

CRISTIANE FERNANDA GESSINGER

**A PERCEPÇÃO DE REAÇÃO DO SUJEITO FRENTE À DOENÇA
OSTEOMUSCULAR: UM OLHAR DO FISIOTERAPEUTA**

São Leopoldo

2004

CRISTIANE FERNANDA GESSINGER

**A PERCEPÇÃO DE REAÇÃO DO SUJEITO FRENTE À DOENÇA
OSTEOMUSCULAR: UM OLHAR DO FISIOTERAPEUTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, área de
concentração em Saúde Coletiva.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientadora: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo, RS.

2004

*Dedico este trabalho a minha filha
que é a minha grande motivação.
Meu esforço, minha busca por
qualificação reflete diretamente nas nossas vidas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Professor Roque Junges pela tranquilidade e incentivo de todos os momentos e por me conduzir para a reflexão, a profundidade e complexidade dos autores consultados.

À Profa. Lucilda Selli por me ajudar a desfazer os nós do meu trabalho.

Agradeço ao meu grande colega e amigo Alexandre Garcia Islabão por me abrir as portas do ambulatório de reumatologia, me ouvir nos momentos de motivação e dificuldade auxiliando em tudo que foi possível.

À coordenadora professora Maria Teresa Olinto por compreender os percalços da vida.

Ao Alexandre Uarth Christoff pelo apoio e crítica durante a execução deste trabalho e por estimular em mim o que há de melhor.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	05
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	50
ARTIGO.....	103

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

**A PERCEÇÃO DE REAÇÃO DO SUJEITO FRENTE À DOENÇA
OSTEOMUSCULAR**

Cristiane Fernanda Gessinger

São Leopoldo, agosto de 2003

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

A PERCEPÇÃO DE REAÇÃO DO SUJEITO FRENTE À DOENÇA
OSTEOMUSCULAR

Projeto de dissertação de mestrado do curso
de Saúde Coletiva da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos

Orientador :

JOSÉ ROQUE JUNGES

Licenciado em filosofia pela PUCRGS
Especialista em História pela UNISINOS
Doutor em Teologia Moral pela Pontifícia Universitá Gregoriana de Roma (Itália)
Professor de Moral e Fundamentos de Bioética no Centro de estudos Superiores da
Companhia de Jesus em Belo Horizonte (MG)
Membro da Comissão de Ética Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG)
Professor de Bioética e pesquisador no Centro de Ciências da Saúde da UNISINOS

Coorientadora:

LUCILDA SELLI

Enfermeira Licenciada pela UNISINOS. Metodologia do ensino Superior pela UNISINOS.
Especialista em Bioética pela UnB
Mestre em assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina
Doutora em Ciências da Saúde – Área de Concentração Bioética pela UnB
Professora Adjunta II no Centro de Ciências da Saúde, UNISINOS
Professora da disciplina de Ética e Bioética – Centro de Ciências Humanas, UNISINOS
Professora no Programa de extensão PIPAS – Programa Interdisciplinar de Promoção e
Atenção à Saúde, UNISINOS

Autora: Cristiane Fernanda Gessinger

São Leopoldo, agosto de 2003

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1 Contexto atual	08
1.2 Justificativa.....	11
1.3 Questões de pesquisa.....	12
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo geral.....	13
1.4.2 Objetivos específicos.....	13
2. Revisão da Literatura.....	14
2.1 A doença osteomuscular.....	14
2.2 Os fatores sociais.....	16
2.3 O corpo, o sujeito e a percepção.....	21
2.4 A reação.....	26
2.5 O papel do fisioterapeuta na reabilitação do indivíduo.....	31
3. MÉTODO	35
3.1 Caracterização da pesquisa.....	35
3.2 Local e período.....	36
3.3 População e amostra.....	36
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	37
3.5 Aspectos Éticos.....	38
3.6 Procedimentos.....	39
3.7 Análise dos dados.....	40
4. CRONOGRAMA.....	42
5. ORÇAMENTO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE.....	47

1.1 Contexto atual:

As doenças osteomusculares estão classificadas no Código Internacional de Doenças (CID) e são patologias que acometem o sistema muscular, ósseo e o tecido conjuntivo. São várias as doenças incluídas nesta classificação, como exemplo podem ser citadas as artroses, artrites, osteoporoses, reumatismos de partes moles, doenças sistêmicas do tecido conjuntivo como o lúpus eritematoso sistêmico, as dorsoartropatias como as espondilites e outras. (CID-10, 2000)

Essas patologias são muito tratadas em centros de atendimento terciário à saúde, para onde são encaminhados indivíduos que precisam de atendimento especializado em termos de equipamento e pessoal. (PEREIRA, 2000)

No contexto do Rio Grande do Sul, mais especificamente em Porto Alegre tem-se como exemplo de local de atendimento terciário de doenças osteomusculares o ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre.

Islabão e colaboradores (2002) realizaram uma pesquisa no ambulatório de reumatologia do mesmo hospital, para avaliar a demanda do ambulatório de serviço universitário especializado em Imunorreumatologia. Coletaram dados de 19/03/1999 até 22/12/2001 e constataram que foram atendidos 484 pacientes em primeira consulta.

Os dados da pesquisa realizada indicam um predomínio de reumatismos de partes moles e osteoartroses. E dentre as doenças auto-imunes a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistêmico foram as mais prevalentes. Todas essas doenças, conforme o CID-10 estão classificadas como doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo. O estudo citado

demonstra a viabilidade da pesquisa em questão no referido hospital com indivíduos que apresentam doenças osteomusculares.

A década de 2000 até 2010 foi formalmente declarada a década dos ossos e das articulações, em janeiro de 2000, na convenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em Genebra, Suíça. O representante da secretaria geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Kofi Annan, declarou que existem formas efetivas de prevenir e tratar incapacidades e desordens das doenças das articulações, problemas de coluna, osteoporose e traumas da pelve resultantes de acidentes. Esses episódios têm um enorme impacto na vida dos indivíduos, na sociedade, nos serviços de saúde e na economia. É relevante portanto, o estudo do tema proposto no presente trabalho, constatando o alto custo destas doenças para os serviços de saúde, para o estado e a sociedade, além do decréscimo na qualidade de vida do indivíduo e das famílias dos doentes. (<http://www.bonejointdecade.org>)

O padrão de progressão das doenças pode ser variado e no caso das doenças osteomusculares há a tendência da evolução ser crônica. Além disso, como essas doenças não são transmitidas de uma pessoa para outra, são classificadas como não transmissíveis. (PEREIRA, 2000)

As doenças crônicas não-transmissíveis estão aumentando pelo fato das pessoas viverem mais tempo. (PEREIRA, 2000)

No Brasil, considerando a continuidade das tendências verificadas para taxas de fecundidade e longevidade da população, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando

a representar quase 13% da população. Embora a fecundidade ainda seja o principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação a população idosa é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução (IBGE, 2000).

Segundo o censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade no Brasil, era de 14.536.029 pessoas, contra 10.722.705 pessoas em 1991. O número aumentou em quase 4 milhões de pessoas fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida. No Rio Grande do Sul, há 893.479 idosos em pesquisa realizada pelo conselho Estadual do idoso. (IBGE, 2000).

Especificamente as doenças osteomusculares são de baixa mortalidade e alta morbidade. Morbidade refere-se a uma queixa, sofrimento, incômodo físico ou mental, é uma anormalidade biológica em estrutura ou função diagnosticada por um profissional de saúde, após o exame do paciente (PEREIRA, 2000)

A alta morbidade destas doenças requer um investimento nas áreas da prevenção terciária incluindo a reabilitação e para isso há a necessidade da adequação de tecnologias, o que envolve criatividade, conhecimento dos problemas e das alternativas disponíveis. (PEREIRA, 2000)

1.2 Justificativa

As doenças osteomusculares desestruturam o cotidiano da vida da pessoa enferma. Esses indivíduos apresentam disfunções que podem levar a incapacidade. (LLOYD, 2001)

O medo de nunca mais ser capaz de andar, se deslocar ou ser o cuidador do próprio corpo pode ser arrasador, quando uma imerecida sentença de prisão perpétua dentro de um

corpo que não pode sentir ou mover-se está começando a surgir, esses medos podem devastar mesmo o mais forte dos indivíduos. Os profissionais da saúde não podem sentir o que o paciente sente, mas devem a essa pessoa a possibilidade de aprender o máximo que puderem para entender melhor a dor, os temores, as revoltas emocionais e implicações da incapacidade e seu papel na reação a doença. (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993)

Na reabilitação embora as tecnologias da saúde abram perspectivas muito positivas, os seus benefícios são restritos a uma parcela privilegiada da população, muitas vezes pelo número reduzido de profissionais, pelo acesso difícil aos locais e pelo alto custo que esses serviços tem.

Por outro lado, o crescente uso de tecnologias obriga o profissional da saúde a especializar-se, perdendo uma visão mais integral da saúde humana e reduzindo a saúde a um problema técnico. O modelo biomédico tem pouco a dizer sobre o sofrimento e sobre a estranheza do indivíduo perceber-se possuidor de um corpo que adoece, nos seus procedimentos acaba por resumir as pessoas, as coisas, a vida e os acontecimentos do mundo às medidas de seus padrões de referência. (CASTIEL, 1994)

A falta de uma relação mais empática pela redução da prática a um exercício predominantemente técnico não permite que o profissional seja um mediador da reeducação funcional do indivíduo e de uma reação positiva à doença.

12

Os sujeitos precisam de auxílio para perceber as capacidades funcionais que ainda possuem.

Os profissionais fisioterapeutas são facilitadores da reeducação funcional desses sujeitos e para isso precisam conhecer a reação do indivíduo frente à doença e os fatores que influenciam na reação, porque disso depende o enfoque do tratamento e o sucesso do mesmo.

Se o sujeito apresenta uma reação negativa frente à doença muitas vezes todo o aparato técnico usado pelo fisioterapeuta não produz o efeito desejado. Através de uma boa relação terapeuta-paciente o profissional pode tornar-se um motivador para uma reação positiva do sujeito valendo-se inclusive dos fatores que influenciam positivamente. Dessa maneira o fisioterapeuta terá um enfoque menos tecnicista e fragmentador do indivíduo.

1.3 Questões de Pesquisa

Qual é a percepção de reação do sujeito frente à Doença Osteomuscular?

Quais são os fatores que na percepção do sujeito influenciam na reação frente à doença osteomuscular?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção de reação do sujeito frente à doença osteomuscular.

13

1.4.2 Objetivos específicos

- Conhecer o tipo de doença, o tempo de diagnóstico, o tipo de tratamento que realiza e as limitações funcionais que apresenta.

- Captar a percepção que o indivíduo tem do seu corpo com a doença osteomuscular.
- Captar a percepção que os outros tem do corpo do indivíduo na visão do próprio sujeito com doença osteomuscular.
- Identificar os fatores sociais que influenciam na reação do indivíduo frente à doença osteomuscular.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A doença osteomuscular

Islabão *et al.* (2002) fez um estudo sobre a prevalência das doenças reumáticas atendidas no ambulatório de reumatologia do hospital Independência de Porto Alegre onde constatou que 36,3% da população estudada teve diagnóstico de reumatismo de partes moles, 18,8% teve diagnóstico de osteoartrose, 15,7% teve diagnóstico de doenças auto-imunes como artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites e doenças indiferenciadas do tecido conjuntivo, 6,1% dos casos foram de espondiloartropatias, 3,9% dos casos forma de artropatias microcristalinas e 2,2% dos casos foram de neuropatias compressivas, e os outros casos restantes foram de osteoporose e distúrbios alérgicos.

Os distúrbios reumáticos que causam artropatias sistêmicas normalmente acometem as estruturas do aparelho ósteo-músculo-articular-ligamentar, caracterizado primariamente pela presença de processo inflamatório e/ou degenerativo, geralmente apresentando dor e disfunção associadas. A maioria dos distúrbios reumáticos sistêmicos apresenta as seguintes características principais: presença de deformidades, incapacidade funcional, presença de períodos ativos da doença que se intercalam com períodos remissivos, fadiga precoce, distúrbios respiratórios e dor. (DELIBERATO, 2002)

A gravidade do acometimento depende do tipo de doença osteomuscular. Algumas delas tem acometimento mais sistêmico, outras mais local. Os sintomas podem ter intensidades diferentes e a dor que é um dos sintomas que ocorre com maior frequência é percebida em comparação com o conjunto de experiências do próprio indivíduo, modelos positivos ou negativos, conhecimentos, crenças e cultura. O apoio social é considerado como

um dos mecanismos para se lidar com o controle da dor, podendo ser positivo ou negativo, o comportamento pode ser reforçado inconscientemente pela pessoa que cuida do paciente, por meio de suas próprias ações e comportamentos. Os efeitos psicológicos da dor podem variar com as condições do paciente e o fato de ela ser percebida de curta ou longa duração e como influenciará os vários aspectos da vida pessoal. (DAVID & WATERFIELD, 2001)

As doenças osteomusculares tendem a modificar a vida do indivíduo, pois muitas delas irão trazer alterações funcionais fazendo com que este dependa de seus familiares ou mesmo de cuidadores para realizar atividades fundamentais como a higiene pessoal e o deslocamento. Assim o estado patológico muda completamente a vida dos sujeitos e conforme Canguilhem (1982 p. 149) “a doença não é uma variação da dimensão da saúde, ela é uma nova dimensão da vida.”

A incapacidade funcional relacionada à dor é difícil de avaliar, sendo influenciada não apenas pela gravidade, localização, frequência da dor, mas também por variáveis como finanças, experiência, sistema pessoal de valores e origem etnocultural. O nível de incapacidade física nem sempre corresponde à gravidade da dor, correlacionando-se mais a sua persistência. (DAVID & WATERFIELD, 2001)

A prevenção primária somente é possível nos casos em que a etiologia precisa do distúrbio reumático seja conhecida. Porém, isso só ocorre em pouquíssimos casos, pois o mecanismo etiológico da maioria dos distúrbios reumáticos sistêmicos ainda é desconhecido. Em relação à prevenção secundária, é possível estabelecer o seguinte conjunto de ações em fisioterapia reumatológica: uso de órteses, diminuir movimentos articulares, aumentar a capacidade funcional, diminuição do peso corporal, aplicação de técnicas de conservação de

energia, aplicação de técnicas de posicionamento adequado evitando imobilizações em posições desfavoráveis. As seqüelas limitantes mais comuns incluem: flexão de joelho e quadril, plantiflexão, rotação interna de membros inferiores, flexão de punho e dedos, desvio ulnar, rotação interna de ombro e flexão de cotovelo. (DELIBERATO, 2002)

A educação do paciente é o ponto fundamental da intervenção terapêutica, e permite que ele se torne um participante ativo em seu tratamento. Parte dessa abordagem baseia-se no conhecimento transmitido ao paciente. Esse conhecimento não deve utilizar jargões e deve ocorrer no momento apropriado. A educação deve incluir conhecimento sobre o objetivo dos tratamentos, inclusive o medicamentoso. (DAVID & WATERFIELD, 2001)

2.2 Os fatores sociais

As doenças que surgem nas populações devem ser estudadas levando em consideração os processos sociais que podem interferir no processo de produção das doenças. Rouquayrol (1999) aborda as relações ambientais e ecológicas desfavoráveis, que atingem o homem pela ação direta de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, ao se defrontarem, no indivíduo suscetível, com pré-condições genéticas ou somáticas desfavoráveis. Para a mesma autora os fatores que constituem esse componente social podem ser agrupados em quatro tipos gerais que não tem limites claros, bem definidos. São eles: fatores sócio-econômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.

O acesso à informação é algo citado por Rouquayrol (1999) que pode influenciar no processo da doença assim como o contexto social. Preconceitos e hábitos culturais, credences, comportamentos e valores, podem ser fatores pré-patogênicos contribuintes para a difusão e manutenção de doenças.

Dentre os fatores psicossociais que podem influenciar no processo das doenças Rouquayrol (1999) cita a marginalidade, ausência de relações parentais estáveis, desconexão em relação à cultura de origem, falta de apoio no contexto social em que vive, condições de trabalho extenuante ou estressante, promiscuidade, transtornos econômicos, sociais ou pessoais, falta de cuidados maternos na infância, carência afetiva de ordem geral, competições desenfreadas, agressividade vigente nos grandes centros urbanos e desemprego com estímulos que têm influência direta sobre o psiquismo humano, com conseqüências somáticas e mentais danosas.

Minayo (1988), cita uma causação de doença que ela chama de sócio-econômica. Essa causação refere-se às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais (próximas e com a comunidade mais ampla), o saneamento básico e ressalta o funcionamento do sistema de saúde. As condições gerais de existência são responsabilizadas de forma muito peculiar pelo “nervoso da vida”. Essa doença inespecífica, e meio vaga, ganha de todas as outras nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, o “nervoso da vida” revela particularmente um sentido de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. O futuro é configurado quase sempre dentro de um plano transcendental – não por ignorância, mas pelas condições objetivas da vida – “a Deus pertence”, “Deus é quem sabe”. Em algumas famílias em estado de miséria absoluta, o “nervoso da vida” se apresenta em forma de apatia, deboche e silêncio. As doenças não são explicadas, elas se mostram: são um desequilíbrio global que as pessoas não conseguem ou não sentem necessidade de verbalizar.

Segundo Ramos (1994), os seres humanos são determinados pelos mitos e crenças que fazem parte dos grupos sociais em que vivem e por isso a compreensão dos mesmos é importante para que se conheça melhor o que tem determinado as atitudes dos profissionais e as atitudes dos pacientes frente a doença e a saúde.

