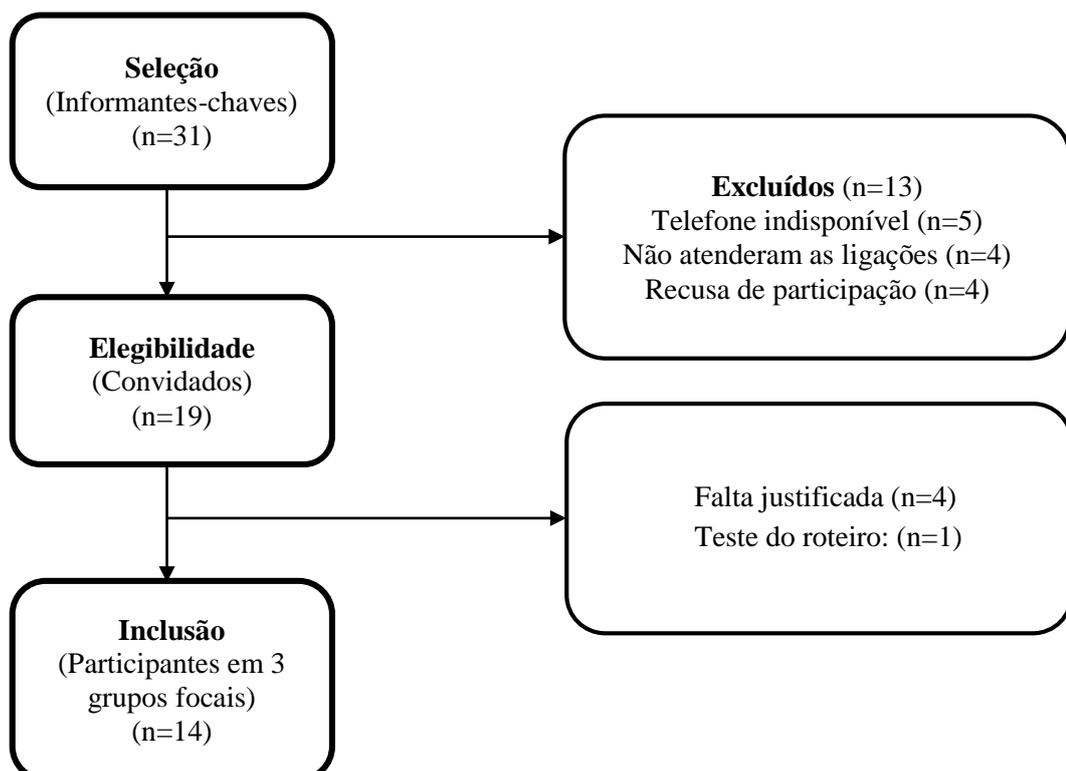
Nessa abordagem, busca-se compreender o processo discursivo, que inclui formações discursivas, ideológicas e imaginárias, das pessoas que enfrentam diariamente a experiência de dor musculoesquelética crônica.

Resultados

Caracterização socioeconômica

Foram inicialmente identificados para seleção da amostra, 31 informantes-chaves, sendo 8 homens e 23 mulheres. Foram realizados três grupos focais com um total de 14 participantes (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de recrutamento



Fonte: Elaborado pelo autor.

A amostra foi caracterizada sociodemograficamente (Tabela 1) como: predominantemente feminino (92,9%), com média (Me) de idade 50 anos (desvio padrão - dp 9 anos), pardos (50%), entre 5 e 8 anos de estudo (57,1%), estado civil variado, evangélicos (50%). Quanto à caracterização econômica, renda familiar menor que 2 salários-mínimos (85,7). Em relação ao trabalho, um terço estava desempregado. As principais ocupações atuais e prévias dessa população eram profissões de nível fundamental e médio, geralmente relacionadas ao esforço físico moderado a intenso. Os participantes possuíam habitação própria (50%), acesso à internet por celular (85,7%) e o transporte público como principal opção de locomoção (78,6%). Quanto à caracterização clínica da amostra, o diagnóstico clínico mais prevalente foi CID-10 “M54” “dorsalgia” (71,4%) (Tabela 1). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e condições psiquiátricas (ansiedade ou depressão) foram as comorbidades mais autorreferidas (42,9%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (valores absolutos (n) e relativos (%))
(continua)

Variáveis	Categorias	n total (%)
Gênero	Masculino	1 (7,1)
	Feminino	13 (92,9)
Idade	entre 40 e 59 anos	12 (85,7)
	entre 60 e 70 anos	2 (14,3)
Raça/Cor da pele	Pardo	7 (50)
	Branco	4 (28,6)
	Preto	3 (21,4)
Escolaridade	Entre 5 e 8 anos	8 (57,1)
	Entre 9 e 11 anos	2 (14,3)
	Maior que 12 anos	4 (28,6)
Estado civil	Sem parceiro (solteiro/divorciado)	7 (50)
	Com parceiro (casado/união estável)	7 (50)
Religião	Católico	4 (28,6)
	Evangélico	7 (50)
	Não religioso	2 (14,3)
	Espírita	1 (7,1)

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (valores absolutos (n) e relativos (%))
(continuação)

Variáveis	Categorias	n total (%)
Diagnóstico principal (CID-10)	Dorsalgia (M54)	10 (71,4)
	Lesões do Ombro (M75)	7 (50)
	Outros transtornos coluna (M48; M50; M51; M53)	6 (42,9)
	Outros transtornos articulares (M17; M19; M65; M70; M77)	6 (42,9)
Comorbidades autorreferidas	Nega possuir	6 (42,9)
	Hipertensão	6 (42,9)
	Condições psiquiátricas (ansiedade e depressão)	6 (42,9)
	Arritmia	3 (21,4)
	Diabetes	3 (21,4)
	Obesidade	3 (21,4)
	Outros	5 (35,7)
Renda Familiar Mensal	< 1 salário-mínimo	4 (28,6)
	Entre 1 e 2 SM*	8 (57,1)
	Entre 2 e 3 SM	1 (7,1)
	Entre 4 e 5 SM	1 (7,1)
Principal ocupação (atual ou prévia)	Cozinheira	3 (21,4)
	Faxineira	2 (14,3)
	Doméstica	2 (14,3)
	Ambulante praia	2 (14,3)
	Outras	2 (14,3)
	Não relatado	3 (21,4)
Trabalho atual	Desempregado	4 (28,6)
	Empregado	4 (28,6)
	Autônomo	2 (14,3)
	Aposentado INSS	4 (28,6)
Habitação	Própria	7 (50)
	Aluguel	6 (42,9)

Cedido

1 (7,1)

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (valores absolutos (n) e relativos (%) (conclusão))

Variáveis	Categorias	n total (%)
Acesso à Internet	Celular	12 (85,7)
	Celular e computador	1 (7,1)
	Sem acesso	1 (7,1)
Meio de Transporte	Ônibus público	11 (78,6)
	Veículo próprio	2 (14,3)
	Ambos	1 (7,1)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: *Valores do salário-mínimo em 2022.

Tabela 2 - Tipologia sobre a experiência de conviver com dor crônica musculoesquelética

(continua)

Categoria	Unidades Temáticas	Subtemas
Limitações funcionais nas ocupações humanas	Atividades básicas e instrumentais de vida diária	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidade da dor, sentir dor contínua e recorrente por muitos anos; - Suporte ou limitação no autocuidado: banho, vestir, mobilidade doméstica, pentear o cabelo, atividade sexual; - Dificuldade/deixar de realizar tarefas da casa (lavar louça, limpeza, pegar peso, passar roupas); - Cobrança familiar nas tarefas domésticas; - Colaboração familiar nas tarefas e apoio emocional; - Mobilidade na comunidade (pegar ônibus, andar mais devagar na rua, não poder andar de bicicleta, compras no mercado);
	Sono e descanso	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração na qualidade do sono: (sono curto, acordar com dor, incômodo, dormir mal e interferir no dia a dia e no humor, mudar de posição);
	Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Esforço físico (limitação); - Deixar de exercer função ou perda de emprego; - Perda da produtividade e financeira (autônomo); - Ajuda de colegas na função laboral; - Jornada exaustiva e função com esforço repetitivo ou extenuante; - Disputas/Espera no INSS; - Perda salarial com invalidez;
	Lazer e Participação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de círculo social; - Grupo de ajuda espiritual e participar de igreja; - Não sair de casa por conta da dor; - Parou de caminhar; - Adequar passeio com familiares.
	Gestão da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diversas comorbidades clínicas, psiquiátricas e musculoesqueléticas; - Rotina repleta de medicações, consultas e exames em diferentes serviços; - Não realizam atividades físicas direcionadas (financeiro e não disponibilidade gratuita);

Tabela 2 - Tipologia sobre a experiência de conviver com dor crônica musculoesquelética

(continuação)

Categoria	Unidades Temáticas	Subtemas
Estratégias de enfrentamento frente à dor	Passivas	<ul style="list-style-type: none"> - Automedicação e medicação prescrita; - Suplementação de vitamina; - Práticas complementares: acupuntura e ventosaterapia, analgesia (gelo, banho quente, massagem com óleo corporal, esalda pés); - Elevar as pernas em almofadas, deitar-se, mudar de posição corporal; - Rezar, louvar; - Distração (enviar vídeos celular, ler, palavras cruzadas, ouvir música); - Isolamento de familiares; - Comer para trazer alegria.
	Ativas	<ul style="list-style-type: none"> - Participar de grupo de caminhada (idosos) na comunidade; - Caminhada livre; - Conservação de energia, divisão de tarefas, fazer pausas, fazer mais devagar; - Exercícios fisioterapêuticos e alongamentos em casa.
Crenças cognitivas	Distorções cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Cinesiofobia; - Catastrofização; - Atenção seletiva na dor; - Pensamento religioso; - Medo e evitação.
	Identificação intrapessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração da autoimagem e autoestima; - Aceitação da condição atual; - Percepção de piora do quadro clínico.

Tabela 2 - Tipologia sobre a experiência de conviver com dor crônica musculoesquelética

(conclusão)

Barreiras frente ao acesso aos cuidados de saúde	Fisioterapia	-	Relação de confiança e reconhecimento da importância;
		-	Longo tempo de espera;
		-	Perda da vaga e não adesão.
	Atenção especializada	-	Alternância por diversos profissionais;
		-	Longo tempo de espera por consulta, atendimentos desmarcados;
		-	Tempo de espera para realização de exames e cirurgias;
		-	Não acesso ou dificuldade no acesso (ex. psicologia, neurologista);
		-	Acessar emergência de cidade vizinha para acesso ao ortopedista.
	Atenção Primária à Saúde (APS)	-	Percepção de longa espera e pouco resolutivo, obter encaminhamentos;
		-	Não ter grupos de atividade física (adultos) ou academia gratuita.
	Serviço de Emergência	-	Percepção de rapidez e resolutividade na dor;
		-	Procura na agudização da dor.
Dificuldades financeiras	Vulnerabilidade socioeconômica	-	Dificuldade no acesso aos alimentos;
		-	Depender financeiramente de familiares;
-		Preocupação com os filhos para criar;	
-		Situação de pobreza agravando sintomas depressivos;	
-		Não ter dinheiro para comprar medicamentos;	
-		Transporte público deficitário;	
-		Não conseguir trabalhar ou perda da produtividade laboral.	
	Busca por serviço privado	-	Dificuldade para pagar por um exame ou consulta de especialista;
		-	Não poder pagar academia, hidroginástica e pilates.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3 - Tipologia sobre experiência dos participantes de conviver com dor, observadas pelos colaboradores

(continua)

Categoria	Unidades Temáticas	Subtemas
Percepções em relação aos grupos focais	Impacto nas ocupações humana	<ul style="list-style-type: none"> - Episódios de agudização da dor interferem na realização das atividades de vida diária; - Impacto da dor na qualidade e manutenção do sono; - Trabalho ou a falta do mesmo interferem na percepção de dor e atuam como fator estressor; - Necessitam realizar adequações para conseguir trabalhar (mudança de função laboral, introdução de pausas, mudança de posição); - Dor como limitadora do lazer e da participação social; - Sedentarismo, não realiza atividade física direcionada.
	Aspectos socioeconômicos	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitos familiares interferem no humor e na percepção de dor, enquanto apoio familiar (emocional e na divisão das tarefas) como apoio protetivo; - Dificuldades financeiras limitam possibilidades de cuidado, atuam como fator estressor emocional, agravado em ciclos de agudização de dor, pois perdem produtividade ou deixam de trabalhar.
	Estratégias de enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> - Medicação como principal estratégia de enfrentamento; - Necessidade de ampliar repertório de enfrentamento: comportamental (práticas de respiração e relaxamento) e cognitivas (construção de pensamentos mais funcionais quando estão com dor); - Espiritualidade no enfrentamento.
	Emoção e cognição	<ul style="list-style-type: none"> - Relação entre a dor e mudanças de humor; - Dor e adoecimento emocional (depressão e ansiedade); - Impactos na identidade pessoal e papéis sociais (principalmente relacionado ao trabalho e renda); - Psicoeducação deficitária (não diferenciam o que são pensamentos, sentimentos e comportamentos); - Sentimentos expressados de tristeza, medo, raiva, desengano, impotência, menos valia por não conseguirem desempenhar atividades cotidianas e laborais; - Conscientes da limitação que a dor acarreta o cotidiano; - Aceitação de condição de saúde e percepção de cronicidade e piora funcional ao longo do tempo.

