



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA
DOUTORADO

**MENSURAÇÃO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRESENTES EM
PORTADORES DE DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO**

Florianópolis

Abril 2006

JOSELMA TAVARES FRUTUOSO

**MENSURAÇÃO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRESENTES EM
PORTADORES DE DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO**

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação da Engenharia de Produção e Sistemas, área Ergonomia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis

Abril/2006

JOSELMA TAVARES FRUTUOSO

**MENSURAÇÃO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRESENTES EM
PORTADORES DE DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO**

Essa tese foi julgada e aprovada para obtenção do título de **Doutor em Engenharia de Produção** no Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de abril de 2006

Prof. Dr. Edson Pacheco Paladini
Coordenador da PPGE

BANCA EXAMINADORA

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.
Orientador

Prof. João Carlos Alchieri, Dr.

Prof. Valéria de Oliveira Thiers, Dra

Prof. Maria Aparecida Crepaldi, Dra

Prof. Ana Maria Faraco de Oliveira, Dra

AGRADECIMENTOS

A vida, a amizade, as pessoas maravilhosas que conheci ao longo de minha existência (são muitas, tantas que é praticamente impossível nomeá-las aqui, que bom!!!)

A meus pais (em memória) sou eternamente grata pelo modo como eles me criaram e me ensinaram coisas simples, porém belíssimas sobre a vida. Não sei se eles teriam tanto orgulho de mim como eu tenho deles.

Ao meu orientador e amigo prof. Dr. Roberto Moraes Cruz pelo acolhimento e incentivo para o desenvolvimento desta pesquisa.

A pesquisadora e amiga Carolina Bunn Bartilotti pela convivência agradável, pelo entusiasmo constante durante toda a realização desta pesquisa (em cada etapa vencida).

Aos participantes (483 indivíduos) que viabilizaram a realização dessa pesquisa. E aos profissionais da área da saúde e/ou os responsáveis pelas fontes de coleta de dados que concordaram com a realização da pesquisa, encaminhando ou convidando as pessoas para participar.

A todos que de muito longe (família em PE, amigos espalhados pelo BR e fora do BR) ou que de muito perto torcem por mim e querem o meu bem.

Muito obrigada
Joselma Tavares Frutuoso.

RESUMO

Os aspectos psicológicos têm um papel de destaque no início, no agravamento e na manutenção da dor; também a intensidade e a frequência da dor geram desconforto físico psicológico que dificultam o desenvolvimento das atividades de trabalho. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma medida para avaliar a ocorrência de aspectos psicológicos em portadores de dor crônica relacionada com sua atividade de trabalho. O Inventário de Aspectos Psicológico de Portadores de Dor Crônica Relacionada ao Trabalho (IAP-T) desenvolvido, possui 103 itens agregados em cinco dimensões (Ansiedade=A, Transtornos Somatoformes=TS, Depressão=D, Habilidades Sociais=HS e Bem-estar no Trabalho=W). Duas medidas foram utilizadas: o IAP-T e o Inventário de Sintomas (SCL-90-R) que serviu para avaliar a consistência externa do IAP-T. As duas medidas foram administradas, individualmente ou em grupo, com 483 participantes economicamente ativos, sendo 215 com dor crônica (grupo experimental) e 268 sem dor crônica (grupo de controle). Os participantes foram recrutados em unidade pública e privada de atendimento à saúde, instituições públicas e sindicatos. Foi usado o teste *t-student* para comparar os resultados dois grupos, que indicou: a) predominaria no grupo experimental do sexo feminino (87.9%); e b) médias mais altas e estatisticamente significativa para em todas dimensões do grupo experimental, sugerindo que o IAP-T é uma medida sensível para identificar a ocorrência de sinais e sintomas psicológicos em portadores de dor crônica. Examinado a análise das variâncias dentro do grupo (teste *ANOVA*), os principais resultados foram: a) para ambos os grupos os valores das médias da dimensão TS apresentaram diferença estatisticamente significativas para as variáveis sexo, nível de educação, grupo de ocupação, empregado e renda, exceto para o estado civil, sinalizando que dentre as dimensões do IAP-T, o TS parece ser a melhor dimensão para identificar ocorrência de aspectos psicológicos; e b) foi verificado diferenças estatisticamente significativas para as dimensões D, A e TS para as variáveis sexo, renda e nível de escolaridade, indicando ser essas dimensões mais sensíveis do IA-T para identificar a ocorrência de sinais e sintomas psicológicos. Finalmente, em ambos os grupos, os dados sugerem que para maiores nível de escolaridade ou renda há menor a ocorrência de sinais e sintoma psicológicos. A consistência interna e externa do IAP foi verificada através dos coeficiente de *Pearson* e alfa de *Cronbach*. Espera-se que o IAP-T auxilie na elaboração de diagnóstico, no planejamento de estratégias de prevenção e no tratamento das síndromes dolorosas crônicas. Os achados desta pesquisa também podem ser úteis no campo da ergonomia e da psicologia do trabalho, fornecendo subsídios teóricos e metodológicos para planejar e melhorar o ambiente e as condições de trabalho que possam promover a saúde física e psicológica do trabalhador.

Palavras chaves: Medida Psicológica; Dor Crônica; Doença Ocupacional; Transtorno Psicológico.

ABSTRACT

Psychological aspects have a prominent role in the pain's beginning, aggravation, and maintenance. Also, the intensity and frequency of the pain bring physical and psychological distress and difficulties to the work activities'. The goal of this study was to develop a measure to evaluate the occurrence of the psychological aspects among workers who report chronic pain related to their work activity. The Psychological Aspects of Work Related Chronic Pain Inventory (Inventário de Aspectos Psicológico de Portadores de Dor Crônica Relacionada ao Trabalho -IAP-T) developed has 103 items aggregated in five dimensions (Anxious =A, Somatoform Disturb =SD, Depression =D, Social Abilities =SA- and well-being at work =W). Two measures were used: The IAP-P and the Symptom Checklist (SCL-90-R) to evaluate external consistency of the IAP-T. The two measures were either group or individual -administered to 483 economically active adults, 215 with and 268 without chronic pain (experimental and control groups, respectively). Participants were recruited from public and private Health Care Units, Public Institutions and work Unions. Using a T-Test the two groups were compared. Results indicated: a) a predominance of female(87,9%) in the experimental group; and b) a significantly higher mean scores in all dimensions for the experimental group, suggesting that the IAP-T is a sensitive measure to identify the occurrence of psychological distress in individuals with chronic pain. Examining a within-group analysis of variance (ANOVA) the main findings were: a) for both groups the mean scores in SD dimension were significantly different when controlling for gender, level of education, occupational group, employment status and income, except for marital status, signaling that SD dimension may be the better among the IAP-T dimensions to reveal occurrence of psychological aspects; and b) when controlling for sex, income and educational level, a significant difference was observed among D, A e SD dimensions indicating that those were the most sensitive dimensions of IAP-T. Finally, for both groups, data suggested that the higher the educational level is, the lower the occurrence of psychological symptoms; the same occurring when comparing income level with occurrence of psychological symptoms. Internal and external consistency of the IAP-T was checked through Pearson's coefficient and the Cronbach alfa. It is expected that the IAP-T helps in the elaboration of diagnosis, strategic planning for prevention or in the treatment of chronic pain syndromes. The findings may also be helpful for the Working Psychology and Ergonomic fields providing theoretic and methodologies support to planning and improving the work environment and conditions that could promote the worker's physical and psychological health.