O homem da era da informática apela aos deuses no momento da dor em busca do significado de seu sofrimento. Por mais desenvolvida que esteja a sociedade, o mistério da vida e da morte permanece. Razão e fé, conceitos científicos e religiosos misturam-se no homem que busca seu sentido e determina sua atitude frente à saúde e à doença. Os mitos moldam a percepção que se tem do mundo. Foram criados na procura do significado da vida e através deles há a possibilidade de ter uma compreensão mais racional do mundo em que se vive. (RAMOS, 1994)

A falta de saúde se exprime em componentes sociais que a tornam um desvio da normalidade social, além de um desvio da normalidade física. É raro o desvio da normalidade física, pela doença, que não afete atitudes da parte dos enfermos com os elementos sadios da sociedade e desses elementos para com os enfermos, criando desajustamentos que de interpessoais passam várias vezes a intergrupais. (FREYRE , 1983)

Freyre (1983) também pontua a aversão que tem caracterizado a atitude dos grupos sadios de várias sociedades com relação aos grupos de doentes de certas doenças deformadoras e contagiosas. Perturbadoras profundas de vários tipos de convivência. Doenças que separam esposos de esposas, filho de mãe, avô de neto, prejudicando a própria convivência familiar no que ela tem de mais afetivo. Doenças que fazem de doentes prisioneiros de hospitais.

Alguns modelos e conceitos sobre a doença e o processo de cura são descritos por Ramos (1994) que auxiliam a entender o processo histórico e a influência que até hoje se pode observar que os profissionais da saúde e os próprios indivíduos sofrem. Serão descritos a seguir para que se tenha base teórica.

No modelo primitivo o homem é subjogado pelo poder da natureza, as quais sua mente não conseguia entender. Dessa forma, igualou-as aos poderes divinos, resolvendo temporariamente sua angústia frente ao imprevisível. A matéria tinha vida e os eventos naturais eram personalizados. Homem e natureza eram Um. Assim ocorre o desenvolvimento de uma medicina em que o respeito pelo espiritual e pela busca de um significado maior com relação a doença e a saúde era básico. O curador era o mediador entre as forças cósmicas e o doente. A doença era a consequência da violação de um tabu ou de uma ofensa aos deuses. A cura estava no restabelecimento da ligação do homem com o divino através do arrependimento e sacrifício.

No modelo grego existe a separação do espiritual e do material. Assim se desenvolveu uma abordagem científica tal como é utilizada hoje: observação, análise, dedução e síntese. Predominava uma visão global do homem. Hipócrates deu início à medicina moderna. A ciência grega deu início, portanto aos tipos de métodos que se tornariam procedimentos padrões na medicina e na psicologia até a nossa era. Porém a maior finalidade era a busca do conhecimento da natureza e não do seu domínio, ou desejo de mudá-la.

No modelo cartesiano a matéria é uma realidade separada da atividade da mente, embora no final seria a ela ligada por plano divino. O corpo podia ser comparado a uma máquina, que funciona igualmente bem ou mal, com ou sem psique. Descartes descreveu não

uma ruptura da mente com o corpo, mas a interação que expunha as bases somáticas profundas dos estados afetivos e perceptivos. Houve a tendência cada vez mais acentuada de separar religião de ciência, misticismo e crenças do conhecimento.

No modelo romântico o estado de saúde era atribuído à interação de diferentes fatores. A fonte principal do conhecimento terapêutico era a observação clínica dos pacientes. O ser humano era pensado como um campo unitário, global, o qual não poderia ser abordado como um agregado de partículas. Mesmo quando o sofrimento se localizava num órgão específico, observava-se que o organismo reagia como um todo, sob a forma de ressonâncias ou compensações. O homem doente era considerado na sua relação consigo, com os outros e com o mundo, integrando-se arte, ciência e religião.

No modelo biomédico a doença passou a ser definida como um desvio do normal e não mais holisticamente, como um desequilíbrio não-natural. O foco sobre a interação entre os fatores psicológicos, biológicos, ambientais e pessoais foi substituído pela ênfase nas anormalidades biológicas. A tendência a reduzir os sistemas a partes menores, cada sistema considerado em separado. O materialismo tomou o lugar da tendência anterior. Fatores psíquicos e sociais foram considerados sem impacto sobre o organismo e, portanto, ficaram fora do tratamento clínico.

No modelo holístico as totalidades são dinâmicas, evolucionárias e criativas. Não podem ser compreendidas pela dissecação de suas partes, nem previstas pela observação de seus componentes.

A partir do conhecimento destes modelos e da evolução da medicina e dos paradigmas da saúde e doença, pode-se constatar que o modelo biomédico é o que ainda prevalece e o que

culturalmente está incutido tanto nos profissionais como na população. Portanto pode-se entender a ênfase que os profissionais dão no tratamento do biológico, do corpo doente, do segmento anormal desconsiderando a influência dos fatores sociais na doença e na reação do indivíduo.

A grande maioria das doenças estudadas neste trabalho, acaba por desenvolver a dor como o sintoma mais importante na queixa principal dos pacientes.

A dor de uma forma ou de outra, é parte inseparável do cotidiano. Ela é mais do que um simples processo neurofisiológico: há também fatores sociais, psicológicos e culturais que devem ser considerados. Nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma, o cultural pode exercer grande influência na maneira como as pessoas percebem e reagem à dor, em si mesmas ou em outras pessoas. Fatores culturais podem também influenciar o modo como as pessoas comunicam a dor – se o fazem – aos profissionais de saúde ou a outras pessoas. (HELMAN, 1994)

2.3 O corpo, o sujeito e a percepção.

O entendimento dos conceitos de corpo, sujeito e da percepção que os humanos têm das coisas e de si mesmos é fundamental para esse estudo, pois os indivíduos com doença só são indivíduos e só tem doença porque apresentam um corpo.

E é nesse corpo que ocorrem as alterações biológicas causadas pela doença. Tudo isso deve ser percebido pelo indivíduo para que ele estando apropriado de seu corpo possa enfrentar a situação de doença. O corpo é o local onde o sujeito percebe sua existência neste mundo com ou sem doença.

Segundo Merleau-Ponty (1971 p.: 161) “o corpo é o objeto e é no corpo que temos a única possibilidade de existir”. É através do corpo que podemos vivenciar nossa existência neste mundo, sem o corpo não teríamos possibilidade de ser, nos relacionar, nos mover e estar no mundo. Ainda para Merleau-Ponty (1971 p.: 10) “o homem está no mundo e seu corpo é ele mesmo”. A existência do corpo próprio firma o espaço na existência, existe uma relação entre o corpo e o espaço que o rodeia e o espaço só é percebido e portanto existe, porque o corpo o percebe. O corpo através da percepção é um conjunto de significações vividas. Na vivência do corpo é possível enriquecer, reorganizar e buscar o equilíbrio para nossa existência.

O fato de o homem ser dotado de corpo vivo, real, sensível e objetivo, com poderes naturais, significa ter objetos reais e sensíveis como objetos de seu ser, ou só poder expressar seu ser em objetos reais e sensíveis. Ser objetivo, natural, sensível e, ao mesmo tempo, ter objeto, natureza e sentidos fora de si mesmo, ou ser ele mesmo objeto, natureza e sentido para um terceiro. (FERIOTTI, 2001)

Ainda sobre a visão de Feriotti (2001) pode-se compreender o corpo humano como algo que contempla uma absoluta indissolubilidade entre paixão e razão, consciência e sensibilidade, objetivo e subjetivo, pensamento e ação, como elemento de uma relação dinâmica e produtora de história.

Mas o corpo é a matéria que inclusive os animais possuem. A apropriação que se faz da matéria no mundo simbólico é o que nos faz sujeitos. Conforme Levin (1995), os seres humanos, ao serem captados pela linguagem, diferenciam-se do reino animal, deixando de ser puro corpo e, pelo ingresso ao universo simbólico, pode tê-lo e, portanto ser sujeito.

Esta apropriação do corpo por parte do sujeito demanda um árduo trabalho de descobertas e conquistas que num primeiro momento passa por uma dispersão corporal efetuada e produzida pela linguagem, depois por uma apropriação do corpo imaginário especular e depois a uma apropriação simbólica. Por efeito da linguagem produz-se esta separação entre o sujeito e o corpo. Um animal, diferentemente de um sujeito, não poderá dizer que tem um corpo ou que percebeu, sentiu, vivenciou o corpo, ou que o corpo é dele, porque o animal é apenas corpo e por não estar imerso na linguagem nunca poderá distanciar-se para tê-lo. (LEVIN, 1995)

O sujeito que apresenta um corpo com doença pode acabar por sujeitar seu corpo e para Feriotti (2001 p:390), sujeição pode ser entendida como: “dependência, submissão, obediência, servidão, escravidão, constrangimento, acanhamento”. Um corpo sujeitado seria, portanto, um corpo “dependente, submetido, obediente, dócil, escravizado, constrangido, passível, obrigado, submisso, exposto, conformado com a própria sorte, sujeitado à vontade dos outros”. A sujeição não é uma condição do corpo por si só, mas sim a condição de um tipo de relação entre corpos, pois a todo corpo sujeitado deve existir um outro que o sujeite. Assim, sujeitar significa “dominar, subjugar, constranger, reprimir, sufocar, submeter, subordinar, obrigar, coagir, tornar obediente ou dependente”.

Quando se pensa nos doentes com afecções osteomusculares, pode-se encontrar corpos sujeitados, porém o grande objetivo dos profissionais da saúde é tentar manter a integridade do sujeito com seu corpo acometido ou não por incapacidades. Para isso é importante passar por algumas etapas que vão proporcionar ao indivíduo a percepção de suas capacidades corporais.

O profissional fisioterapeuta precisa entender alguns conceitos que estão ligados a questão do corpo para ser efetivo no seu tratamento.

Um dos conceitos é o de esquema corporal, que conforme Levin (1995), é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. É o que se pode dizer ou representar acerca do próprio corpo. A representação que se tem do mesmo. É da ordem do evolutivo, do temporal. Para trabalhar com os sujeitos eles devem perceber seu esquema corporal.

Dentro do esquema corporal encontram-se, segundo Levin, as noções de proprioceptividade que é a percepção do corpo no espaço, suas dimensões e movimento, interoceptividade que são as percepções internas do corpo, os sistemas e órgãos e exteroceptividade que são as sensibilidades externas de calor, frio, pressão, dor e tato. O esquema corporal pode ser explicitado e responde a uma generalidade da espécie humana, por exemplo: ter dois olhos, uma boca, dois braços. O esquema corporal é suscetível à mensuração com outro; por exemplo, nas medidas padronizadas em que a criança corresponde, a cada idade, um peso, uma altura, um determinado perímetro cefálico. Mensuração corporal que implica numa testificação de massa corpórea. (LEVIN, 1995)

Assim é importante num processo de tratamento de uma função corporal que o fisioterapeuta trabalhe a percepção do esquema deste corpo e dessa forma auxilie na construção de uma imagem corporal.

O corpo imaginário é o corpo das imagens. Efeito de identificação a uma imagem, espaço ilusório e virtual constituinte do “eu ideal”, ideal de perfeição a ser alcançado, e que é inconsciente. Imagem que não é constituída e sim constituinte do corpo de um sujeito. Assim

o sujeito crê ser esta imagem que ele fez de si, mas como nunca coincide totalmente com ela, sempre procura reassegurar-se e voltar a reconhecer-se, situação imaginária que se repete constantemente. Por isso um sujeito que por um tempo prolongado não se olha no espelho, necessitará fazê-lo para reassegurar-se desta imagem corporal que nunca o satisfaz completamente e que perpetua incessantemente essa busca de completude imaginária. A imagem corporal é constituinte do sujeito desejante e, como tal, é um mistério, não é absoluto da ordem do evolutivo, vai se constituindo no passar do tempo da experiência subjetiva. A imagem corporal é própria de cada um, está ligada ao sujeito e a sua história. (LEVIN, 1995)

Só é possível construir uma imagem corporal a partir da percepção de um esquema corporal e para isso é preciso entender como se dá a percepção e o quanto dependemos dela para sermos sujeitos no mundo, vivendo e significando nossa existência a partir de nosso corpo.

Segundo Pisani (1990), o homem é atingido continuamente por um número incrível de estímulos sensoriais diferentes e apesar disto não percebe o mundo em que vive como uma acumulação de sensações isoladas ou caóticas, mas sim, organiza os estímulos e percebe-os como objetos. Uma grande imagem verde é percebida como uma montanha, uma pressão no braço é percebida como uma coleção de estímulos e é em parte resultado da aprendizagem, mas também é devida a tendências inatas de organização perceptiva.

A teoria da percepção sugere que as opiniões, ou as percepções das pessoas, dos objetos e dos eventos do ambiente do indivíduo, tem muita relação com o comportamento. Os adultos viveram no mundo por um número determinado de anos e adquiriram muitas percepções de seus ambientes e de todos os seus objetos e eventos. Cinco conceitos que

afetam a percepção do ambiente por parte de uma pessoa são as crenças, os valores, as necessidades, as atitudes e a experiência de si mesmo.(GUCCIONE, 2000)

Segundo Guccione (2000) as necessidades são o que os indivíduos precisam manter ou estimular para eles mesmos. De acordo com esse conceito, as necessidades podem ser divididas em dois tipos: (1) necessidades fisiológicas, como alimento, água, ar, proteção, e (2) necessidades sociais, como a necessidade de aprovação e aceitação, posição, prestígio ou poder. As atitudes refletem uma crença emocional sobre o grau de valor de alguém ou algo.

A experiência de si mesmo conforme Guccione (2000) (autoconceito) é como as pessoas se vêem , como elas se sentem a respeito de ser aquela pessoa, como elas pensam que os outros as vêem. As ameaças externas devem ser mantidas em um mínimo quando o aprendizado é percebido como ameaçador para a pessoa. Uma conclusão é que a auto-avaliação e a autocrítica são mais aceitáveis no caso dos adultos que a avaliação pelos outros. A orientação humanista enfatiza a escolha do indivíduo, a responsabilidade e a motivação interna. Por exemplo: o desejo do paciente tornar-se independente depois de um acidente vascular cerebral grave transforma-se na motivação interna para superar a reabilitação intensa e o desconforto. Essa motivação, juntamente com auto-avaliação, pode levar o paciente a desenvolver novos meios de fazer as coisas independente do terapeuta.

2.4 A reação

Conforme Ferreira (1985 p:402), reação “é a resposta a uma ação qualquer por meio de outra que tende a anulá-la, é um modo de agir em face de ameaça ou provocação.”

A palavra ação para Japiassú e Marcondes (2001 p: 2) ” é a atividade de um indivíduo do qual ele é expressamente a causa e pela qual modifica a si mesmo e o meio físico.” “Enquanto sinônimo de prática o termo ação designa o conjunto de nossos atos, especialmente de nossos atos voluntários suscetíveis de receberem uma qualificação moral. A ação supõe uma liberdade implicando o ultrapassamento da ordem da natureza.”

A escolha da palavra reação neste estudo foi em virtude de tentar explicar a forma como os indivíduos com doença osteomuscular respondem a este evento nas suas vidas. A resposta é uma ação contra outra ação que é a própria doença. E segundo os conceitos utilizados acima a ação de um indivíduo acaba modificando a ele mesmo e ao meio físico.

Serão abordados alguns autores para fundamentar a idéia de reação: Morris Lieberman & Aaron Lieberman que usam o termo ajustamento para descrever a reação dos sujeitos à incapacidade física e Humberto Maturana que fala sobre a teoria da autopoiese onde é sustentada a idéia de organização circular do vivo.

Para Morris Lieberman & Aaron Lieberman viver é um processo constante e progressivo de ajustamentos e adaptações, abarcando diferentes níveis de um organismo, e de sua vida. Entre esses níveis considera-se a adaptação nos níveis fisiológico, físico, psicológico e social do funcionamento de um indivíduo. Embora haja diferenças significativas entre esses níveis, deve-se ter em mente que, ainda que se possa delinear-los e defini-los, eles são apenas parte de uma entidade unitária que funciona como um todo. A resultante percepção existencial considera: o corpo integral, com suas diversas configurações genéticas, eletroquímicas, hormonais e neurológicas; seus mecanismos mentais inatos e aprendidos; seus sistemas de

crenças e valores sócio-culturais, espirituais e étnicos, inseridos nas realidades sócio-econômicas da época e lugar com o qual o indivíduo interage.

Saber lidar com dificuldades e alterações é dependente de uma combinação de comportamentos adaptativos inatos e aprendidos, através dos quais um indivíduo tenta enfrentar as demandas do ambiente externo e interno, e as necessidades pessoais. É um processo ativo empregado pelo indivíduo para lidar com demandas conflitantes e para criar um estado de equilíbrio biológico e psicológico. A tentativa de realizar tal equilíbrio e de satisfazer as pressões internas e externas é o que Morris Lieberman & Aaron Lieberman denominam ajustamento.

Segundo Ferreira (1985 p: 16) ajustamento “é o ato de ajustar-se e ajustar é tornar justo, exato, igualar, convencionar, combinar, regularizar”. O que não está de acordo com o que ocorre com o indivíduo frente à doença osteomuscular. Ele não assume uma atitude convencional, regular, ele pode ter uma série de ações diferentes frente a ação doença osteomuscular.