Tabela 3 - Tipologia sobre experiência dos participantes de conviver com dor, observadas pelos colaboradores

(conclusão)

Categoria	Unidades Temáticas	Subtemas
Percepção em relação aos participantes	Dinâmica verbal e não verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Durante relatos, desvio de olhares, transitam entre teto e chão, contato visual com profissionais de saúde, lágrimas nos olhos; - Permaneciam com bolsas no colo, mãos trêmulas e pouca gesticulação, mãos movimentando papel ou caneta, pés se movimentando em cadeira; - Expressão facial de tristeza, frustração, reflexivo e sofrimento; - Falas empáticas aos colegas, assentimento com a cabeça em afirmação; - Algumas com timidez sem iniciativa para iniciar falas, introversão, cabisbaixas; outras com leveza, ironia e bom humor no discurso; - Emoção ao abordar certos assuntos (família, trabalho, descontentamentos com serviços).
Reflexões em relação a rede de atenção à saúde	<p>Barreiras e dificultadores</p> <p>Propostas e possibilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção Primária à Saúde vista como não resolutiva e local para obter encaminhamentos; - Serviço de urgência visto como resolutivo e principal serviço frente à agudização da dor; - Dificuldade de acesso, filas de esperas e retornos longos ao especialista; - Alta rotatividade dos médicos especialistas, com condutas diferentes e sem continuidade no cuidado; - Fragmentação da comunicação entre os serviços de saúde; - Falta de maior clareza e orientação quanto ao diagnóstico; - Prescrição médica de atividades particulares (pilates, hidroginástica, academia) e medicamentos não disponíveis no SUS, não condizente com a realidade social dos participantes. <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de acolhimento adequado às pessoas com dor musculoesquelética crônica na Atenção Primária à saúde (APS); - Investimento em atividade física como fator preventivo para a dor crônica e de promoção à saúde; - Criação de grupos educativos na APS; - Necessidade de suporte de outras áreas de cuidado (abordagem multiprofissional); - Educação em neurociências da dor.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Análise dos sentimentos

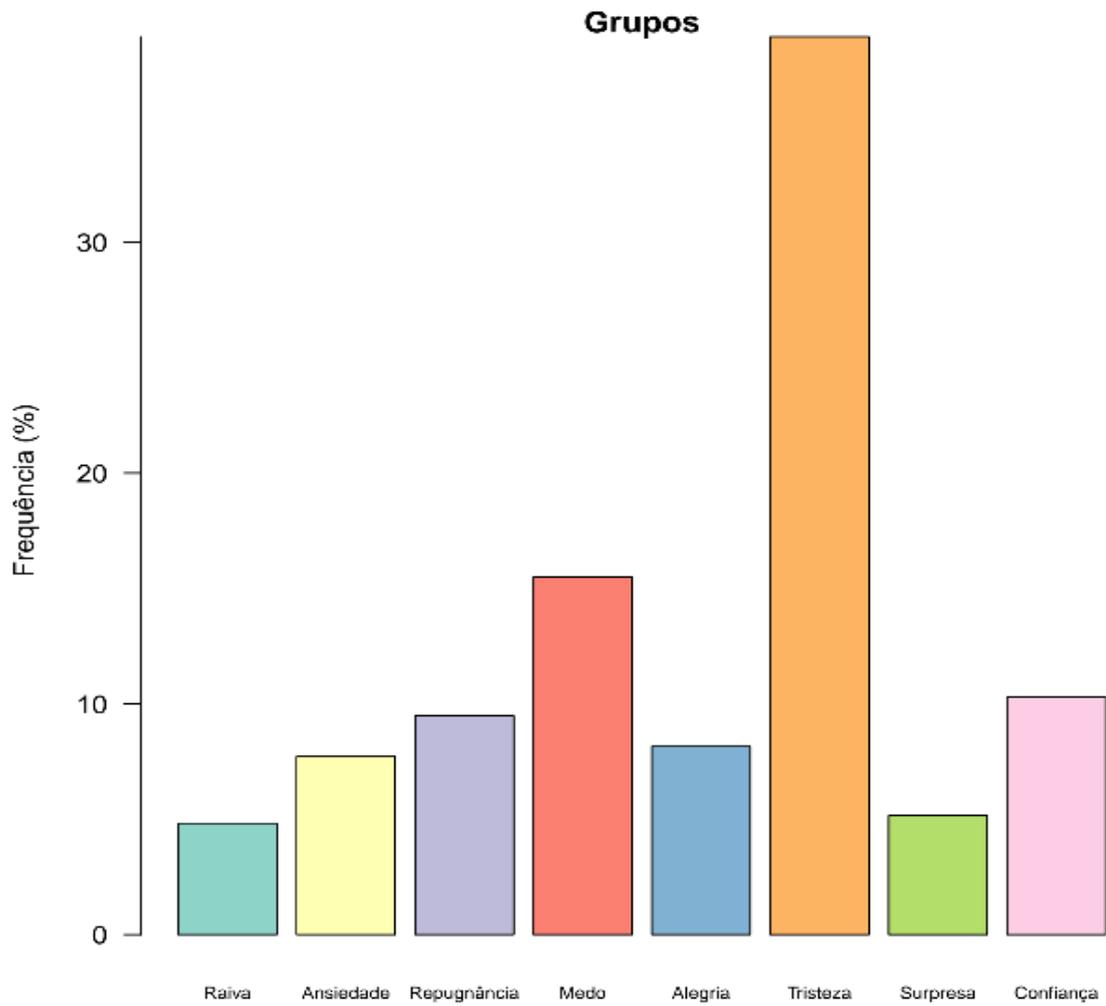
A categoria de sentimentos mais prevalente no discurso dos entrevistados foi a emoção tristeza, seguida de medo para os três grupos focais analisados (Gráfico 1).

A variação da oscilação das menções dos participantes variava de acordo com o tema e a percepção dos participantes (Gráfico 2). Os gráficos não normalizados se encontram no Apêndice F. O primeiro grupo teve o maior pico de menções positivas (+1 no fragmento 20), ao relatar sobre a colaboração de familiares na divisão de tarefas da casa; no entanto, oscilou negativamente ao longo da entrevista, sendo a maior menção negativa (-1 fragmento 50), frente aos relatos referentes ao longo tempo de espera e dificuldades ao acesso aos serviços de saúde (fisioterapia, atenção primária), sobretudo frente a espera e seguimento por consulta com médicos especialistas (atenção secundária) (Gráfico 2A).

Já o segundo grupo se manteve com menções neutras ao longo da entrevista, oscilando negativamente no final (-1 no fragmento 80), frente às percepções de pensamentos (ex. morte, preocupações financeiras e dependência de cuidados) e sentimentos (ex. tristeza, irritação) e atitudes (ex. chorar, isolamento) frente à dor crônica (Gráfico 2B).

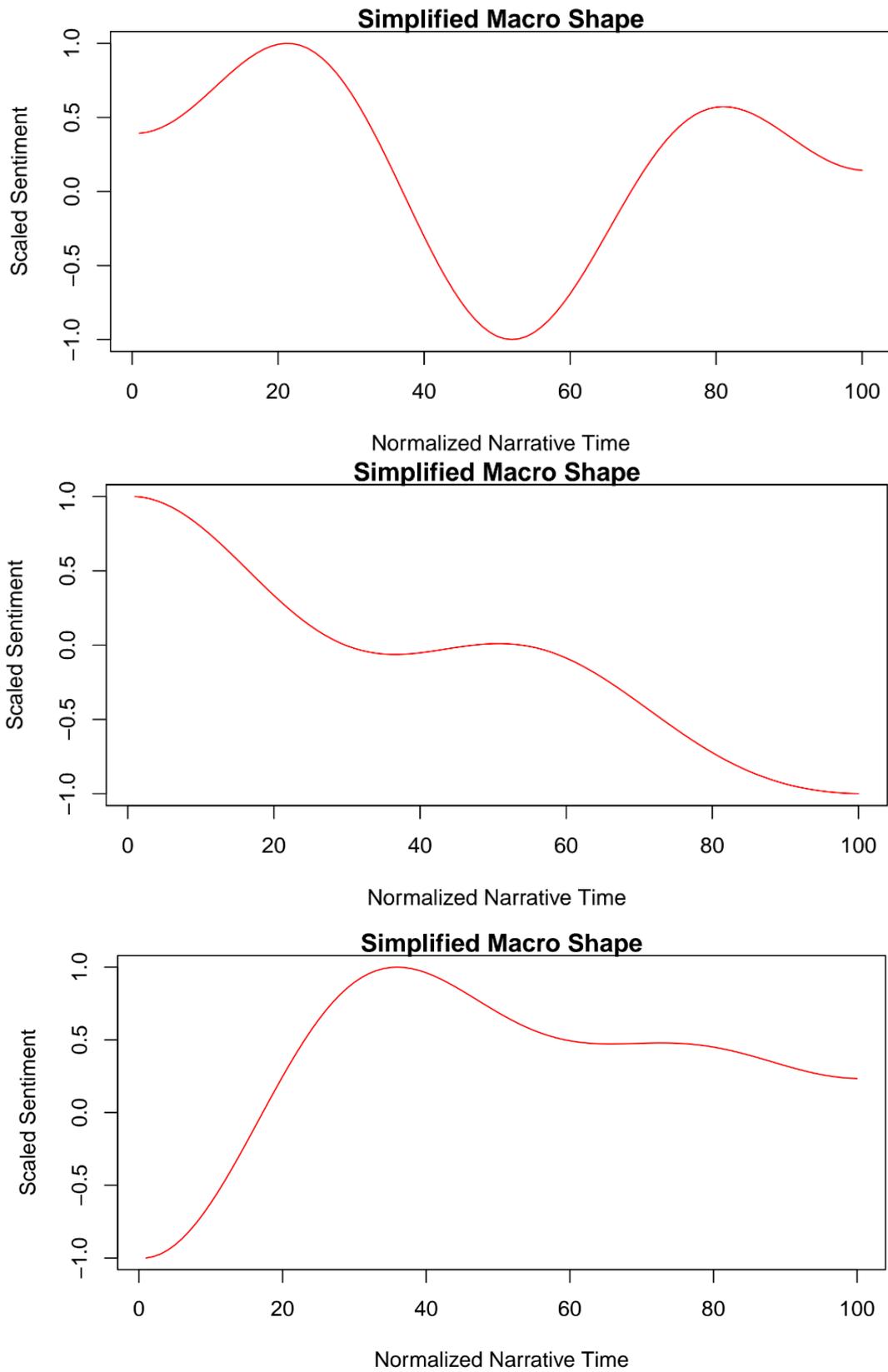
Por fim, o terceiro grupo oscilou positivamente ao longo da entrevista (+1 no fragmento 40), frente aos relatos de conformidade/aceitação com a condição crônica da dor ao discorrer sobre estratégias para amenização da dor (realizar pausas no trabalho e em casa, divisão de tarefas, diminuir ritmo) e atividades no tempo livre (atividades religiosas, leituras, ouvir música) (Gráfico 2C). O terceiro grupo foi identificado com maior confiança (como terceiro sentimento, atrás de tristeza e medo) em relação aos demais.

