



Mulheres com dor lombar crônica em um assentamento rural: desafios de um olhar contextualizado a partir de uma formação em Fisioterapia

Women with chronic lower back pain in a rural settlement: challenges of a contextualized view from a physical therapy training


Angela Quijano^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9893-9195>
E-mail: aquijano72@gmail.com

Adriane Vieira^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3846-0873>
E-mail: adriane.vieira@gmail.com

Ceres Victora^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9363-3883>
E-mail: ceresvictora@gmail.com

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança. Porto Alegre, RS, Brasil

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Antropologia. Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão sobre a necessidade de fisioterapeutas desenvolverem maior competência cultural, para uma abordagem ampliada da dor crônica. Para desenvolver esta reflexão, apresentamos inicialmente uma revisão sobre como modelos de corpo e dor diferem, a partir de uma formação que toma como referência o laboratório de anatomia e uma perspectiva antropológica. A partir do contraste entre essas perspectivas, analisamos três situações vivenciadas no trabalho de campo, durante o desenvolvimento de uma pesquisa junto a seis mulheres com dor lombar crônica em um contexto de assentamento rural. Essas situações nos permitiram discorrer sobre como as histórias de vida marcam as formas de percebermos nossos corpos, como a competência cultural pode ser relevante para o desenvolvimento da habilidade de escuta e da ação do profissional e como convívio e a ação coletiva entre as mulheres durante o trabalho em uma cooperativa pode contribuir para o enfrentamento da dor neste contexto rural. Concluímos que apreender de forma mais qualificada o contexto de vida de pacientes com dor lombar crônica ajuda a compreender os limites da formação em Fisioterapia, bem como repensar as necessidades e possibilidades de tratamento em diferentes contextos.

Palavras chaves: Dor; Dor Crônica; Fisioterapia; Competência Cultural; Antropologia do Corpo e da Saúde.

Correspondência

Angela Quijano
Rua Mariz e Barros 226. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP 90690-390

Abstract

The article presents a reflection of the need for physiotherapists to develop greater cultural competence for an expanded approach to chronic pain. To develop this reflection, we initially showed a review of how models of body and pain differ, from a training that takes the anatomy laboratory and an anthropological perspective as a reference. From the contrast of these perspectives, we analyzed three situations experienced in the fieldwork, while researching six women with chronic lower back pain in a context of a rural settlement. These situations allowed us to discuss how life trajectories mark the ways we perceive our bodies, how relevant is the cultural competence for the development of the professional's ability to listen and take action, and how conviviality and collective action between the women during work in a cooperative can contribute to coping with pain in this rural context. We conclude that having a more qualified apprehension of the way of life of patients with chronic back pain helps to understand the limits of physical therapy training and to rethink the needs and possibilities of treatment in different contexts.

Keywords: Pain; Chronic Pain; Physical Therapy; Cultural competency; Anthropology of the Body and the Health.

Introdução

Assim Lídia começa me contando, na sala de sua casa, sobre a sua trajetória de vida. A casa é espaçosa, confortável, sem luxos e com um canteiro de rosas na porta de entrada, que Lídia conta que são de seu marido. Sempre com um chimarrão na mão impecável, sem uma folha de erva fora do lugar, me recebe em sua casa para me contar de forma doce e tranqüila a história de uma vida dura, mas que se orgulha muito. (Lidia, 46)

Esta descrição, registrada no diário de campo da pesquisa¹ desenvolvida junto a seis mulheres em um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, retrata um pouco do deslocamento do olhar de uma fisioterapeuta ao longo de um trabalho de campo prolongado e em profundidade sobre o fenômeno de dor crônica. Foi o contato com esse espaço pouco usual à Fisioterapia que trouxe perspectivas distintas das que vivenciam o fisioterapeuta em um ambiente clínico, seja ele ambulatorial ou hospitalar, que nos motivou a colocar em cena questões relacionadas à integralidade no cuidado e a necessidade de uma assistência à saúde abrangente, articulada com outras áreas do conhecimento e conectada à realidade. Isso porque, como pretendemos explicitar ao longo deste artigo, a dor crônica, embora esteja presente no cotidiano e perpassa todas as atividades das pessoas que com ela tem que se confrontar, é um aspecto, dentre outros, que compõem a sua experiência. Uma dor que, no caso das mulheres participantes da presente pesquisa, entrelaça-se ao trabalho para manter a vida e ao orgulho das conquistas cotidianas, como relatado no diário de campo e, dessa forma, desafia o olhar do profissional da Fisioterapia. Embora a discussão sobre cuidados em saúde esteja representada em algumas publicações da área, é importante reconhecer que ela ainda é minoritária quando comparada com a literatura embasada na biomecânica e biomédica.

¹ A experiência da dor lombar crônica em mulheres do assentamento rural “Filhos de Sepé” pesquisa aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o parecer de Nº 050810/2015

Alguns autores (Damasceno; Silva, 2018) têm argumentado sobre a primordialidade de se desenvolver estratégias de cuidado em saúde que sejam organizadas em torno das necessidades do sujeito, que considerem suas crenças e que sejam sensíveis às situações particulares de vida, propondo uma maior aproximação dos profissionais das dimensões filosófica, subjetiva, social e antropológica do corpo. Essa maneira de pensar o cuidado tem sido discutida principalmente no contexto da atenção básica, espaço onde se tem investido em novas formas de atuação para problemas de saúde multidimensionais e de baixa complexidade, como as dores musculoesqueléticas crônicas (Mata et al., 2011). O fato de o fisioterapeuta ter historicamente pouca inserção na Atenção Básica pode ser um dos motivos que dificulta, tanto na formação quanto na prática profissional, a incorporação de uma visão ampliada de saúde e de integralidade do cuidado na abordagem da dor crônica (Fernandes et al., 2022). Entretanto, como sugerem Baena e Soares (2011), o contexto de subjetividades em que se dá o cuidado, o diálogo como seu fundamento em qualquer esfera e a recusa ao reducionismo são características relacionadas à boa prática do profissional de saúde, independentemente dos saberes que compõem seu núcleo de formação e o nível de atenção em que se dá o cuidado em saúde.