A adaptação e o processo de saber lidar com dificuldades e alterações são significativamente afetados pelos valores aprendidos e pelo estilo de lidar com os percalços. Contudo o equilíbrio resultante pode não necessariamente servir às exigências de sobrevivência do indivíduo, nem talvez seja compatível com o que a sociedade considera aceitável. A percepção individual da melhor resposta de sobrevivência a uma dada situação, que determina o funcionamento reativo. (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993)

O ajustamento psicológico pode promover significativamente o uso dos recursos de determinado indivíduo para a reabilitação de uma incapacidade física; ou, quando há má-adaptação, será um fundamental fator contributivo para a incapacidade. Uma incapacidade pessoal ou “deficiência”, está relacionada ao modo como o indivíduo se auto-avalia ou se percebe, e como ele avalia a condição incapacitante. Se o enfoque desse indivíduo repousa nas deficiências e não nos aspectos mais ativos, a extensão da incapacidade será ampliada. (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993)

A reação dos sujeitos acometidos por doença osteomuscular pode ser, portanto negativa ou positiva. Isso irá depender do enfoque que ele mesmo dará para suas capacidades ou incapacidades diante de um evento de doença.

Nesse processo de ajustamento os profissionais da saúde devem interferir para que não ocorra uma mal-adaptação. Porém, esses profissionais têm que respeitar os direitos do indivíduo de tomar decisões, a menos que, de fato, haja evidência objetiva de que suas faculdades de julgamento estão defeituosas. Devem também compreender as razões ocultas para as respostas funcionais. Isso requer habilidades especiais, objetividade, e uma capacidade de pôr de lado seus próprios valores e interesses. (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993)

Os profissionais também podem contribuir no processo de reação positiva à doença dos indivíduos. Podem auxiliar o sujeito a perceber suas capacidades, seu corpo como possibilidade de movimento, de experiência de vida, melhorando a auto-estima destes indivíduos.

Não será utilizado o termo ajustamento como propõe Morris Lieberman & Aaron Lieberman pois o termo não abrange o aspecto ativo do sujeito como a palavra reação propõe.

Outro autor que aborda a questão de reação é Humberto Maturana. Esse autor trata sobre a autopoiese. A palavra autopoiese é utilizada pelo autor para definir a organização circular do vivo. Existem sistemas autopoieticos de diferentes ordens. Os de primeira ordem são as células, os de segunda ordem são os organismos e os de terceira ordem são os sistemas sociais. (MATURANA, 1997)

A teoria da autopoiese mostra que o ser vivo é um ente sistêmico, mesmo que sua realização seja de caráter molecular. Nenhuma molécula determina por si mesma qualquer aspecto ou característica do operar do ser vivo, já que todas as características do ser vivo se dão na dinâmica de sua autopoiese. Os seres vivos têm lugar na realização de sistemas autopoieticos moleculares distintos. A dinâmica molecular da autopoiese ocorre quando tem lugar como um fenômeno espontâneo, no qual todos os processos moleculares acontecem numa determinação estrutural local sem nenhuma referência a totalidade que constituem. (MATURANA, 1997)

O ser humano tem a capacidade de se auto organizar, se auto fazer, sendo um processo dinâmico. Quando acometido por uma patologia o indivíduo se reorganiza e reage de forma sistêmica. O corpo biológico é apenas uma parte do sujeito que não se reestrutura sozinho. É necessário que a totalidade do ser tenha a capacidade de se autofazer.

Também não será utilizado o termo autopoiese por esta palavra pertencer à teoria de Maturana que serve de reflexão sobre aspectos como as relações sociais, as relações entre os sistemas corporais e as relações bioquímicas e celulares dos organismos vivos de forma circular. A doença pode criar no ser vivo a reorganização do mesmo, porém o termo reação neste estudo cumpre com o papel de representar a ação que o indivíduo acometido pela doença tem. Ele é atuante, ativo, ator e portanto, reage frente a situação de doença de forma positiva ou negativa.

2.5 O papel do fisioterapeuta na reabilitação do sujeito

O profissional fisioterapeuta que acaba por permanecer um tempo prolongado com o indivíduo para realizar o tratamento deve perceber a necessidade de conhecer os processos psíquicos da doença, as representações da doença na vida dos indivíduos para poder auxiliar no processo de reabilitação.

Segundo Ramos (1994), os profissionais da saúde estão inseridos numa cultura que divide o homem em duas metades: Corpo e psique. Esta cisão acaba por trazer uma série de circunstâncias onde o paciente, aflito por seus sintomas, divide-se em pedacinhos, revelando cada um deles para diferentes profissionais, os quais com frequência ainda reforçam essa situação. O preconceito, o medo de lidar com o novo, desconhecido, não-palpável, não-mensurável, a falta de conhecimento das leis da psique faz com que o fisioterapeuta acabe por abordar apenas os aspectos físicos, limitando-se a tratar um segmento, uma articulação, sem verificar o que esta articulação significa na vida deste indivíduo, como esse indivíduo irá utilizar essa articulação, e para quê.

Levin (1995) relata que no terapeuta vê-se o Outro, nele o Outro ganha corpo ocorrendo a corporificação, e isto é produzido pela força do desejo inconsciente (investimento). Produz-se apagamento como pessoa, pelo qual o terapeuta, seu corpo, passa a ser o outro imaginário, transferência de imagens: desta forma, por exemplo, ao longo de um tratamento, para o mesmo sujeito, o terapeuta pode ser e significar “o ladrão”, “o policial”, “o malvado”, “a mãe”, “o amigo”, “o lobo”, “um super-herói”. Por efeito da transferência, o que está em jogo no espaço clínico é o desejo do sujeito.

O corpo do fisioterapeuta é “utilizado, é oferecido como instrumento significante” para metaforizar o desejo do paciente. Isto se chama disponibilidade corporal, no sentido de ser instrumento para o desdobramento espontâneo do dizer corporal do sujeito, e não à habitual corporalidade que em função de uma suposta disponibilidade, muitas vezes, é levada a cabo do outro, com a correspondente iatrogenia que isso implica. O fisioterapeuta, por meio do corpo, da palavra, dos gestos, das posturas, permite, então, articular, simbolizar, o que acontece ao indivíduo em seu corpo, possibilitando-lhe sua representação. (LEVIN, 1995)

Além do que foi colocado o paciente também deve ser orientado para a autoconsciência e a tomada da responsabilidade pessoal possibilitando que os mesmos explorem os meios de se auto-ajudar utilizando o evento da doença como uma oportunidade de se redescobrir e rever suas expectativas. A idéia convida à análise das possíveis estratégias de se usar as habilidades básicas de comunicação não somente para apoiar as pessoas a reivindicarem uma visão de esperança e possibilidade, mas também para se livrarem da sensação de tragédia e das percepções de vitimização e desesperança que elas poderiam estar sentindo. Todos esses fatores podem minimizar a depressão, que é um importante achado clínico entre os indivíduos com doença osteomuscular. (KAUFFMAN, 2001)

Toda a pessoa possui hábitos profundamente enraizados de pensamento, resposta emocional, sensação, respiração e movimento. O fisioterapeuta deve operar a partir de uma consciência dos próprios hábitos do paciente e mesmo que ele tenha um hábito de ação, pode não estar ciente daquele hábito. No início do processo de reabilitação é necessário respeitar a realidade do paciente e que toda a comunicação se faça a partir da consciência do indivíduo em relação a todos os aspectos relevantes de sua história de vida. Para Kauffman (2001) é importante saber o que o paciente está desejando examinar e explorar novos meios para ser efetivo em determinadas situações.

A fisioterapia busca alcançar, através de metodologias e técnicas próprias, baseadas na utilização terapêutica dos movimentos e dos fenômenos físicos, uma melhor qualidade de vida para o cidadão, frente às disfunções intercorrentes. As metodologias e as técnicas de cinesioterapia são práticas próprias e exclusivas do profissional fisioterapeuta. (CREFITO-5, 2001)

Mas é fundamental que este profissional tenha o entendimento da influência do contexto social no processo de tratamento do indivíduo, que os desejos do sujeito apropriado de um corpo com doença devem ser investigados, que as relações que permeiam sua vida social podem ajudar ou atrapalhar na reação deste indivíduo a sua doença.

Ainda para Kauffman (2001) O paciente precisa explorar a possibilidade de estar satisfeito com a vida, qualquer que seja o sentido que ela possua para cada indivíduo. Um componente-chave deste paradigma é explorar como participar das relações satisfatórias com outras pessoas. Um paradigma da reabilitação que considere isso pode apoiar a sensação interna de pertencer ao seu próprio lugar e a motivação central ao compromisso com a vida.

O fisioterapeuta pode auxiliar o sujeito com doença osteomuscular no processo de reabilitação amplo, estimulando a ressignificação desse indivíduo na sua vida e na sociedade.

3 MÉTODO

3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa será qualitativa com base na fenomenologia. A pesquisa qualitativa não está preocupada com a demonstração da quantidade estatisticamente significativa das variáveis pesquisadas e sim com a qualidade do discurso de cada sujeito. Cada relato é importante para o pesquisador sendo assim o envolvimento do pesquisador é fundamental durante o estudo. A pesquisa qualitativa deve estar embasada em raízes filosóficas para não perder o rigor científico e seguir um mínimo de estruturação na realização da pesquisa. Tem um enfoque holístico quando leva em consideração o indivíduo inserido no seu ambiente, tem característica naturalística já que não impõe um controle na forma ou estrutura do resultado final da pesquisa e serve para descrever experiências humanas. (TRIVIÑOS, 2001)

A pesquisa qualitativa apresenta algumas correntes de pensamento que são: a fenomenologia, a dialética e a etnometodologia.

A corrente utilizada como base neste estudo foi a fenomenologia. Essa é uma corrente de pensamento que leva em consideração a percepção do sujeito sobre o fenômeno. Na área da saúde ela vem sendo utilizada para avaliar a percepção sobre a doença, o sofrimento, as expectativas e outras condições ligadas a subjetividade de quem passa pela experiência da enfermidade. A fenomenologia assume o fenômeno como algo que aparece à consciência, ou seja, se mostra ao pesquisador, o qual só pode ver o que aparece. O pesquisador procura desvelar o fenômeno, o sujeito e o mundo existem como realidades vividas. Neste estudo o fenômeno a ser estudado é a doença osteomuscular como tema central. Um dos pensadores principais da fenomenologia é Merleau-Ponty que será utilizado neste trabalho para

fundamentar o conceito de percepção do sujeitos participantes das entrevistas. (NIETSCHE *et al.* 2001)

A pesquisa fenomenológica utiliza a hermenêutica como estrutura de compreensão e o que se quer com isto é compreender não propriamente o sujeito da fala ou o contexto, mas a significação disto. Neste trabalho o que se quer conhecer é qual a percepção de reação do sujeito frente à doença osteomuscular. (NIETSCHE *et al.* 2001)

3.2 Local e período

A pesquisa será realizada no ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre no período de abril a outubro de 2003 nas quartas-feiras à tarde.

3.3 População e amostra

A população será composta por indivíduos que consultam no ambulatório de reumatologia do referido hospital.

Da população acima citada a amostra será composta por cerca de 15 a 20 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 20 e 40 anos caracterizando assim uma população adulta que segundo a Organização Mundial da Saúde define a idade adulta a partir de 20 e para países em desenvolvimento como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos (OMS, 1998; OPAS, 1998).

Este corte será feito para que não exista no relato dos indivíduos a influência do envelhecimento e especificamente para as mulheres a fase do climatério, que poderia acentuar as queixas e modificar o foco a ser pesquisado que é o sujeito com doença osteomuscular, O

climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. A menopausa é o marco desta fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após doze meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é de 50 anos, sendo definida como menopausa precoce a que se estabelece antes do 40 anos e a tardia quando ocorre após os 55 anos. (FREITAS, 2001)

Os indivíduos com menos de 20 anos também não serão estudados pelo fato de talvez necessitem de um responsável, caso sejam menores de idade e também pelo fato de talvez não estarem inseridos no meio profissional, modificando o relato da necessidade do corpo como instrumento de trabalho. Também por não compreenderem a interferência dos fatores sociais na reação à doença, tornando-se difícil captar este tipo de relato.

Outros critérios de inclusão serão que os sujeitos já tenham diagnóstico de doença osteomuscular e que apresentem indicação de fisioterapia ou já tenham realizado, para o tratamento desta doença osteomuscular.

Caso o indivíduo se enquadre nos critérios da amostra será convidado a participar da pesquisa, sendo previamente informado do caráter desta pesquisa através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

A técnica escolhida para a coleta de dados desta pesquisa qualitativa será a entrevista semi-estruturada onde existirá um roteiro a ser abordado que segundo Minayo (2000), serve como baliza para o pesquisador e não para o cerceamento da fala dos entrevistados. O

pesquisador deve estimular o sujeito a falar sobre o assunto sem induzir a resposta. O envolvimento do entrevistado com o entrevistador é uma condição para o aprofundamento de uma relação intersubjetiva e não uma falha ou risco comprometedor da objetividade.

Será utilizado um questionário fechado para definir o perfil da amostra (apêndice A), e uma entrevista semi-estruturada (apêndice B) com 8 pontos a serem trabalhados durante a entrevista.

3.5 Aspectos Éticos

O trabalho será encaminhado para o comitê de ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos para ser avaliado após a apresentação do projeto para os professores do Programa de pós-graduação em saúde coletiva, como também será encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil, já que a coleta de dados será feita no Hospital Independência que pertence ao complexo hospitalar ULBRA.

A pesquisa será iniciada pela identificação dos indivíduos que se enquadram nos critérios da amostra e com cada um será feita a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice C). Esse instrumento foi elaborado com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Após o aceite do sujeito em participar da pesquisa, o mesmo assinará o termo de consentimento em duas vias, uma permanece com o pesquisador e outra será entregue para o participante da pesquisa onde constará o telefone de contato do pesquisador e todas as informações sobre a pesquisa de forma clara e de fácil compreensão. Caso o indivíduo seja

analfabeto o termo será lido perante uma testemunha e solicitada a impressão digital do indivíduo.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente o pesquisador deverá obter em todos os dias de coleta de dados a listagem dos pacientes que consultarão no ambulatório de reumatologia do hospital Independência no mesmo dia. Essa listagem está a disposição no setor de marcação de consultas com a secretária do local. A listagem obtida ao meio dia é de pacientes que farão reconsulta, ou seja, já tiveram pelo menos uma consulta anterior a essa e apresentam uma ficha onde constam os dados de identificação e uma evolução das consultas anteriores. Através desta ficha já será possível fazer a seleção da amostra segundo o critério da idade (20 até 40 anos).

Através do médico reumatologista que é responsável pelo ambulatório será confirmado o diagnóstico da doença e a indicação de fisioterapia.

Os pacientes normalmente chegam para a consulta médica com antecedência e ficam aguardando na sala de espera junto com pacientes de outros ambulatórios, alguns pacientes do interior do estado chegam pela manhã com a condução da prefeitura da sua cidade e ficam aguardando a consulta médica por horas. As consultas reumatológicas iniciam às 14 horas e se estendem até às 16 horas. O pesquisador iniciará as entrevistas às 12:30 para não interferir no horário das consultas.

Os indivíduos que se enquadrarem nos critérios de seleção, serão chamados na ordem da lista e será escolhido o primeiro indivíduo que estiver na sala de espera. Este será convidado a acompanhar o pesquisador até uma sala de consulta do ambulatório para que o

pesquisador e o indivíduo tenham privacidade de conversar sobre a pesquisa, então será lido o termo de consentimento livre e esclarecido. Neste momento ficará claro para o sujeito que o pesquisador não fará nenhum atendimento de fisioterapia e sim está no hospital para realizar a pesquisa, que posteriormente trará benefícios para os pacientes do hospital que são atendidos pela fisioterapia. Caso o indivíduo aceite participar, o termo deverá ser assinado e o pesquisador dará início a próxima etapa que serão as entrevistas individuais. Será feita uma entrevista semi-estruturada (apêndice B) para conhecer o dia-a-dia da vida dos sujeitos com doença osteomuscular, sendo que os pontos abordados serão: tipo de doença, tempo de diagnóstico, tratamento que realiza, percepção que o indivíduo tem do seu corpo com a doença, limitações físico-funcionais que o indivíduo apresenta tendo a doença, percepção dos outros a respeito do corpo do indivíduo na visão do próprio sujeito, reação do indivíduo à doença, e a percepção do indivíduo sobre os fatores que influenciam na reação à doença.

As entrevistas semi-estruturadas serão gravadas em fitas K-7 com a fala dos sujeitos e transcritas posteriormente na íntegra.

As fitas K-7 serão identificadas com números em ordem crescente e guardadas pelo pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa. O pesquisador guardará este material mantendo sigilo sobre o conteúdo, sendo usado apenas para a pesquisa em questão.

3.7 Análise dos dados

Os dados qualitativos recolhidos pelas entrevistas semi-estruturadas e pelos relatórios de campo serão analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2002), onde existem três diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2002; MYNAIO, 2000)

Na fase da pré-análise será feita a leitura flutuante onde se estabelece contato com os documentos, que nessa pesquisa serão as entrevistas e os relatórios de campo para conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Ainda nesta fase é feita a preparação do material, ou seja, a transcrição das fitas na íntegra.