Gráfico 1 - Frequência relativa de categorias de emoções presente nos grupos focais



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 2 - Flutuação de sentimento ao longo da narrativa textual - (A) 1º Grupo (B) 2º Grupo (C) 3º Grupo



Fonte: Elaborado pelo autor.

Experiência de viver com dor crônica

As limitações funcionais nas ocupações humanas, incluindo as atividades diárias, lazer e, principalmente, o trabalho, são desafios enfrentados pelos participantes (Tabelas 2 e 3). O papel ocupacional de ser trabalhador é um importante valor cultural para essas pessoas, e a perda ou limitação dessa ocupação traz consigo não apenas dificuldades financeiras, mas também sentimentos negativos, que atuam como estressores e podem influenciar negativamente na percepção da dor.

As distorções cognitivas e comorbidades psiquiátricas não devem ser negligenciadas no cuidado às pessoas com dor crônica. Além disso, elas não devem ser abordadas de maneira simplista e fragmentada pelos profissionais de saúde, conforme evidenciado nos relatos dos participantes.

Há uma clara insatisfação entre os participantes em relação ao sistema de saúde. Isso é evidenciado pela longa espera e dificuldades no acompanhamento com médicos especialistas, bem como pela falta de continuidade no tratamento com fisioterapeutas (que geralmente se limita a dez sessões e, em seguida, é encerrado), e pela ausência de outros profissionais, como psicólogos, no cuidado. Embora o atendimento prestado pelos fisioterapeutas seja percebido como mais humanizado, a falta de um acompanhamento a longo prazo prejudica o estabelecimento de vínculos com os usuários, que muitas vezes acabam retornando ao mesmo serviço encaminhados pelos especialistas, devido à falta de alternativas na Atenção Primária à Saúde (APS).

A ausência de informações mais abrangentes sobre sua condição de saúde e um repertório limitado de estratégias ativas de enfrentamento podem levar as pessoas a recorrerem principalmente à automedicação, e também a procurar serviços de urgência em busca de soluções rápidas, em detrimento da atenção primária. Isso pode ocorrer porque quando a atenção primária é vista como não resolutiva e como um ponto de encaminhamento para outros serviços de saúde.

É evidente o quanto os participantes sentem a falta de uma rede de apoio social, tanto formal quanto informal, assim como recursos para lidar com sua condição atual. Durante os grupos focais, observam-se momentos em que os sentimentos dos participantes são validados, com trocas de palavras empáticas e solidárias entre eles.

A vulnerabilidade social e econômica pode exercer uma influência significativa na percepção da dor. Os participantes enfrentam desafios financeiros, muitos deles mantendo empregos informais que envolvem tarefas físicas extenuantes, o que resulta em perda de produtividade durante episódios de dor aguda. Além disso, a falta de acesso às atividades físicas

direcionadas gratuitas, juntamente com fatores familiares que atuam como fontes de estresse, podem agravar a situação. Deve-se também considerar as questões socioculturais de gênero, como a sobrecarga das mulheres em termos de responsabilidades de cuidado e trabalho, a fragilidade nas relações de emprego e a disparidade salarial em relação aos homens, entre outros fatores (Quadro 1).

Quadro 1 - Fragmentos de falas relacionados à experiência de viver com dor crônica

Temas, Subtemas e Fragmentos

Limitações funcionais nas ocupações de vida

Atividades de vida diária

“Então eu fico chateada, fico triste porque às vezes eu quero... eu cobro mais de mim porque às vezes é uma atividade simplesinha, um lavar vasilha, varrer embaixo e eu não consigo porque tem hora que a dor tá me incomodando muito!” (N.02)

“Inclusive eu não tenho força para arear uma panela, eu não posso porque não tenho força, eu não posso torcer uma roupa, eu não torço, não esfrego, não faço nada disso!” (N.09)

Trabalho

“Eu trabalho, mas tenho dificuldades até para andar. Eu posso trabalhar o dia, mas quando chego em casa à noite e não consigo mais me mover.” (N.07)

“Então quer dizer, se eu for trabalhar eu tenho, se eu não for eu não tenho. Eu não tenho ajuda de ninguém, a ajuda que deveria vir seria do INSS, a gente paga pra isso, né? pra quando a gente precisar, a gente ter, mas infelizmente eu não sei o que acontece que eles acham que a gente vai pedir pra eles!” (N.13)

Sono

“Interfere no sono porque a dor é contínua... eu não consigo ter um sono pra dormir assim uns vinte minutos. Não aguento mais sentir dor e não aguento mais não dormir.” (N.12)

“Aí cochilo dez minutos desse lado, daqui a pouco viro pro outro, daí resolvo ficar um pouquinho de barriga pra cima e aí dói a lombar. Então eu não durmo, tem dois anos que eu não sei o que é dormir!” (N.01)

Lazer e participação social

“A gente sente dor demais. A gente não sabe nem o que é isso de lazer.” (N.06)

“a gente ia na zumba, a gente tinha uma vida bem ativa e muito divertida, você ria com os amigos, você conversava; e de repente somem os amigos porque você tá ali como uma “passada” que não faz nada!” (N.14)

Núcleo familiar

“Então, tem muitas (grande suspiro) confusões porque pra eles (família) parece que a gente está inventando, não é porque a gente quer, parece que é psicológico e não é psicológico. É bem difícil”

(N.05)

“Em relação à dor, não só no trabalho, mas em casa também, ah quantas vezes... meu marido é virginiano, então é perfeccionista, ele sempre fala, “ah você não faz mais isso...”, e às vezes eu falo, faço meu trabalho porque eu sou obrigada, mesmo morrendo de dor ... mas na minha casa eu não sou obrigada, então eu não moro sozinha, então tem que me ajudar, mas meu marido me ajuda sim, meu marido me ajuda bastante, mas é uma coisa sufocante”. (N.02)
“se eu faço o almoço eu limpo a pia, depois do almoço tem alguém pra limpar a casa, tem alguém pra enxugar a louça, tem alguém pra lavar.”(N.04)

Estratégias de enfrentamento

Passivas

“Quando eu não venho aqui (pronto atendimento) tomar uma injeção, eu vou na farmácia, converso o que eu tô sentindo e peço e eles passam e eu compro e o que for passando eu vou tomando pra ver se ameniza a dor. Entendeu?” (N.03)

“Eu tomei muita medicação sem receita médica, eu não sabia disso e eu acabei com uma úlcera de tanta medicação”. (N.08)

Ativas

“Eu tento me alongar, fazer alongamento e eu aprendi aqui (fisioterapia), que é pra eu usar a toalha quente em cima pra dar uma amolecida no nervo pra dar uma ajeitada.” (N.6)

“eu faço caminhada.” (N.01)

“Estou comendo menos, tô tomado a sertralina pra controlar a ansiedade e isso me ajuda a dormir, estou ouvindo música, cantando”. (N.12)

Crenças cognitivas

“Se eu fizer exercícios, à noite eu tenho que correr para o pronto socorro, porque se mexer demais é fatal, não tem jeito”. (N.04)

“Eu já estou sentindo dor e se eu deixar que aquela dor: Tá doendo muito. Menina, aí você vai ver o meu psicológico trabalhar em cima daquela dor. Se tiver doendo dez vai doer um milhão porque eu fico com aquilo na cabeça: Tá doendo, tá doendo, eu não consigo isso...” (N.02)

“Eu já começo por coisas mais na mente e parece que eu fico pior e aí eu digo: Senhor não me deixa morrer, deixa eu cuidar dos meus filhos, ver meus filhos crescer.” (N.08)

“eu estava até já criando uma compulsão alimentar, não dava pra fazer nada, só trabalhar e sentir dor, então eu comia, comer podia, comer pra trazer alegria!”(N.13)

Acessos aos cuidados de saúde

APS

“tem médico que acha que você tá com manha, tem médico que acha que você tá com... como se diz? Que você está muito assim (suspira ofegante), muito alterada? Muito eufórica, muita ansiedade!” (N.02)

“mas quando se trata de atendimento no bairro, no posto de saúde... Meu filho! Não vá! Ou então vá com paciência, viu? (risada) Porque demora!” (N.11)

Atenção especializada

“O que eu sinto falta na saúde é a continuidade do tratamento... de acompanhamento. Quando te falam: Você tem isso e a gente vai fazer isso, isso e isso e nós vamos chegar nesse ponto e depois desse ponto a gente vai fazer isso, isso, isso e aí assim, não vai curar, mas vai melhorar, vai te dar uma qualidade melhor de vida. ” (N.02)

“E o problema é o que a amiga falou ali, você não tem uma continuidade, você pega um ortopedista que te fez a consulta, te deu o remédio e acabou. E daí? Daí você que se vire! ” (N.13)

“O ortopedista já foi seis vezes desmarcado e eu precisei pagar particular pra ver o exame pra saber como que tava. ” (N.07)

Serviço de emergência

“De emergência, como ela falou, é maravilhoso, mas é uma coisa para aliviar naquela hora, né? ” (N.03)

“Então a questão de acesso à emergência é 10, muito rápido! ” (N.04)

“Falei, pô, se fosse pra tomar dipirona, não teria saído de casa para ir ao pronto socorro com dor, travada! ” (N.06)

Dificuldades financeiras

“Você gasta mais do que um salário, como que você vai comer, como que não vai ter depressão? ” (N.09)

“Mas como?! Eu sou faxineira, pago aluguel, eu tenho que comer. Como que eu vou fazer pilates e hidroginástica? ” (N.14)

“Ele me passou um remédio controlado que eu tomo, é esse que eu tenho que mandar fazer que eu não fiz ainda porque eu tô sem tempo (risos e gesto de dinheiro). ” (N.10)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Processo discursivo

O conceito de "análise em construção" (Freire, 2021) refere-se à relação entre a vivência da dor nas ocupações de vida e como essa experiência é percebida pelos indivíduos e pela sociedade, a partir da perspectiva dos participantes. Essa compreensão é expressa por meio de marcas textuais que constroem determinados sentidos, como uma visão de mundo influenciada pelo capitalismo neoliberal e por questões de gênero.

O enunciado é predominantemente produzido por mulheres pardas de baixa renda, com afiliação à religião evangélica, que vivenciam dor crônica há vários anos. Elas apresentam limitações no desempenho funcional, com comorbidades na saúde mental, e muitas estão

desempregadas ou trabalham informalmente. Esses participantes residem em uma cidade litorânea. As condições de produção do corpus ocorrem dentro de um serviço especializado de reabilitação motora, para o qual esses participantes se dirigem em um contexto de pesquisa científica, interagindo com profissionais de saúde.

A observação de termos e construções relacionadas à ideologia capitalista e patriarcal nas falas dos participantes indica que essas experiências de dor estão influenciadas por discursos machistas, neoliberais e por imaginários de estereótipos de gênero, o qual perpetuam normas sociais que contribuem para a desigualdade de gênero (Quadro 2).