Joseph R. Betancourt et al. (2016) consideram que, sem desenvolvermos uma “competência cultural”², dificilmente compreenderemos como questões sociais e culturais influenciam crenças e comportamentos em saúde e nos tornaremos insensíveis a sua contextualização nos cuidados e nas práticas terapêuticas. A ação sobre o corpo é o objeto central de estudo e de intervenção da Fisioterapia e, apesar de reconhecer o modelo biopsicossocial como relevante para sua prática, ainda pensa sua ação deixando de fora os aspectos culturais, sociopolíticos e outras esferas da vida envolvidas na corporeidade, limitando, portanto, a compreensão do processo saúde e doença (Mescouto et al., 2020). Na ausência

de uma competência cultural, tomamos decisões e prescrevemos terapêuticas considerando apenas saberes advindos de perspectivas universalistas, estando pouco atentos a pessoa e a sua experiência de vida e de adoecimento, elementos cruciais para um cuidado integral (Helman, 2003). Portanto, torna-se relevante pensarmos como interagem as competências técnica e cultural no cuidado em saúde.

Este artigo, escrito a seis mãos, por duas fisioterapeutas e uma antropóloga, traz algumas das reflexões decorrentes da pesquisa da primeira autora deste artigo - mulher branca, de classe média e fisioterapeuta - que, após trabalhar 15 anos em um centro de reabilitação de Saúde do Trabalhador da indústria, se interessou em investigar como mulheres de um assentamento rural com dores crônicas na coluna lombar entendiam seus corpos e suas dores, e quais estratégias eram utilizadas para lidar com elas. O projeto teve início a partir da convivência da primeira autora junto à comunidade de assentamento rural, em um projeto de extensão universitária voltado à leitura para crianças. Nessa convivência, mesmo que não atuando como fisioterapeuta, surgiram elementos relacionados à escassez de recursos em saúde e as dificuldades enfrentadas em relação a dores crônicas, em especial na região lombar da coluna vertebral, que despertaram o interesse em desenvolver um estudo de campo a partir de uma perspectiva da antropologia do corpo e da saúde. Essa escolha mostrou-se já de início bastante desafiadora, tendo em vista que convidava a olhar o fenômeno estudado com lentes bastante distintas daquelas que acompanham a formação e trajetória profissional de uma fisioterapeuta. Sendo assim, durante o trabalho de campo, mais do que se imaginou ao construir o projeto, diversas situações geraram estranhamentos, levando a reflexões sobre como a formação em Fisioterapia delimita a atuação em saúde.

A pesquisa, de abordagem qualitativa e de orientação etnográfica, contou com a colaboração de seis mulheres com quadro de dor lombar

2 A competência cultural em saúde implica na capacidade de compreensão da importância das influências sociais e culturais nas crenças e comportamentos em saúde dos pacientes; é primordial perceber como esses fatores interagem com os vários níveis de cuidados em saúde e, portanto, se faz necessário planejar intervenções que levem essas questões em consideração, que sejam adaptadas à realidade e incorporem as necessidades culturais das diferentes populações. (Betancourt et al., 2016)

crônica e idades que variavam entre 43 e 67 anos. Elas trabalhavam na Cooperativa de produção de panifícios e processamento de legumes do assentamento rural Filhos de Sepé, localizado no município de Viamão, próximo à área urbana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Para preservar a identidade das participantes, utilizamos nomes fictícios ao citá-las neste artigo. O assentamento era dividido em quatro setores residenciais e as mulheres que participaram do estudo residiam no setor onde foi alocada a Cooperativa. O objetivo foi compreender como as mulheres com dor lombar crônica que ali viviam e trabalhavam experienciavam essa condição, entender como identificavam e significavam as causas, o tempo de dor, as terapêuticas utilizadas e como a prática fisioterapêutica poderia contribuir nesse contexto. O período de coleta de dados durou um ano, sendo realizadas visitas semanais a Cooperativa e três entrevistas com cada uma das participantes. As entrevistas, gravadas e transcritas na íntegra, foram combinadas com a técnica de narrativa de mapas corporais (Quijano, 2016).

No convívio, percebeu-se que as participantes tinham uma trajetória de vida na qual o trabalho penoso na lavoura, as dificuldades financeiras e o esforço excessivo do uso do corpo foram muito presentes desde a infância. Estudaram pouco e casaram-se ainda jovens. Cinco das mulheres do estudo participaram ativamente do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), estas viveram por meses ou anos em acampamentos, em barracas de lona, antes da posse definitiva de terra. A vida no acampamento era dura, segundo seus relatos, foram várias ocupações, mudanças constantes, caminhadas longas e trabalho em fazendas para receber pouco dinheiro. Enfrentar o frio, o medo de viver na beira da estrada e a comida racionada faziam parte do seu cotidiano, sendo o sentimento de compartilhamento de uma mesma luta e a proximidade das barracas, o que amenizava as dificuldades. Assim viveram, até serem sorteadas e irem para a terra que hoje se chama assentamento “Filhos de Sepé”.

Em 1998, após diversas avaliações, a área onde hoje está o assentamento foi considerada para fins de reforma agrária e foi criado o Projeto Assentamento Viamão. Logo em seguida, 376 famílias sorteadas

ainda nos acampamentos começaram a chegar ao local, uma área de 9.450 hectares que foi organizada em quatro setores residenciais, sendo o assentamento batizado de “Filhos de Sepé”.