Na fase da exploração do material é realizada a codificação ou enumeração dos dados. E na fase do tratamento dos resultados é feita a síntese e seleção dos resultados, as inferências a partir do referencial teórico e a interpretação dos achados. (BARDIN, 2002; MINAYO, 2000)

4 CRONOGRAMA

	2002	2003												2004									
	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	D	
Pré-Projeto	X																						
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Qualificação do projeto								X															
Coleta dos dados					X	X			X	X	X												
Análise dos dados											X	X	X	X	X								
Término da pesquisa																X							
Confecção do Artigo																	X	X					

5 ORÇAMENTO

Os custos para a realização desta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora e estão descritos logo a seguir:

Material de consumo	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Pacote de 500 folhas A4	01	8,70	8,70
Canetas	02	0,80	1,60
Disquetes	03	1,50	3,50
Cartucho para impressora jato de tinta	01	80,00	80,00
Fitas K-7	10	5,00	50,00
Pilhas	20	2,00	40,00
Combustível	200	2,00	400,00
Total do material de consumo			R\$ 583,80

Material permanente	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Gravador	01	80,00	80,00
Total do material permanente			R\$ 80,00

Serviços	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Internet / Bireme	10 horas	35,00 por mês	70,00
Xerox	300	0,10	30,00
Telefone	20 ligações	0,20	50,00
Digitação	150 folhas	1,00	150,00
Encadernação	3	5,00	15,00
Total dos serviços			R\$ 315,00

Custo Total da Pesquisa	Subtotal	10% - imprevistos	Total
Material de consumo	583,80	642,18	
Material permanente	80,00	88,00	
Serviços	315,00	346,50	
Total de materiais e serviços acrescido de verba para imprevistos			R\$ 1076,68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições, Lisboa: 70, 2002.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano* : Ed. Papirus, Campinas 1994.

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 5ª região (CREFITO-5) *Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional* , 2:ed Porto Alegre, 2001.

DAVID, C & WATERFIELD, J. A dor em reumatologia in DAVID, C. & LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* : Premier São Paulo, 2001.

DELIBERATO, P. C. *Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações*: Manole São Paulo, 2002.

FERREIRA, Aurélio *Minidicionário da Língua Portuguesa* : Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1985.

FERIOTTI, M. L. Atuação da Terapia Ocupacional no Corpo Sujeitado. *O mundo da saúde*, ano 25 V. 25 n. 4 out. /dez. São Paulo, 2001

FREITAS, Fernando *Rotinas em Ginecologia* : Artmed, 4:ed., Porto Alegre , 2001.

FREYRE, G. *Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica*.,Globo, Rio de Janeiro, 1983.

GUCCIONE, A. *Fisioterapia Geriátrica* :Guanabara e Koogan, 2:ed Rio de Janeiro, 2000.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença* Porto Alegre: Artes Médicas, 2:ed , 1994.

http://www.bonejointdecade.org/organisation/organisation_structure.html -consulta feita no dia 10/6/2003.

ISLABÃO, A . G. et alli Avaliação da demanda de pacientes atendidos no ambulatório de imunorreumatologia do Hospital Independência da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil – Canoas/RS *Revista Brasileira de Reumatologia* –V.42 – Supl 1 - setembro/2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*. Biblioteca do IBGE. Porto Alegre: set. 2002. JAPIASSÚ, H. & MARCONDES, D. *DICIONÁRIO BÁSICO DE FILOSOFIA*. RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR EDITOR, 2001.

KAUFFMAN, TL. e cols. *Manual De Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LEVIN, E. *A clínica psicomotora: O corpo na linguagem* Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.

LIEBERMAN, A . & LIEBERMAN, M. Ajustamento Psicossocial à incapacidade Física in O'SULLIVAN, S. B. *Fisioterapia: avaliação e tratamento* São Paulo: Manole 2: ed, 1993.

LLOYD, J Artrite reumatóide in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* : Premier, São Paulo 2001.

MATURANA, H. e VARELA, F. J. *De máquinas e seres vivos: autopoiese – a organização do vivo* Porto Alegre: Artes Médicas 3.: ed , 1997.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção* Rio de Janeiro: Livraria Freitas e Bastos, 1971.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 7; ed., 2000.

MINAYO, M. C. Saúde doença: uma concepção popular da etiologia *Caderno de Saúde Pública* , 1988 nº 4.

NIETSCHE, E. A . *et al.* In LEOPARDI, Maria Tereza *Metodologia da pesquisa na Saúde* Santa Maria: Pallotti, 2001.

Organização Mundial da Saúde *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. 10ª revisão.

Organização Mundial da Saúde (OMS) – Organização Panamericana de Saúde (OPAS): *Resolução CE 122.R9*, 1998. Saúde das Pessoas Idosas.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PISANI, E. M. *Psicologia Geral por Elaine Maria Pisani, Guy Paulo Bisi, Luiz Antonio Rizzon e ugo Nocoletto* Rio de Janeiro: Vozes 9:ed,1990.

PICKLES, B., et alli. *Fisioterapia na Terceira Idade*. São Paulo: Santos livraria e editora, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde* Rio de Janeiro: MEDSI, 5:ed 1999.

RAMOS, D. G. *A psique do Corpo: uma compreensão simbólica da doença* São Paulo: Summus, 1994.

TRIVIÑOS, A . N. S. *Bases teórico-metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Cadernos de pesquisa Ritter dos Reis. V.4, nov. 2001. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

APÊNDICE A

PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Nome:

Sexo:

Cor:

Idade:

Estado civil:

Religiosidade:

Escolaridade:

Local de maior tempo de residência:

Tipo de profissão:

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A PESQUISA NO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA

Pontos a desenvolver na entrevista com a pessoa com doença osteomuscular:

- 1 Tipo de doença**
- 2 Tempo de diagnóstico.**
- 3 Tipo de tratamento.**
- 4 Percepção do corpo com doença.**
- 5 Percepção dos outros a respeito do corpo do indivíduo na visão do próprio sujeito.**
- 6 Limitações físico-funcionais que a doença gera nas atividades de vida diária.**
- 7 Reação do sujeito frente à doença.**
- 8 Fatores que influenciam na reação do indivíduo frente à doença.**

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A aluna do mestrado em saúde coletiva da UNISINOS Cristiane Fernanda Gessinger, está desenvolvendo uma pesquisa com os pacientes do ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre que tem alguma doença osteomuscular e já sabem disso.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer a percepção de reação do sujeito frente à doença osteomuscular.

A pesquisa quer saber o que as pessoas que tem este tipo de doença pensam sobre seu corpo, quais as limitações que tem, como a pessoa reage a essa doença, e o que influencia na reação da pessoa. A pesquisa quer ajudar o profissional fisioterapeuta dando mais informações sobre como os pacientes reagem à doença osteomuscular, para auxiliar na recuperação dessas pessoas da melhor forma possível .

Estou disposto a responder a uma entrevista que será gravada em fita, com perguntas sobre minha doença, meu corpo e meus problemas físicos.

Esta pesquisa não é paga e não vai trazer problemas para minha saúde. A qualquer momento posso pedir informações que me interessam sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora que está no final desta folha. A pesquisadora vai guardar em segredo todas as informações e só vai usá-las para o estudo.

Posso decidir não participar ou não responder uma das perguntas da pesquisa e continuarei realizando da mesma forma meu tratamento ou exames no Hospital Independência de Porto Alegre.

Assim, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, da pesquisa acima descrita e concordo em participar dela.

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Telefone para contato com o pesquisador: 96891822 Data: ____/____/____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS: Avenida UNISINOS, 950 – São Leopoldo – CEP: 93022-000. F: (051) 5908752.

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

ELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Relatório de Trabalho de Campo

Essa pesquisa foi realizada para o mestrado em saúde coletiva da UNISINOS, buscou saber através de entrevistas semiestruturadas qual é a percepção de reação dos sujeitos frente à doença osteomuscular que consultam no ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre e quais são os fatores que influenciam à reação desses indivíduos.

As categorias de análise qualitativa dos relatos dos indivíduos foram pré-estabelecidas segundo a literatura e a prática profissional da pesquisadora junto aos indivíduos com doença osteomuscular. Na tabela 1 serão apresentadas as categorias e subcategorias de análise que constaram do projeto elaborado previamente.

Tabela 1- Categorias e subcategorias de análise pré-estabelecidas.

Categorias e subcategorias
Tipo de doença
Forma de tratamento
Limitações físicas que apresenta
Percepção do corpo tendo como subcategoria a percepção pelo sujeito
Reação frente à doença osteomuscular tendo como subcategoria a reação positiva e a reação negativa
Influência dos fatores sociais tendo como subcategoria a religiosidade, a família, o trabalho e o convívio social além do âmbito familiar

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril, maio, outubro e novembro de 2003. A interrupção da coleta de dados entre os meses de maio e outubro ocorreu por necessidade de aguardar a aprovação da pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido pelos

comitês de ética da UNISINOS e ULBRA já que a primeira instituição é onde a mestranda está vinculada e realizando o curso e a segunda é a responsável pelo Hospital Independência de Porto Alegre onde foi realizada a coleta de dados.

A amostra foi constituída de 15 indivíduos sendo que as entrevistas eram coletadas nas quartas-feiras entre 12:00 e 14:30 no ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre. Foram realizadas de forma individual e em cada dia foram feitas de 1 a 3 entrevistas, o que ficou na dependência do número de indivíduos marcados para o dia, bem como dos sujeitos estarem dentro dos critérios de inclusão da amostra e estarem dispostos a serem entrevistados. O perfil da amostra será demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Perfil da amostra estudada do ambulatório de reumatologia do Hospital Independência de Porto Alegre, 2003.

n = 15

Característica	
Sexo	
Fem / Masc	14 / 1
Cor	
Branca / Negra (Não-branco)	14 / 1
Idade (anos)	
Média (intervalo)	34,5 (21-40)
Estado Civil	
Solteiro/Casado/Viúvo	5/9/1
Religiosidade	
Sim / Não	15/0
Escolaridade	
1º grau incompleto	10
1º grau completo	1
2º grau incompleto	2
2º grau completo	1
3º grau incompleto	1
Local de maior tempo de residência	
Interior do estado	11
Região Metropolitana	4
Forma de atendimento	
SUS	15
Atividade	
Doméstica	4
Agricultor	2
Calçadista	2
Professor	1
Auxiliar de creche	1
Do lar	1
Passadeira de gola	1
Auxiliar administrativa	1
Montador de móveis	1
Manicure	1

A amostra foi constituída a maioria por mulheres, da cor branca, com idade média de 34,5 anos, casadas, com alguma religiosidade, com o 1º grau incompleto, residentes no interior do Rio Grande do Sul, atendidas pelo sistema único de saúde e com atividades diversas que vão desde atividades domésticas, agrícolas, no setor industrial, educacional e até de prestação de serviços.

Na faixa etária estudada as doenças osteomusculares ocorrem mais em mulheres de origem caucasóide, portanto os negros apresentam menor acometimento por essas doenças (DAVID & LLOYD, 2001).

Quanto à média de idade, isso ocorreu pelo corte na faixa etária definida nos critérios de inclusão que foi de 20 a 40 anos de idade. Esse corte foi realizado para caracterizar uma população adulta que segundo a Organização Mundial da Saúde começa a partir de 20 anos e para países em desenvolvimento como o Brasil vai até os 60 anos de idade, quando começa a terceira idade (OMS, 1998; OPAS, 1998). E também para que não existisse no relato dos indivíduos a influência do envelhecimento e especificamente para as mulheres, a fase do climatério, que poderia acentuar as queixas e modificar o foco a ser pesquisado que é o sujeito com doença osteomuscular. O climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. A menopausa é o marco desta fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após doze meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é de 50 anos, sendo definida como menopausa precoce a que se estabelece antes dos 40 anos e a tardia quando ocorre após os 55 anos (FREITAS, 2001).

Os indivíduos com menos de 20 anos também não foram estudados pelo fato de necessitarem um responsável, por serem menores de idade e também pelo fato de talvez não estarem inseridos no meio profissional, modificando o relato da necessidade do corpo como instrumento de trabalho. Também por não compreenderem a influência dos fatores sociais na reação à doença, tornando-se difícil captar este tipo de relato.

A maioria dos sujeitos tem estado civil casado indicando a presença do núcleo familiar que é um dos pontos a ser abordado nesta pesquisa quando será tratado sobre a influência da família na reação à doença.

Todos os indivíduos da amostra referiram ter alguma religiosidade explicando a crença em algo que formula prescrições, proibições e restrições e diminuindo o medo dos homens em relação aos perigos da vida como no caso do surgimento de uma doença osteomuscular (FREUD,1973). Em momentos de grande dificuldade a religiosidade pode representar um suporte para os indivíduos, principalmente quando este não encontra outra forma de apoio como o suporte familiar, de amigos, ou de profissionais. A fé acaba por ser uma forma de acreditar em algo que pode levar à cura dos males que afetam o sujeito.

Quanto à escolaridade a maioria tem o 1º grau incompleto, demonstrando baixonível de escolaridade que pode levar o indivíduo a dificuldades na busca de melhores condições de trabalho e assim diminuindo sua faixa salarial e dificultando possivelmente o acesso aos serviços de saúde, tratamento, cuidados com a saúde e qualidade de vida.

O local de residência por maior tempo, foi o interior do estado, levando ao entendimento de maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde terciários, onde existe

a maior complexidade em termos de exames e atendimento às especialidades médicas, sendo as doenças osteomusculares caracterizadas por serem da especialidade da reumatologia (PEREIRA, 2000). As dificuldades de acesso levam a um maior tempo para chegarem ao diagnóstico da doença e assim do tratamento correto. Isso leva os sujeitos a um sofrimento e às conseqüências da doença temporalmente mais longas.

Todos os indivíduos foram atendidos no ambulatório de reumatologia pelo Sistema Único de Saúde já que este local só realiza este tipo de atendimento.

Analisando os tipos de atividade é possível verificar que são em sua maioria atividades que exigem fisicamente do sujeito e que apresentam uma baixa remuneração no Brasil.

Na tabela três serão apresentados os diagnósticos médicos das doenças osteomusculares dos sujeitos entrevistados segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10, 2000).

Tabela 3 –Tipos de doenças osteomusculares diagnosticadas nos sujeitos da amostra

Tipo de doença osteomuscular	Freqüência (n)	Percentual (%)
Fibromialgia	4	26,6
Artrite Reumatóide	2	13,3
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2	13,3
Esclerodermia Limitada	1	6,6
Espondilite anquilosante e ictiose	1	6,6
Periartrite Calcárea de supraespinhoso	1	6,6
Síndrome do Túnel do carpo	1	6,6
Distrofia Simpático Reflexa	1	6,6
Febre reumática com entesítes	1	6,6
Artrose de joelhos	1	6,6
Total de sujeitos: 15		

Este achado concorda com a literatura, pois o reumatismo de partes moles que aqui são representados pela fibromialgia, periartrite calcárea, síndrome do túnel do carpo e distrofia simpático reflexa, estão em maior número (sete indivíduos) que as doenças auto-imunes (seis indivíduos) como a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistêmico, a espondilite anquilosante e a esclerodermia limitada (ISLABÃO *et al.*, 2002).

As doenças degenerativas como a artrose pouco apareceu já que o corte feito na faixa etária de 20 a 40 anos não tem prevalência elevada deste tipo de doenças. Elas aparecem mais após os 40 anos de idade (CHADWICK, 2001).

A febre reumática é uma patologia que acomete mais os indivíduos jovens, abaixo dos 20 anos de idade estando excluídos da amostra (DAVID & LLOYD, 2001). Assim houve apenas um caso de febre reumática que teve início naquele indivíduo antes dos 20 anos de idade, que atualmente ainda necessita de tratamento.

A análise dos dados desta pesquisa foi feita através da análise de conteúdo proposta por Bardin que define três fases (BARDIN, 2002). Na fase da pré-análise foi feita a leitura flutuante das entrevistas onde se estabeleceu contato com os relatos dos indivíduos, deixando-se invadir por impressões e orientações. Ainda nesta fase foi feita a preparação do material, ou seja, a transcrição das fitas na íntegra que ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2004. Ao todo, foram seis fitas numeradas na ordem das datas das entrevistas. As fitas foram guardadas pela pesquisadora e serão utilizadas apenas para o estudo em questão.

Na fase da exploração do material, que ocorreu em março e abril de 2004, foi realizada a codificação ou enumeração dos dados. Todas as entrevistas foram numeradas em

ordem das datas e impressas. Foram usadas cores diferentes para cada subunidade de análise que surgia durante as inúmeras leituras. Assim em cada documento houve a marcação de diversas subcategorias de análise.

Na fase do tratamento dos resultados foi feita a síntese e a seleção dos resultados, as inferências a partir do referencial teórico e a interpretação dos mesmos (BARDIN, 2002; MINAYO, 2000).

Análise das Categorias

A seguir serão analisadas as falas a partir das categorias. As categorias inicialmente organizadas no projeto foram modificadas conforme a leitura exaustiva das entrevistas dos sujeitos da amostra e foram constituídas quatro categorias principais e algumas delas subdivididas em subcategorias conforme aquilo que foi captado da fala dos indivíduos. As quatro categorias principais abordadas são: a reação, aspectos sobre a doença, a percepção do corpo e os fatores sociais. Na tabela 4 estão relacionadas as categorias e suas respectivas subcategorias de análise.

Tabela 4 – Categorias principais e subcategorias de análise

Categorias principais	Subcategorias
Reação	1-Reação positiva 2-Reação negativa
Aspectos sobre a doença	1-Conhecimento sobre a doença 2-Tempo que apresenta sintomas 3-Tempo de diagnóstico 4-Limitações físicas percebidas 5-Tratamento fisioterapêutico 6-Outros tratamentos
Percepção do corpo	
Fatores sociais	1-Influência da religiosidade 2- Influência da família 3- Influência do papel social 4- Influência do convívio social além da família 5- Influência da escolaridade 6- Influência do trabalho 7- Influência do fator econômico 8- Influência do acesso aos serviços de saúde 9- Influência dos profissionais da saúde

Na tabela 5 serão apresentadas as frequências simples dos sujeitos que expressaram nas suas falas cada uma das subcategorias de análise e na categoria percepção do corpo.