Quadro 2 - O processo discursivo de pessoas que vivenciam a dor crônica

Fragmentos e marcas textuais	Categoria de análise	Processo Discursivo
<p>“Nós tínhamos que fazer a produção, o que eu gostava de fazer, eu não consigo mais hoje, ficar ali de pé naquele local por dez horas de serviço... é repetitivo demais... Então você tem que dar conta do recado, não é brincadeira! (N.08)</p>	A lógica neoliberal do esforço individual.	Discurso neoliberal (FD) Discurso capitalista (FI)
<p>“Eu trabalho na areia carregando peso... Então as dores me atrapalham, nossa, a minha vida produtiva caiu muito! Então eu fico chateada, fico triste porque às vezes eu quero, eu cobro mais de mim porque às vezes é uma atividade simplisinha”. (N.07)</p>	Precarização do trabalho.	
<p>“Eu lembro que quando eu era criança, eu muitas vezes não tinha nem comida pra comer e cresci uma adolescente sentindo bem. Eu não acreditava em depressão, porque eu sempre gostei de separar as coisas, o que era dor e o que era financeiro ...” (N.05)</p>	Ausência de consciência de classe e percepção da desigualdade social.	
<p>“Todos os dias dói um dia e o outro dói também e é isso aí. Orando a Deus pra que venha a melhorar a situação”. (N.01)</p>	Atribuir responsabilidade ao divino.	Discurso religioso (FD) Discurso patriarcal (FI)
<p>“Às vezes chorar de dor... orar a Deus para que a dor venha a passar também porque é muita dor”. (N.11)</p>		
<p>“Eu choro, choro mesmo porque eu não aceito a dor. Meu Deus, o que eu fiz pra Deus?” (N.13)</p>	Expição da culpa, revolta contra o divino.	

<p>“Meu marido sempre fala, “ah, você não faz mais isso...” Faço meu trabalho porque eu sou obrigada, mesmo morrendo de dor... mas na minha casa eu não sou obrigada, então meu marido tem que me ajudar, mas meu marido me ajuda sim... mas é uma coisa sufocante! (N.03)</p>	<p>O papel masculino na cobrança e colaboração das tarefas domésticas.</p>	<p>Estereótipo de gênero (FIm) Discurso machista (FD) Discurso patriarcal (FI)</p>
<p>“Eu tenho dores desde sempre, desde os 13 anos..., então eu achava que dor fosse uma coisa normal... todo mundo falava que era normal”... (N.14)</p>	<p>A invalidação e invisibilidade da dor feminina.</p>	
<p>“Tem médico que acha que você tá com manha, sei lá, tensão... tem médico que acha, como se diz? (suspira ofegante) Muito alterada? Muito eufórica, muita ansiedade!” (N.02)</p>		
<p>“Então eu fui me vendo sozinha. Falei puxa! Passei a vida toda trabalhando e cuidei sempre sozinha trabalhando dia e noite pra cuidar deles” (N.09)</p>	<p>O papel da mulher em performar o cuidado.</p>	
<p>“A dor você tenta suportar... Eu olhando pra você (participante obesa), eu tô me vendo a obesidade... Eu tinha um dinheiro e queria ficar bonita, solteira... Já tentei emagrecer de tudo que é jeito... muita medicação para emagrecer.” (N.06)</p>	<p>Circunstância estética e imaginário do corpo feminino.</p>	

Fonte: Elaborado pelo autor.

O processo discursivo identificado nesse estudo evidencia a posição sujeito das mulheres, as quais enfrentam a opressão de discursos patriarcais e neoliberais, padrões estéticos e estigmas sociais que perpetuam situações de violência e invisibilidade da dor, transcendendo o contexto da saúde.

A partir da análise dessas marcas linguísticas, é possível perceber que os discursos incorporam sentidos atribuídos à ideologia neoliberal, como ênfase no esforço e mérito individual para alcançar objetivos, enquanto ignoram a precarização do trabalho, fatores socioeconômicos, oportunidades e acesso presentes em nossa sociedade. Além disso, observa-se a minimização da depressão e da sensação dolorosa, atribuindo-as à "força de vontade", e também a terceirização da responsabilidade da situação para a fé divina, como evidenciado no discurso religioso. Essas observações apontam para a influência de narrativas e valores

específicos em torno do individualismo, produtividade e crenças religiosas na interpretação e expressão das experiências de dor pelos participantes.

Observa-se a atribuição do papel da mulher ao trabalho de sustento e cuidado, muitas vezes excluindo outras dimensões ocupacionais como lazer e participação social. A invisibilidade e invalidação da dor da mulher, sendo estigmatizada como aquela que possui muitas queixas em saúde, além de expectativas estéticas atribuídas ao corpo feminino.

Além da desigualdade de gênero e social, deve se considerar o enfoque étnico racial, especialmente dado que a maioria dos participantes se autodeclara como pretos ou pardos. Embora não explicitamente expresso nas narrativas dos participantes, o que não é dito e o silêncio podem carregar significados profundos, que podem ser compreendidos à luz das condições sócio-históricas que moldam a realidade brasileira (Orlandi, 2015, 2007). A ausência de menções ao racismo institucional no contexto da saúde das mulheres negras que vivenciam dor crônica sugere a necessidade de reflexão sobre como essa forma de discriminação pode influenciar as dificuldades ocupacionais relatadas, incluindo condições precárias de trabalho, obstáculos ao acesso a serviços de saúde especializados, restrições nas oportunidades de lazer e falta de informações sobre saúde para um autocuidado mais eficaz e enfrentamento da dor de forma mais resolutiva.

Freire (2021) destaca a natureza não valorativa da análise de discursos, enfocando a compreensão em vez de julgamento sobre o processo discurso. Nesse contexto, a análise dos sentidos construídos em torno da experiência de viver com dor revela o sofrimento psíquico dos participantes, especialmente diante de condições de trabalho precárias e posições de poder enfraquecidas no contexto de gênero feminino. Essa dinâmica, por sua vez, limita o acesso aos serviços de saúde, influenciado por estereótipos, invalidação e invisibilidade da dor feminina.

Discussão

Os principais achados deste estudo revelaram que às categorias lexicais mais prevalentes no discurso dos entrevistados estão associadas à tristeza e ao medo. As categorias temáticas abordaram limitações funcionais nas ocupações de vida, estratégias de enfrentamento em relação à dor e barreiras ao acesso aos serviços de saúde. A análise de discurso identificou imagens relacionadas a estereótipos de gênero, características enunciativas com viés neoliberal, religioso e machista, dentro da ideologia capitalista e patriarcal.

Neste estudo, foi possível descrever os desafios significativos que pessoas que convivem com dor crônica enfrentam, tanto em relação aos seus papéis ocupacionais, como o

trabalho, atividades instrumentais de vida diária e o lazer, quando a dificuldade de acesso e acompanhamento adequados nos serviços especializados. Outros autores contribuem com reflexões sobre dor crônica e sua relação com as ocupações, como restrições físicas e barreiras financeiras que afetam a participação em atividades de lazer (Ashby; Fitzgerald; Raine, 2012), impactos na qualidade do sono, produtividade no trabalho e tarefas domésticas (Persson *et al.*, 2013).

A tristeza e o medo presentes como principais categorias lexicais nos grupos focais, podem ser imaginados não apenas pelas frustrações geradas nas ocupações de vida, mas também pelo convívio com a invalidação da dor por parte de familiares e até mesmo por profissionais de saúde. Em revisão recente conduzida por Nicola *et al.* (2021), os autores destacaram a falta de compreensão e a conseqüente invalidação social da dor, presença de sentimentos de desacreditação, falta de empatia e a sensação de não conseguir desempenhar adequadamente seus papéis sociais

Considerando o modelo biopsicossocial de saúde, observamos lacunas no processo de cuidado e fragmentações nos serviços públicos, conforme relatado pelos participantes. A estratégia predominante de enfrentamento identificada é a automedicação e a busca por serviços de emergência, o que está em consonância com a literatura, na qual a prática de automedicação analgésica é frequente nessa população (Barros *et al.*, 2020). Parece haver uma priorização do modelo biomédico, focado na doença, em detrimento da ênfase na promoção da saúde e prevenção de danos. A oferta de intervenções em ciência de educação em dor e exercícios físicos na Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção secundária pode promover funcionalidade, conhecimento sobre dor, autoeficácia, melhora de distorções cognitivas (Miller *et al.*, 2020).

É importante considerar o impacto dos fatores psicossociais que promovem injustiças ocupacionais e atuam na cronicidade da dor. Através da narrativa dos participantes, foi possível identificar distorções cognitivas e sintomas depressivos, bem como fatores sociais: dificuldades financeiras, condições precárias de trabalho, suporte social reduzido e desigualdades de gênero. A contribuição da influência do modelo biopsicossocial no desenvolvimento e manutenção da dor crônica a longo prazo é amplamente aceita na literatura (Cohen; Vase; Hooten, 2021; Edwards, *et al.* 2016).

Conforme observado no processo discursivo desse estudo, as mulheres enfrentam a opressão de padrões estéticos e estigmas sociais que perpetuam a invisibilidade da dor. Relatos semelhantes foram observados na revisão de Samulowitz *et al.* (2018), que destacou a imagem estereotipada da mulher sendo percebida como sensível ou histérica, associada a um corpo

delicado, enquanto o homem é visto como estoico, associado a um corpo forte. Essa percepção estereotipada pode influenciar viés no atendimento em saúde, refletindo-se em diferenças na prescrição de medicação e na invalidação das experiências de dor com base no gênero da pessoa em atendimento (Samulowitz *et al.*, 2018). As mulheres pretas enfrentam o racismo institucional, reconhecido como um determinante social que resulta em indicadores sociais e de saúde desfavoráveis em comparação com pessoas brancas, como menor acesso a serviços de saúde, maior morbidade materna e envolvimento em causas externas e violência, como documentado por fontes como Brasil (2017) e Goes e Nascimento (2013). Tais disparidades são resultado de iniquidades em saúde e processos socioculturais históricos. É imperativo implementar ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde para garantir um acolhimento adequado a essa população, levando em consideração as diferenças interétnicas, as limitações de recursos socioeconômicos e a necessidade de enfrentar a discriminação institucional presente nos serviços de saúde, conforme discutido por Tavares *et al.* (2018). Apesar de os serviços de saúde reconhecerem a dor relacionada à sobrecarga física e emocional nas mulheres, ainda há a necessidade de implementar ações que promovam o empoderamento, indo além da perspectiva biológica (Rodrigues *et al.*, 2022).

Quanto às implicações para pesquisa científica, destaca-se a utilização de métodos de análise mistos, como o uso pioneiro da análise de sentimentos nesse tema, associada a abordagem qualitativa, e aprofundamento teórico por meio da análise de discurso. Isso permitiu uma leitura crítica sobre como a dor crônica afeta as ocupações, bem como determinantes sociais de gênero e renda podem dificultar o acesso ao tratamento adequado e causar sofrimento psíquico. Quanto às limitações do estudo, a amostra homogênea, composta principalmente por mulheres de baixa renda, impede a generalização dos resultados para outros estratos sociais e gênero masculino. Isso poderia resultar em diferentes enunciados discursivos e desafios específicos nas ocupações devido às questões culturais.

Dentre as implicações desse estudo para a prática clínica, a descrição e compreensão profunda do discurso e das experiências ocupacionais de pessoas com dor crônica, podem oferecer informações que podem orientar a criação de estratégias não farmacológicas nos serviços especializados, intervenções baseadas na ocupação e funcionalidade, bem como programas de educação em saúde. Quanto às implicações para as políticas públicas, este estudo aponta para a necessidade em linhas de cuidado inclusiva e eficazes às pessoas com dor crônica que considerem as desigualdades socioeconômicas, culturais e de etnia e gênero, abordando as dificuldades ocupacionais e visando o acesso equitativo aos serviços especializados.

Recomenda-se pesquisas futuras com métodos mistos para explorar a influência dos determinantes sociais em saúde e injustiças ocupacionais na experiência de conviver com a dor crônica, visando abordagens mais eficazes no cuidado e manejo dessa condição no contexto brasileiro.

Apoio: Este estudo foi apoiado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (FMRP-USP).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As implicações dos resultados desta tese ressaltam a viabilidade de adotar um modelo metodológico misto para pesquisa científica, combinando métodos quantitativos, como a regressão logística múltipla e análise de sentimentos, com métodos qualitativos, como análise de discurso. Isso evidencia a aplicabilidade desse método em estudos semelhantes envolvendo pessoas com dor crônica. No que diz respeito às implicações para as políticas públicas, destaca-se a necessidade de considerar as especificidades das desigualdades socioeconômicas, culturais, étnicas e de gênero que influenciam no planejamento de políticas para pessoas com dor crônica. Quanto às implicações para a prática clínica, a identificação de fatores associados à intensidade da dor na população atendida em serviços de reabilitação física oferece oportunidades para promover a saúde e prevenir agravos, dentro da perspectiva do modelo biopsicossocial.