Key-words: Psychology Measures; Chronic Pain; Occupational Disease; Psychological Distress.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Distribuição das médias nas cinco dimensões do IAP-T e nove do SCL-90-R e o teste independente *t-student* para os grupos experimental e o controle com significância de $p \leq 0,001$ 91**
- Figura 3: Histograma e curvas normais de frequências das médias nas nove dimensões clínicas do SCL-90-R (somatização, ansiedade, depressão, obsessão compulsão, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e distúrbio afetivo) para amostra com dor crônica (Figura 3.a) e sem dor crônica (Figura 3.b)..... 97**
- Figura 4: Média dos participantes para a categoria “sexo” nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 103**
- Figura 5: Média dos participantes para a categoria estado civil nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 105**
- Figura 6: Média dos participantes para a categoria ocupação nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 106**
- Figura 7: Média dos participantes para a categoria escolaridade nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 108**
- Figura 8: Média dos participantes para a categoria empregado nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 109**
- Figura 9: Média dos participantes para a categoria renda nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))..... 111**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Seis explicações para os problemas osteomusculares crônicos junto com as evidências que lhes dão suporte; as “anomalias” que não se enquadram às evidências; os agentes que acionam as defesas e os beneficiários caso sejam aceitas essas explicações..	26
Quadro 2: Classificação das Síndromes Dolorosas	31
Quadro 3: Síntese dos critérios a serem seguidos, sempre que possível, durante a formulação de cada item e para o conjunto total dos itens que compõem a medida.	47
Quadro 4: Instrumentos utilizados na avaliação da dor: descrição de suas características e seu poder de avaliar a dor (valor numérico estimado).....	53
Quadro 5: Resultado da análise semântica: itens eliminados, substituição de item e alteração na redação do item.....	63
Quadro 6: Lista de sintomas referentes à dimensão Ansiedade.....	67
Quadro 7: Lista de sintomas referentes à dimensão Transtornos Somatoformes.....	69
Quadro 8: Lista de sintomas referentes à dimensão Depressão.....	70
Quadro 9: Lista de sintomas referentes à dimensão Habilidades Sociais	71
Quadro 10: Lista de sintomas referentes à dimensão Bem-Estar no Trabalho.....	72
Quadro 11: Itens elaborados para verificar percepção e sensação de dor.....	76
Quadro 12: Grupos de ocupações que ocorreram na amostra com e sem dor crônica ...	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: A análise do conteúdo realizada por cinco juízes, percentual de concordância (acertos) entre os juízes para os 114 itens e sua classificação nas dimensões do IAP-T ..	58
Tabela 2: Análise de conteúdo, realizada por cinco juízes, de dezoito itens cuja concordância foi igual ou menor a 60%	60
Tabela 3: Itens das dimensões Veracidade e Inclusão/Exclusão que foram incorporados a outras dimensões do IAP-T.....	61
Tabela 4: Quantidade de itens do IAP-T com frases afirmativas e negativas, e o seu tipo de correção (positiva ou invertida)	64
Tabela 5: Número de participantes por fonte de coleta para a amostra com e sem dor crônica	77
Tabela 6: Distribuição da população com e sem dor crônica de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais	81
Tabela 7: Distribuição da população com e sem dor crônica nas diversas fontes de coleta de dados de acordo com as características demográficas e ocupacional.....	84
Tabela 8: Dimensão, número e descrição dos 20 itens do IAP-T que obtiveram as maiores médias (\bar{X}) e os 20 primeiros itens que obtiveram as maiores somas (Σ) na população com dor crônica.....	87
Tabela 9: Distribuição da dimensão, número e descrição dos 20 itens do IAP-T que obtiveram as maiores médias (\bar{X}) e os 20 primeiros itens que obtiveram as maiores somas (Σ) na população sem dor crônica	89
Tabela 10: Saturação das médias e os desvios padrão das dimensões do IAP-T nas populações com e sem dor crônica	92
Tabela 11: Quantidade de participantes excluídos (acima e abaixo de 1,5 DP) e incluídos dentro da faixa de 1,5 DP nas cinco dimensões do IAP-T e nas 9 dimensões do SCL-90-R para a amostra com e sem dor crônica	101
Tabela 12: Frequência de ocorrência, para grupo com e sem dor crônica, dos diagnósticos ou queixa clínica de dor informada pelos participantes	113
Tabela 13: Correlação de todas as dimensões do IAP-T para o grupo experimental (com dor crônica) e controle (sem dor crônica)	116
Tabela 14: Correlação interitens entre as dimensões ansiedade, depressão, somatização, bem-estar no trabalho e habilidade social no IAP-T, sinalizadas pelos valores de <i>alphas de Cronbach</i>	117
Tabela 15: Quantidade de correlações significantes ($p=0.01$) interitens para cada dimensão do IAP-T na amostra com dor crônica.....	118

Tabela 16: Valores do coeficiente de *pearson*, indicadores da correlação interitens, juntamente com o conteúdo dos itens correlacionados para cada dimensão do IAP-T. 119

Tabela 17: Valores de *alpha de Cronbach* da correlação das dimensões ansiedade, depressão e somatização para o IAP-T e SCL-90-R..... 120

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contexto da pesquisa	13
1.2 Justificativa.....	15
1.3 Objetivo Geral	16
1.3.1 <i>Objetivos específicos</i>	16
2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS ÀS SÍNDROMES DOLOROSAS.....	17
2.1 Habilidade social e bem-estar no trabalho: fatores adicionais do processo saúde/adoecimento do trabalhador	21
2.2 Situação de trabalho e sua relação com ocorrência de síndromes dolorosas.....	23
2.3 Dor e sua relação com estados emocionais alterados.....	29
2.4 Síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho.....	33
3 NECESSIDADE DE CARACTERIZAR E AVALIAR ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À DOR CRÔNICA	38
3.1 Medidas psicométricas na avaliação da dor	43
3.1.1 <i>Testes psicológicos para avaliação da dor</i>	50
4 CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM PORTADORES DE DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO (IAP-t)	54
4.1 Processo de construção do IAP-T.....	54
4.2 Resultados e discussão	57
4.3 Versão final do IAP-T	64
4.3.1 <i>Ansiedade</i>	66
4.3.2 <i>Transtornos Somatoformes (Sintomas somáticos - somatização)</i>	68
4.3.3 <i>Depressão</i>	69
4.3.4 <i>Habilidades Sociais</i>	70
4.3.5 <i>Bem-estar no trabalho</i>	71
5 ESTUDO EXPLORATÓRIO DE VALIDAÇÃO EMPÍRICA DO IAP-T.....	73
5.1 Participantes	73
5.2 Instrumentos	73
5.3 Procedimentos	74
5.3.1 <i>Critério para inclusão/exclusão dos participantes na pesquisa</i>	75
5.3.2 <i>Critério para inclusão do participante no grupo experimental e no controle</i>	75
5.3.3 <i>Locais de coleta de dados</i>	76
5.3.4 <i>Coleta de dados</i>	77
5.4 Resultados e discussão da aplicação do IAP-T e SCL-90-R.....	80
5.4.1 <i>Análise estatística: perfil da população</i>	80
5.4.2 <i>Análise das médias dos itens e das médias das cinco dimensões do IAP-T</i>	86
5.4.2.1 <i>Médias por dimensão e saturação do IAP-T</i>	90
5.4.2.2 <i>Distribuição das médias dos participantes no IAP-T e no SCL-90-R</i>	93

5.4.3 <i>Análise das médias das dimensões do IAP-T para o grupo experimental e o controle e a relação com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais</i>	102
5.4.4 <i>Análise do diagnóstico da população com e sem dor</i>	112
5.4.5 <i>Correlação interna e externa do IAP-T</i>	116
6 Conclusão	121
7 Considerações finais	124
Referências	127
Apêndice A – Resultados da pesquisa em agosto de 2005 nas seguintes bases de dados	134
Apêndice B – Chave e definições para análise dos juízes	135
Apêndice C – Modelo de devolutiva para os participantes da pesquisa	142
Apêndice D – Ordem decrescente das médias dos itens do IAP-T para a população com dor crônica (n=215)	145
Apêndice E – Ordem decrescente das médias dos itens do IAP-T para a população sem dor crônica (n=268)	148
Apêndice F – Gráficos de dispersão dos resultados dos participantes do IAP-T e SCL-90-R para as populações com e sem dor crônica	151
Apêndice G – Correlação inter-itens do IAP-T para a população com dor crônica	156
Apêndice H – Definições de doenças ou síndromes citadas, neste estudo, pela população com e sem dor crônica	163

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A ocorrência de síndromes dolorosas crônicas associadas às condições físicas do ambiente de trabalho e aos meios de produção (organização de trabalho) gera pesquisas no campo da saúde do trabalho. Quadros algícos decorrentes de Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) acompanhados de transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e somatização são considerados, em conjunto, as principais ocorrências de adoecimento relacionadas ao trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; SELIGMANN-SILVA, 1994; DEJOURS, 1999).

Os aspectos psicológicos têm um papel de destaque no início, no agravamento e na manutenção da dor (DSM-IV, 1995), pois a intensidade e a frequência da dor geram desconforto físico e psicológico que pode dificultar o desenvolvimento das atividades de trabalho e às vezes provocar incapacidade temporária ou permanente do trabalhador (ex.: aposentadoria precoce por invalidez).

A saúde (física e mental¹) do trabalhador sofre influência direta da forma como a atividade de trabalho é executada, sendo um dos objetivos da ergonomia² o estudo da adaptação do trabalho ao homem “[...] abrangendo não apenas aquelas máquinas e equipamentos utilizados para transformar os materiais, mas também toda a situação em que ocorre o relacionamento entre o homem e seu trabalho” (IIDA, 1990, p.1).

O adoecimento é expresso pelas alterações ou distúrbios comportamentais e mentais verificados por meio da presença de sinais e sintomas psicológicos ou

¹ A divisão física e mental é apenas didática, o termo “físico” se refere aos aspectos orgânicos, e o termo “mental” se refere aos aspectos psicológicos.

² O termo “Ergonomia” é derivado de duas palavras gregas: *ergon* que significa trabalho e *nomos* que significa regras, obrigações.

psicopatológicos. São as pesquisas realizadas, principalmente, no campo da psicopatologia do trabalho ou psicodinâmica do trabalho que focalizam o sofrimento humano e o desgaste físico e psicológico do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 1994; CODO; SAMPAIO, 1995; GLINA et al., 2001).

A percepção de dor é um fenômeno psicológico possível de ser investigado por meio de medida psicológica que viabilize o acesso de informações referentes à experiência presente em síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho. A avaliação de fenômenos psicológicos é uma atribuição dos psicólogos e envolve o processo de mensuração das características do objeto estudado e a análise dos resultados desse processo com base nas teorias psicológicas. O processo de avaliação psicológica possui forma e função bem definidos. “A forma estaria diretamente relacionada com o método utilizado, já sua função pode ser de diagnóstico, prevenção, tratamento e encaminhamento” (FRUTUOSO; CRUZ, 2004, p.107). A avaliação psicológica de pacientes portadores de dor crônica é um procedimento necessário e indispensável para o planejamento de estratégias de prevenção e tratamento, podendo colaborar também para o planejamento de alterações na situação de trabalho.

A Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde e Pesquisa dos EUA têm indicado o uso de avaliações psicológicas em centros de reabilitação e clínicas de dor. As avaliações psicológicas já fazem parte do procedimento de rotina para determinadas doenças ou síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. No Brasil, esta prática é recente, restringindo-se a alguns centros de excelência, como o Hospital das Clínicas de São Paulo (ANDERSON, 1999).

A avaliação psicológica de portadores de dor crônica relacionada ao trabalho é realizada atualmente no Brasil com instrumentos traduzidos para o Português, alguns desses são padronizados, outros não (SARDÁ; CRUZ, 2002). Porém, nenhum deles foi desenvolvido com o objetivo de avaliar aspectos psicológicos presentes em portadores de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Os instrumentos utilizados para avaliar pessoas com queixa de dor (crônica ou aguda) foram desenvolvidos para identificar traços de personalidade, alterações psicológicas ou psicopatológicas.

A presente pesquisa visou construir um instrumento capaz de identificar aspectos psicológicos associados às síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho, ou seja, na população portadora de dor crônica, agravada pela atividade de trabalho. Os aspectos psicológicos foram verificados por meio da presença de sinais ou sintomas de depressão, ansiedade, transtorno somatoforme, de indicadores de habilidade social e bem-estar no trabalho.

1.2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos indicam que pessoas portadoras de dor crônica apresentam, geralmente, alterações psicológicas ou psicopatológicas associadas ao quadro algico (CARVALHO, 1999; SARDÁ, 1999; FIGUEIRÓ; ANGELOTTI; PIMENTA, 2005).

Existe na literatura um conjunto de medidas e testes psicológicos utilizados para avaliar a dor, entretanto, não foi encontrada a descrição de um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho.

A criação de um instrumento para avaliar os aspectos psicológicos de portadores de dor crônica relacionada ao trabalho permitirá auxiliar na elaboração de psicodiagnóstico,

no planejamento de estratégias de prevenção, no encaminhamento ou tratamento das síndromes dolorosas crônicas. E no campo da ergonomia e da psicologia do será possível planejar alterações da situação de trabalho (que englobam condição física do ambiente e a organização do trabalho).

As informações produzidas por esta pesquisa poderão servir como subsídio teórico-metodológico para profissionais da ergonomia e da psicologia do trabalho na compreensão do adoecimento físico e/ou psicológico de trabalhadores ativos.

1.3 OBJETIVO GERAL

Construir uma medida para avaliar as manifestações de aspectos psicológicos em portadores de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho.

1.3.1 Objetivos específicos

a) validar atributos psicométricos do **Inventário de Aspectos Psicológico de Portadores de Dor Crônica Relacionada ao Trabalho - IAP-T³**, que investiga os aspectos psicológicos de portadores de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho; e

b) verificar a presença de sinais e sintomas psicológicos e psicopatológicos mais comuns em portadores de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho.

³ As letras em negrito, no título da medida construída, sinalizam a origem de sua sigla, IAP-T.

2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS ÀS SÍNDROMES DOLOROSAS

Os estudos no campo da saúde do trabalhador, independentemente da abordagem teórica, no âmbito acadêmico ou sindical, têm sinalizado a importância das transformações no mundo do trabalho. Pesquisadores como Moraes, Marquez, Kilimnik e Ladeira (1995) concordam que a sucessão de traumas físicos, provocados pelas exigências de posturas e movimentos, de desempenho e de produtividade, estaria na gênese do adoecimento físico e psicológico do trabalhador. O processo de adoecimento é observado nas manifestações de desgaste mental (estafa e estresse) marcadas por cansaço, dor, irritabilidade, desânimo e perturbações do sono, às vezes caracterizando a fadiga patológica e acarretando crises mentais agudas. É também possível observar como extensas jornadas de trabalho ou o trabalho em turnos alternados provocam irritabilidade e desânimo, desencadeando problemas de relacionamento no convívio familiar (DEJOURS, 1987; SELIGMANN-SILVA, 1994; DEJOURS, 1995).

As doenças e síndromes⁴ relacionadas com a situação de trabalho são temas de vários estudos em que “o objeto central da análise, neste campo interdisciplinar, é a inter-relação entre o trabalho e os processos de saúde/doença cuja dinâmica se inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais (psicológicos), mesmo quando sua natureza seja eminentemente social” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p.51). Os sintomas de adoecimento podem se expressar no coletivo (ex.: Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

⁴ Doença é uma alteração biológica no organismo com causa e origem conhecidas, ou seja, a etiologia é conhecida, podendo os sinais e sintomas serem observados ou não como nos casos das doenças infecciosas cujos micróbios são os agentes etiológicos que chamam mais atenção e não são observáveis a olho nu. Pereira Jr. (1995) cita várias doenças infecciosas ocupacionais que podem ser adquiridas e/ou transmitidas nos ambientes de trabalho (ex.: Hepatite, AIDS e Tuberculose). As síndromes possuem um conjunto de sinais e sintomas físicos observáveis, porém sem uma causa específica, sendo, portanto, sua etiologia (causa e origem) não conhecida.

– DORT) e/ou no plano individual, por meio de alterações psicológicas ou psicopatológicas presentes nos transtornos mentais e comportamentais, tais como depressão, ansiedade e transtornos somatoformes, freqüentemente acompanhados de dor crônica.

Nos transtornos dolorosos a dor é a principal característica clínica, associada à presença de aspectos psicológicos. Nesse transtorno a dor relatada não é intencional como nos casos de Transtorno Factício ou de Simulação (DSM-IV, 1995). Nos Transtornos Factícios a dor é intencional, utilizada como sinal para obter avaliação e tratamento médico. Na Simulação, a dor é apresentada, mencionada para obter ganhos financeiros, esquivar-se de deveres do tipo serviço militar, ou esquivar-se de processos criminais, ou ainda para a obtenção de drogas.

O especificador “dor aguda”, no DSM-IV (1995), é usado quando sua duração é inferior a seis meses; e o especificador “dor crônica”, quando igual ou superior a seis meses. Entretanto, Teixeira (1999a; 1999b) não especifica o prazo de instalação, advogando que dor crônica é aquela que persiste mais que o tempo necessário para a cura, que gera estresse físico e emocional, acarretando problemas econômicos e sociais ou incapacidade funcional porque compromete as atividades físicas, o sono, o apetite e a vida afetiva. Cruz (2001) considera dor crônica quando sua duração é igual ou superior a quatro meses. Independente do critério de duração, a dor crônica está associada, com mais freqüência, a transtornos depressivos, e a aguda, a transtornos da ansiedade (DSM-IV, 1995; TEIXEIRA, 1999b).

O diagnóstico adicional de Transtorno Doloroso deve ser considerado quando a dor: 1) é o foco da atenção clínica; 2) provoca sofrimento e prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida; e 3) está associada a aspectos

psicológicos que exercem, conforme relatado, um papel importante no início, no agravamento, na exacerbação e na manutenção do quadro álgico (DSM-IV, 1995).

A depressão é classificada no DSM-IV (1995) dentro de transtornos depressivos, que pode estar associada às condições médicas gerais ou crônicas (ex.: diabete, infarto do miocárdio, carcinomas, acidente vascular encefálico), sendo o tratamento mais delicado, com o prognóstico menos favorável devido à presença de comorbidades concomitantes ao quadro depressivo. Geralmente, os episódios depressivos são desencadeados após a ocorrência de estressores psicossociais (ex.: morte de um ente querido, divórcio, perda do emprego). O transtorno depressivo é de difícil diagnóstico, pode ser confundido com outros transtornos, por exemplo, transtorno distímico ou transtorno esquizoafetivo (DSM-IV, 1995).

No CID-10 (2000) a depressão é classificada dentro da categoria Transtornos do Humor (Afetivos). Os Episódios Depressivos podem ocorrer em três níveis: leve, moderado e grave (dependente da quantidade e dos tipos de sintomas depressivos). Geralmente, a pessoa deprimida:

[...] apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo [...]. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas mais leves (CID-10, 2000, p. 327).

A ansiedade está presente nos Transtornos Fóbico-Ansiosos, podendo estar associada também a vários transtornos, por exemplo, depressão. A ansiedade fóbica é desencadeada por situações específicas que não apresentam perigo real e imediato (fobias específicas). Existem outras formas de transtornos ansiosos que não são desencadeados por uma situação específica, como nos casos de transtorno do pânico e de ansiedade

generalizada, ambos podem ser acompanhados de sintomas depressivos e obsessivos. No transtorno do pânico acontecem ataques recorrentes de ansiedade grave diante de fatos imprevisíveis. E na ansiedade generalizada ocorre uma preocupação exagerada e persistente, por exemplo, a pessoa tem medo de ficar doente, de sofrer um acidente, pensa que tudo isso pode acontecer com ela ou com alguém muito próximo dela.

No DSM-IV (1995) o transtorno de ansiedade é caracterizado por: 1) uma preocupação excessiva com ocorrência freqüente nos últimos seis meses; 2) envolve três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga/cansaço, dificuldade de concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono; 3) gera prejuízo social, ocupacional e sofrimento em áreas importantes da vida.