Tabela 5 - Frequência dos sujeitos para cada subcategoria de análise e categoria percepção do corpo

Subcategorias de análise			Subcategorias de análise		
Reação positiva à doença			Reação negativa à doença		
		f			f
Conhecimento sobre a doença	Bom	4	Conhecimento sobre a doença	Bom	-
	Insuficiente	4		Insuficiente	7
Tempo que apresenta sintomas	não relatou	5	Tempo que apresenta sintomas	não relatou	3
	4 anos	1		2 anos e meio	1
	6 anos	1		3 anos e meio	1
	25 anos	1		5 anos	1
Tempo de diagnóstico	Não sabe	2	Tempo de diagnóstico	1 ano	3
	8 meses	1		2anos	2
	9 meses	2		3 anos	2
	5 anos	1			
	11 anos	1			
Limitações físicas percebidas	25 anos	1	Limitações físicas percebidas	Importantes	6
	Importantes	6		Pouco importantes	1
Tratamento fisioterapêutico	Pouco importantes	2	Tratamento fisioterapêutico	Com bom resultado	2
	Com bom resultado	3		Resultado inadequado	2
Outros tratamentos	Resultado inadequado	2	Outros tratamentos	Com bom resultado	4
	Bom resultado	6		Resultado inadequado	3
Percepção do corpo	Resultado inadequado	2	Percepção do corpo	Com alteração negativa	5
	Com alteração negativa	8		Sem alteração	2
Influência da religiosidade	Sem alteração	-	Influência da religiosidade	Positiva	3
	Positiva	7		Sem influência	4
Influência da representação social	Sem influência	1	Influência da representação social	Positiva	4
	Positiva	2		Negativa	-
Influência da família	Negativa	-	Influência da família	Positiva	6
	Positiva	6		Negativa	3
	Negativa	1		Sem influência	-
Influência do trabalho	Sem influência	1	Influência do trabalho	Positiva	1
	Positiva	2		Negativa	1
	Negativa	1		Sem influência	-
Influência do convívio social além da família	Sem influência	-	Influência do convívio social além da família	Positiva	1
	Positiva	6		Negativa	3
	Negativa	1		Sem influência	1
Influência dos profissionais da saúde	Sem influência	1	Influência dos profissionais da saúde	Positiva	1
	Positiva	2		Negativa	2
	Negativa	-		Sem influência	-
Influência do acesso aos serviços de saúde	Sem influência	-	Influência do acesso aos serviços de saúde	Positivo	-
	Positivo	3		Negativo	4
	Negativo	4		Sem influência	-
Influência do fator econômico	Sem influência	-	Influência do fator econômico	Positivo	-
	Positiva	1		Negativo	4
	Negativa	5		Sem influência	-
Influência da escolaridade	Sem influência	1	Influência da escolaridade	Positiva	-
	Positiva	3		Negativa	2
	Negativa	3		Sem influência	2
	Sem influência	2			

f: frequência simples

A frequência simples das subcategorias de análise e da categoria percepção do corpo foi utilizada para verificar a possibilidade do aparecimento de questões norteadoras para discussões que podem ser levantadas.

Categoria Reação

A reação que o indivíduo apresenta frente a um evento estressor na sua vida, como uma doença osteomuscular que pode gerar incapacidades físicas e sintomas de dor é uma experiência pessoal única, dependente das experiências de toda uma vida, temperamento e percepções. As habilidades para lidar com as dificuldades que uma doença pode trazer e com alterações funcionais no dia-a-dia permitem a sobrevivência dos portadores das enfermidades osteomusculares, mesmo que os resultados não sejam os melhores para estes indivíduos (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993).

A reação a uma incapacidade física gerada por uma doença osteomuscular é influenciada pela extensão da enfermidade, o prognóstico, os sistemas de apoio e percepção subjetiva. Ela começa de forma fisiológica e durante o período inicial os aspectos psicológicos são muito importantes, pois o sujeito terá um acréscimo na quantidade de fatores de estresse diários. A reação pode ser rápida ou prolongada, positiva ou negativa e apresenta um estágio inicial de choque ou ansiedade. O resultado final da reação pode ser positivo, com a aceitação da realidade recém-criada ou um recuo e regressão com atitudes de negação, depressão e raiva mostrando uma reação negativa (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993).

Nessa pesquisa todos os indivíduos da amostra tiveram alguma reação, pois o fato de estarem em um ambulatório de reumatologia, que é um local de atenção terciária à saúde com procedimentos de alta complexidade, indica que esses indivíduos já passaram por pelo menos

um outro serviço, como o posto de saúde que realiza atenção básica, conseguindo encaminhamento para tal ambulatório. Essa busca pelo atendimento médico, a procura para a melhora do seu problema é uma forma de reação.

Foi possível identificar na tabela 5 da frequência dos sujeitos para cada subcategoria de análise que a reação positiva à doença apareceu em 8 dos relatos captados e a reação negativa foi constatada em 7 das entrevistas deste estudo.

1-Subcategoria Reação Positiva

É possível identificar em alguns relatos a reação positiva mostrando a luta do indivíduo contra a doença: *“mas acredito que eu vou conseguir vencer, né? Lutei bastante.”* Os sujeitos tem uma atitude frente à situação de doença: *“...pra mim é muito difícil tá encarando isso aí, mas eu tô lutando contra a doença... tem que encarar, tem que agir, tem que buscar solução.”* A luta contra a doença é uma forma de **autopoiese**, o indivíduo se refaz, refazendo sua vida. A *autopoiese* é uma definição proposta pelos biólogos Maturana e Varela e esta definição compreende os seres vivos não mais pelas suas características morfológicas, mas por sua organização *autopoiética* (MATURANA, 1997). Todo ser vivo quando sofre uma perturbação tem a capacidade de reordenar seus componentes em uma nova organização. Assim a *autopoiese* é a capacidade de reagir de todo ser vivo. O que caracteriza um ser vivo não são os seus componentes, nem a soma deles, mas a forma própria de organizá-los devido à sua capacidade *autopoiética*. O ser humano detém uma organização *autopoiética* muito mais complexa por ser um ente ao mesmo tempo bio-cultural provido de linguagem e consciência. A *autopoiese* humana significa uma complexificação da capacidade de reordenar seus componentes em uma nova organização englobando as dimensões somática, psíquica, social e espiritual.

Em um outro relato é possível verificar que a reação positiva leva o indivíduo à **ressignificação**. Fazendo comparações com as dificuldades que outras pessoas apresentam, sendo estas mais importantes que a dificuldade que o próprio indivíduo tem, causada pela sua doença: *“eu vejo muitas pessoas que não tem pernas, que não tem os braços, que não tem as mãos e eles andam, fazem muita coisa sem essas partes delas, né. Se elas podem fazer o que elas não tem que é necessário que é as mão, porque eu que só sinto uma dor não vou reagir também?”* A ressignificação é um método utilizado pela psicoterapia que tem por objetivo modificar o molde pelo qual a pessoa percebe os acontecimentos a fim de alterar o significado. Quando o significado se modifica, as respostas e comportamentos da pessoa também modificam. No contexto terapêutico a ressignificação procura fazer com que o sujeito pense de outro modo sobre as coisas, veja novos pontos de vista ou leve outros fatores em consideração (BANDLER, 1986). No relato acima a ressignificação mostra ao indivíduo uma forma de valorização das suas capacidades mudando o enfoque da doença e da dor para a possibilidade de realizar suas atividades diárias.

Para outro indivíduo podemos identificar que não é o acontecimento da doença que importa, mas o modo como ele assimila esse acontecimento: *“eu tento levar a minha vida o mais normal possível, eu não me faço de doente, eu acho que levo tri bem. Não sei, acho que é vontade de viver.”* O conjunto de valores e expectativas que o indivíduo acumulou durante toda sua existência que definem sua **valorização**, seu autoconceito e portanto como ele lida com as demandas conflitantes que nesse caso são representadas pelo surgimento de uma doença, para criar um estado de equilíbrio biopsicológico (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993).

Foi possível identificar também que na visão de um sujeito a reação positiva ocorre pois este entende que a **saúde representa dignidade**, um valor universal, um direito de cidadania plena: “...eu acredito que ainda tenho chance de chegar lá com dignidade, ficar velha, me aposentar com saúde.” O sujeito percebe que mesmo tendo sido acometido por uma doença osteomuscular tem direito de chegar a um estado de saúde plena, mesmo que no futuro (PIRES & NOGUEIRA, 2004). A saúde é o bem mais apreciado pelos seres humanos. É a base de qualquer outro bem, condição para realizar sonhos ou propósitos e para responder a desafios e responsabilidades. Tendo saúde tudo é possível, estando doente tudo se torna muito mais difícil.

A reação positiva foi identificada neste estudo pela aceitação dos indivíduos de uma nova realidade, a realidade de uma vida com a doença, uma nova dimensão da vida (CANGUILHEM, 1982). Canguilhem em sua obra *o Normal e o Patológico* aborda o fato da doença ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo e que ela significa ao mesmo tempo privação e reformulação. No caso dos sujeitos com doença osteomuscular a privação ocorre pelas incapacidades físicas geradas pela dor, deformidades, falta de força e a reformulação ocorre quando o indivíduo mesmo com sinais e sintomas de doença consegue encarar essa nova realidade, aceitar e seguir sua vida . Ainda segundo o mesmo autor podemos viver com malformações e afecções e mesmo assim fazer coisas e que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a uma circunstância imposta, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida. O que acontece é uma adaptação do homem a uma nova realidade sendo isso considerado normalidade para aquele sujeito, porém não é normativo, pois a norma não é adequada para todas as pessoas.

A reação positiva do indivíduo neste estudo foi identificada como *autopoiese*, pela ressignificação que também trabalha com a valorização das capacidades, pela valorização do próprio sujeito e pela busca por saúde como sinônimo de dignidade. É possível entender que existe uma relação entre esses achados. Se o indivíduo ressignifica sua vida e se valoriza, seu autoconceito é acentuado, assim ele é digno de ter saúde e mantém sua capacidade de *autopoiese*.

Pode-se inferir que mesmo com o surgimento da doença como um acontecimento negativo na vida dos indivíduos as reações são seletivas. Dependem de um processo individual de lidar com dificuldades e embora a maioria dos autores tende a acentuar as reações negativas (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993), as reações positivas foram captadas na metade da amostra estudada (tabela 5).

2-Subcategoria Reação Negativa

A respeito das reações negativas, um dos sentimentos mais evidenciados nos relatos foi a **irritação** como mudança de comportamento que ocorreu após o surgimento da doença: *“ah! Irritada né. Eu ando muito agressiva. É qualquer coisinha que a pessoa me diga e eu já não gosto. E eu não era assim.”*

A chegada de uma doença osteomuscular pode levar os indivíduos à **depressão** que é um dos problemas de saúde mais comuns no caso da reação negativa à doença. A depressão é descrita como efeito do estilo de pensamento que se caracteriza por uma exigência muito elevada, pela atenção discriminada a eventos negativos, pelo exagero nas situações sem maior importância, pela atribuição de causas pessoais a eventos externos e pela falta de reconhecimento dos valores pessoais (LARA, ACEVEDO & BERENZON, 2004). Os sintomas de depressão podem aparecer como **vontade de chorar**: *“eu chorava dia e noite*

quando eu descobri que eu não podia mais trabalhar... então essa doença mudou meu comportamento.” A depressão pode levar ainda a sentimentos de **desesperança, impotência, desespero**: *“eu sei que não tem melhora... As vezes dá um desgosto, vontade de pegar e sumir... as vezes tu entra em desespero por causa disso.”* E outras vezes a depressão pode ser identificada com **idéias de suicídio**, conforme alguns relatos a seguir: *“as vezes dá vontade de desacomsoar, a gente pensa até em se matá.” ;“Já tomei remédio, 50 comprimidos e não morri. Já tomei veneno e parece que Deus não quer que eu morra.”*

Podemos identificar que na reação negativa os sujeitos apresentaram quadros característicos de irritação e depressão. A depressão por sua vez apresentou-se com sentimentos de vontade de chorar, desesperança, impotência, desespero, e idéias de suicídio. Nos relatos dos sujeitos a forma de reação negativa que prevaleceu foi a depressão, constatada através dos seus sintomas.

Em alguns relatos foi possível identificar apenas uma forma de reação negativa, ou a depressão ou a irritação. Porém no relato de um sujeito, tanto a depressão como a irritação apareceram juntas: *“...me dá muita raiva, sabe? Vontade de morrer... eu não consigo mais...não vou mais me livrar da dor...”* Isso demonstra que existe um quadro de reação negativa caracterizado pela repetição dos eventos de depressão e raiva na metade dos indivíduos da amostra.

Categoria Aspectos Sobre a Doença

A categoria aspectos sobre a doença está subdividida em seis subcategorias que apareceram nos relatos dos sujeitos, sendo elas as seguintes: conhecimento sobre a doença,

tempo que já apresenta sintomas, tempo de diagnóstico, limitações físicas percebidas, tratamento fisioterapêutico e tratamento medicamentoso.

Nessa categoria foram reunidas todas as informações que estavam relacionadas com a doença, desde conhecimento sobre a mesma, sintomas, diagnóstico e formas de tratamento.

1-Subcategoria Conhecimento Sobre a Doença

A subcategoria conhecimento sobre a doença surgiu durante a leitura das entrevistas, pois o tipo de doença classificada no Código Internacional de Doenças (CID-10) nem sempre é igual ao que o indivíduo conhece sobre a sua doença. O entendimento que ele apresenta da doença é uma construção que acontece pela associação de vários aspectos: seus sintomas, o que os profissionais da saúde lhe dizem, o que ele interpreta do relato dos profissionais e o que ele interpreta do relato de outras pessoas.

A experiência da doença depende muito do que se entende por doença e o que esse entendimento reflete, além dos aspectos subjetivos, questões socioculturais mais amplas. Por isso nem sempre os conceitos dos profissionais da saúde e os das pessoas que vivem a doença têm o mesmo significado (GOMES & MENDONÇA, 2002).

Foi constatado no relato dos indivíduos o que eles conhecem sobre sua doença e se esse conhecimento provoca reação positiva ou negativa. Foi possível perceber na tabela 5 de frequência simples das subcategorias que o bom conhecimento sobre a doença ocorreu em alguns indivíduos que tiveram reação positiva à doença e que nenhum indivíduo que teve reação negativa tinha bom conhecimento sobre a doença.

Os indivíduos que estão mais **bem informados** a respeito da sua doença, da necessidade de cuidados específicos, passam a enfrentar a doença de forma mais adequada e adotam hábitos de vida mais saudáveis (CARVALHO *et al.*, 2004). Podemos constatar isso no relato que segue: “no meu caso minha doença é genética...a partir de agora que eu estou sabendo da minha doença muitas coisas melhoraram, acho que ajuda”

Conforme a tabela 5 todos os indivíduos que tiveram reação negativa tinham **conhecimento insuficiente** sobre sua doença. No relato seguinte é possível observar tal situação: “provavelmente isso ia passá pro outro braço...eu acho que isso veio muito dos nervos. Eu tô sempre gelada. Por isso não tem cura o que eu tenho” As crenças dos pacientes podem ser diferentes das teorias biomédicas, porém, normalmente elas são consistentes e racionais para os mesmos (ZAPATA, *et al.*, 2002). As falas abaixo explicitam o entendimento popular sobre as doenças que cada sujeito apresenta: “é osteoporose. Um bicho que rói a junta e gasta...conforme a doença isso dá até ameaço de infarte... essa doença é ruim, engorda a pessoa”; “tenho infecção nos nervos. Tenho problema no sangue que eu não sei te explicar direitinho...meu problema no sangue é uma circulação que não circula muito rápido...tenho um osso da coluna que está gasto e se eu começar a caminhar ele faz um estalinho que vem dentro da cabeça”

O conhecimento da doença passa pela fase de nomeá-la. No momento que o sujeito nomeia a doença, se apropria desse conhecimento e passa a compreender a mesma. A apropriação da doença torna o indivíduo sujeito do processo e assim facilita a reação positiva.

Segundo Gastaldo (1997) a Educação em Saúde enfatiza a troca e a integração de conhecimentos que resultarão na melhora da qualidade de vida dos indivíduos e ela promove

o empoderamento porque a informação que lhes é dada ajuda a tomar decisões sobre a sua saúde, levando em conta elementos científicos, sociais e pessoais. Isso oportuniza que eles exercitem autonomia. A autora utiliza as intuições de Foucault para falar sobre a educação em saúde, dizendo que nenhum processo educacional é somente libertador, pois ao mesmo tempo também disciplina os corpos, constituindo-se num exercício de poder sobre a vida, a possibilidade de administrar o seu próprio corpo.

2-Subcategoria Tempo que Apresenta Sintomas

Essa subcategoria também surgiu durante a leitura das entrevistas e ficou clara a diferença entre o tempo que já apresenta sintomas e o tempo que apresenta o diagnóstico.

Inicialmente pensou-se que o tempo que o indivíduo apresenta sintomas seria algo que interferiria na reação do indivíduo, pois o tempo de sofrimento com dor e limitações físicas poderia levar os indivíduos a maior reação negativa, porém existiu uma variedade grande a respeito do tempo que o indivíduo apresenta os sintomas da doença.

Através da tabela 5 não foi possível identificar que os indivíduos que já tem sintomas há muitos anos apresentam mais reação positiva ou negativa à doença.

3-Subcategoria Tempo de Diagnóstico

Essa subcategoria também apareceu durante a leitura dos relatos. Os indivíduos que apresentaram reação positiva à doença em geral tinham maior tempo de diagnóstico (tabela 5). Isso pode estar relacionado ao maior tempo para obter informações sobre a doença e maior tempo também para ter contato com profissionais da saúde que podem dar mais informações

sobre a patologia, os cuidados, o tratamento e assim obter maior aderência dos pacientes no processo terapêutico.