Sugere-se que haja aprofundamento nos estudos epidemiológicos que investiguem os fatores associados à intensidade da dor durante os episódios de agudização em pessoas com dor crônica. Compreender esses fatores pode auxiliar os profissionais de saúde na ampliação de estratégias não farmacológicas nos serviços especializados, reduzindo a automedicação e a procura por serviços de emergência.

É essencial manter a consciência crítica quanto às barreiras sociais e estruturais que podem impedir o acesso equitativo a serviços de saúde, participação social e oportunidades ocupacionais, que permitam às pessoas com dor crônica a modificarem hábitos e adotarem estilos de vida mais saudáveis. Além disso, é necessário expandir a discussão sobre como os determinantes sociais, como desigualdades socioeconômicas, de gênero e étnico-raciais, impactam nas ocupações de vida e no tratamento adequado de pessoas com dores crônicas.

A consideração desses fatores que geram desigualdades é fundamental para desenvolvimento de políticas públicas mais equitativas, sensíveis ao gênero e culturalmente competentes. Isso auxiliará os gestores e serviços de saúde especializados em dor crônica a criarem linhas de cuidado mais eficazes e inclusivas.

O aprofundamento de intervenções focadas na ocupação, baseadas na prática centrada nas necessidades de pessoas com dor crônica, pode auxiliar terapeutas ocupacionais e profissionais de saúde a promoverem a inclusão, participação e bem-estar nas ocupações de vida. Isso envolve compreender as restrições funcionais nas ocupações diárias, desenvolver estratégias de enfrentamento ativas eficazes em relação ao manejo da dor e superar as barreiras ao acesso aos serviços de saúde, favorecendo, assim, a justiça ocupacional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

- AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 257-267, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxPJnwmkKyBvjzDC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2022.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hCT5bVhkXN8Q7kk3Tc9w8gb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Occupational therapy practice framework: domain and process**. 4th ed. North Bethesda: AOTA, 2020.
- ANGST, F. *et al.* Extended overview of the longitudinal pain-depression association: a comparison of six cohorts treated for specific chronic pain conditions. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 273, p. 508-516, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.044>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719332598?via%3Dihub>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- ASHBY, S.; FITZGERALD, M.; RAINE, S. The impact of chronic low back pain on leisure participation: implications for occupational therapy. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v. 75, n. 11, p. 503-508, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4276/030802212X13522194759897>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802212X13522194759897>. Acesso em: 2 jun. 2022.
- BARROS, G. A. M. *et al.* The use of analgesics and risk of self-medication in an urban population sample: cross-sectional study. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 529-536, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2019.10.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001419301198?via%3Dihub>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2010v11n2p56>. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/436>. Acesso em: 1 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário**

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 483, 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 63, p. 50, 2 abr. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 12. Série A. normas e manuais técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 1083, 2 de outubro de 2012. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 192, p. 54, 3 out. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-retificado-em-06-11-2015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política nacional de saúde integral da população negra:** uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS. **Relatório de recomendação:** protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

CABRAL, D. M. C. *et al.* Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo city. **The Journal of Pain**, Philadelphia, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.07.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590014008141?via%3Dihub>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.

CARVALHO, R. C. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 331-338, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180063>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/qWgvZ93FLqZ6GhyRLJPFLhL/?lang=en>. Acesso em: 8 jan. 2023.

COHEN, S. P.; VASE, L.; HOOTEN, W. M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. **The Lancet**, London, v. 397, n. 10289, p. 2082-2097, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621003937?via%3Dihub>. Acesso em: 5 jun. 2023.

CRUZ, D. M. C. Prática centrada no cliente: fundamentos conceituais da terapia ocupacional. *In*: CRUZ, D. M. C.; ZANONA, A. F. (org.). **Reabilitação pós-AVC: terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 39-48.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health. background document to WHO: strategy paper for Europe**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DESANTANA, J. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. **Jornal Dor**, São Paulo, ano 18, n. 74, 2020. Revisão de Narrativa, p. 11-18. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

DRUMMOND, A. F.; FERREIRA, F. R.; COSTA, L. A. Ocupação, participação e inclusão: uma tríade em pauta. *In*: VAN PETTEN, A. M. V. N.; CARDOSO, A. A.; BRITO, C. M. D. **Estudos da ocupação: desafios e possibilidades**. Jundiaí: Paco Editorial, 2021. p. 33-48.

DUTRA, F. C. M. S. Ocupação e funcionalidade. *In*: VAN PETTEN, A. M. V. N.; CARDOSO, A. A.; BRITO, C. M. D. **Estudos da ocupação: desafios e possibilidades**. Jundiaí: Paco Editorial, 2021. p. 79-99.

EDWARDS, R. R. *et al.* The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. **The Journal of Pain**, Philadelphia, v. 17, n. 9, p. T70-T92, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590016000183?via%3Dihub>. Acesso em: 6 jun. 2023.

- ELMA, O. *et al.* Proinflammatory dietary intake relates to pain sensitivity in chronic nonspecific low back pain: a case-control study. **The Journal of Pain**, Philadelphia, 2023. In Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.08.015>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526590023005278?via%3Dihub>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 190-204, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s516>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPfqbXJDNnPWMZ5TnDPyKN/?lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2023.
- FAYÃO, J. G. *et al.* Queixas musculoesqueléticas no ombro: características dos usuários e dos atendimentos na atenção primária. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 78-84, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18016826012019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/MC3J8CL5BvnqVNFBLrjq4G/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FORTUNATO, J. G. S. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 110-117, 2013. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/7538/5919>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- FREIRE, M. P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e190682, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190682>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRtnwZm9jsxzK/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2023.
- FREIRE, S. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. 2. ed. Manaus: EDUA, 2021.
- GADET, F.; HAK, T. (org.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.
- GALE, N. K. *et al.* Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 13, 117, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-117>. Acesso em: 8 ago. 2022.
- GATCHEL, R. J. *et al.* The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 133, n. 4, p. 581-624, 2007. DOI:

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>. Disponível em:

<https://psycnet.apa.org/fulltext/2007-09203-002.html>. Acesso em: 8 ago. 2022.

GATTI, B. A. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SswJT5SHMYty6dhTYvsGg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 dez. 2023.

GOLDBERG, D. S.; MCGEE, S. J. Pain as a global public health priority. **BMC Public Health**, London, v. 6, n. 11, 770, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-770>. Acesso em: 23 out. 2023.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020016ENG>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/45GbVZ6WK58QspHvjVXQ79c/?lang=en>. Acesso em: 9 ago. 2023.

GOMES, M. D.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, J. **Enquadramento da prática da terapia ocupacional: domínio e processo**. 4. ed. Leiria: Escola Superior de Saúde, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/6370>. Acesso em: 23 mar. 2023.

HAMMELL, K. R. W.; BEAGAN, B. Occupational injustice: a critique: L'injustice occupationnelle: une critique. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Thousand Oaks, v. 84, n. 1, p. 58-68, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0008417416638858>.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0008417416638858>. Acesso em: 9 dez. 2022.

HAMMELL, K. R. W. Opportunities for well-being: the right to occupational engagement. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Thousand Oaks, v. 84, n. 4/5, p. 209-222, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0008417417734831>. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0008417417734831>. Acesso em: 12 dez. 2022.

HOTTA, G. H. *et al.* Abordagem terapêutica do medo relacionado à dor e da evitação em adultos com dor musculoesquelética crônica: revisão integrativa e roteiro para o clínico.

BrJP, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 72-79, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/tVtCwSyJL3hV7dNpdXXxXJC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em: 3 out. 2023.

- KOERICH, M. H. A. L. *et al.* Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica atendidas na atenção primária. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 34, e34121, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/fm.2021.34121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/fb89Vjr8ksSq8bjByfMyvJq/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2022.
- LAGUEUX, E. *et al.* Management of chronic pain by occupational therapist: a description of practice profile. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Thousand Oaks, v. 90, n. 4, p. 384-394, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/00084174231162709>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00084174231162709>. Acesso em: 9 nov. 2023.
- LAGUEUX, E.; DÉPELTEAU, A.; MASSE, J. Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: a scoping review. **Pain Research and Management**, London, v. 2018, 5378451, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/5378451>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/5378451/>. Acesso em: 9 ago. 2022.
- LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kFzCC9Dfbfv7WzPNQbJZVmf/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- LOUW, A. *et al.* The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. **Physiotherapy Theory and Practice**, Philadelphia, v. 32, n. 5, p. 332-355, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2016.1194646>. Acesso em: 23 set. 2023.
- LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**. 4th ed. Sydney: Psychology Foundation, 2004.
- LUZ, E. M. F. *et al.* Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00870016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000870016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sCFGNXskHpZBhFYtKFbhk4J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 maio 2022.
- MACHADO, B. M.; SOUZA, J. P. D. Experiências ocupacionais de pessoas com dor crônica em um serviço de reabilitação: estudo qualitativo descritivo e exploratório. In: MACHADO, B. M. **Experiências ocupacionais e fatores associados à intensidade de dor por pessoas com dor crônica em um serviço de reabilitação: estudo transversal exploratório e descritivo**. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. f. 51-81.
- MAGALHÃES, S.; KOGAWA, J. **Pensadores da análise do discurso: uma introdução**. Jundiaí: Paco Editorial, 2019.
- MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017. Supl. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000052>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/gNfbhmrcXzpY3Ghyvf3bGxm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002. Acesso em: 7 out. 2023.

MEINTS, S. M.; EDWARDS, R. R. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, Philadelphia, v. 87, p. 168-182, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584617309855?via%3Dihub>. Acesso em: 4 maio 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49107>. Acesso em: 12 out. 2023.

MILLER, J. *et al.* Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE) for people with chronic pain and multiple comorbidities: a randomized controlled trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 101, n. 5, p. 750-761, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.016>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999320300289?via%3Dihub>. Acesso em: 6 nov. 2022.

MILLS, S. E. E.; NICOLSON, K. P.; SMITH, B. H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 123, n. 2, p. e273-e283, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091219302272?via%3Dihub>. Acesso em: 6 jun. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOHAMMAD, S. M.; TURNEY, P. D. Crowdsourcing a word–emotion association lexicon. **Computational Intelligence**, Amsterdam, v. 29, n. 3, p. 436-465, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8640.2012.00460.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8640.2012.00460.x>. Acesso em: 23 out. 2023.

NICHOLAS, M.; *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. **Pain**, Philadelphia, v. 160, n. 1, p. 28-37, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx. Acesso em: 6 nov. 2022.

NICHOLAS, M. K. *et al.* Normative data for common pain measures in chronic pain clinic populations: closing a gap for clinicians and researchers. **Pain**, Philadelphia, v. 160, n. 5, p. 1156-1165, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001496>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/05000/normative_data_for_common_pain_measures_in_chronic.17.aspx. Acesso em: 6 nov. 2022.

NICOLA, M. *et al.* Invalidation of chronic pain: a thematic analysis of pain narratives. **Disability and Rehabilitation**, Abingdon, v. 43, n. 6, p. 861-869, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1636888>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1636888>. Acesso em: 6 nov. 2022.

NIJS, J. *et al.* Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: innovation by altering pain memories. **Manual Therapy**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 216-220, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X14001301?via%3Dihub>. Acesso em: 8 nov. 2022.

NIJS, J.; LAHOUSSE, A.; MALFLIET, A. A paradigm shift from a tissue-and disease-based approach towards multimodal lifestyle interventions for chronic pain: 5 steps to guide clinical reasoning. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 27, n. 5, 100556, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2023.100556>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141335523000771?via%3Dihub>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 12. ed. Campinas: Pontes Editores, 2015.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 6. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

ORLANDI, E. P. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. 5. ed. Campinas: Pontes Editores, 2022.