A somatização aparece no DSM-IV (1995) na categoria Transtornos de Somatização e no CID-10 (2000) como Transtornos Somatoformes. A característica essencial da somatização é a presença de queixa referente aos sintomas físicos, que resulta em busca por tratamento médico. A pessoa apresenta um padrão freqüente de múltiplas queixas, que são clinicamente significantes, e é caracterizada pela presença de sintomas físicos com duração de, pelo menos, dois anos. Geralmente sem correlato orgânico e, se existir uma causa orgânica, ela em si não é suficiente para explicar a proporção dos sintomas físicos que podem ser de ordem neurovegetativa (exemplo: palpitações, transpiração, tremores, onda de calor ou de frio etc.) ou queixas de dor e sofrimento (exemplo: dores de cabeça, dores musculares, nó na garganta, lentidão psicomotora, perda do apetite, perda da libido, sensação de queimação, aperto, inchaço ou distensão etc.), e outros sintomas (ex.: afonia). Esses sintomas podem ocorrer simultaneamente e são recorrentes porque somem e reaparecem.

Na somatização “o curso da doença é crônico e flutuante, e freqüentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar” (CID-10, 2000, p. 341). Pessoas com Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente apresentam dor constante e intensa, “ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno” (CID-10, 2000, p. 342). Alguns sintomas da somatização são compartilhados com outros transtornos (ex.: depressão, ansiedade e pânico). Entretanto, o foco da queixa somática é sobre os sintomas físicos, sem causa orgânica.

2.1 HABILIDADE SOCIAL E BEM-ESTAR NO TRABALHO: FATORES ADICIONAIS DO PROCESSO SAÚDE/ADOCIMENTO DO TRABALHADOR

Um aspecto psicológico que modula a forma do trabalhador reagir ou interagir no ambiente de trabalho é o conjunto das habilidades sociais desenvolvidas ao longo de sua vida (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003). As habilidades sociais são definidas como um conjunto de ações que levam o indivíduo a resolver problemas sociais com sucesso. As demandas sociais, sejam elas no nível profissional ou pessoal, exigem cada vez mais pessoas com habilidades sociais elaboradas.

Indivíduos que possuem habilidades sociais bem desenvolvidas desempenham comportamentos assertivos, cooperativos, apaziguadores e amigáveis. Indivíduos com deficiência no repertório de habilidades sociais têm dificuldade de desenvolver relações positivas, gerando prejuízos educacionais e ocupacionais, os quais afetam o bem-estar psicológico.

Comportamentos habilidosos discretos e necessários em situações de interação social, de acordo com De Oliveira (2003), são: compreender os pensamentos e as emoções dos outros; abstrair informações relevantes sobre o companheiro e sobre o meio (contexto social); gerar, manter e terminar conversas de forma positiva; entender as conseqüências de suas próprias ações sobre si e sobre os outros; expressar emoções positivas e conter as negativas; estabelecer comunicação coerente tanto verbal como não verbal, permitindo a compreensão das pessoas que participam da interação; ficar propenso a colaborar com as solicitações do outrem; etc.

O desenvolvimento de habilidades sociais ocorre no contato com outrem, em situações de interação social que se iniciam em uma idade muito tenra, e se prolonga ao longo da vida:

[...] as crianças começam a ter seus primeiros contatos com os pares nas creches, nas pré-escolas, nos *playgrounds*, no curso de sua educação formal, elas estão em contínuo processo de aprendizagem de habilidades sociais que têm papel central em sua vida social e emocional. Ter habilidades de falar com as pessoas, de ser assertiva sem ser ofensiva, de resolver discórdias ou conflitos de maneira positiva, de saber pedir apoio e entendimento a um amigo e saber oferecer o mesmo em troca e de buscar a independência sem deixar de ter laços afetivos com os outros. Quanto mais competentes nestas habilidades, tanto mais chances o indivíduo tem de ter êxito em sua vida afetiva e social. (De Oliveira, 2003, p. 114).

Concordando com a autora, advoga-se que quanto mais competentes nas habilidades supracitadas, maiores são as chances de os indivíduos/trabalhadores⁵ terem sucesso nas interações do ambiente de trabalho e êxito em suas atividades.

O bem-estar psicológico é outro fator que modula a forma de atuação do indivíduo, sendo expresso nos julgamentos que as pessoas fazem de suas vidas (ex.: atividade ocupacional, interações interpessoais etc.). Esse bem-estar influencia na forma de

⁵ Trabalhador é considerado aqui “todo homem ou mulher que exerce atividade para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia” (TEDESCHI, 2005, p. 30).

interpretar e avaliar a condição de trabalho. O bem-estar possui três características: subjetividade, predominância de aspectos positivos em detrimento dos aspectos negativos e uma avaliação global favorável da vida (DIENER, 1984; GIACOMONI, 2004; ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2005). A satisfação no trabalho e a satisfação conjugal estão diretamente relacionadas com o bem-estar psicológico, pois, segundo Albuquerque e Tróccoli (2005), pessoas que não se deixam levar por pequenos problemas, reagindo de forma mais aceitável pela sociedade, que têm facilidade para fazer amizades e se relacionar com os outros tendem a perceber maior apoio social e são capazes de lidar com conflitos sem estresse.

Nesse contexto, uma avaliação do trabalho desfavorável por parte do trabalhador, com predomínio de aspectos afetivos negativos, pode se agregar ao processo de adoecimento físico e psicológico.

2.2 SITUAÇÃO DE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM OCORRÊNCIA DE SÍNDROMES DOLOROSAS

O nexos entre aspectos psicológicos associados às síndromes dolorosas e a situação de trabalho não é simples (SELIGMANN-SILVA, 1994; SEL, 1999; SCHUMITZ; MANNE, 1999; GURÉIN et al., 2001). A situação de trabalho pode ser definida como um

[...] conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho; os aspectos técnicos; a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão das mesmas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações inter-pessoais (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 144).

Situações de trabalho, que englobam dificuldade de relação com chefia, inadequação dos turnos da jornada de trabalho, das condições físicas do ambiente

(temperatura, ventilação, configuração espacial etc.), contribuem para o adoecimento físico e/ou psicológico do trabalhador. De acordo com Mendes e Dias (1999), “[...] os trabalhadores poderão adoecer ou morrer por causas específicas do trabalho, seja pela profissão que exercem, pelo emprego que têm, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado” (p. 438).

O adoecimento pode ocorrer devido ao excesso de esforço, ao excesso de peso sobre os músculos e tendões e/ou articulações, ao excesso ou a inadequações de movimentos repetitivos. Esses excessos podem fazer parte da etiologia de algumas doenças ou síndromes relacionadas ao trabalho, entre elas: Lesões por Esforço Repetitivo (LER); Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), também chamados de Doenças Osteoarticulares do Trabalho⁶; Distúrbios Musculoesqueléticos Ocupacionais (DMO), também chamados de Distúrbios Musculoligamentares e Esqueléticos Ocupacionais; e Lesões por Traumas Cumulativos (LTC). Essas siglas servem para classificar vários tipos de lesões que ocorrem nos músculos e/ou tendões e nas fascias⁷ e/ou nervos, provocadas por utilização inadequada dos membros, que resulta em dor acompanhada de sintomas de fadiga, queda do desempenho e incapacidade temporária, podendo essa dor evoluir para dor crônica, agravada e mantida por aspectos psicológicos associados (BEIRÃO; SILVA, 1995).

Entre os especialistas, há desacordo com relação ao diagnóstico e à explicação da dor crônica e osteomuscular devido aos diferentes interesses das partes envolvidas (pessoas afetadas/trabalhadores, colegas, sindicatos, empregadores, companhias de seguro, governos, médicos e movimentos sociais). Conforme argumentam Martin e Bammer

⁶ Os DORT e as LER são exemplos de Distúrbios Músculosesqueléticos (DSM) relacionados com trabalho (TEDESCHI, 2005).

⁷ Fascia é a parte que encapa os tendões e os músculos (BEIRÃO, SILVA, 1995).

(2000), esse desacordo se mantém e não é um problema de fácil resolução porque, além de existirem diferentes explicações e evidências para as dores osteomusculares crônicas, há também um conjunto de conseqüências favoráveis e desfavoráveis para os distintos beneficiários.

No Quadro 1, elaborado a partir de Martin e Bammer (2000), constam os seis tipos de explicação para dores osteomusculares crônicas e as evidências que lhes dão suporte; entretanto, há explicações cuja evidência não se enquadra, gerando uma discrepância chamada de “anomalia” no Quadro 1. De acordo com os autores, as conseqüências típicas (profissionais ou não) para cada tipo de explicação são diferentes. Nos casos de lesão orgânica, recomenda-se repouso para o trabalhador, afastamento das atividades laborais que causam a dor, modificação biomecânica e da organização do local de trabalho. Na simulação, as conseqüências típicas são descrença, perda da remuneração, não indenização e demissão. Para a neurose e os distúrbios de conversão, as conseqüências são descrenças, aconselhamento e/ou terapia, além da recusa em prover a indenização solicitada. Para a fadiga, as conseqüências são repouso e alterações ergonômicas no trabalho. E para a iatrogênese social⁸, recomenda-se mudança nas atitudes e nos comportamentos sociais com relação à dor normal (reanejo da dor).

⁸ A iatrogênese social representa a doença ou o agravo à saúde; seria o efeito social não desejado e prejudicial produzido pelos médicos.