O tempo de sintomas não influenciou na maior reação positiva ou negativa à doença, porém o tempo de diagnóstico sim. Isto está relacionado com o conhecimento da doença, poder nomeá-la, empoderar-se desse conhecimento (GASTALDO, 1997), apropriar-se da sua doença e assim melhorar as possibilidades de ter uma reação positiva. É possível então relacionar as subcategorias tempo de diagnóstico, conhecimento sobre a doença e reação positiva.

4-Subcategoria Limitações Físicas Percebidas

Esta subcategoria desde o princípio da elaboração das categorias deste trabalho já era considerada como importante no tipo de reação do indivíduo. As doenças osteomusculares são de diversos tipos: de partes moles, auto-imunes e degenerativas. As auto-imunes e degenerativas levam às deformidades e dor e as doenças de partes moles levam a maior dor sem a presença de deformidades. Havia a expectativa de que indivíduos com deformidade apresentassem maiores limitações físicas, porém os que apresentaram maior limitação foram os que tinham maior dor.

A dor é um sintoma da doença osteomuscular que é subjetivo e difícil de mensurar e a deformidade é um sinal de que um segmento corporal está fora do formato anatômico considerado normal. Tanto um como o outro passam pela percepção do indivíduo. A deformidade corporal é percebida e pode até ao longo do tempo e da aceitação do indivíduo, tornar-se pouco significativa, porém a dor é um sintoma que interfere na vida, no humor, no comportamento do indivíduo sendo de grande influência nas funções físicas.

Para Merleau-Ponty (1971) a dor não pode ser considerada como causa que age sobre a liberdade do ser e se existe dor ela não vem de fora, tem sempre um sentido, exprime uma atitude em relação ao mundo. A dor faz ceder, dá limite ao sujeito, restringe seus movimentos, o impede de realizar certas atividades. Faz o sujeito dizer o que deveria calar, falar sobre sua dor, reclamar a atenção de quem está ao seu redor, pedir auxílio para o alívio de seus sintomas. Os sujeitos com doenças osteomusculares apresentam-se queixosos em relação as percepções corporais de dor, e esta dor aparece como experiência emocional e sensorial desagradável. Para David & Waterfield (2001), nas afecções reumatológicas os aspectos psicossociais são particularmente relevantes e é perceptível que os sujeitos com este tipo de doença tem seus sintomas acentuados quando ocorrem situações de desequilíbrio que afetam o emocional. A dor pode levar a outros danos e patologias e até levam a ansiedade. Quando o indivíduo apresenta dor ele pode evitar de se movimentar por medo de sentir mais dor. Se esse fato se prolongar pode levar ao descondicionamento que pode ser motivo de novas dores, perda da confiança em si mesmo e incapacidade.

Foi possível verificar pela tabela 5 que dos indivíduos que tiveram reação negativa à doença a maioria relatou limitações físicas percebidas de forma importante. Nos dois relatos a seguir é possível constatar isso: “...*não posso fazer nada, tu não tem como dormir direito...não posso movimentar muito, eu não posso ficar sentada e não posso ficar em pé muito tempo, e daí isso aí incomoda*”; “*teve uma época que eu fiquei sem andar e andava de muletas*”

Para os indivíduos que tiveram reação positiva também a maioria dos relatos foi de limitações físicas percebidas de forma importante. Um exemplo será descrito a seguir: “*eu não consigo limpar a casa, eu não consigo tomar banho, eu as vezes fico parálitica das*

pernas. Me ajudam no banho...não consigo fazer a comida por causa que eu fico com as mãos e os dedos, os braços, tudo duro.”

As doenças osteomusculares em geral levam a crescente incapacidade e dor, resultando em diferentes limitações da atividade em áreas como cuidados pessoais, trabalho e lazer. É importante perceber o impacto das doenças osteomusculares na vida dos sujeitos, seus familiares e amigos tanto no aspecto físico quanto psicossocial (HALL, 2001).

As limitações percebidas de forma importante nos sujeitos da amostra estão relacionadas ao tipo de doença reumática. Os sujeitos que apresentaram limitações percebidas de forma importante apresentavam ou doenças reumáticas de partes moles que desde o início já apresentam sintomas severos de dor, ou doenças auto imunes com evolução há muitos anos sem remissão, ou ainda doenças auto imunes que mesmo gerando sintomas há algum tempo por dificuldade de acesso aos serviços de saúde não houve possibilidade de diagnóstico precoce e assim impossibilitou o tratamento adequado acarretando no agravamento dos sintomas.

Em geral as doenças osteomusculares acabam por gerar limitações físicas percebidas de forma importante interferindo na vida desses sujeitos, porém mesmo assim muitos indivíduos que relataram limitações importantes apresentam reação positiva à doença reafirmando que não é o acontecimento da doença que importa, mas o modo como se assimila esse acontecimento (LIEBERMAN & LIEBERMAN, 1993).

Também existiram relatos de limitações físicas percebidas como pouco importantes tanto nos indivíduos com reação positiva como nos com reação negativa. Alguns deles serão

citados: “*não tenho problema de fazer as coisas... por enquanto não está limitando nada.*”; “*por enquanto ainda não, tá normal*”; “*uma vez eu faço alguma coisa daí me dói, outra vez já não me dói.*”

Os padrões muito variados da doença osteomuscular produzem diferentes quadros de incapacidade, de acordo com a população estudada. No caso da artrite reumatóide especificamente, que é a causa mais comum de disfunções no mundo ocidental passível de tratamento, cerca de 50% dos pacientes apresentam pequena ou nenhuma deformidade residual, 40% apresentam alguma incapacidade e 10% apresentam incapacidade grave (LLOYD, 2001).

5-Subcategoria Tratamento Fisioterapêutico

As doenças osteomusculares em geral como causam muitos problemas de limitações físicas já comentados na subcategoria anterior, tem indicação de tratamento fisioterapêutico para restabelecer tais funções. Porém embora se possa pensar que os fatores que levam a um resultado adequado ou inadequado da fisioterapia sejam apenas referentes as técnicas utilizadas e a forma de tratamento, existem outros fatores que apareceram nos relatos captados pelos sujeitos desta pesquisa que também influenciam para um bom resultado da fisioterapia como tratamento.

Dos indivíduos entrevistados poucos foram os que relataram que o tratamento fisioterapêutico tenha tido bom resultado. Daqueles indivíduos que tiveram reação negativa foi possível perceber que um dos fatores que ocasionou resultado inadequado foi o problema de acesso ao serviço de fisioterapia como é possível constatar nos dois relatos a seguir: “*fiz 80 fisioterapias e não fez efeito porque eu tinha que caminhar. Eu ia da minha casa até lá*

caminhando e doía muito.” ; “fiz 10 sessão e daí peguei e não fui mais porque me sentia mais pior do que eu tava antes... me incomodava muito o joelho ficar sentada dentro da topic.”

Outro fator que foi constatado durante o relato de um sujeito com reação negativa, mas que considerou a fisioterapia com resultado adequado foi a **falta de recurso financeiro** para continuar com o tratamento fisioterapêutico: *“eu fiz 50 fisioterapias, agora eu parei porque não tem como pagá isso.”* O mesmo fator foi constatado no relato de um indivíduo com reação positiva que considerou a fisioterapia com resultado inadequado pela impossibilidade de continuar com esse tratamento: *“não resolveu muita coisa. Foi poucas vezes que eu fiz. Tinha que ser pela prefeitura e não tinha trabalho e não tinha condições de pagar particular.”*

No Brasil a população acometida por doença tem dificuldade de encontrar recursos adequados para tratar suas enfermidades e recuperar sua saúde ou até amenizar seus sintomas. As instituições públicas lutam com dificuldade para atender a população devido aos salários baixos, à escassez de investimentos e a falta de repasse de verbas. A porcentagem do orçamento reservada para a saúde é baixa em comparação com outros países. Fazer depender a recuperação da saúde da possibilidade de pagar coloca muitas pessoas em situação angustiante.

Em relação aos indivíduos que tiveram reação positiva à doença osteomuscular, foram constatados também relatos de resultados adequados, como nos dois exemplos a seguir: *“faço fisioterapia. Ajuda, mas sei que é lenta. Chego na fisioterapia dura e eu não gosto de me entregar.” ; “com as fisioterapias, ajuda bastante, todo mundo que tem artrite reumatóide deve procurar fazer. Porque as fisioterapias são muito importantes, né, exercícios.”* O

fisioterapeuta que trata indivíduos com doenças osteomusculares deve estar atento a **estimular a percepção corporal dos sujeitos** através da cinesioterapia. Retomando Merleau Ponty o sujeito é seu corpo e se uma doença osteomuscular ocorreu houve uma modificação em relação a forma do corpo ou às capacidades que o corpo proporciona a este sujeito. Ou uma modificação em termos de sinais e sintomas de algum segmento corporal é na percepção corporal, na vivência desse corpo diferente que o sujeito pode novamente perceber seu esquema corporal e ter corpo próprio. Nesse sentido o fisioterapeuta tem o papel de estimular a vivência do corpo, do espaço corporal, do espaço exterior e das possibilidades que esse corpo representa em termos de capacidade motriz.

Além disso o fisioterapeuta também tem o papel de orientar o paciente para a autoconsciência e a tomada da responsabilidade pessoal possibilitando que o mesmo explore os meios de se auto-ajudar utilizando o evento da doença como uma oportunidade de se redescobrir e rever suas expectativas. Deve-se analisar as possíveis estratégias de se usar as habilidades básicas de comunicação não somente para apoiar as pessoas a reivindicarem uma visão de esperança e possibilidade, mas também para se livrarem da sensação de tragédia e das percepções de vitimização e desesperança que elas poderiam estar sentindo. Todos esses fatores podem minimizar a depressão, que é um importante achado clínico entre os indivíduos com doença osteomuscular como já foi abordado anteriormente. No início do processo de reabilitação é necessário respeitar a realidade do paciente e que toda a comunicação se faça a partir da consciência do indivíduo em relação a todos os aspectos relevantes de sua história de vida. É importante saber o que o paciente está desejando e explorar novos meios para ser efetivo em determinadas situações (KAUFFMAN, 2001).

6-Subcategoria Outros Tratamentos

Todos os indivíduos que foram entrevistados relataram o uso de medicamentos como forma de tratamento e para a grande maioria tanto dos indivíduos com relato de reação positiva quanto de reação negativa à doença, a medicação apareceu como tratamento que gera bom resultado.

Foi possível perceber que para os indivíduos com reação positiva à doença e que relataram tratamento medicamentoso com bom resultado a **associação de recursos fisioterapêuticos e a medicação** é o que tornou o tratamento adequado. O tratamento da doença osteomuscular para ser completo deve associar os recursos da fisioterapia com técnicas cinesioterapêuticas, crioterapia ou até orientações para a saúde e os medicamentos necessários. Quando isso ocorre os resultados são bastante positivos em relação ao tratamento deste tipo de doenças como é possível perceber nas falas: *“daí me deu esse tratamento com gelo 3 vezes ao dia e o anti inflamatório e resolveu bastante”*; *“dedico todo meu empenho possível fazendo as consultas e o acompanhamento médico tomando a medicação e a fisioterapia direitinho. É o que dá certo”*

No relato de um sujeito com reação positiva à doença foi constatado que o tratamento medicamentoso não teve bom resultado porque utilizava uma medicação inadequada: *“eu tomo um remédio prá dor. Passa só na hora, depois que passa o efeito do remédio, começa tudo de novo”*. O sujeito desta fala apresenta lúpus eritematoso sistêmico e teve o fechamento do seu diagnóstico recentemente. Até o diagnóstico se auto-medicava usando analgésicos.

Ainda enfatizando a questão da medicação um indivíduo que tem reação negativa e outro que tem reação positiva à doença apresentaram conhecimento sobre todos os

medicamentos: *”tomo sulfasalazina, prednisona, amitriptilina porque eu tenho depressão. E eu tomo remédio para pressão alta. Tomo captopril.”* *“Tomo ibuprofeno, metotrexate e meticortem. Também tomo remédio para pressão, o captopril e idioclorotiazida.”* Nesses relatos é possível perceber que existe um forte estímulo à **medicalização**.

Para a sociedade a saúde pode ser entendida como uma diversidade de mercadorias produtoras de saúde. O medicamento como mercadoria passa a representar e a simbolizar a saúde numa sociedade capitalista como a brasileira, onde a mercadoria domina. Uma das funções simbólicas da mercadoria “medicamento” é resolver um mal estar, levando o sujeito à saúde. Do ponto de vista do paciente, do seu espaço social e psicossocial ampliado que inclui outros atores sociais que interagem com ele como vizinhos, parentes, amigos que tem o mesmo problema e ficaram bons com um determinado medicamento, este é uma mercadoria que simboliza saúde (LEFÈVRE, 1991).

Em outro relato o sujeito que apresenta reação negativa à doença aborda a necessidade de atendimento multidisciplinar e dificuldade financeira: *“eu tô com muita dor última semana e a minha fisioterapeuta achou que eu era para consultar um psicólogo e eu não tenho condições de pagá.”* O trabalho multidisciplinar no tratamento das afecções osteomusculares, leva à melhor saúde e capacidade funcional, e ao bem-estar psicossocial dos pacientes. Diferentes habilidades especializadas podem ser necessárias em diferentes momentos do curso da doença. O paciente deve ser envolvido diretamente pois ele sabe quais os problemas que está enfrentando e como eles afetam a sua vida. O paciente integrado com os profissionais da saúde obtém melhores resultados nos tratamentos e adere mais aos planos sugeridos pelos profissionais (HALL, 2001). O problema é que o custo deste aparato de profissionais e tratamentos é muito elevado, ficando restrito a uma pequena parte da população.

A respeito dos tratamentos possíveis para as doenças osteomusculares é possível constatar que o tratamento usado por todos os sujeitos é o medicamentoso. A medicação apareceu como uma forma de tratamento que gera bom resultado, porém quando a medicação é inadequada no caso da auto-medicação os resultados não são os esperados. O incentivo à medicalização como símbolo de saúde leva a população a ter conhecimento e domínio sobre os nomes dos medicamentos mais complicados e difíceis de se pronunciar.

Ainda sobre as questões do tratamento, foi citada a fisioterapia que associada à medicação traz um bom resultado. Porém as dificuldades de acesso e a escassez de recursos financeiros inviabilizam a fisioterapia como modalidade de tratamento e quando ela é realizada e tem bom resultado é porque é dada ênfase no estímulo à percepção corporal dos sujeitos através da cinesioterapia.

A multidisciplinaridade no tratamento das doenças osteomusculares também foi abordada mostrando a necessidade dos indivíduos de receberem atenção integral à saúde.

Categoria Percepção do Corpo

Esta categoria desde o projeto foi considerada como importante fator de influência na reação do indivíduo. As doenças osteomusculares geram modificações no esquema corporal dos sujeitos e a eles cabe perceber essas modificações e aceitar a dinâmica corporal utilizando seu novo esquema como meio de inserção num círculo social. Segundo Merleau-Ponty (1971), o esquema corporal é a tomada de consciência global da posição da pessoa no mundo intersetorial e é através desse corpo que é possível executar funções diárias, estabelecer relações com outros sujeitos, situar objetos a partir deste corpo. Esse esquema corporal deve ser vivido e deve dar informações interoceptivas e proprioceptivas necessárias para a

execução de um movimento. Os movimentos são ao mesmo tempo motores e perceptivos pois passam pela percepção explícita e pelo movimento efetivo.

Se o sujeito com doença osteomuscular não aceita o dinamismo do seu esquema corporal e recusa a vivência do seu corpo próprio que ocupa espaço no mundo e tem seu espaço interno, não supera as dificuldades funcionais e limita seu leque de possibilidades motoras. Então a sua reação à doença osteomuscular pode ser influenciada positiva ou negativamente pela percepção que este sujeito tem de seu corpo.

Para todos os indivíduos que apresentaram reação positiva à doença e para a grande maioria dos que tiveram reação negativa a percepção corporal foi de haver alterações negativas (tabela 5). As alterações negativas são identificadas pela modificação no esquema corporal causando um estranhamento ao indivíduo. E essa modificação causa um impacto aos padrões de normalidade aceitos socialmente. As alterações negativas mais comuns nas doenças osteomusculares são o sobrepeso para os que utilizam a corticoterapia e, dependendo do tipo de doença osteomuscular, as deformidades articulares e os sinais e sintomas inflamatórios.

A representação social do corpo acaba por fazer com que os sujeitos tenham conceitos pré-definidos das formas mais aceitáveis que este assume. O sobrepeso é algo não aceito como forma corporal em uma sociedade que cultua corpos esbeltos, magros, esguios. Nesse caso, a representação social que um corpo obeso tem é de indesejável, esteticamente fora do padrão. Isso para as mulheres é mais marcante porque passam pelo julgamento masculino de apresentarem um corpo atrativo. As curvas evidentes, uma cintura com um pequeno diâmetro e um quadril mais largo são formas consideradas mais atraentes para o sexo oposto.