A chegada ao assentamento foi considerada como um passo à frente no processo de luta, à consumação do acesso à posse da terra, um momento marcante, de muita felicidade, mas, ao mesmo tempo, de muitas “faltas” para as mulheres e suas famílias - falta de moradia, falta de luz elétrica, falta de água, além da impossibilidade de cultivo da terra num primeiro momento, já que o solo era arenoso, havia pouca vegetação e, para o plantio, era necessário melhorar as condições da terra.

Diante da impossibilidade de plantar na terra cedida, naquele momento, foram buscar outras frentes de trabalho nas redondezas do assentamento e até na zona urbana. Não tiveram escolha e enfrentaram situações de trabalho fatigantes novamente, longas jornadas e distâncias intermináveis percorridas a pé. Essa situação perdurou por aproximadamente dois anos, até que o solo pudesse ser adubado e os lotes demarcados e legalizados pelo INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária).

Nesse momento as coisas começam a mudar e o sustento das mulheres e de suas famílias passou a ser baseado no que produziam no lote. Algumas famílias dedicaram-se ao plantio do arroz e outras a pecuária, mas as participantes deste estudo, predominantemente, dedicavam-se ao plantio no lote onde residiam, tanto para o autossustento quanto para vender. Além disso, dedicavam-se à criação de gado em pequena escala para produção de leite e queijos.

Atualmente, no assentamento, as casas ficam próximas à Cooperativa e têm acesso por ruas de terra, são, na sua maioria, de alvenaria e estão bastante próximas umas das outras. Os lotes são grandes e alguns de difícil acesso, principalmente no clima seco, quando o solo se torna arenoso. Próximo dali, também existe um local onde são desenvolvidas as atividades de lazer, como futebol, bocha, carreado, aulas de dança que acontecem esporadicamente e outras atividades programadas.

O parentesco é um assunto que perpassa as conversas no assentamento “Filhos de Sepé”.

Como eles mesmos dizem: “Nós tudo é parente”. Jurema vive ao lado dos três filhos, sendo que cada um tem seu lote e sua casa. Lídia também tem sua cunhada e seus filhos que moram próximos. Elis é vizinha de Rose, que é também sua cunhada, e tem seus pais e irmãos que moram no lote de trás de suas casas. Rose tem filhas que se casaram e construíram suas próprias casas. Célia tem uma sobrinha, um filho e um genro que moram ao seu redor. Ana, como chegou depois, vive com a filha e o marido na mesma casa. Portanto, na Agrovila vivem vários membros de uma mesma família. A rede de parentesco que se forma no assentamento significa a possibilidade de manter a família e os laços de parentesco unidos, já que muitas vezes estiveram dispersos. É onde a relação de reciprocidade se fortalece, seja no cuidado compartilhado das crianças, na troca de produtos, na oferta de alimentos, na preocupação com a saúde do outro ou na ajuda mútua. Essa forma de viver em grupo transmite segurança, apoio, mas, mais do que isso, é a única possibilidade de conquistas.

Um dos resultados do trabalho de campo foi o reconhecimento de situações que nos convidam a refletir sobre a (in)competência de um saber biomédico e dominante no campo da Fisioterapia, para pensar o corpo a partir dos contextos e experiências de vida. Apresentamos inicialmente uma reflexão de como corpo e dor podem ser apreendidos distintamente, a partir do laboratório de anatomia e da experiência cotidiana. Posteriormente, apresentamos algumas situações no convívio com as mulheres que, do ponto de partida da formação em Fisioterapia, causaram estranhamento, deslocando e desafiando a pensar diferentemente. Nosso objetivo neste artigo foi trazer um olhar mais contextualizado sobre a experiência da dor crônica de mulheres de um assentamento rural, que amplie nosso entendimento sobre corpo, dor crônica e saúde em diferentes contextos de vida.

Modelos de corpo e dor a partir do laboratório de anatomia

O primeiro contato do fisioterapeuta, enquanto estudante, com o corpo humano, se dá a partir da manipulação de um cadáver, corpo anteriormente vivo e pertencente ao domínio das pessoas, que é explorado

como um objeto, despersonalizado e universal, permitindo ao estudante esmiuçar seus detalhes estruturais (Neves, 2016). Esta apropriação do corpo como um objeto sem nome, sem pele e inerte em uma maca no laboratório de anatomia de instituições de ensino superior, permanece como um fio condutor durante toda a formação, mesmo que permeado por momentos em que se salienta a necessidade de “ver a pessoa como um todo”.

De forma semelhante, a dor é percebida como um evento fisiológico, um sintoma que deve ser justificado, esclarecido e localizado nesse corpo anatômico. Persiste a necessidade de estabelecer a relação entre sinais, sintomas e a condição patológica, por ser este o percurso para legitimar a dor como um processo de adoecimento. O modelo biomédico hegemônico na formação do fisioterapeuta, assim como em outras áreas da saúde, oferece, a partir de uma visão mecanicista e dualista da racionalidade científica, abordagens reconhecidas na elaboração de métodos de alívio do sofrimento e tratamentos de diversas formas de dor e mal-estar (Victoria, 2011; Luz et al., 2019). Tais habilidades ainda são muito valorizadas por grande parte dos profissionais da saúde e da sociedade ocidental, porém, trazem prejuízos ou mesmo impossibilitam o reconhecimento de outras alternativas, isto é, de outras teorias e conceitos adversos ao reducionismo da clínica anatomopatológica e da fisiologia mecânica (Luz et al., 2019).

O saber terapêutico permaneceu centrado no combate e controle das moléstias, afastando-se do paciente e de sua vida, tornando-se gradativamente padronizado, num processo de “apagamento e desindividualização da ação biomédica em relação aos sujeitos reais [...] vistos cada vez mais como unidades homogêneas” (Tesser; Luz, 2008, p. 200). Essa perspectiva de entendimento, voltado apenas para o aspecto estrutural do corpo e da dor, apesar de questionado, principalmente quando se está lidando com dor crônica (Engel, 1977), ainda predomina na abordagem clínica.