PAGLIOTO, J. *et al.* Estilo de vida e nível de atividade física de indivíduos com dor no ombro atendidos em um serviço público. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 176-85, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.22n2p176-185>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/RBAFS/article/view/9651>. Acesso em: 3 jan. 2023.

PÊCHEUX, M. **Análise de discurso**: Michel Pêcheux. 4. ed. Campinas: Pontes Editores, 2015a. Textos selecionados: Eni P. Orlandi.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. 7. ed. Campinas: Pontes Editores, 2015b.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3895/S2175-08582010000100004>. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>. Acesso em: 12 out. 2023.

PEREIRA, A. G. *et al.* Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 35, n. 1, e35113, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/mbGRzw85vwtbYJjy5JxBBqk/?lang=en>. Acesso em: 9 out. 2023.

PERROT, S. *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. **Pain**, Philadelphia, v. 160, n. 1, p. 77-82, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.10.aspx. Acesso em: 7 out. 2023.

PERSOON, E. *et al.* Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, Oslo, v. 20, n. 4, p. 306-314, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.793739>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2013.793739>. Acesso em: 19 jan. 2023.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)95](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)95). Disponível em: <https://rbmf6.org.br/rbmf6/article/view/95>. Acesso em: 23 jun. 2023.

QUEIROZ, A. G.; CASTRO, L. D. R.; JARA, R. M. Ciência ocupacional: perspectivas gerais e propostas para a América Latina. In: VAN PETTEN, A. M. V. N.; CARDOSO, A. A.; BRITO, C. M. D. **Estudos da ocupação: desafios e possibilidades**. Jundiaí: Paco Editorial, 2021. p. 17-32.

R FOUNDATION. **R**: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation, 2015. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, Philadelphia, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2020/09000/the_revised_international_association_for_the.6.aspx. Acesso em: 3 out. 2023.

RODRIGUES, A. C. *et al.* Fatores que influenciam a qualidade de vida em dor neuropática, musculoesquelética e oncológica. **BrJP**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 31-36, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/rYBSSxDym5XYqQqsBtZYD6h/?lang=pt>. Acesso em: 9 nov. 2023.

RODRIGUES, L. S. A. *et al.* Condicionantes de gênero na produção de demandas de mulheres de meia-idade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE039012434, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0124>. Disponível em:

ape.org/en/article/gender-constraints-in-the-production-of-demands-by-middle-aged-women/. Acesso em: 30 jun. 2023.

SAMULOWITZ, A. *et al.* “Brave men” and “emotional women”: a theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. **Pain Research and Management**, London, v. 2018, 6358624, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/6358624/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

SANT’ANNA, P. C. F. *et al.* Dor lombar crônica em uma população de mulheres do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 9-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19011628012021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/v7hfzwdR8MC37FSjsdmWgmS/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SANTOS, F. A. A. *et al.* Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 234-247, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QspYmkHFZVqSFf4Jhp8KL5F/?lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2023.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. *et al.* Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-36, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-562427>. Acesso em: 4 out. 2023.

SERVIN, E. T. N. *et al.* A crise mundial de uso de opióides em dor crônica não oncológica: causas e estratégias de manejo e relação com o Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 18692-18712, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-259>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21677/17292>. Acesso em: 3 out. 2023.

SILGE, J.; ROBINSON, D. **Text mining with R: a tidy approach**. Sebastopol: O’Reilly Media, 2017.

SILVA, S. M. C. *et al.* Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **BrJP**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 216-220, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/mKFv6zDQ6rDRKx7kBwTbY5P/?lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2023.

SIVA, B. F. *et al.* Associação dos distúrbios osteomusculares na qualidade do sono dos operadores de máquina de costura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 5879-5894, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-150>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26597/21085>. Acesso em: 7 out. 2023.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO Document Production Services, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf. Acesso em: 10 de abr. 2024.

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**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 48-53, 2015. DOI: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13158722012015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/7YfcBPjLGGqr5Pt4pTtyjrc/>. Acesso em: 7 out. 2023.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/traducao-e-validacao-para-a-lingua-portuguesa-e-avaliacao-do-guia-coreq/>. Acesso em: 7 out. 2023.

STATISTICS KINGDOM. **Statistics calculators**. Melbourne: Statistics Kingdom, 2017. Disponível em: <https://www.statskingdom.com/about.html>. Acesso em: 2 abr. 2022.

TANGUAY-SABOURIN, C. *et al.* A prognostic risk score for development and spread of chronic pain. **Nature Medicine**, New York, v. 29, p. 1821-1831, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02430-4>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-023-02430-4>. Acesso em: 7 out. 2023.

TAVARES, H. H. F. *et al.* Análise e perspectiva sobre a formação do profissional de saúde para o atendimento à mulher negra. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 19-28, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2018v15n28p19>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p19>. Acesso em: 10 dez. 2023.

TREEDE, R. D. *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, Philadelphia, v. 160, n. 1, p. 19-27, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/chronic_pain_as_a_symptom_or_a_disease__the_iasp.3.aspx. Acesso em: 23 out. 2023.

TUCKER, K. *et al.* Similar alteration of motor unit recruitment strategies during the anticipation and experience of pain. **Pain**, Philadelphia, v. 153, n. 3, p. 636-643, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.024>. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2012/03000/similar_alteration_of_motor_unit_recruitment.18.aspx. Acesso em: 7 out. 2023.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 155, p. 104-109, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713007738?via%3Dihub>. Acesso em: 7 out. 2023.

MALTA, Monica *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 559-565, 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3gYcXJLzXksk6bLLpvTdnYf/>. Acesso em: 7 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de doenças em Português, org.: coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. 1ª edição, 3ª reimpressão atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>. Acesso em: 2 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS)**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 21 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating the social determinants of health into health workforce education and training**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064256>. Acesso em: 15 nov. 2023.

ZIMNEY, K.; VAN BOGAERT, W.; LOUW, A. The biology of chronic pain and its implications for pain neuroscience education: state of the art. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 12, n. 13, 4199, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12134199>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/13/4199>. Acesso em: 7 out. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICES**APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e clínico**

Nome/Iniciais: _____

Data: ___/___/___

PARTE A - Dados sociodemográficos**1) Quantos anos você tem? _____ Data de nascimento: ___/___/___****2) Qual gênero você se identifica?** Masculino Feminino Outro - Especifique _____**3) Como você se descreveria melhor?** Branco Pardo Preto Asiático Indígena Outro**4) Quantos anos de estudo você tem?** Nunca estudei Entre 1 e 4 anos Entre 5 e 8 anos Entre 9 e 11 anos 12 anos Mais de 12 anos - Graduação ou mais**5) Qual seu estado civil?** Solteiro Casado União Estável Divorciado Outro _____**6) Qual religião você se identifica?** Católico Evangélico Não sou religioso Outro - Especifique.**7) Você está trabalhando atualmente?** Sim, estou empregado Sim, sou autônomo Não, estou desempregado Não, sou aposentado – INSS Não, estou temporariamente afastado INSS Não, sou inválido INSS Outro - Especifique _____**8) Qual sua renda familiar mensal?** Sem renda Menor que 1100 reais Entre 1100 e 2200 Entre 2200 e 3300 Entre 3300 e 5500 reais Acima 5500**9) Com o que você trabalha atualmente ou trabalhou anteriormente?**

Especifique (Ocupação atual ou prévia): _____

10) Situação habitacional: Própria Alugado Cedido Outro: _____**11) Você tem acesso à internet?** Sim, celular Sim, computador Não**12) Qual meio de transporte você utiliza?** Ônibus veículo próprio outro

APÊNDICE B - Questionário clínico

1) Dados clínicos:

Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg

Peso (kg): _____ Altura (cm): _____

2) Você tem algum destas condições ou problema de saúde?

- Sou hipertenso Sou diabético
- Sou obeso Eu já tive AVC “derrame”
- Tenho problema no coração Especifique: _____
- Tenho problema no pulmão Especifique: _____
- Tenho câncer Especifique: _____
- Sou fumante Uso nocivo de álcool "alcooolismo"
- Uso substâncias psicoativas “drogas ilícitas”
- Tenho uma condição psiquiátrica Especifique: _____
- Tenho outro problema de saúde Especifique: _____

3) Você usa algum apoio para andar?

- Não. Mas: _____ Sim. Especifique: _____

4) Há quanto tempo você sente dor em alguma região do corpo?

- Não sinto dor. Entre 3 e 6 meses
- Menos de 3 meses Faz mais de 6 meses

5) Você tem alteração do sono?

- Sim Especifique: _____ Não

APÊNDICE C - Roteiro Itens Disparadores

Abertura: Introdução do assunto que será abordado.

Pergunta de Transição:

Poderia me contar um pouco o que vocês mudaram no dia a dia de vocês, desde que começaram a ter dor diária ou recorrente?

Perguntas chaves: Experiência de lidar com dor crônica

Domínio Físico

Como a dor e o desconforto interfere nas atividades em casa?

Como a dor interfere na capacidade de trabalho de vocês?

Comentem sobre essa frase: A dor pode interferir na qualidade do sono.

O que pensam sobre essa afirmação: “Preciso de um medicamento ou tratamento para conseguir levar minha vida por causa da dor”.

Quando vocês sentem dor, quais estratégias ajudam a amenizá-la?

Domínio Psicológico

Quais sentimentos vocês têm vivenciado por causa da dor?

Quais tipos de pensamentos vocês têm quando sentem dor?

Domínio Social

Como seus familiares se colocam no enfrentamento da dor de vocês?

Quais dificuldades financeiras a dor pode trazer a vocês?

Comentem sobre essa frase: A dor pode interferir na participação de lazer.

Como é o acesso aos serviços de saúde quando vocês precisam por causa da dor?

Finalização:

O que vocês acrescentariam sobre os assuntos que foram discutidos hoje?

APÊNDICE D - Contextualização da pesquisa

O município do estudo

A pesquisa foi realizada em um serviço de reabilitação municipal localizado na cidade de São Sebastião, localizada no litoral norte do estado de São Paulo. Segundo dados do IBGE (2020), a cidade possui população estimada em 81.540 pessoas (2022); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010) de 0,772 (nível médio); PIB per capita de R\$ 37.830,81 (2020); escolarização de 6 a 14 anos de 98,2% (2010) e esgotamento sanitário adequado em 82,1% (2010). Quanto ao trabalho e rendimento, a população ocupada estimada é de 24,2% (2020) com salário médio mensal de trabalhadores formais de 3 salários-mínimos (2021).

Quanto à saúde municipal, segundo dados do IBGE (2020), a principal causa de óbitos no município foram: doenças do aparelho circulatório, seguidos de neoplasias, doenças infecciosas e causas externas. Os óbitos foram maiores em idosos com 80 anos ou mais e do sexo masculino. A mortalidade infantil (2020) foi de 15,28 mil óbitos por mil nascidos vivos. Segundo dados do PROADESS (Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, 2020), a cobertura estimada de equipes de atenção primária à saúde (APS) é de 100% no município, enquanto 93,1% da população é coberta pela Estratégia de Saúde da Família.

O Serviço de Reabilitação Municipal (SRM)

O SRM denominado como “Centro de Reabilitação José Teixeira Costa Sul” é de gestão administrativa municipal, pertence à atenção secundária do sistema único de saúde (SUS), cadastrado como um “Centro de Especialidade” no Cadastro Nacional do Sistema Único de Saúde (CNES). A área de abrangência deste SRM são usuários provenientes dos bairros da costa sul do município (Boracéia à Toque-Toque Pequeno), totalizando cerca de 44 km de costa do litoral paulista.

O serviço possui equipe multiprofissional (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, assistência social e enfermagem) e abrange a todas as faixas etárias de pessoas que possuam limitações físicas de origem neurológica e ortopédica, excetuando-se doença mental, encaminhados por médico especialista (principalmente neurologia e ortopedia).