Alguns sujeitos tanto com reação negativa como positiva à doença evidenciaram que o uso do corticóide foi o causador da mudança corporal gerando **sobrepeso** e mudança estética com diminuição da auto-estima, como é possível constatar nos relatos a seguir: *“meu corpo depois que eu fiquei com artrite reumatóide mudou muito sabe? Eu era bem magrinha, bem perfeita. Como eu tomo corticóide o meu abdome já é bem mais largo...”*; *“eu engordei 14 kg e eu teria que emagrecer.”*

ma das características da contemporaneidade é a lipofobia. Existe uma obsessão pela magreza e uma rejeição quase maníaca à obesidade. Os gordos são considerados transgressores pois parecem violar constantemente as regras que governam o comer, o prazer, o trabalho e o esforço, a vontade e o controle de si. O obeso passa por alguém que come mais que os outros, mais que o normal, mais do que a parte que lhe cabe. No tempo em que os ricos eram gordos, as formas arredondadas eram bem vistas. Elas eram associadas à saúde, à prosperidade, à respeitabilidade, mas também ao capricho satisfeito. A magreza era vista como doença, definhamento, maldade ou ambição desenfreada. Atualmente a distribuição social da gordura, nos países desenvolvidos mudou completamente. Hoje os pobres são gordos e os ricos são magros (FISCHLER, 1995).

É importante perceber que o aumento de peso abordado pelo sujeito com doença osteomuscular é causado pelo uso de corticóide, não pelo excesso na ingesta alimentar. O uso prolongado da corticoterapia acarreta o acúmulo de gordura em determinadas regiões como o abdome e a face e também a retenção de líquido que acabam por gerar formas mais arredondadas (HASSELL, 2001). Porém a rejeição a essa gordura pelos sujeitos com doença osteomuscular se manifesta de forma semelhante ao sobrepeso causado por um distúrbio alimentar.

Outra alteração negativa que apareceu nos relatos foi a **deformidade**, porém poucos foram os sujeitos que abordaram a mudança anatômica alterando o esquema corporal. É possível constatar isso em dois relatos: *“só aparece uma deformidade no dedo da mão esquerda.”* ; *“as minhas mãos começaram a ficar tortas, os pés também. Eu percebo que estão encolhendo.”* Nesses relatos a percepção de um corpo com formas fora dos padrões de normalidade, dos padrões anatômicos aceitáveis geram um descontentamento desses indivíduos. Segundo Sant’anna (1995), os padrões de normalidade são criações divinas e qualquer alteração desses padrões é entendido como maligno.

Neste estudo como a amostra é composta a maioria por mulheres é importante evidenciar ainda segundo Sant’anna, que a beleza está para o feminino assim como a força está para o masculino e a aparência feminina deveria revelar a beleza de uma alma pura, condição para se manter o corpo limpo, belo e fecundo. A forma corporal influencia diretamente o psiquismo feminino, tornando a mulher mais ou menos feliz e satisfeita com ela mesma. Isto está na dependência da percepção que esse sujeito tem de seu corpo.

Dos relatos de indivíduos com reação positiva e negativa à doença o que mais surgiu foram os **sinais e sintomas inflamatórios** como dor, edema (inchaço), calor, eritema (vermelhidão) e limitação funcional. Os relatos descrevem o aparecimento desses sinais e sintomas: *“inchaço nas pernas, nos braços e punhos também, né.”*; *“fica vermelho, fica latejando e fica inchado.”* ; *“era uma dor forte que eu tinha nos pés e meu peso em cima daquela inflamação ali, eu não conseguia às vezes nem caminhar.”* Esses sintomas de inflamação geram a representação social de pessoa doente, limitada, incapaz de realizar suas tarefas. Conforme David & Waterfield (2001), a incapacidade funcional relacionada à dor é difícil de ser avaliada e é influenciada pela gravidade dessa dor, localização, frequência e

também por variáveis como finanças, experiência pessoal de valores e origem etnocultural. Ainda para os mesmos autores o nível de incapacidade física nem sempre corresponde à gravidade da dor, correlacionando-se mais a sua persistência.

Em um relato de reação negativa à doença o indivíduo citou o **envelhecimento** como forma de explicitar a modificação corporal fazendo uma relação entre dor, diminuição da capacidade funcional e o envelhecimento: *”eu me sinto uns 10 anos mais velha, pois te dói todo o corpo e tu não pode fazer nada...tu vai ficando corcunda...acho que as mulheres de 40, 50 anos vão ter essa dor, né.”* No processo de envelhecimento uma vivência básica e psicodinamicamente significativa são as perdas. Algumas das perdas mais freqüentes nessa faixa etária são a da saúde física e a diminuição das capacidades (EIZIRIK, 2001). A evidência da limitação física do paciente com doença osteomuscular pode servir como forma de confrontação com o seu próprio medo do envelhecimento e da morte.

Portanto, nos relatos de percepção corporal com alterações negativas apareceram o sobrepeso, os sinais de inflamação, a deformidade e o envelhecimento como formas de modificação do esquema corporal ou como forma de percepção de estranheza do corpo. O sobrepeso está relacionado com o uso de corticóide, as deformidades com o tipo de doença que nos relatos captados ocorreram pela artrite reumatóide, os sinais de inflamação foram os que mais apareceram já que são característica das doenças osteomusculares e o envelhecimento está relacionado com a perda freqüente da saúde física e a diminuição das capacidades funcionais da terceira idade que demonstram o medo do envelhecimento e da morte.

Inicialmente pensou-se que a deformidade seria a alteração que mais seria evidenciada na amostra estudada, porém o que mais foi evidenciado foram os sinais e sintomas de inflamação que levam a maiores limitações funcionais. Pode-se inferir que as maiores limitações físico-funcionais ocorreram em sujeitos que utilizavam tratamento medicamentoso não prescrito (auto-medicação), não realizando fisioterapia e com tempo de diagnóstico menor.

Apenas nos indivíduos com reação negativa houve relato de não perceber alteração corporal como nesta fala: “*eu não vejo ainda nenhuma mudança. Tá normal.*” O tipo de doença do sujeito desta narrativa é a fibromialgia que não tem como característica gerar deformidade, limitações de amplitude de movimento ou inflamação.

Categoria Fatores Sociais

Foi possível identificar pela tabela 5 da frequência simples das subcategorias que os indivíduos que tiveram reação positiva à doença em geral tiveram uma influência mais positiva que negativa de todas as subcategorias referentes aos fatores sociais. Demonstram assim uma atitude mais positiva perante a situação de doença e encaram esse desafio de melhor forma. Apenas na subcategoria influência do fator econômico é que prevaleceu a influência negativa. Isso se explica pelo fato dos sujeitos da amostra terem renda familiar baixa e assim a falta de recurso financeiro acaba por prejudicar inclusive o acesso aos serviços de saúde e o tratamento.

A influência da religiosidade na reação dos sujeitos foi um dos fatores sociais que apareceu com maior frequência nas entrevistas, assim como a influência da família. Durante a leitura dos relatos foi possível constatar que os sujeitos diferenciaram a influência da família e

de outras pessoas e também que o núcleo familiar tinha uma influência superior na reação à doença comparada com a influência de outras pessoas como amigos e vizinhos. A influência da religiosidade, da família e do convívio social além da família serão abordados primeiramente como os apoios afetivos que mais fortemente influenciaram à reação positiva dos sujeitos.

O processo do adoecimento implica alterações no modo de vida pessoal e social, levando à adoção de estratégias e novas percepções sobre essa nova situação. Na experiência da condição de serem enfermas as pessoas fazem escolhas e tomam iniciativas, ou podem ser levadas a assumir essas atitudes. Para isso, em geral, elas se apoiam em referências socioculturais que neste estudo estão representadas pela religiosidade, família e outras pessoas (GOMES & MENDONÇA, 2002).

1-Subcategoria Influência da Religiosidade

O campo religioso segundo Minayo (1988), faz parte da cultura popular. A religião está presente nas explicações sobre saúde/doença e ultrapassa os limites de classe, tendo raízes históricas muito profundas. A busca explicativa em Deus é uma maneira de se opor e resistir à condição arbitrária da vida.

Quase a totalidade dos indivíduos com reação positiva à doença relataram que a religiosidade teve influência positiva. A religiosidade apareceu como **força** para a reação dos sujeitos: *“eu tenho uma força religiosa.”*; *“tiro força de Deus, ele sempre vai me ajudar”*; *“eu vou com fé que eu vou conseguir lutar, né.”* No relato de um indivíduo com reação negativa não existe outro tipo de apoio social ou familiar, apenas o poder divino : *“só Deus é que pode dar uma força para a gente. Quem é que pode, né?”*

Nos relatos tanto de reação positiva como de reação negativa à doença foi possível perceber a crença na **onipotência divina**. É Deus quem pode tudo, inclusive devolver a saúde, como é possível identificar nos relatos: “*o meu Deus é o todo poderoso. A minha vida está nas mãos dele.*” Segundo Laplantine (2002), a reação individual ou social manifestada frente a um fenômeno de doença oscila entre três pólos: resignação, prostração e purificação. No relato acima o sujeito coloca a vida nas mãos de Deus pois assim será salvo receberá a purificação através das mãos divinas.

É o pensamento religioso totalizante que nos permite tomar consciência daquilo que nos é oculto pelo pensamento científico, pois a religião é a única interpretação totalizante do social, do individual e do universo (LAPLANTINE, 2002). Se não é possível aos sujeitos entender o processo de doença pois o pensamento científico não lhes oferece a cura, eles depositam na religiosidade toda sua esperança de afastar o mal. Deus tem o poder de transformar algo ruim em algo bom, Deus simboliza a salvação, a **cura**, portanto traz bem estar, e afasta o mal que é a doença: “*uma coisa ruim, né, Deus vai tornar as coisas boas.*”; “*eles dizem que a gente tem que ter fé que Jesus vai me curar.*”

Algo importante de ser constatado é a menor frequência dos sujeitos com reação negativa à doença apontarem a religiosidade como fator de influência positiva (tabela 5). Também é possível observar que os relatos não tem o mesmo entusiasmo ou poder na crença: “*rezei muito já. Ajuda um pouquinho*”; “*sei lá, penso em Deus. Me ajuda, rezo bastante.*”

A religiosidade exerce uma papel importante no suporte às adversidades da vida, como uma doença osteomuscular. Ela aparece para os sujeitos como força para superar os desafios e possibilidade de cura pela onipotência divina.

2-Subcategoria Influência da família

Segundo Eizirik (2001), a teoria das redes sociais descreve transações entre as pessoas onde cada indivíduo é um nó da rede e cada troca é uma ligação. As redes são relevantes em termos de suporte aos indivíduos que sofrem de doenças osteomusculares. Uma rede social é definida pelos sociólogos como o conjunto de ligações dentro de um grupo específico de pessoas que tem alguma forma de laço social ou papel social. Como exemplo tem-se o parentesco, a amizade, tais como cônjuges, pais, amigos ou vizinhos. Essas redes constituem-se em laços importantes na medida em que preenchem as necessidades dos seus membros. Suas funções podem ser caracterizadas como o conjunto de contatos pessoais por meio dos quais o indivíduo mantém a identidade social, recebe reforços para a auto-avaliação, suporte emocional (ser amado), ajuda material, instrumental (serviços), informações sobre o meio e novos contatos sociais. Os cônjuges e os familiares mais próximos provêem o principal apoio em tempos de crise, e particularmente as filhas são mais efetivas do que os vizinhos em proporcionar auxílio a longo prazo.(EIZIRIK, 2001)

Na subcategoria influência da família na reação frente à doença a grande maioria tanto para os sujeitos com reação positiva como para os com reação negativa, a família foi uma influência boa: *“a família é bem importante mesmo, dá muito apoio.”*; *“eu tenho meus filhos, meu marido, tenho a minha filha. Eu reajo muito pra eles não sofrer junto comigo.”*; *“minha filha me ajuda a caminhar. Meu sogro, meu pai e meus filhos me ajudam até para comprar os remédios.”*; *“tem meus irmãos, a minha mãe, sempre falam que eu não posso ficar de cabeça abaixada.”*

Houve apenas um relato de influência negativa da família: *“eu também tenho o meu pai que eu não me dou bem assim com ele direito, isso me atrapalha.”*

E um relato de que a família não tinha influência nenhuma: “*ninguém nem atrapalha, nem ajuda.*”

As famílias também sofrem com a doença de um de seus membros e podem ter maior ou menos capacidade de superar esses momentos difíceis. Famílias que enfrentam melhor as dificuldades da vida, conseguem manter um equilíbrio dinâmico entre dois grupos de características psicológicas complementares. O primeiro grupo é formado por valores auto-afirmativos que incluem iniciativa, independência, criatividade, humor e flexibilidade. O segundo grupo engloba as necessidades integradoras tais como visão de mundo compartilhada, cooperação, altruísmo e espiritualidade (FALCETO & WALDEMAR, 2001). Se os sujeitos com doenças osteomusculares conquistarem dentro de suas famílias esses dois grupos de características psicológicas terão muito mais estímulo positivo para reagir.

3-Subcategoria Influência do Papel Social

O status de ser doente pode agregar papéis comuns a todas as pessoas, independentemente de gênero, mas a forma como esses papéis são vivenciados e os significados a eles atribuídos podem assumir contornos distintos nas culturas de gênero (GOMES & MENDONÇA, 2002). A narrativa feminina sobre a doença é diferente da masculina. Isso é relevante neste estudo pois a maioria dos sujeitos da amostra são mulheres. Foi possível identificar tanto em indivíduos com reação positiva como em indivíduos com reação negativa à doença que o **papel social de mãe** influenciou positivamente: “*olha para eu reagir é os meus filhos.*”; “*a minha vontade de criar meus filhos.*”; “*não dá prá desanimar, eu tenho 32 anos e 2 filhos para criar.*” Porém o papel de mãe pode assumir conotações diferentes como no relato que segue: “*muitas vezes fui maltratada e agora que*

tenho meus filhos não tenho precisão disso.” Ser mãe é também poder ser protegida pelos filhos ou ter os filhos como algo que lhe pertence já que nada mais possui.

Também foram evidenciados os papéis sociais de provedora e filha. Ambos influenciando positivamente: *“mas eu gostaria de estar trabalhando porque esse dinheiro vai me fazer falta prá sustentá eles, né.”* A necessidade, ou obrigação de ser **provedora** da casa, dos filhos e da família motiva o sujeito a reagir positivamente. O papel social de **filha** apareceu em apenas um relato: *“tem a minha mãe que é muito doente, daí eu tomo conta de tudo.”* Nesse caso o sujeito sente-se responsável pela mãe e assume todos os encargos da família e da casa.

4-Subcategoria Influência do Convívio Social Além da Família

Na subcategoria influência do convívio social além da família houve uma diferença entre os relatos dos sujeitos com reação positiva e negativa à doença. Dos sujeitos com reação positiva prevaleceu a boa influência do convívio social além da família como é possível perceber nos seguintes relatos: *“quanto mais tu tiver integrada com as pessoas, tu consegue reagir melhor.”*; *“eu tenho uma vizinha que ela tá sempre preocupada comigo.”*; *“ a comunidade dá apoio, o que eles puder eles ajudam”* Segundo Rouquayrol & Almeida (1999) o apoio no contexto social em que se vive e o afeto de ordem geral tem influência direta sobre o psiquismo humano. Isto pode resultar na melhora da saúde integral do sujeito.

Já para os indivíduos com reação negativa à doença surgiram mais relatos de que o convívio social fora do âmbito familiar influenciava negativamente. Abaixo estão descritos alguns relatos: *“atrapalham muito. Aí falaram que eu não queria trabalhar. Prá quem isso não dá raiva?”*; *“ o pessoal ainda me deixa prá baixo.”*; *“os vizinhos botam a gente mais*

prá baixo.” Nesse caso as relações sociais não foram de apoio e sim prejudiciais, mas isso também depende do tipo de relações que o sujeito busca e como ele encara os comentários e as tentativas de apoio dada pelos outros. Segundo Kauffman (2001), a comunicação interpessoal é uma estratégia a ser usada para o apoio às pessoas que reivindicam uma visão de esperança e possibilidade. Também para que essas pessoas se livrem da sensação de tragédia e das percepções de vitimização e desesperança que elas podem estar sentindo. Essa estratégia pode minimizar a depressão que é um importante achado clínico entre os indivíduos com doença osteomuscular.

5-Subcategoria Influência da Escolaridade

As condições socioeconômicas que foram abordadas pelos sujeitos desta pesquisa durante as entrevistas foram agrupadas pois existe entre elas algumas relações. Estas condições socioeconômicas são: a escolaridade, o trabalho, o fator econômico e o acesso aos serviços de saúde.

A subcategoria influência da escolaridade apareceu desde o projeto como sendo uma das influências da reação dos sujeitos à doença osteomuscular. Dos indivíduos com reação positiva em alguns relatos é possível identificar a relação que os sujeitos fazem entre a escolaridade e a possibilidade de **conhecer mais sobre a doença**: *“quanto mais esclarecida a gente for mais a gente sabe lidar com essas doenças”*; *“uma pessoa que tem estudo com certeza vai ter uma mente mais aberta para o problema, ela vai procurar ter mais recurso. Tanto é que eu voltei a estudar”* Aqui pode-se retomar Gastaldo (1997), já citada anteriormente, que aborda a educação em saúde. Esta enfatiza a troca e a integração de conhecimentos que resultarão na melhora da qualidade de vida dos indivíduos promovendo o empoderamento. A informação que lhes é dada ajuda a tomar decisões sobre a sua saúde,

levando em conta elementos científicos, sociais e pessoais. Isso oportuniza que eles exercitem sua autonomia.