A Fisioterapia, desde seu surgimento, tem demonstrado pouco interesse por outras perspectivas teóricas sobre corpo e saúde, reforçando um olhar sobre o corpo como elemento neutro, despersonalizado e, portanto, facilmente apreendido

e tratado como universal. Esse entendimento também sustenta a presunção de sermos capazes de definir o que é normal ou anormal, assim como de deliberar certas prescrições comuns a todos, mesmo que totalmente descontextualizadas. Nicholls e Gibson (2010), entretanto, reforçam que essas ações estão em desacordo com uma perspectiva social do corpo, que valoriza a diversidade, a inclusão e a compreensão da necessidade de revermos nossos conceitos de normalidade. Estes autores relatam, ainda, que as ciências sociais criticam as disciplinas biomédicas por sua resistência em ir além dos limites do corpo biológico, e que a Fisioterapia, como profissão alinhada à medicina e com sua forte afinidade com o corpo físico, precisa engajar-se nessa discussão.

Mesmo o modelo biopsicossocial, recomendado em estudos controlados de tratamento da dor lombar crônica (Schmidt, 2021), tem sido questionado e, de certa forma, criticado. Mescouto et al. (2020), por exemplo, questionam a forma como fisioterapeutas se apropriam desse modelo, tanto nas pesquisas quanto na prática, ao considerar que, apesar da tentativa de integrar essas diferentes dimensões no entendimento do processo da dor crônica, mantém como central a perspectiva biomédica e o paradigma positivista. Sendo assim, o resultado acaba sendo a manutenção de uma prática reducionista, que, além de fragmentar o paciente nesses três aspectos, encontra dificuldade de adentrar na complexidade da condição de dor crônica (Mescouto et al., 2020). Apesar das discussões sobre um modelo mais abrangente e mais humanizado, observa-se que continuam sendo priorizadas na sociedade a etiologia biologicista, a lógica fragmentada de saúde e o “caráter impositivo e normatizador da visão positivista de ciência” (Traverso-Yépez, 2001, p. 53), ignorando a magnitude de outras esferas da vida como mediadores dos processos saúde e doença (Lima; Trad, 2007; Traverso-Yépez, 2001)

Corpo e dor a partir do que está em jogo

A contextualização do corpo, a partir de um olhar da antropologia, é muito distinto daquele que apreendemos no laboratório de anatomia,

às vezes quase um alienígena para quem focou sua formação em livros que versam sobre anatomia, fisiologia e patologia. Somos treinados a fragmentar a experiência como um fenômeno físico ou mental, biológico ou psicossocial (Uchôa; Vidal, 1994), sem perceber sua característica multidimensional, em que fatores biológicos, ambientais, históricos, culturais, e até mesmo o papel de cada um na sociedade está imbricado. Esta forma de compreender o corpo, estimulada durante a formação do fisioterapeuta, dificulta pensar que as experiências de dor são permeadas por interconexões de várias esferas da vida.

Ao assumir a multidimensionalidade da experiência, precisamos aceitá-la como um campo indeterminado de interpretações, que vai constituindo-se lenta e continuamente a partir das vivências em um dado contexto. Portanto, estar atento à experiência do sujeito significa reconhecer “o que está em jogo” no cotidiano, entender como as experiências da vida vão produzindo significados e imprimindo marcas no corpo. Tais experiências precisam também ser entendidas na sua intersubjetividade, tendo em vista que se dão nas transações sociais em mundos morais e locais, sendo permeadas por categorias culturais e estruturas sociais que sustentam o entendimento e as percepções do corpo, assim como as situações de adoecimento (Kleinman; Kleinman, 1995).

Pensar a dor como uma experiência na vida, mais do que como um dado fisiológico, possibilita ao profissional da saúde romper dicotomias (saúde/doença, corpo/mente) e criar espaço para outras formas de compreensão e de atuação. Conforme propõe Csordas (2008), tendo por base os trabalhos de Merleau-Ponty sobre corpo e percepção e o de Pierre Bourdieu sobre *habitus*, a atenção dada às experiências do corpo, no sentido de como o valorizam e apreendem suas sensações, difere entre distintos contextos culturais. Portanto, a forma como o sujeito e seus pares relacionam-se com as experiências de dor, já que é um fenômeno intersubjetivo, pode ter repercussões e formas de expressão distintas em diferentes comunidades e momentos históricos.

Merleau-Ponty argumenta que é a partir do corpo que temos acesso ao mundo, já que ele é nosso meio de estar no mundo. Fala da simultaneidade de existirmos como corpo subjetivo e corpo

objeto, assim, não desprezando a biologia, mas discordando do modelo Cartesiano que o pensa separado da subjetividade (Merleau-Ponty, 1999; Thornquist, 2001a). Pierre Bourdieu, da mesma forma, busca a ruptura das dicotomias, a partir de seu entendimento sobre *Habitus* (Wacquant, 2007); considera, também, que nossa apreensão do mundo é o resultado de aprendizagens e de disposições que incorporamos sem ter consciência. Essa apreensão do mundo, que se manifesta em nossas práticas e formas de expressão são, portanto, compartilhadas nos distintos usos do corpo na vida cotidiana e em diferentes grupos sociais. As formas de ação diante da condição crônica, da mesma forma, dependerão de uma incorporação de um *Habitus* que abarca toda uma visão de mundo em um determinado contexto sociocultural, repercutindo, então, nas suas estratégias de enfrentamento, na expressão da dor ou mesmo no entendimento de conceitos como o de saúde e doença.