Explicação	Evidências	Anomalias	Defesas dos solicitantes	Beneficiários
Lesão orgânica - Lesão real (LER, DORT) nos músculos, tendões e/ou nervos causada por movimentos rápidos, repetitivos, carga estática, etc.	Ligação com a atividade. Agravamento se continuar a tarefa. Reprodução dos sintomas.	Sintomas variam em localização e gravidade. Os problemas podem não cessar com repouso e tratamento.	Trabalhadores doentes Simpatizantes	Trabalhadores
Simulação de dor e de incapacidade para evitar trabalho e obter indenização.	Fazem livremente coisas que dizem ser impossíveis ou muito dolorosas. Sem vontade de retornar ao trabalho modificado.	Sinais objetivos em alguns casos. Não há dor e nem incapacidade para trabalhar.	Empregadores céticos Colegas Seguradoras	Seguradores Empregadores
Neurose da compensação - Desenvolvimento de sintomas inconscientes para obter indenização monetária ou psicológica (atenção e preocupação) geralmente após recuperação de uma lesão.	Ausência de sinais objetivos. Variabilidade de sintomas. Recuperação após receber a indenização.	Sinais objetivos em alguns casos. Falta de eficácia terapêutica. Não recuperação após o recebimento da indenização. Problemas semelhantes para atividades de recreação. Vivência dor e incapacidade laboral como reais, porém não estão associadas à lesão.	Empregadores Seguradores céticos	Seguradores Empregadores
Distúrbios de conversão - Desenvolvimento de sintomas Psicossomáticos para fugir (converter) dos problemas psicológicos. Não há lesão.	Ausência de sinais objetivos. Variabilidade de sintomas. Problemas psicológicos existentes ou concorrentes.	Sinais objetivos em alguns casos. Ausência de sinais de origem psicossomática. Vivência dor e incapacidade laboral como reais, porém não estão associadas à lesão.	Empregadores Seguradores céticos	Seguradores Empregadores
Fadiga Normal - dor e desconforto devido ao trabalho são interpretados como lesão.	Ausência de sinais objetivos. Variabilidade de sintomas. Recuperação após repouso.	Não recuperação após repouso. Vivência dor e incapacidade laboral como reais, porém não são causadas por lesão subjacente.	Empregadores Seguradores céticos	Seguradores Empregadores
Iatrogênese social - Trabalhador com dor normal é encorajado (por médico e outros) a tornar-se um paciente com dor.	Ausência de sinais objetivos. Variabilidade de sintomas. “Epidemia” sem associação com as condições de trabalho.	Sinais objetivos em alguns casos. Ausência de sinais de origem psicossomática. Vivência dor e incapacidade laboral como reais, porém não são causadas por lesão subjacente.	Empregadores Seguradores céticos	Seguradores Empregadores

Quadro 1: Seis explicações para os problemas osteomusculares crônicos junto com as evidências que lhes dão suporte; as “anomalias” que não se enquadram às evidências; os agentes que acionam as defesas e os beneficiários caso sejam aceitas essas explicações.

FONTE: adaptado de MARTIN; BAMMER, 2000, p. 105-108.

A situação de trabalho influencia a percepção do trabalhador sobre a carga de trabalho, quando a carga é inadequada contribui para o adoecimento do trabalhador. Na literatura o conceito de “carga de trabalho” possui duas dimensões – física e mental. A

dimensão física está relacionada aos aspectos físicos, como gestos, posturas, movimentos, peso, deslocamento, etc. A dimensão mental se refere aos aspectos emocionais, afetivos e cognitivos, sendo subdividida por alguns autores. Por exemplo, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) defendem que a carga mental de trabalho deva abarcar fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica: “variáveis psicossensoriais, sensoriomotoras, perceptivas, cognitivas, etc. e fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica, ou mesmo sociológica, tais como variáveis de comportamento, de caráter, psicopatológicas, motivacionais, etc.” (p. 22). Assim, esses autores propõem o uso do conceito “carga psíquica de trabalho” com a finalidade de isolar didaticamente o conjunto das variáveis associadas aos elementos afetivos e emocionais envolvidos na dimensão mental da carga de trabalho. Por outro lado, Wisner (1994) propõe que a dimensão mental da carga de trabalho seja subdividida em *carga cognitiva* de trabalho e *carga psíquica de trabalho*, argumentando que a carga psíquica “[...] pode ser definida em termos de níveis de conflito no interior da representação consciente ou inconsciente das relações entre a pessoa (ego) e a situação (no caso, organização do trabalho)” (p. 13).

Nesta pesquisa o conceito de “carga de trabalho” é tratado como um construto teórico “[...] resultante da necessidade de compreender que, para uma determinada situação de trabalho, há tensão permanente entre as exigências do processo de trabalho e as capacidades biológicas e psicológicas do trabalhador” (FRUTUOSO; CRUZ, 2006, p. 4 manuscrito submetido para publicação). Quando há um desequilíbrio duradouro ou permanente nessa relação pode surgir uma sobrecarga ou subcarga de trabalho, contribuindo para o adoecimento físico e psicológico.

O trabalho humano apresenta três componentes fundamentais e interdependentes entre si, são eles: o físico, o cognitivo e o psíquico. O componente físico diz respeito às

exigências de esforço corporal (postura, gestos, movimentos) por parte do trabalhador. O componente cognitivo se refere ao conjunto de comportamentos complexos relacionados com o processo de decidir, de processar a informação sensorial, de interpretar e organizar as informações advindas do meio. Já o componente psíquico se refere às emoções e aos sentimentos representados na forma de agir (ações) e reagir (reações) de cada indivíduo. Esse conjunto de comportamentos compõe as características individuais de cada ser humano (algumas abordagens psicológicas denominam de personalidade e/ou traços de personalidade).

O trabalhador que de forma acentuada utiliza os diferentes recursos (físico, cognitivo e psíquico) para cumprir com as exigências do trabalho pode estar diante de: 1) uma sobrecarga de trabalho (LEPLAT; CUNY, 1983; WISNER, 1994); 2) sofrimento/desgaste psicológico (DEJOURS, 1987; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; SELIGMANN-SILVA, 1994); ou 3) emprego de estratégias comportamentais de fuga e esquiva⁹ (SIDMAN, 1995).

Em suma, a análise da situação de trabalho e suas implicações sobre a saúde do trabalhador têm sido um campo fértil de estudo que investiga a incidência crescente de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho, associadas a aspectos psicológicos (PITTA, 1992; SOUZA, 1992; DALMORO; VERDI, 1999; LEÓN; IGUTI, 2000).

⁹ Fugas e esquivas são comportamentos que ocorrem em ambientes coercitivos nos quais os relacionamentos interpessoais são marcados por sanções, pressões, chantagens e punições. Essas estratégias são comportamentos que evitam conseqüências aversivas que geram dor, desconforto, insatisfação ou irritação no ambiente de trabalho. As pessoas gastam sua energia e seu tempo “fugindo” ou “se esquivando” de estimulação aversiva (≈ algo ruim). Na fuga está acontecendo “algo ruim”, e a pessoa se comporta para livrar-se; na esquiva há uma sinalização de que “algo ruim” irá acontecer, e a pessoa se comporta de modo a impedir. Ambas as estratégias empregadas em ambientes coercitivos não propiciam pessoas criativas e autônomas (SIDMAN, 1995).

2.3 DOR E SUA RELAÇÃO COM ESTADOS EMOCIONAIS ALTERADOS

A raiz latina da palavra dor é *dolor*, que significa sofrimento. No cotidiano, o termo “dor” está vinculado ao sofrimento físico e/ou psicológico. Porém, outras definições referem-se à dor como um sofrimento moral, ou seja, mágoa, pesar e desconforto.

A dor sinaliza um desconforto existente, e sua função primordial é informar sobre o perigo, potencial ou real, relacionado com a saúde do organismo. Toda dor tem uma dimensão psicológica e é difícil dizer o que se iniciou primeiro, a dor ou a alteração emocional.

Segundo Borssok, Le Bel e Peek (1996), geralmente, a primeira estratégia para lidar com a dor é identificar as causas orgânicas ou metabólicas, porém, essas causas não são encontradas tão facilmente; a segunda estratégia a ser considerada nos quadros álgicos é sua associação com estados emocionais alterados. Com relação ao tratamento, o uso de analgésicos é uma das principais intervenções para o alívio da dor, seguido ou não de outros medicamentos para transtornos psicológicos.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* - IASP, a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão, real ou potencial, que é descrita em função dessa lesão. A abordagem multidimensional da dor é fundamentada pela Teoria do Portal (MELZACK; WALL, 1965), que enfatiza a importância da modulação realizada pela espinha medular, sistema nervoso central e hipotálamo, sobre processos e estímulos dolorosos. Turk e Melzack (1992, p. 97) sugerem que “existe um sistema de portal no sistema nervoso central que se abre e fecha, deixando passar ou bloqueando as mensagens de dor até o cérebro”.

As diversas implicações fisiológicas e emocionais na instalação e manifestação da dor são importantes para salientar duas evidências na compreensão da revelação e inibição da dor: 1) não existe uma relação proporcional simples entre a extensão do tecido lesado e o grau de sofrimento expresso; 2) não existe uma relação simples entre a capacidade dos neurotransmissores de inibir ou aumentar a sensação dolorosa. Essas duas evidências, de certa forma, ilustram a complexidade das variáveis fisiológicas (TEIXEIRA, 1999a) e, somadas aos fatores psicológicos, exercem importante papel na instalação e manutenção da sensação de dor (ANNUNCIATO, 2005).

Existem diferentes taxonomias para as síndromes dolorosas, elas “[...] podem ser classificadas de acordo com a natureza dos órgãos ou das estruturas acometidas, e conforme a duração do quadro algico” (TEIXEIRA, 1999b, p. 78). A etiologia das síndromes dolorosas, na maioria das vezes, não é clara e nem precisa. No Quadro 2 consta a classificação das síndromes dolorosas, conforme conceituação proposta por Teixeira (1999a; 1999b) apresentada por Cruz (2001, p. 65).