Tanto indivíduos com reação positiva como indivíduos com reação negativa à doença relacionaram a escolaridade com **melhores condições de trabalho**: *“acho que se a gente tivesse um estudo, melhora as condições de trabalho, né.”*; *“se eu tivesse estudado mais tinha um emprego melhor, tava ganhando mais.”*; *“se a gente tivesse estudado mais, tava melhor a minha vida eu acho.”* Nesse sentido não ter uma boa escolaridade influenciou negativamente na reação à doença. Com pouca escolaridade os sujeitos se submetem a condições de trabalho ruins que podem contribuir para o agravamento dos sinais e sintomas da doença osteomuscular. Condições de trabalho ruins denotam pouca valorização destes serviços, inclusive no aspecto remuneração. Os baixos salários geram menor qualidade de vida, incluindo moradia, alimentação, vestuário, saneamento, acesso aos serviços de saúde e tratamento como tantos outros aspectos que são importantes para a vida das pessoas.

6-Subcategoria Influência do Trabalho

Esta subcategoria não foi muito citada e portanto relevante como fator que influencia na reação à doença osteomuscular. Tanto os sujeitos que reagiram negativamente como os que reagiram positivamente à doença apresentaram nos seus relatos a representação social de sujeito com doença. Para Moscovici (2003), as representações sociais tem a função de convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos e se impõe sobre nós como uma força irresistível. A representação de sujeito com doença tem um significado de inutilidade para o trabalho, aquele que não tem mais potencial de produção, que perdeu sua identidade, por consequência se deixa abater e entra em depressão: *“eu chorava dia e noite quando eu descobri que eu não podia mais trabalhar.”*; *“é o mesmo que deixar de viver naquele*

momento. Eu não ia mais ser útil, não ia mais ser ninguém, eu ia ser uma pessoa largada dentro de casa, esperando quando os outros voltassem” Ainda segundo Moscovici (2003), a ameaça de perder os marcos referenciais, de perder contato com o que propicia um sentido de continuidade na vida é uma ameaça insuportável. O trabalho é tido como um referencial de continuidade da vida profissional, de utilidade, de inserção social, de produtividade e a impossibilidade de continuar trabalhando rouba do sujeito este marco referencial tornando-o sem identidade profissional.

Por outro lado para outro sujeito que teve reação positiva à doença o trabalho teve influência positiva: *“depois que comecei a voltar a trabalhar agora tô sentindo melhor. Tava me entregando para aquela doença. Com o trabalho então eu tô voltando a ativa.”* A representação social do trabalho aparece aqui como a possibilidade de manter seu marco referencial, sua atividade, retornar às funções e sair da inércia, contribuindo psicologicamente para o indivíduo reagir à doença osteomuscular.

7-Subcategoria Influência do Fator Econômico

Essa subcategoria desde o projeto já havia sido colocada como um dos fatores que influenciam na reação dos sujeitos à doença osteomuscular e isso foi comprovado pela grande frequência deste fator nas entrevistas. Conforme a tabela 5 da frequência simples, tanto os sujeitos com reação negativa como os com reação positiva levantaram o fator econômico como influência negativa e isso pode ser explicado pelo perfil da amostra estudada que foi de indivíduos com baixa escolaridade, que tem ocupações profissionais que no Brasil não oferecem boa remuneração. Assim, esses indivíduos referem a falta do recurso financeiro como influência negativa à reação dos sujeitos: *“a gente faz o que pode. Se eu tivesse dinheiro, tudo isso ia me deixar muito mais feliz.”*

Minayo (1988), cita uma causação de doença que chama de sócio-econômica. Essa causação refere-se às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, o saneamento básico, e ressalta o funcionamento do sistema de saúde. Os sujeitos nas falas fazem relação entre o fator financeiro e **melhores condições de saúde** vindas de uma alimentação saudável: *“a gente que tem esse problema de reumatismo tem que comer verdura, leite, queijo e eu não consigo. Vou no mercado e compro o básico que é arroz, feijão, azeite.”* Outros sujeitos fazem relação entre o fator financeiro e a **melhor condição de trabalho**: *“a dificuldade é a questão financeira que a gente tem passado. Eu pensei até em conseguir outro emprego, mas nunca mais aquele de faxina, de me judiar.”*

Mas a grande maioria dos sujeitos fazem relação entre o fator financeiro e **melhores condições de tratamento** para a doença e **acesso ruim aos serviços de saúde**: *“quem não tem dinheiro pra comprar remédio e os postos pouco ajudam, né.”*; *“se eu tivesse um financeiro melhor, quem sabe eu tinha me tratado melhor.”*; *“é muita dificuldade prá quem não tem condições. Espera consulta.”*

O fator econômico apareceu como não tendo influência em um indivíduo com reação positiva à doença, cuja escolaridade era maior, o conhecimento dos meios para conseguir os benefícios era melhor e isso tudo possibilitou que esse indivíduo fosse mais capaz de buscar recursos para seu tratamento, de buscar melhor acesso aos serviços de saúde e assim ter melhores condições de vida: *“não influencia porque existem meios que eu consigo para não pagar, para tratar da artrite.”*

8-Subcategoria Influência do Acesso aos Serviços de Saúde

Esta subcategoria apareceu durante os relatos e conforme a tabela 5 da frequência simples das subcategorias a maioria dos sujeitos quando abordou o assunto acesso aos serviços de saúde, este veio como um fator de influência mais negativa tanto para pessoas que reagiram de forma positiva à doença como para os que reagiram negativamente à doença. Isso pode ser explicado pelo perfil da amostra que apresenta baixa escolaridade, tipo de trabalho que no Brasil tem remuneração pequena e portanto apresenta renda familiar baixa procurando atendimento pelo sistema único de saúde: *“eu tinha que remarcar retorno e não consegui”*; *“os postos pouco ajudam, né.”*; *“entrei na fila lá na prefeitura, mas até agora não cheguei na vez ainda.”* As instituições públicas lutam com dificuldade para atender a população devido aos salários baixos, à escassez de investimentos e falta do repasse das verbas. A porcentagem do orçamento reservada para a saúde é baixa em relação a outros países e ainda passível de corrupção. Essa situação obriga muitas pessoas a recorrer a medicina privada como meio de garantir tratamento digno. Mas os convênios tem alto custo.

Alguns dos sujeitos com reação positiva à doença relataram influência positiva do acesso aos serviços de saúde, porém relacionada ao fato de terem feito um plano de saúde particular ou por trabalharem em uma empresa que garantia aos funcionários um plano de saúde: *“eu tive o privilégio porque eu trabalhava numa empresa que tinha plano de saúde. Os diretores da empresa me ajudaram a pagar todos os remédios”*; *“se eu não tivesse feito esse plano de saúde, hoje eu não sei o que seria de mim, porque eu estaria sem tratamento. Teria que esperar consulta que demora.”* A saúde é o bem mais apreciado pelos seres humanos. É a base de qualquer outro bem, condição para realizar sonhos ou propósitos e para responder a desafios e responsabilidades. Tendo saúde, tudo é possível; estando doente tudo se torna muito mais difícil. E é por isso que os seres humanos estão dispostos a gastar muitas vezes o

que não tem para garantir a saúde. Segundo Pires & Nogueira (2004) a saúde está sendo transformada em um objeto corriqueiro de consumo, ocorrendo uma metamorfose na concepção de direito à saúde em função dos imperativos macroeconômicos.

9-Subcategoria Influência dos Profissionais da Saúde

Quando pessoas acometidas por doenças osteomusculares começam a apresentar sinais e sintomas, a trajetória mais comum inicia no posto de saúde, fazendo uma consulta com um médico generalista. Ele encaminha o indivíduo para um serviço onde exista um médico reumatologista que indica o tratamento adequado. Esse pode ser medicamentoso e/ou fisioterapêutico.

Os pacientes estabelecem contato inicialmente com o médico e nas falas ele é referido com maior frequência. Nem todos os sujeitos estavam realizando fisioterapia no momento da entrevista, mesmo tendo indicação. O tratamento fisioterapêutico era realizado em locais de melhor acesso a cada sujeito, não ocorrendo no ambulatório de reumatologia do Hospital Independência. Os profissionais da saúde citados foram os médicos e os fisioterapeutas .

A representação que faz do médico um ser verdadeiramente incomum, e da medicina uma atividade diferente das outras, apresenta-se a cada vez como ultrapassando em muito o prestígio social e a admiração moral atribuída ao homem e à profissão. Assim a ligação da doença com o sagrado é reafirmada e ela faz do médico um ser que não mais pertence a sua sociedade, isto é, que não mais pertence a qualquer sociedade pois está em outro plano (LAPLANTINE, 2002). Os sujeitos reafirmam esse prestígio social do médico nas falas: “*O médico sorrindo para ti e se lembrar do paciente. Isso é muito bom prá gente.*” Um simples

sorriso do médico representa uma atenção diferenciada para esse sujeito que se sente valorizado.

A Influência dos profissionais pouco apareceu nos relatos, o que é fácil de compreender pelo pouco significado que tem atualmente um profissional da saúde frente à reação do indivíduo à doença. Nos indivíduos com reação positiva à doença dois relatos apareceram sobre os profissionais da saúde influenciarem positivamente: *“eu acho que o médico sempre ajudou bastante. Sempre esclarecia. Foi o interesse dele.”*; *“tem o meu médico que eu confio muito. Ele me fez entender melhor a artrite. Os próprios fisioterapeutas mostram o lado positivo da coisa”* Nos relatos é possível perceber que os profissionais aparecem como **esclarecedores da doença**, pessoas **em quem se pode confiar** e que tem **interesse**, e que **mostram o lado positivo**.

Uma das tarefas dos profissionais da saúde é a compreensão de como a enfermidade, radicada em uma vivência subjetiva, constitui-se em realidade dotada de um significado reconhecido e legitimado socialmente. Porém ele conseguirá fazer essa leitura se estabelecer uma relação terapeuta-paciente, demonstrando interesse, empatia e sendo motivador da reação do sujeito. A leitura sobre a enfermidade é, assim, um deslocamento necessário para a intersubjetividade, a experiência do cotidiano e as interpretações ou modos pelos quais os indivíduos se expressam, interpretam e comunicam suas experiências de aflição (GOMES & MENDONÇA, 2002)

Já nos indivíduos com reação negativa à doença apareceram relatos de influência negativa: *“pagar um dinheiro que a gente tira prá fazer um tratamento que o médico não quer nem saber se vai fazer efeito ou não?”* Nesse relato é possível perceber a falta de uma

relação empática pela redução da prática a um exercício técnico da profissão e que o tratamento não tem validade nenhuma se o médico não acompanhar. Segundo Laplantine (2002), as práticas médicas atuais estão fundamentadas em uma dependência total do paciente à pessoa que cura. Os recursos terapêuticos são tanto mais eficientes quanto o doente aceita receber do exterior um conteúdo cultural ao qual adere sem restrições

A tarefa dos profissionais incluindo o fisioterapeuta é de pensar a complexidade das doenças e isso exige que se ultrapassem os significados que a possam explicar, pois a realidade que representa está sempre em fluxo e sendo formada. Estar atento a narrativa da doença pelos pacientes tanto pode reproduzir aspectos do modelo biomédico como pode atualizar a visão nessa esfera maior que engloba o social, o cultural e o ideológico. Essa ampliação do conhecimento sobre a doença lança novos conhecimentos que permitem melhor abordagem tanto da etiologia como sobre a enfermidade (GOMES & MENDONÇA, 2002).

Conclusão

O fisioterapeuta é um profissional que trabalha com a reabilitação dos sujeitos e, sendo seu objeto de trabalho o ser humano, deve entendê-lo como ser concreto, que tem corpo próprio, que forma uma totalidade, tendo uma visão além da dicotomia proposta pelo modelo biomédico. Deve perceber que o sujeito com doença osteomuscular está inserido em um contexto social que influencia diretamente seu estado psíquico, espiritual, corporal e sociocultural. Para esses, a religiosidade, as relações sociais de apoio como a família e o convívio com outras pessoas apresentaram-se como fatores de influência positiva. E o fator econômico que tem relação com a escolaridade, o trabalho e o acesso aos serviços de saúde em contrapartida influenciaram negativamente.

O profissional da saúde, atento aos fatores sociais que influenciam na reação dos sujeitos frente à doença osteomuscular, pode auxiliar no processo de reabilitação amplo, elegendo a educação em saúde como forma de estimular a autonomia dos sujeitos sobre seu corpo, sua saúde e sua doença. A boa relação terapeuta-paciente facilita o conhecimento do profissional sobre a realidade dos indivíduos, podendo assim haver uma adequação das informações entre o fisioterapeuta e o sujeito a ser abordado.

Também é de competência do fisioterapeuta estimular a percepção do corpo e as capacidades funcionais que o indivíduo ainda possui, mesmo que este corpo tenha sofrido alterações no seu esquema. Nesse sentido os profissionais da reabilitação podem lançar mão do tratamento cinesioterapêutico, como forma de aguçar a percepção de um corpo que está no mundo e é fonte de possibilidades de vida e realização. Através deste trabalho pode-se minimizar a representação social negativa das deformidades e da obesidade, como no caso do uso contínuo da corticoterapia. É possível que desta forma o sujeito passe a ter uma percepção de seu corpo normal e entenda sua doença como uma experiência transformadora, encarando e reagindo de forma positiva aos percalços da vida.

Pode-se inferir que mesmo com o surgimento da doença como um acontecimento negativo na vida dos indivíduos as reações são seletivas. Dependem de um processo individual de lidar com dificuldades. Na reação negativa à doença osteomuscular os quadros característicos foram de irritação e depressão. Na reação positiva prevaleceu a aceitação do indivíduo de uma nova realidade com doença, demonstrada pela *autopoiese*, pela resignificação do sujeito, pela valorização de si mesmo e pela busca por saúde como sinônimo de dignidade.

Tendo em vista tais conclusões, o estudo em questão se propôs a explorar a singularidade da reação dos sujeitos às doenças osteomusculares e dar mais informações aos profissionais da fisioterapia que se dedicam ao tratamento dessas pessoas sobre os fatores sociais que influenciam. Assim, é possível ampliar o conhecimento dos fisioterapeutas e qualificar os serviços para a atenção integral dos sujeitos com doenças osteomusculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDLER, Richard & GRINDER, John *Ressignificando: programação neurolingüística e a transformação do significado*_São Paulo: Summus, 1986.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARVALHO, C. *et al.* Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões – *Cadernos de Saúde Pública* v.20 n.3 Rio de Janeiro maio/junho 2004.

CHADWICK, A. Osteoartrite in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

DAVID, C. & LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

DAVID, C. & WATERFIELD, J. A dor em reumatologia in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

EIZIRIK, C. *et al.* A velhice in EIZIRIK, C. *et al.* *O ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica* Porto Alegre: Artmed, 2001.

FALCETO, O . & WALDEMAR, J. O Ciclo Vital da Família in EIZIRIK, C. *et al.* *O ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica*_Porto Alegre: Artmed, 2001.

FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno in *Políticas do Corpo / organização Denise Bernuzzi de Sant'Anna* – São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FREITAS, Fernando *Rotinas em Ginecologia* Porto Alegre: Artmed, 4:ed., 2001.

FREUD, S. (1932 b). Nuevas lecciones introductorias – Lección XXXV. El problema de la concepción del universo (*Weltanschauung*). In: op. Cit., 1973.

GASTALDO, D. É a Educação em saúde “Saudável”? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder – *Revista Educação e Realidade* – 22(1):147-168 jan/jun.1997.

GOMES, R. & MENDONÇA, E. A . A Representação e a Experiência da Doença: Princípios para a pesquisa qualitativa em Saúde in *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método_/organização* Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes – Rio de Janeiro:Fiocruz, 2002.

HALL, E. Equipe multidisciplinar e educação do paciente in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

HASSELL, A. Tratamento farmacológico dos transtornos reumáticos in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

ISLABÃO, A . G. *et al.* Avaliação da demanda de pacientes atendidos no ambulatório de imunorreumatologia do Hospital Independência da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil – Canoas/RS _*Revista Brasileira de Reumatologia*_–V.42 – Supl 1 - setembro/2002.

KAUFFMAN, TL. e cols. *Manual De Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença* –2ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LARA, M.; ACEVEDO, M. & BERENZON, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres – *Cadernos de Saúde Pública* v. 20 n.3 Rio de Janeiro maio/junho 2004.

LEFÈVRE, F. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica* São Paulo: Cortez, 1991.

LIEBERMAN, A . & LIEBERMAN, M. Ajustamento Psicossocial à incapacidade Física in O’SULLIVAN, S. B. *Fisioterapia: avaliação e tratamento* São Paulo: Manole 2: ed, 1993.

LLOYD, J Artrite reumatóide in DAVID, C. e LLOYD, J. *Reumatologia para fisioterapeutas* São Paulo : Premier, 2001.

MATURANA, H. e VARELA, F. J. *De máquinas e seres vivos: autopoiese – a organização do vivo* Porto Alegre: Artes Médicas 3.: ed , 1997.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção* Rio de Janeiro: Livraria Freitas e Bastos, 1971.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 7; ed., 2000.

MINAYO, M. C. Saúde doença: uma concepção popular da etiologia *Caderno de Saúde Pública*;1988 nº 4.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social* Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. 10ª revisão.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) – Organização Panamericana de Saúde (OPAS): *Resolução CE 122.R9*, 1998. Saúde das Pessoas Idosas.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PIRES, D. & NOGUEIRA, V. Direito à saúde: um convite à reflexão – *Cadernos de Saúde Pública* v.20 n.3 Rio de Janeiro maio/junho 2004.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde* Rio de Janeiro: MEDSI, 5:ed 1999.

SANT'ANNA, D. B. Cuidados de si e embelezamento Feminino: Fragmentos para uma história do corpo no Brasil in *Políticas do Corpo* / organização Denise Bernuzzi de Sant'Anna – São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

ZAPATA, A . L. *et al.* Conceitos Populares acerca do “Reumatismo” – *Revista Brasileira de Reumatologia* - supl. 1 - setembro/2002.