Todas essas interpretações de corpo/dor/mundo nos revelam diferentes possibilidades e o quanto a formação profissional do fisioterapeuta ainda estabelece padrões dicotômicos, baseados em ideais de um contexto urbano, classe média, branca e que busca padronizar as práticas, desconsiderando a experiência daquele que procura seus serviços. A capacidade do fisioterapeuta em reflexionar sobre diferentes perspectivas, desenvolvendo competências distintas na sua prática e, por conseguinte, sendo capaz de perceber o corpo desde a ótica da pessoa, romper com as dicotomias, adaptar-se a diversidade, valorizar a trajetória de vida, as crenças, as relações e as emoções, contribuiria no processo de desenvolvimento da competência cultural e abriria um caminho para uma prática contextualizada, realista e conectada ao cotidiano do paciente (Thornquist, 2001a).

Pesquisando dores, mulheres e vidas

A convivência com as mulheres do assentamento rural com dor lombar crônica gerou muitas surpresas. A experiência de vários anos em um ambiente clínico de média complexidade, tratando pacientes com dores crônicas com aparelhos, exercícios e recursos terapêuticos manuais, sem

conhecer muito sobre suas percepções e trajetórias de vida, deram a falsa impressão de que indo a campo as respostas seriam tão fáceis e objetivas como pareciam ser nas anamneses estruturadas. Entretanto, neste contexto, ao propiciar um espaço de escuta das suas histórias, o que surgiu nas narrativas das participantes foi um mosaico de dores que não cabiam em suas estruturas anatômicas, eram dores da vida. Por mais que soubessem que a pesquisadora era fisioterapeuta, que o estudo era voltado para um melhor entendimento sobre suas vivências com a dor lombar crônica, não era esse o tema trazido em suas falas. Ao serem questionadas, por exemplo, sobre suas experiências corporais, nada foi dito sobre a dor física, seus anseios eram o de falar sobre os silêncios do corpo feminino, seus registros rememoravam a importância dada ao corpo que produzia, que estava disponível para cumprir os papéis de procriar, cuidar da casa e do quanto isso gerou sofrimento e dor. A necessidade de compartilhar as dores da vida era mais urgente do que falar sobre a dor física na “região lombar”, tema traçado como objetivo da pesquisa.

Ahh, era assim, a criança ia crescendo, eles não se preocupava em fala sobre o corpo dela, mas, assim, principalmente as meninas, a preocupação não era ensinar elas a tipo...do que acontece que fica mocinha que depois vai ter relação sexual, tudo assim não era. O que que era a preocupação: a menina ia crescendo 'ah tu tem que aprender a fazer pão, tu tem que aprender lava roupa, tu tem que aprender a fazer isso, fazer aquilo. Mas o mais importante nunca se preocuparam. (Lídia, 46)

Lídia entende que falar sobre a experiência do corpo é falar sobre os papéis da mulher nesse contexto rural, não sobre as dores ou o sofrimento físico. A dor do corpo parece vinculada ao que foi inevitável em suas vidas para subsistir e, portanto, a experiência de dor parece que, até então, não tinha sido matéria de reflexão. A pesquisadora pressupunha, enquanto fisioterapeuta, que os impedimentos gerados pela dor física teriam um papel central na fala dessas mulheres, sentindo-se surpresa por não obter as respostas que esperava, revelando uma realidade bastante distinta daquela

idealizada a partir dos artigos e livros de formação profissional. A sensação não era como se quisessem calar sobre a dor, já que ela estava presente no seu cotidiano, mas aparecia de forma difusa, confusa e em segundo plano nas narrativas.

Durante o trabalho de campo, ficou claro que elas não problematizavam o cuidado do corpo, a fim de prevenir, tratar ou administrar a dor física de forma racional como delimitada na formação profissional. O desconforto corporal era percebido como parte do processo da vida, que todo trabalhador vai vivenciar e, portanto, não era questionado por elas, pela família e pelo entorno. Apesar de associarem o quadro de dor crônica ao trabalho pesado que lhes acompanhou desde a infância, não o contestavam, como o faziam ao relatar os eventos da vida relacionados a sua condição de mulher, como a gravidez ou o casamento precoce, os quais já haviam conversado entre elas e consideravam ter sido possível vivenciar diferentemente. Nesse sentido, nos questionamos se: no ambiente clínico, haveria espaço para esses relatos? Como os profissionais acolhem as narrativas que se afastam do problema da “dor física”? Como constituir um cuidado quando a percepção e preocupações com o corpo são tão distintas entre o profissional e a pessoa que busca uma solução para seu problema? Como o profissional lida com pessoas que, ao serem questionadas, não conseguem ser claras e delimitar suas queixas? Como acessar essa dor que parece ficar em segundo plano, ela existe da mesma forma para a pessoa e para o fisioterapeuta? Será possível para o fisioterapeuta acessar esse mosaico de dores com uma formação que não está atenta a diferentes possibilidades de expressão e percepções do corpo?

Esse processo pouco usual para uma fisioterapeuta, de olhar para contextos distintos de vida, originou muitos questionamentos sobre as consequências de uma afiliação ao modelo dominante, que se reflete em uma visão dicotômica do corpo e da dor. Isso em parte justifica a dificuldade de se dar conta de que, apesar da proximidade temporal e espacial, havia um abismo entre as visões de corpo das participantes da pesquisa que cresceram no meio rural, trabalharam desde criança e estiveram à frente de um movimento por direito a terra, quando comparadas às da pesquisadora

formada em Fisioterapia, mulher urbana e de classe média. Neste contexto cultural, o corpo tem sido constituído como elemento que requer atenção e cuidado, minimiza esforços desnecessários, dispõe de padrões de uma estética feminina rigorosa, tem direito a licença saúde e passa por procedimentos terapêuticos diante de condições adversas e que, portanto, busca e valoriza um modelo idealizado de corpo saudável. Realidade que não se mostrou semelhante às compartilhadas pelas mulheres durante o trabalho de campo.