CRITÉRIO	CATEGORIA	TIPO
ORIGEM	DOR POR NOCICEPÇÃO (ocorre por acometimento de estruturas somáticas superficiais e profundas, de estruturas do aparelho locomotor e vísceras).	<ul style="list-style-type: none"> • Dor somática superficial • Dor somática visceral • Dor músculo-esquelética
	DOR POR DESAFERENTACÃO (decorrente de lesão ou disfunção de estruturas neurais periféricas e centrais).	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatias periféricas, radiculares, plexulares, tronculares • Síndromes polineuropáticas • Síndromes dolorosas de órgão amputado • Neuropatias centrais, medulares, encefálicas • Neoplasias
	DOR MISTA (resultante de ambos os mecanismos).	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome da distrofia simpaticoreflexa
	DOR PSICOGÊNICA (quando não há evidências orgânicas e existe suspeita de etiologia comportamental e/ou psicológica).	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos somatoformes
DURAÇÃO	Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Duração de minutos, horas, dias
	Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrapassam 4 a 6 meses
	Dor episódica	<ul style="list-style-type: none"> • Reincidente ou recorrente

Quadro 2: Classificação das Síndromes Dolorosas

FONTE: CRUZ, 2001, p. 65.

A categoria dor, provocada por nocicepção, ocupa lugar predominante nas síndromes dolorosas associadas à atividade de trabalho, ou seja, dores músculo-esqueléticas advindas de LER ou dores provocadas por DORT. A fibromialgia é um exemplo de dor provocada por nocicepção, ela “[...] é uma forma de reumatismo extra-articular, caracterizado por dor muscular difusa e rigidez, distúrbios do sono e fadiga intensa” (BEIRÃO; SILVA, 1995, p. 439). A fibromialgia não tem causa orgânica específica e é classificada, por alguns autores, como síndrome músculo-esquelética.

O diagnóstico de lesão (real ou potencial) só pode ser verificado a partir de certo estágio de adoecimento, o que dificulta descrever o circuito alimentador das doenças e

síndromes relacionadas e/ou agravadas pela atividade de trabalho, e que por sua vez podem ser geradoras ou mantedoras das alterações (transtornos comportamentais e emocionais) psicológicas ou psicopatológicas freqüentemente presentes em portadores de dor crônica.

Nas síndromes dolorosas de natureza psicogênica, geralmente, não existe uma correlação entre mecanismos fisiopatológicos e a queixa da dor, quando há um correlato orgânico:

[...] a intensidade do sintoma da dor ultrapassa de longe o que se pode inferir dos resultados do exame físico. Há óbvia relação com fatores psicológicos e essa associação pode ser evidenciada pela relação temporal entre um estímulo ambiental, que aparentemente está ligado a um conflito – uma necessidade psíquica – e o início ou exacerbação da dor (LOBATO, 1992, p. 174-175).

Nem sempre é possível precisar a ordem na relação de causa (antecedentes) e efeito (conseqüentes) dos sinais e sintomas psicológicos ou psicopatológicos presentes na queixa dolorosa. Há dois modelos de tratamento para explicar essa relação: o psicológico e o médico (WALLIS; LORD; BOGDUK, 1997). De acordo com o modelo psicológico, os sintomas de alterações psicológicas ou psicopatológicas são a causa primária da sensação e intensificação da queixa dolorosa. A eliminação ou redução da dor ocorreria com o tratamento psicológico, podendo em segundo plano ou paralelamente, utilizar tratamento médico (ex. cirurgias e uso de medicação) para o alívio da dor.

Em contrapartida, no modelo médico, os sintomas psicológicos são considerados secundários, ou seja, eles são conseqüências da dor, pois a dor tem uma causa orgânica (conhecida ou não). Se a lesão for tratada, a dor encerra, e os sintomas psicológicos desaparecem sem necessidade de atendimento psicológico concomitante ou posterior ao tratamento médico. Conforme verificaram Wallis, Lord e Bogduck (1997), de fato, para a doença que possui diagnóstico preciso e, cujo tratamento é conhecido, os sintomas

psicológicos parecem ser secundários. Entretanto, para síndromes dolorosas crônicas que apresentam fatores etiológicos não específicos, o modelo psicológico é mais plausível, ou seja, é necessário tratamento psicológico associado ao tratamento médico.

2.4 SÍNDROMES DOLOROSAS RELACIONADAS AO TRABALHO

A ocorrência de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho, em grande medida, é determinada pela forma de produção imposta (organização do trabalho) e pelas condições físicas do ambiente em que o trabalho é executado. As síndromes dolorosas, segundo Oliveira (2000), incluem: cefaléias, lombalgias¹⁰, lombociática⁷, LER e DORT¹¹. Frequentemente essas queixas são apresentadas nos consultórios de neurologistas, cujo diagnóstico, geralmente, está baseado na ausência de sinais orgânicos, porém os portadores alegam sofrimento e incapacidade para executar suas atividades cotidianas. Segundo Wisner (1994), a doença ligada ao trabalho mais grave é a lombociática dos condutores de máquinas da construção civil; entretanto, essa doença pode atingir qualquer pessoa, qualquer que seja seu emprego.

Mendes e Dias (1994) diferenciam as doenças profissionais das doenças relacionadas ao trabalho. A incidência ou prevalência das doenças relacionadas ao trabalho ocorrem em determinadas categorias de trabalhadores, porém não são “específicas” do trabalho. Vários fatores estão envolvidos, não é possível precisar um único fator causal, tornando-se necessário comprovar que a doença foi adquirida em decorrência do trabalho.

¹⁰ A lombalgia é um tipo de dor muscular manifestada na região lombar da coluna vertebral, e a lombociática é uma dor também lombar com irradiação para o nervo ciático, podendo causar dores ou desconforto nos membros inferiores, frequentemente, essas dores apresentam-se agregadas.

¹¹ As Lesões por Esforço Repetitivo foram reconhecidas como doença do trabalho no Brasil em 1987. Em 11 de julho de 1997, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) publicou no Diário Oficial da União uma minuta para a atualização das Normas Técnicas sobre essas lesões que, a partir de então, passaram a ser denominadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Geralmente, nas doenças relacionadas ao trabalho há incidência dos sintomas: perturbação do sono, problemas gástricos, alterações do humor etc. Nas doenças profissionais, as causas ou origens estão diretamente relacionadas com a atividade de trabalho e são definidas a partir de estudos epidemiológicos que apontam as condições de trabalho como fator de risco, devido à exposição a agentes físicos, químicos e biológicos que agredem o organismo, por exemplo, intoxicação, ruído intenso no ambiente de trabalho (PEREIRA JR., 1995; SCHUMITZ; MANNE, 1999; WELLS, 2000).

O nexó causal é estabelecido pela relação causa-efeito, ou seja, situação de trabalho e patologia ocupacional, e o nexó epidemiológico é determinado por agentes intrínsecos ao posto de trabalho que geram patologias específicas, típicas de categoria profissionais. As doenças ocupacionais que envolvem as doenças profissionais (nexó epidemiológico) e algumas doenças relacionadas ao trabalho (nexó causal) vêm se tornando cada vez mais freqüentes num mundo cujos meios de produção e organização do trabalho sofreram grandes mudanças tecnológicas (MENDES; DIAS, 1994; RANNEY, 2000).

Entretanto, as doenças ocupacionais não são recentes, um exemplo clássico mencionado na literatura é a neurose das telefonistas, inicialmente citada por Dr. Julliard em 1910 e descrita com mais detalhes por Fontegne e Solari em 1918 (MONETTI; FERREIRA, 1984). Na neurose das telefonistas ocorrem alterações do sono, fadiga geral, manifestações somáticas que repercutiram na vida pessoal das trabalhadoras.

De acordo com Cheren (1998), no início do século XVII o médico Bernardino Ramazzini escreveu um livro intitulado *As Doenças dos Trabalhadores*, no qual descreveu minuciosamente cerca de 50 doenças de origem ocupacional, provenientes de movimentos repetitivos e irregulares, e de posturas inadequadas nas atividades laborais. Considerado o Pai da Medicina do Trabalho, Ramazzini percebeu a existência da relação entre saúde do

trabalhador e sua atividade de trabalho, e introduziu na consulta médica a pergunta referente à ocupação do trabalhador. Para Tedeschi (2005), essa relação etiológica entre sintomas, gestos e posturas, envolvendo movimentos repetitivos, caracterizou a primeira doença descrita na literatura relacionada com o trabalho: a tenossinovite¹² (inflamação dos tendões e suas bainhas).

Durante a década de 1950/1960, no Japão começaram a surgir epidemias de doenças ocupacionais relacionadas aos esforços repetitivos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos. A década de 1970, na Austrália, é marcada por um acentuado aumento nos benefícios pagos por doenças do trabalho a digitadores, operadores de linhas de montagem e embaladores. Na década de 1980, entre 1984/1985, começa a ser descrito, no Brasil, os primeiros casos deste tipo de adoecimento, com maior incidência entre os digitadores, devido à alta velocidade do trabalho, incentivada pelo aumento da produção e mantida por pagamentos de adicionais (MORAES *et al.*, 1995).

Nos Estados Unidos, o segundo sintoma de maior incidência, superado apenas por problemas respiratórios, são as dores lombares. De acordo com a estimativa de Borssok, Le Bel e Peek (1996), os custos da remuneração de inválidos e da perda de produtividade podem chegar a 100 bilhões de dólares anuais.