Devido a pandemia de Covid-19 em Março de 2020, o local físico do serviço foi fechado para abrigar a UPA de Boiçucanga. Os atendimentos presenciais foram suspensos. A equipe realizava visitas domiciliares para os casos complexos e orientações por aplicativo de celular aos demais casos.

Os atendimentos presenciais somente foram retomados em novembro de 2020 com a inauguração de um novo espaço físico. Essa situação gerou uma fila de espera significativa de encaminhamentos represados em diversas áreas.

O Fluxo de Fisioterapia do SRM

O usuário primeiramente é avaliado por um médico clínico na Atenção Primária à Saúde no posto de saúde mais próximo da sua residência, sendo que havendo a necessidade, o usuário é encaminhado para o especialista (ex. ortopedista). A regulação de saúde do município verifica onde há vaga, seja, por exemplo, na policlínica municipal “*Centro de Saúde de Boiçucanga Dr Arno Sens*” ou ainda no serviço estadual: Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Caraguatatuba (município vizinho, região de saúde, a qual São Sebastião-SP pertence).

O SRM admite desde crianças a idosos, que possuam limitações físicas de origem neurológica ou ortopédica, excetuando-se doença mental, com encaminhamento do especialista da área referente ao problema a ser tratado, contendo diagnóstico fisiopatológico, exames complementares e relatório sobre o caso clínico.

Os usuários quando crianças ou adultos provenientes de sequelas neurológicas são imediatamente agendados com a enfermeira e assistente social do serviço para gestão do caso. Nesse momento, é checado se a pessoa possui os critérios de inclusão, se possui demandas para outras profissões de saúde do serviço, observado questões sociais e complexidade do caso. O tempo de espera médio para atendimento desse segmento é de cerca de um a dois meses.

O candidato adulto a uma vaga de fisioterapia em ortopedia se apresenta na recepção com o encaminhamento. Os pacientes são previamente inscritos em ordem de chegada em um “Livro de Espera”; agendados na medida em que as vagas ficam disponíveis nas agendas dos profissionais.

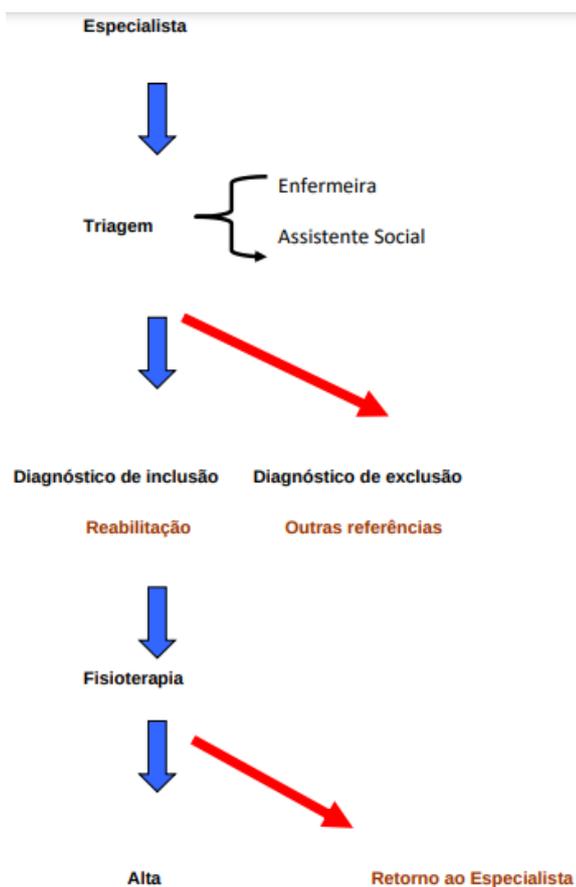
Existem dois “livros de espera” para fisioterapia adulta em ortopedia, um para “urgências”, que são condições pós cirúrgicas ou fraturas recentes, os quais recebem também prioridade máxima no atendimento e são agendados em cerca de uma semana a quinze dias.

O segundo “livro” são as condições crônicas, as quais incluem as condições musculoesqueléticas, tais como dorsalgia, lesões de ombro e joelho. Neste “Livro de Espera”

eram descritos pela secretária: nome, telefone, região do corpo “afetada” e descrição simples do encaminhamento (nem sempre era anotado o CID-10).

Esses, muitas vezes levam meses a serem agendados, não apenas pelo volume maior de encaminhamentos, como também, devido aos outros segmentos do serviço que possuem maior prioridade. Nesse segmento, são realizados como padrão, 10 sessões de fisioterapia, recebendo alta e redirecionado para reavaliação do ortopedista de origem.

Figura 1: Organograma do fluxo de atendimento em fisioterapia ²



Triagem multiprofissional

O pesquisador realizou um diagnóstico situacional do serviço juntamente com a equipe em maio de 2021. Foi identificado que a lista de espera adulta de fisioterapia em ortopedia composta por usuários “crônicos” era uma situação persistente. Os mesmos usuários eram encaminhados frequentemente ao serviço com queixas semelhantes, sobretudo a dor crônica.

²Protocolo interno de atendimento do SRM Costa Sul, São Sebastião-SP, 2021.

Naquele momento, havia apenas quatro fisioterapeutas para absorver toda a demanda (infantil, adulta neurológica, traumatológica e ortopedia).

Havia um total de 204 pessoas na lista de espera analisada. Havia 98 pessoas inscritas no período de dezembro de 2019 a março de 2020 (período anterior a suspensão dos atendimentos presenciais) e 106 no período de novembro de 2020 a maio de 2021 (período após inauguração do novo espaço físico).

Foi acordado em reunião de equipe que seriam realizados "mutirões" de triagem no período de maio a julho de 2021. Foram selecionados dias específicos para fechamento de agenda dos profissionais envolvidos e convocação dos usuários. O tempo médio de cada atendimento era de 90 minutos. Cada pessoa agendada passava por rodízio/ alternava entre os profissionais. Caso o usuário justificasse a falta por ligação, este era agendado no próximo dia de triagem.

A triagem foi multiprofissional. A enfermagem coletou os dados clínicos, enquanto a assistência social os dados socioeconômicos, o terapeuta ocupacional aplicou os instrumentos e escalas padronizadas em anexo. O fisioterapeuta realizava anamneses, testes específicos e checava exames complementares, classificando o usuário para posterior atendimento fisioterapêutico individual ou grupal.

Reflexões do pesquisador registradas no diário de campo elencando ações desenvolvidas no serviço após a triagem multiprofissional no SRM, bem como alterações no processo de trabalho da equipe multiprofissional para melhoria do serviço foram descritas no APÊNDICE E.

APÊNDICE E - Reflexões quanto as ações desenvolvidas no serviço e alterações no processo de trabalho da equipe do SRM.

Após a triagem multiprofissional no SRM e consequente análise dos resultados preliminares, a equipe decidiu realizar algumas ações para melhoria do serviço (Quadro 1).

A primeira ação foi encaminhar para psicologia da APS, aquelas pessoas que pontuassem um domínio da DASS como “extremo” ou dois domínios como “severos”. Também foram encaminhados para psiquiatria, ainda que em menor número, visto que foram considerados pela equipe pelo menos dois domínios como “extremo”, associados a fatores estressores (desemprego, conflito familiar, vulnerabilidade socioeconômica), discutido em reunião de equipe.

Um benefício direto aos participantes foi a presença da assistente social, a qual realizou orientações e direcionamento ao CRASS. Não é previsto no protocolo do SRM, que o candidato à vaga adulta de fisioterapia em ortopedia passe por triagem com assistente social da unidade. A triagem realizada nesta pesquisa, propiciou um matriciamento indireto aos fisioterapeutas que passaram a ser mais sensíveis em oferecer a possibilidade de o usuário buscar o assistente social durante as intervenções.

Os fisioterapeutas criaram grupos de exercícios fisioterapêuticos mais focado na educação em saúde, dividindo os usuários em subgrupos de “coluna”, “ombro” e “joelho” com até 4 participantes por grupo. As 58 pessoas que foram triadas para a modalidade de grupo preencheram 15 horários de fisioterapia, o qual otimizou 43 vagas de fisioterapia que seriam utilizadas para atendimentos individuais.

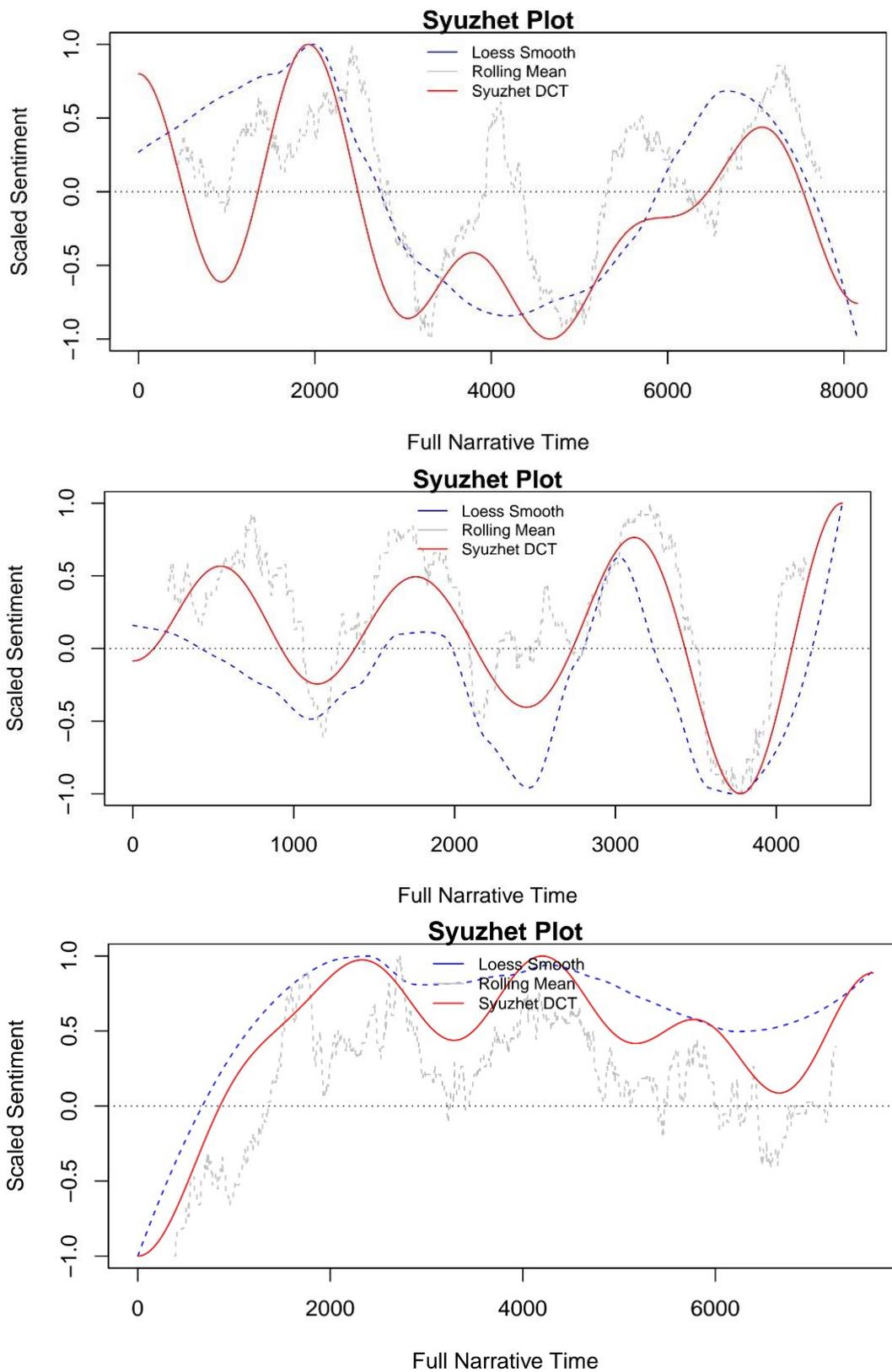
O número significativo de participantes com sobrepeso e obesidade nessa amostra sensibilizou a equipe para a criação de ações futuras de grupos de educação em saúde com o nutricionista da equipe. No momento, é ofertada uma avaliação individual com o profissional do serviço, mediante indicação do fisioterapeuta.