A reflexão sobre esses aspectos da formação e de distintas condições de vida é pertinente e estiveram muito presentes neste estudo, principalmente porque revelaram a dificuldade de percebermos, em diversas situações durante o convívio com as mulheres, peculiaridades da experiência do corpo e da dor, em um contexto de luta pelo direito à terra e de assentamento rural. As narrativas, como sugerem Kleinman e Kleinman (1995), retratavam experiências como produtos da cultura e dos arranjos sociais e suas convicções. Mundos onde se revelam os compromissos pessoais e coletivos dessas mulheres em relação ao que é importante, portanto a essência moral (valores) do fluxo da experiência social. Então, interpretar a experiência do corpo, em qualquer circunstância, passa por considerar o cotidiano, apreender o que é relevante e o que é possível. Para elas, as marcas no corpo relacionadas às questões de gênero e do papel da mulher são temas mais relevantes do que o histórico da dor física. Diante da diversidade, é preciso ser capaz de reter a “complexidade, a incerteza e a ordinariedade do mundo da experiência” (Kleinman; Kleinman, 1995, p. 275). Logo, a experiência não pode ser entendida como universal. Apesar de plural, ela também é única.

Outra situação que nos chamou a atenção foi a aproximação de uma das mulheres durante a presença da pesquisadora no assentamento, conforme este episódio registrado no diário de campo:

Um dia ao chegar ao assentamento ela veio em minha direção, calçando um chinelo de dedos Hawaianas, me contar sobre a dor que sentia nos pés. Descrevia uma sensação de queimação na região do calcâneo, dor matinal, que se fossemos pensar desde uma perspectiva biomédica parecia

ser o que chamamos de fasceíte plantar. Falei imediatamente sobre a importância do calçado, da possibilidade de uso de palmilhas, do repouso e durante um tempo mantive a fala. Ela me olhava como se não estivesse me escutando. O olhar vazio. Ao final daquela fala “fisioterapêutica”, ela simplesmente não me perguntou nada e voltou a trabalhar. Percebi que aquilo não tinha sentido desde a perspectiva dela. Imaginei o que ela estaria pensando diante daquele discurso “absurdo”: ‘Como assim usar palmilhas? Andei descalça quase toda minha vida! Aqui ninguém usa sapato fechado!’

As práticas de cuidado ofertadas de forma quase que automática neste evento nos levaram a refletir mais uma vez sobre a falta de competência cultural na escuta e na ação do profissional. Questionamos sobre quantas vezes prescrições e intervenções, pautadas apenas nos princípios da biomedicina, são apresentadas como soluções desconectadas da realidade. A escuta neste episódio não foi qualificada, abrangente e com o tempo necessário para uma maior compreensão. Essas ações, que ignoram outras esferas da vida e desconsideram o princípio da integralidade, se constituem em práticas fragmentadas e restritas que possivelmente terão poucas respostas quanto às demandas de tratamento e alívio de condições dolorosas. Além disso, corre-se o risco, na ânsia da imposição de prescrições que desconsideram a realidade, de retirar algum possível fator de proteção ou não o identificar.

Essa perspectiva reducionista e intervencionista coloca o corpo como um objeto passivo e impessoal, portanto, conveniente ao escrutínio do profissional de saúde (Thornquist, 2001b) que se posiciona hierarquicamente de forma assimétrica em relação ao sujeito. O fisioterapeuta, em muitas situações como esta, interpreta quase que automaticamente a informação de acordo com as suas referências, as quais transitam pela ótica da estrutura dominante. Então, nesse contexto, o corpo do sujeito não é percebido como uma fonte de experiência de si mesmo, sendo despojado de seus significados e de sua realidade. Nessa perspectiva, o “poder” de estabelecer o que é relevante e qual mundo prevalecerá na prática, durante a adoção de estratégias terapêuticas, é compreendido como sendo um atributo do profissional (Thornquist, 2001b).

Da mesma forma, devemos nos perguntar se estratégias terapêuticas, pautadas na prática baseada em evidência (PBE), são pertinentes e facilmente aplicáveis no contexto de vida e *habitus* de um “corpo rural”. Podemos desconsiderar as experiências, prioridades, significados, e mesmo as estratégias que foram desenvolvidas com o passar dos anos para o enfrentamento das adversidades? Como contemplar a competência cultural, tão necessária nesse cenário, numa formação focada na prática baseada em evidências, expressa em estatísticas advindas de cenários controlados e em contextos clínicos, os quais são, na maioria das vezes, urbanos? A Antropologia médica (Kleinman; Eisenberg; Good, 1978) e a Fenomenologia (Goldenberg, 2006) desafiam a PBE, buscando contrastar conceitos como “*illness*” - a perturbação na perspectiva do paciente - e “*disease*” - a doença na perspectiva do médico -, para dar conta das várias formas de adoecer (Helman, 2003). As doenças e o sofrimento não são entidades universais, são culturalmente específicas, portanto o adoecer e o sofrer são experienciados distintamente em diferentes sociedades, culturas e tempos (Victora, 2011).

Goldenberg (2006) afirma que a experiência do adoecimento (*illness*) também oferece uma fonte legítima de conhecimento para os profissionais da saúde. Uma abordagem da doença (*disease*), assim como do adoecimento (*illness*), que perturba a capacidade do sujeito de se relacionar e agir no mundo, traria, segundo Goldenberg (2006), uma compreensão muito mais profunda da evidência científica e talvez até um novo método científico. Portanto, o fisioterapeuta necessita exercitar outros modos de responder ao adoecimento e ter em mente que o cuidado da vida vai além de objetivas prescrições terapêuticas para uma limitação do corpo físico.