Segundo Mendes e Dias (1994), as doenças músculo-esqueléticas (LER e DORT), ao lado das doenças “nervosas”, tais como o estresse e as afecções do trato digestivo, foram as mais mencionadas junto à Previdência Social. Outras doenças como tenossinovite e tendinite¹³, que são inflamações da fascia provocadas por movimentos repetitivos,

¹² Na tenossinovite a região acometida é a bainha sinovial, que é uma capa que reveste o tendão (BEIRÃO; SILVA, 1995). Quando um conjunto de tendões fica envolvido por uma bainha extra (uma sobrecapa), essa bainha é chamada de sinovial.

¹³ Na tendinite a região acometida é a bainha do tendão (BEIRÃO; SILVA, 1995).

posturas inadequadas, força e compressão sobre os músculos, também apresentam nexos com a atividade de trabalho (BEIRÃO; SILVA, 1995).

O trabalhador portador de DORT apresenta dores musculares e dificuldades de realizar movimentos; podendo apresentar baixa auto-estima, desânimo e desgaste mental, além de ser, às vezes, objeto de discriminação por parte dos colegas de trabalho, que não compreendem a gravidade dos seus sintomas e/ou doença. Seligmann-Silva (1994) cita depoimentos de trabalhadores de mineração que escondem sua condição de doente por medo de serem julgados pelos colegas como pessoas que fazem “corpo mole” para não trabalhar ou por medo de perder o emprego.

Os avanços científicos e clínicos têm revolucionado o campo de intervenção e manejo de síndromes dolorosas. É reconhecido que "dores crônicas não tratadas podem provocar alterações permanentes no sistema nervoso central e periférico, resultar em eventos estressantes e provocar alterações no sistema vegetativo e imunológico" (BORSOOK; LE BEL; PEEK, 1996, p. 2). As síndromes dolorosas crônicas permanecem, contudo, como uma forma genérica de classificar a dor percebida e de diagnosticar os quadros álgicos, provocados e mantidos por diversos fatores relacionados ao trabalho, que, por sua vez, possuem aspectos psicológicos associados.

O diagnóstico das síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho, particularmente àquelas que apresentam disfunções músculo-esqueléticas, é difícil de ser elaborado, principalmente, devido à dificuldade de caracterizar fatores epidemiológicos específicos para determinar a sintomatologia da queixa de dor. No entanto, mesmo não sendo possível precisar a etiologia das síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho, é consenso (entre vários autores do campo da saúde/doença no trabalho), ou seja, nexos causal entre o surgimento e a manutenção da dor e a atividade de trabalho (MONETTI;

FERREIRA, 1984; DEJOURS, 1987; SOUZA, 1992; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; SELIGMANN-SILVA, 1994; BEIRÃO; SILVA, 1995; DEJOURS, 1995; SCHUMITZ; MANNE, 1999; DEJOURS, 1999; GLINA et al., 2001; OLIVEIRA, 2000).

3 NECESSIDADE DE CARACTERIZAR E AVALIAR ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À DOR CRÔNICA

São comuns os sintomas de depressão, de ansiedade e de transtornos somatoformes (somatização) que aparecerem associados às queixas de dor. O processo de avaliação psicológica permite acessar informações subjetivas (privadas) sobre a percepção de dor e verificar uma possível existência de nexos causal entre a queixa de dor e a atividade de trabalho.

A avaliação psicológica visa identificar aspectos emocionais e comportamentais que possam estar relacionados com a origem ou manutenção do quadro álgico. É recomendável conduzir uma avaliação psicológica do portador de dor crônica, devido à constatação de sinais e sintomas psicológicos ou psicopatológicos associados à sensação de dor (KEEFE; BRADLEY, 1984; TOLLISON; HINNANT, 1996).

Segundo Figueiró (1999), no processo de avaliação psicológica as entrevistas devem ser conduzidas para abarcar características da experiência subjetiva de dor, estratégias de enfrentamento, comportamentos manifestos de dor, uso indevido ou abusivo de fármacos, ganhos secundários (ex.: afastamento e/ou compensação financeira), tipo de interação familiar e/ou conjugal, impacto financeiro e ocupacional, respostas aos tratamentos prévios, com uso ou não de medicamentos, e uma avaliação vocacional do portador.

Para Pimenta (1999), uma avaliação psicológica do paciente com dor deve identificar na queixa dolorosa, além das características tais como a localização, duração, intensidade, também os fatores emocionais, comportamentais e culturais envolvidos na sintomatologia da dor, ou seja, “os objetivos da avaliação são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro, aquilatar as limitações e os sofrimentos

advindos da dor, nortear a escolha das intervenções analgésicas e verificar efetividade das intervenções implementadas” (p. 44).

De acordo com Tollisson e Hinnant (1996), a avaliação psicológica da dor tem o propósito de detectar fatores que possam alterar a síndrome dolorosa crônica e identificar distúrbios afetivos e cognitivos associados à síndrome. A avaliação deve colaborar para a programação de estratégias preventivas e de tratamentos adequados.

Diferentes estudos apontam a existência de diversos fatores precursores ou associados às síndromes dolorosas (SKEVINGTON, 1983; CICCONE; GRZESIAK, 1984; KEEFE; BRADLEY, 1984; OOSTDAM; DUIVENVOORDEN, 1987; McGRATH, 1994; GROSSI et al., 1999; PINCUS; WILLIAMS, 1999). É consenso entre esses autores a importância de investigar os aspectos psicológicos (emocionais e comportamentais) associados à experiência dolorosa, implicados na instalação ou manutenção da dor.

Os fatores etiológicos das manifestações dolorosas são complexos e de difícil especificação devido ao seu caráter multidimensional. Constituem um desafio para os pesquisadores, em especial, para os psicólogos, a descrição e a mensuração dos aspectos psicológicos envolvidos nas síndromes dolorosas. Fazem parte do procedimento de avaliação psicológica a observação e a coleta de dados por meio de entrevista com ou sem utilização de instrumentos (medidas e testes) para obter informações referentes aos aspectos psicológicos. A criação ou utilização de medidas psicométricas auxiliam na coleta de dados referente à ocorrência de sinais e sintomas psicológicos.

No Brasil, algumas medidas são utilizadas para avaliação psicológica dos portadores de dor crônica, no entanto, são medidas traduzidas, padronizadas ou não, para o Português, como: o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI) e sua versão revisada, o MMPI-2, de autoria de Mckinley e Hathaway (1955); o Perfil de

Pacientes com Dor (P-3), de autoria de Tollison e Langley (1992); o Questionário de dor McGill (MPQ), de autoria de Melzack (1975); e o Inventário de Sintomas (SCL-90-R), de autoria de Derogatis (1994).

Na literatura pesquisada não foi encontrada uma medida desenvolvida com o objetivo de investigar os aspectos psicológicos (ansiedade, depressão, transtornos somatoformes/somatização, habilidade social e bem-estar no trabalho) associados às síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho. Porém, existem medidas desenvolvidas com o objetivo específico de avaliar a depressão, o estresse, a estrutura de personalidade, a memória, entre outros, que podem ser utilizadas na avaliação psicológica de pacientes com dor, um exemplo é o Inventário de Depressão de Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; BECK; STEER, 1993), que foi desenvolvido para avaliar sinais e sintomas presentes nos transtornos depressivos ou associados a eles.

Pessoas clinicamente deprimidas avaliam a dor de forma diferente das pessoas não deprimidas, portanto, deve-se ter o cuidado metodológico de não investigar a dor crônica só em pacientes depressivos ou só com um instrumento que avalia apenas sintomas da depressão, uma vez que a percepção da dor para essa população pode ser alterada e, com isso, enviesar os dados sobre os aspectos psicológicos associados à dor crônica (PINCUS; WILLIAMS, 1999).

No processo de avaliação psicológica de pacientes portadores de dor crônica, três instrumentos são freqüentemente utilizados, separadamente ou em conjunto: o *Pain Patient Profile* (P-3), elaborado por Tollison e Langley (1992); o *Symptom CheckList* (SCL-90-R), desenvolvido por Derogatis em 1975, porém o próprio autor detectou duplicidade de itens e falhas psicométricas e apresentou a versão revisada do inventário SCL-90-R (DEROGATIS, 1994); e o Inventário Multifásico Minesota de Personalidade

(MMPI), cuja primeira versão é da década de 1940, e a versão mais atualizada, MMPI-2, é da década de 1990.

O P-3 é um teste psicológico que traça o perfil do paciente com dor que foi desenvolvido para avaliar a experiência emocional associada a qualquer sensação de dor crônica ou aguda. O P-3 possui três dimensões para medir aspectos emocionais e comportamentais, são elas: depressão (14 itens); ansiedade (12 itens); e sintomas somáticos (13 itens). Nesse instrumento há mais uma escala de veracidade com 5 itens, perfazendo um total de 44 itens, todos de múltipla escolha (com três possibilidades de resposta por item). O tempo de aplicação do instrumento é de aproximadamente 20 minutos. Os dados do P-3 são anulados quando há omissão de algum item da escala de veracidade ou se a soma nessa dimensão for superior a 11, o que indica alteração na regularidade dos dados das demais dimensões.