A equipe instalou um número de *whatsapp* na recepção para facilitar a comunicação com os usuários, tais como agendamentos de consultas, dúvidas quanto a horários e funcionamento do serviço aos usuários.

Quadro 1. Ações realizadas pela equipe interprofissional após triagem da pesquisa

Ação	Descrição	nº total	%
Encaminhamentos	Psicologia APS	43	43,8%
	Psiquiatria Ambulatorial	20	20,4%
Fisioterapia	Inserção em Grupos fisioterapêuticos	58	59,1%
	Atendimento Individual	40	40,8%
Serviço Social	Processo de obtenção de medicação SUS	32	32,6%
	Criar/atualizar Cadastro Único	20	20,4%
	Vulnerabilidade socioeconômica	14	14,2%
	Questões relativas ao INSS	9	9,1%
	Benefício eventual (cesta básica)	9	9,1%
	Outras demandas sociais	12	12,2%

APÊNDICE F - Gráfico 3 - Flutuação de sentimento ao longo da narrativa textual - (A) 1º Grupo (B) 2º Grupo (C) 3º Grupo - Gráficos não normalizados “Syuzhet Plot”



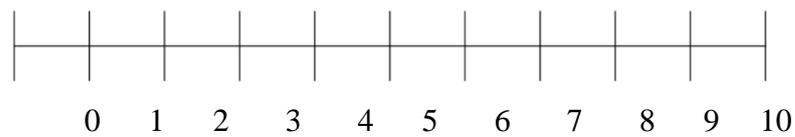
Fonte: Elaborado pelo autor.

ANEXOS

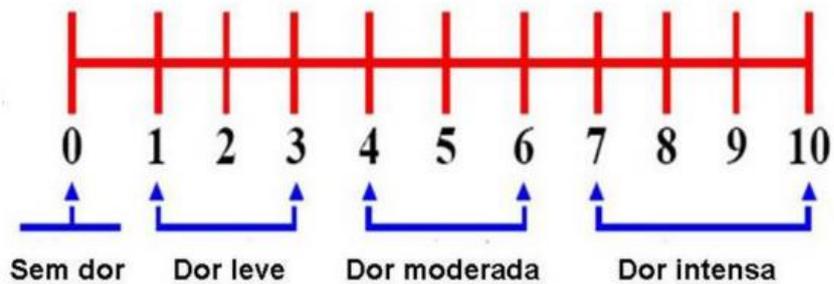
ANEXOS

ANEXO A - Escala Visual Numérica (EVN)

“Escolha um número que melhor represente sua dor **hoje (últimas vinte e quatro horas)**. Sendo que 0 (sem dor) e 10 (pior dor possível)”.



Interpretação:



Fonte: Fortunato *et al.*, 2013, p. 114.

ANEXO B - Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral (QIRM)
Versão modificada. (Sardá Júnior *et al.*, 2010).

Nome/Iniciais:

Data:

Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje (**últimas vinte e quatro horas**). Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descreve sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinale apenas a frase que você tiver certeza de que descreve você hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor.	
2. Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com a dor.	
3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	
4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa.	
5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir as escadas.	
6. Por causa da dor eu me deito para descansar mais frequentemente.	
7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim.	
9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores.	
10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor.	
11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar.	

12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor.	
13. Sinto dor quase todo o tempo.	
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor.	
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores.	
16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor.	
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores.	
18. Não durmo tão bem por causa das dores.	
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor.	
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que em geral.	
23. Por causa da dor subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.	
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores.	

ANEXO C - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DAAS)

(Versão Original: Lovibond; Lovibond, 2004. Versão em português brasileiro: Vignola; Tucci, 2014).

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a **última semana**, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3

12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Interpretação

DASS severity ratings (Lovibond and Lovibond, 2004).

	Z Score	Percentile	DEPRESSION	ANXIETY	STRESS
Normal	< 0,5	0-78	0-9	0-7	0-14
Mild	0,5-1,0	78-87	10-13	8-9	15-18
Moderate	1,0-2,0	87-95	14-20	10-14	19-25
Severe	2,0-3,0	95-98	21-27	15-19	26-33
Extremely severe	> 3,0	98-100	28 +	20+	34+

Fonte: Lovibond; Lovibond (2004).

ANEXO D - WHOQOL - abreviado (Fleck *et al.*, 2000) - Versão em Português**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

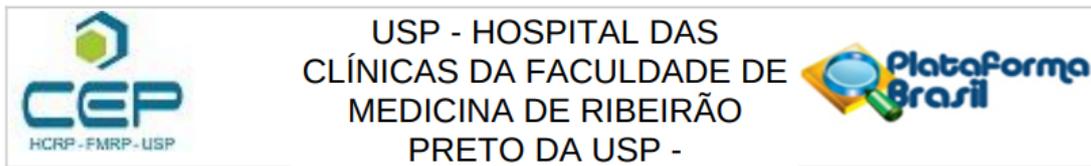
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Caracterização epidemiológica, clínica e percepções de pessoas portadoras de dor crônica em um serviço de reabilitação: estudo observacional descritivo

Pesquisador: BENTO MIGUEL MACHADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52111821.9.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.046.076

Continuação do Parecer: 5.046.076

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1801263.pdf	27/09/2021 11:01:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doutadorev.pdf	27/09/2021 11:01:18	BENTO MIGUEL MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	_TCLErev.pdf	27/09/2021 10:58:35	BENTO MIGUEL MACHADO	Aceito
Outros	UPCassinado.jpg	27/09/2021 10:56:59	BENTO MIGUEL MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_08202021_111316.pdf	25/08/2021 20:54:36	BENTO MIGUEL MACHADO	Aceito
Declaração de concordância	AnuenciaSSebastiao.pdf	25/08/2021 16:28:40	BENTO MIGUEL MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Outubro de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador(a))

ANEXO F - Preenchimento da lista de checagem *STROBE* (Malta *et al.*, 2017) - Versão em português.

Item	Nº	Recomendação	Página nº	Texto relevante do manuscrito
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado	31	“estudo observacional”
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	31	-
Introdução				
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.	32, 33	“identificar fatores...” “a compreensão dos fatores...”
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes	33	“este estudo visou... bem como identificar...”
Métodos				
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	33	Item “Desenho do estudo”
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	33	Item “Procedimentos do estudo”
Participantes	6	(...) Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. (...)	34	Item “Casuística”
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. (...)	34	Item “Variáveis do Estudo”
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). (...)	34	Item “Instrumentos de coleta de dados”
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.	35	Item “Risco de viés”
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.	34	Item “Casuística”

Item	Nº	Recomendação	Página n°	Texto relevante do manuscrito
Métodos				
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.	34, 35	Itens “Instrumentos de coleta de dados e Análise estatística”
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Explique como foram tratados os dados faltantes (“missing data”) (...) Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. (...)	33, 34, 35	Item “Análise estatística” Item “Procedimentos do estudo” Item “Casuística”
Resultados				
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo	37	Figura 1 - Fluxograma de Recrutamento
Dados descritivos	14	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. (...)	37,41	Itens “Caracterização da socioeconômica” e “Caracterização clínica da amostra”
Desfecho	15	(...) Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo	43	Item “Desempenho funcional, alteração do sono e aspectos emocionais”
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas (...). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. (...)	45	Item “Fatores associados à intensidade da dor autorreferida”

Item	Nº	Recomendação	Página nº	Texto relevante do manuscrito
Resultados				
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	-	Não se aplica.
Discussão				
Resultados Principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	47	Parágrafo 1 ^a da Discussão
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	49	“Como limitações do estudo...”
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	48,49	Parágrafos 2º ao 5º da Discussão
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	49	“Às implicações possíveis para pesquisa...”
Outras informações				
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. (...)	50	“Apoio”

ANEXO G - Preenchimento lista de checagem *COREQ* (Souza *et al.*, 2021) - Versão em português.

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa

Tópico	Nº	Perguntas/Descrição do Guia	Página nº	Texto relevante do manuscrito
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade				
Características pessoais				
Entrevistador/facilitador	1	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	54	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 2º.
Credenciais	2	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	54	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 2º.
Ocupação	3	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	54	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 2º.
Gênero	4	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	54	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 2º.
Relacionamento com os participantes				
Relacionamento estabelecido	5	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	55	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 4º.
Conhecimento do participante sobre o entrevistador	6	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	55	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 4º.
Características do entrevistador	7	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa	54	Item “Procedimento de coleta de dados” - parágrafo 3º.
Domínio 2 Conceito do estudo				
Estrutura teórica				
Orientação metodológica e teoria	9	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo	58	Item “Referencial teórico analítico

Tópico	Nº	Perguntas/Descrição do Guia	Página nº	Texto relevante do manuscrito
Seleção de participantes				
Amostragem	10	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: (...).	54	Item “Casuística”
Método de abordagem	11	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: (...).	53	Item “Procedimento do estudo”
Tamanho da amostra	12	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	60	Figura 1 - Fluxograma de recrutamento
Não participação	13	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	60	Figura 1 - Fluxograma de recrutamento
Cenário				
Cenário de coleta de dados	14	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: (...)	53	Item “Procedimentos do estudo”
Presença de não participantes	15	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	54	Item “Procedimentos de coleta de dados”
Descrição da amostra	16	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: (...).	60	Item “Caraterização socioeconômica”
Coleta de dados				
Guia da entrevista	17	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	55	Item “Instrumento de coleta de dados”
Repetição da entrevistas	18	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	54	Item “Procedimento de coleta de dados”
Gravação audiovisual	19	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	53	Item “Procedimento do estudo”
Notas de campo	20	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	55	Item “Instrumentos de coleta de dados”
Duração	21	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	54	Item “Procedimento de coleta de dados”
Saturação de dados	22	A saturação de dados foi discutida?	55	Item “Procedimento de coleta de dados”
Devolução das transcrições	23	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	55	Item “Instrumentos de coleta de dados”

Tópico	Nº	Perguntas/Descrição do Guia	Página nº	Texto relevante do manuscrito
Domínio 3: Análise e resultados				
Análise de dados				
Número de codificadores de dados	24	Quantos foram os codificadores de dados?	57	Item “Procedimentos metodológicos: métodos qualitativos” - subitem c)
Descrição da árvore de codificação	25	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	56,57	Item “Procedimentos metodológicos: métodos qualitativos
Derivação de temas	26	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	56	Item “Procedimentos metodológicos: métodos qualitativos
Software	27	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	56	Item “Análise de dados - métodos quantitativos”
Verificação do participante	28	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	55	Item “Instrumentos de coleta de dados”
Relatório				
Citações apresentadas	29	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	74, 77	Quadro 1 e Quadro 2
Dados e resultados consistentes	30	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	73,76	Itens “Experiência de viver com dor crônica” e “Processo discursivo”
Clareza nos principais temas	31	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	64,67	Tabela 1 e Tabela 2
Clareza de temas secundários	32	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	73	Item “Experiência de viver com dor crônica”

BIBLIOGRAFIA DOS APÊNDICES E ANEXOS

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 abril. 2023.

FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.

FORTUNATO, J. G. S. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 110-117, 2013. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/7538/5919>. Acesso em: 23 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados do Brasil**: São Sebastião. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-sebastiao/pesquisa/17/15752?ano=2020>. Acesso em: 20 ago. 2022.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**. 4th ed. Sydney: Psychology Foundation, 2004.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017. Supl. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000052>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gNfbhmrcXzpY3Ghyvf3bGxm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.

PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE. **Painel de indicadores por dimensão - município**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=painel3>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. *et al.* Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-36, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-562427>. Acesso em: 4 out. 2023.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/traducao-e-validacao-para-a-lingua-portuguesa-e-avaliacao-do-guia-coreq/>. Acesso em: 7 out. 2023.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 155, p. 104-109, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713007738?via%3Dihub>. Acesso em: 7 out. 2023.