Outra experiência no campo que gerou questionamentos foi o entendimento de que a principal estratégia de enfrentamento para lidar com a dor naquele contexto, para além dos medicamentos, não eram os exercícios de alongamento, o banho quente, os tratamentos fisioterapêuticos aos quais algumas das participantes tiveram acesso. Mesmo que tenham relatado tais experiências de corpo, essas atividades não pareciam ser valorizadas e não eram levadas adiante, seja pela dificuldade de acesso, quando eram longe do assentamento, ou

pelo desinteresse da comunidade em investir nas práticas ofertadas (Quijano, 2016). As narrativas produzidas pelas mulheres e a convivência com elas no assentamento nos permitiram compreender como o trabalho na Cooperativa ocupava um espaço importante em suas vidas, passando a ser uma das principais estratégias, quando não a única, de enfrentamento da dor, como relatam Lídia e Jurema:

[...] mas só que eu ainda prefiro assim oh, conviver com a dor e saber que nem que se eu tomar um remédio, mas que eu levantar de manhã e eu posso caminhar, eu possa ir lá na, na cooperativa também, trabalhar, coordenar ali né. Então tu vive com a dor, mas ainda você consegue se movimentar, você consegue trabalhar, né. (Lídia, 46)

Mas nós que tamo acostumada, a gente que acostumo a trabalhar no pesado desde pequeno, para mim aquilo ali é moleza. É o único serviço que eu posso fazer, além de fazer o meu serviço em casa e tal. (Jurema, 62)

O trabalho é viável e é fonte de esquecimento dos desconfortos tão presentes no cotidiano dessas mulheres. Essa perspectiva positiva em relação à atividade laboral se baseia também nas observações registradas no diário de campo. Nesse contexto compartilhado da Cooperativa, há muitas conversas e risadas, o encontro retrata que as trabalhadoras não são apenas vizinhas, compartilham uma história que gera laços de amizade e até mesmo de parentesco. Forma-se uma rede que as fortalece e permite que lidem com a dor com mais leveza ou até mesmo deixando-a como pano de fundo. Portanto, durante esses encontros com as mulheres durante o trabalho, não foi identificado em nenhum momento algo que expressasse ou fizesse referência à dor. O que se observa é que o trabalho, mesmo envolvendo uma grande demanda física na perspectiva da pesquisadora, mostra-se fácil na sua execução e, portanto, parece ser uma estratégia de alívio: “[...] depois que eu tô, que tô lá dentro trabalhando, eu esqueço [...] é uma terapia o trabalho. Eu não posso pegar assim trabalho pesado”. (Jurema, 62)

O trabalho na Cooperativa não pareceu ser concebido como nefasto, pelo contrário, foi apresentado como o espaço capaz de “suspender” a dor, o motivador, o que protege a identidade e a

autoestima, na verdade o que as faz sentirem-se saudáveis. Como propõem Nicholls et al. (2016), as conexões positivas que vão se estabelecendo entre os sujeitos e seu meio contribuem para dar sentido à existência, gerar sentimentos de pertencimento, desviar o foco de atenção do sofrimento, podendo, portanto, ser entendidos como elementos importantes de proteção da saúde.

Muito diferente, entretanto, são as falas sobre a dor no espaço privado, ao chegarem em casa, como relatam Lídia e Jurema:

Porque o tempo que eu tô trabalhando, eu tô andando de um lado pá outro, né. O corpo ta quente e quando eu chego em casa, eu sento que daí vá....eu vô descansar, o corpo vai descansando, vai relaxando, daí que inicia as dor. (Lídia, 46)

Mas daí quando eu paro, ai meu Deus, me dói tudo, tudo, tudo. Não tem o que não me dói. Porque daí eu venho embora e penso vou me espichar no sofá, descansar, trabalhei bastante. É ao contrário, não posso parar. Aí começa a sentir tudo, tudo. (Jurema, 62)

Essa vivência nos faz questionar se, ante certas condições crônicas, a melhor alternativa é recomendar o total afastamento de atividades laborais, principalmente em contextos em que não há uma proteção trabalhista. Pode ser problemático desconsiderar, em certos contextos, o papel “protetor” que as interações e o vínculo a uma atividade produtiva pode exercer na preservação da identidade e na autoestima de quem depende dessa renda para sobreviver ou concebe o trabalho como sua maior referência. A relação de trabalho e dor, a partir da formação do fisioterapeuta, nos direciona a determinação do nexo entre esses dois elementos, no qual o trabalho é visto como uma das principais causas de agravos à saúde (Cargnin et al., 2019), justificando o afastamento para a redução da dor ou da incapacidade física. A partir das narrativas nos perguntamos quais os elementos que fazem o trabalho ser compreendido como um fator protetor neste contexto, e qual seria o efeito de se interromper a atividade laboral e isolar o sujeito para amenizar o desconforto gerado pela dor.

Isso porque a dor não parece assumir a centralidade da experiência quando as mulheres se envolvem com

questões relacionadas ao trabalho, ao cotidiano da comunidade e às atividades coletivas. Ficamos nos perguntando se isso poderia significar uma resistência em demonstrar fraqueza perante o grupo em um contexto de valorização de corpos fortes para o trabalho; ou se, como sugerimos anteriormente, o envolvimento com outras dimensões da vida ocasiona, de fato, um tipo de suspensão da dor.

Considerações finais

Neste artigo, retratamos alguns exemplos dentre tantos que nos levaram a reconhecer a importância de ir a campo e desenvolver a capacidade de observar e ouvir mais do que simplesmente prescrever. Quanto menos conhecemos do contexto de vida do sujeito, mais necessária nos parece essa abertura, para que se crie espaço para a perspectiva do outro e se desenvolva a competência cultural. Olhando retrospectivamente para o projeto de pesquisa desenvolvido, percebemos que a nossa expectativa, num primeiro momento, ao refletir sobre possíveis intervenções para as mulheres, era de que precisávamos dar uma solução para aquela dor física tão prevalente naquele contexto. Buscávamos a “normalização” (Nicholls et al., 2016), princípio fundamentado no paradigma interpretativo dominante, desenvolvido na formação e ao longo da profissão e que diferencia o que está de acordo com as normas socialmente definidas de normalidade daqueles que precisam ser curados, medicados ou reabilitados. Para tal, pensamos em desenvolver atividades que são familiares ao fisioterapeuta como reeducação postural e mudanças ergonômicas. Entretanto, na convivência e nas entrevistas, compreendemos que essas recomendações não pareciam dialogar com suas demandas e suas trajetórias vida, havia um descompasso entre as nossas proposições e a realidade de vida dessas mulheres.

Entre as possibilidades que tem surgido no campo da Fisioterapia, destacamos o conceito de conectividade discutido no artigo *Connectivity: An emerging concept for physiotherapy practice* (Nicholls, et al., 2016). A partir de uma crítica à forma como os problemas de saúde e as propostas terapêuticas são pensados e direcionados para o corpo do indivíduo, esses autores

nos convidam a explorar a importância das conexões que existem entre entidades humanas e não humanas no cuidado em saúde (pessoas, tecnologia, contextos, ideias, entre outros). Provocam-nos, portanto, a observar como nos tornamos corporificados por meio de nossas conexões e o quanto isso pode se refletir nas nossas habilidades e nas formas de cuidado que vamos construindo diante de certas condições adversas. Pesquisar sobre a dor crônica nos colocou diante de várias perguntas: como sobre a possibilidade de desenvolver atividades na própria Cooperativa, sobre a importância da coletividade e do lúdico como estratégias que vão além daquelas focadas no corpo individual e na dor. Estes são alguns desafios que nos levam a reforçar a necessidade de ampliar o olhar das questões relacionadas ao cuidado em saúde no campo da Fisioterapia.

Referências

- BAENA, C.; SOARES, M. C. F. Fisioterapia e integralidade: novos conceitos, novas práticas. Estamos prontos?. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 133-138, 2011.
- BETANCOURT, J. et al. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, Thousand Oaks, v. 118, n. 4, p. 293-302, 2016. DOI: 10.1093/phr/118.4.293
- CARGNIN, Z. et al. Atividades de trabalho e lombalgia crônica inespecífica em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 707-713, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900097
- CSORDAS, T. *Corpo, significado, cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.
- DAMASCENO, R.; SILVA, P. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care*, Uberlândia, v. 9, 2018. DOI: 10.14295/jmphc.v9i0.435
- FERNANDES, J.A.E. et al. Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: uma menor demanda para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2175-2186, 2022. DOI: 10.1590/1413-8123202276.14692021
- ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: 10.1126/science.847460

- GOLDENBERG, M. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Social science & medicine*, Amsterdam, v. 62, n. 11, p. 2621-2632, 2006. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.031
- HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Artmed Editora, 2003.
- KLEINMAN, A.; KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and psychiatry*, Berlin, v. 15, p. 275, 1995. DOI: 10.1007/BF00046540
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, Philadelphia, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978. DOI: 10.7326/0003-4819-88-2-251
- LIMA, M.; TRAD, L. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2672-2680, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100015
- LUZ, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019.
- MATA, M. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 221-230, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000100025
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: WSF Martins Fontes, 1999.
- MESCOUTO, K. et al. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach?. *Disability and Rehabilitation*, Abingdon, v. 44, n. 13, p. 3270-3284, 2022. DOI: 10.1080/09638288.2020.1851783
- NEVES, M. F. de A. Entre pessoa, corpo e coisa: a vida social de cadáveres em laboratórios de anatomia. *Antropolítica*, Niterói, v. 1, n. 40, p. 206-229, 2016. DOI: 10.22409/antropolitica2016.1140.a41782
- NICHOLLS, D. A.; GIBSON, B. E. The body and physiotherapy. *Physiotherapy theory and practice*, Abingdon, v. 26, n. 8, p. 497-509, 2010. DOI: 10.3109/09593981003710316
- NICHOLLS, D. et al. Connectivity: an emerging concept for physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, Abingdon, v. 32, n. 3, p. 159-170, 2016. DOI: 10.3109/09593985.2015.1137665
- QUIJANO, A. *A experiência da dor lombar crônica em mulheres do assentamento rural "Filhos de Sepé"*. 2016. 159 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- SCHMIDT, A. et al. The effect of an integrated multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: long-term follow up of a randomised controlled trial. *Clinical rehabilitation*, Thousand Oaks, v. 35, n. 2, p. 232-241, 2021.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024
- THORNQUIST, E. Diagnostics in physiotherapy á processes, patterns and perspectives. part I. *Advances in Physiotherapy*, Berlin, v. 3, n. 4, p. 140-150, 2001a. DOI: 10.1080/140381901317173678
- THORNQUIST, E. diagnostics in physiotherapy á processes, patterns and perspectives. part II. *Advances in Physiotherapy*, Berlin, v. 3, n. 4, p. 151-162, 2001b. DOI: 10.1080/140381901317173687
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001. DOI: 10.1590/S1413-73722001000200007
- UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000400010
- VICTORA, C. et al. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 3-13, 2011.
- WACQUANT, L. Esclarecer o habitus. *Educação & Linguagem*, São Bernardo do Campo, v. 10, n. 16, p. 63-71, 2007.

Contribuição dos autores

Quijano e Vieira foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo, análise dos dados e produção do texto. Victora contribuiu com a revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Recebido: 17/06/2022

Aprovado: 03/10/2022