É importante advertir que o P-3 não foi elaborado para fins de diagnóstico, ele é um instrumento que pode assessorar os profissionais da saúde que lidam com pacientes portadores de dor crônica ou aguda, facilitando o planejamento e monitoramento do tratamento psicológico e clínico da dor. Recomenda-se a aplicação do P-3 antes de qualquer procedimento clínico para auxiliar no próprio planejamento do tratamento e a reaplicação depois para verificar a evolução, ou não, do quadro emocional e comportamental do examinado. O paciente que apresenta um nível elevado de sintomas no P-3 também apresenta dificuldade no engajamento do tratamento e, por consequência, pouco acesso aos efeitos benéficos do tratamento.

O SCL-90-R é um inventário de sintomas, auto-aplicável, que foi desenvolvido para identificar e avaliar dificuldades psicológicas ou psicopatológicas, que contém 90 itens (afirmativas), e cada item varia numa escala *Likert* de intensidade 0, 1, 2, 3, 4,

associadas respectivamente às palavras “nunca”, “um pouco”, “moderadamente”, “freqüentemente” e “extremamente”. A tarefa da pessoa é responder aos itens baseando suas respostas na ocorrência dos sintomas nos últimos sete dias. O SCL-90-R possui nove dimensões de sintomas primários (Somatização, Obsessão/Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóica, Distúrbio Psicótico) e três índices globais (severidade global, sintomas positivos estressantes e o total de sintomas positivos). Há ainda uma escala de itens adicionais que não se encaixa em nenhuma das dimensões de sintomas primários, mas seus itens são fundamentais para a avaliação clínica do examinado.

O tempo de administração do instrumento é de aproximadamente 20 minutos¹⁴. A tradução do SCL-90-R foi realizada por Sardá (1999), que conduziu uma pesquisa utilizando o pareamento de escalas do P-3 e do SCL-90-R no processo de avaliação psicológica de pessoas portadoras de síndromes dolorosas, obtendo moderada correlação entre os dois instrumentos nas dimensões depressão, ansiedade e somatização.

O MMPI possui 550 itens para aplicação individual e 566 para aplicação coletiva. O inventário possui nove escalas clínicas: Hipocondria, Depressão, Histeria, Desvio Psicopático, Interesse (masculinidade e feminilidade), Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania. Além dessas nove dimensões, há mais três de veracidade, itens adicionais e sociais (de introversão e extroversão). Os itens do MMPI cobrem uma ampla faixa de conteúdos que variam desde a condição física até atitudes morais e sociais dos examinados,

¹⁴ Informações detalhadas sobre esta técnica podem ser obtidas em Derogatis (1994).

permitindo esboçar os traços de personalidade e identificar alterações psicopatológicas. O tempo de aplicação desse instrumento é de 60 a 90 minutos¹⁵.

3.1 MEDIDAS PSICOMÉTRICAS NA AVALIAÇÃO DA DOR

A Psicometria é um ramo da Psicologia que se propõe a construir métodos de quantificação dos fenômenos psicológicos ou suas propriedades (CRUZ; ALCHIERI, 2004), ao mesmo tempo que permite definir um conjunto de técnicas que orientam o processo de validação¹⁶, precisão¹⁷ e padronização¹⁸ dessas medidas para o estudo sistemático do comportamento humano (ERTHAL, 2001). Os resultados aferidos por meio de medidas psicométricas geram sínteses, expressas, invariavelmente, por números, índices ou conceitos.

Os símbolos numéricos e não numéricos fazem parte da tentativa histórica humana de convencionar formas de expressão para representar quantidade, magnitude, intensidade ou extensão de fenômenos ou objetos. Os sistemas numéricos representam de forma objetiva a capacidade humana de avaliar as coisas.

¹⁵ Informações detalhadas sobre este inventário podem ser obtidas consultando o manual de Mckinley e Hathaway (1955).

¹⁶ A **validade** de uma medida é a verificação da relação de pertinência entre medir o que se propõe a medir. Essa pertinência é verificada nos procedimentos de validade de critérios e de validade de conteúdo.

¹⁷ A **precisão** (ou fidedignidade) se refere à constância dos escores (resultado numérico) obtidos e se eles correspondem (se aproximam) aos escores verdadeiros do sujeito naquele fenômeno psicológico. Os resultados devem ser reproduzidos em diferentes ocasiões (desde que se mantenham condições similares) para os mesmos indivíduos ou grupos. O conceito de “variância” é imprescindível, pois ele sinaliza a variabilidade presente na medição dos escores; conforme afirma Pasquali “desta forma, em matemática o número está sempre solitário, inconfundível, enquanto na medida ele vem sempre acompanhado de um ‘cão de guarda’, a variância, que indica o erro” (PASQUALI, 2003, p. 26).

¹⁸ A **normatização/padronização** é a última etapa, depois que foram verificadas a validade da medida e sua precisão. A padronização diz respeito aos cuidados de uniformidade nos procedimentos de aplicação (instrução padronizada, mensuração individual e/ou coletiva, apresentação do instrumento no papel e/ou no computador, entre os cuidados importantes de coleta de dados). Nesta etapa são definidos os critérios de correção e interpretação dos resultados, chamada de normatização. Vencida essa etapa, a medida psicológica passa a ser denominada de teste, pois, é possível aplicá-lo e utilizar normas de interpretação que permitem traçar o perfil de um indivíduo com relação a um grupo padrão.

¹⁸ A variância é uma medida estatística que permite verificar a dispersão da distribuição dos valores/escores obtidos em torno da média.

De acordo com Pasquali (2003), há definidos 23 axiomas operacionais ou regras do sistema numérico, que são as propriedades matemáticas de um número, entre elas, destacam-se a identidade, a reflexibilidade e a ordem. São essas três propriedades numéricas que possibilitam a transição do número, com razoável confiança, para representar o evento ou fenômeno psicológico¹⁹ investigado, ou seja, o resultado numérico obtido em uma mensuração representará o fenômeno psicológico investigado (informações mais detalhadas em Pasquali (2003, p. 23-52)).

Uma medida psicométrica consiste no esboço de definições que mantêm uma relação com o comportamento²⁰ observável e quantificável. Sendo assim, a medida psicométrica é uma forma científica de estabelecer um paralelo entre o número (valor matemático) e o evento/fenômeno psicológico investigado. Para tanto, é necessário que algumas características psicométricas, como validação, fidedignidade (chamada também de precisão e confiabilidade) e normatização (chamada também de padronização), estejam presentes na concepção e construção da medida. Os cuidados com a validação e precisão são indispensáveis para a construção de medida psicológica eficaz; quando uma medida atinge a etapa psicométrica de normatização, estamos diante de um teste psicológico²¹.

¹⁹ Pasquali (2003, p. 55) adota a expressão *traço latente*, porém ela é muito genérica por representar: “variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de informação, componente cognitivo, tendência, atitude e outros”. Nesta pesquisa “traço latente” é substituído por “evento” ou “fenômeno psicológico investigado”.

²⁰ Pasquali (2003) classifica como atributos da medida aqueles comportamentos (mensuráveis) que representam o traço latente.

²¹ “[...] a finalidade de um teste consiste em medir as diferenças existentes, quanto à determinada característica, entre diversos sujeitos, ou então o comportamento do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões” (ERTHAL, 2001, p. 57). Porém, um teste não substitui a entrevista e nem a observação sistemática da totalidade de comportamentos, entretanto há vantagens porque “o teste é relativamente econômico quanto ao tempo, sendo útil e prático quando se trata de avaliar grande número de pessoas” (ERTHAL, 2001, p. 73). Os testes psicológicos surgiram no final do século XIX e início do século XX. Basicamente temos testes para medir aptidões ou medir atitudes (opiniões). Três pesquisadores se destacam na história dos testes: Francis Galton, que desenvolveu testes para acessar aptidões humanas. Ele acreditava que operações intelectuais podiam ser avaliadas por meio de medidas sensoriais; James McKeen Cattell, que desenvolveu testes para avaliar as diferenças individuais. Foi ele que cunhou o termo “testes mentais” para avaliar essas diferenças

Independente de se tratar de uma medida psicológica ou teste, certos cuidados psicométricos devem ser adotados, os quais englobam procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos).

Os **procedimentos teóricos** referem-se às evidências empíricas sobre o assunto investigado que guiam a construção do instrumento. Pasquali (1999) destaca seis passos necessários à construção de uma medida psicométrica:

- a) delimitar o sistema psicológico, ou seja, definir o objeto psicológico a ser estudado;
- b) definir as propriedades do sistema psicológico (delinear quais os atributos que fazem parte do objeto psicológico a ser investigado);
- c) verificar a dimensionalidade do(s) atributo(s), ou seja, quantos componentes e dimensões existem;
- d) definir o(s) construto(s) teórico(s) do estudo;
- e) operacionalizar o(s) construto(s), ou seja, criar regras e critérios para a construção dos itens; e
- f) proceder a análise teórica dos itens.

Para ilustrar esses passos, Pasquali (1999) oferece um exemplo, cujo objeto psicológico são os processos cognitivos, com foco do estudo recaindo sobre a inteligência verbal (neste caso, o construto a ser investigado). O próximo passo é descobrir se esse construto é único (unidimensional) ou se possui vários componentes (multidimensional).

individuais. Porém, foi Alfred Binet que desenvolveu o primeiro teste de capacidade mental que envolvia três funções cognitivas: julgamento, compreensão e raciocínio (SCHULTZ; SCHULTZ, 1992). Os testes psicológicos sofreram muitas críticas porque alguns apresentavam distorções culturais e educacionais e não podiam ser utilizados discriminadamente para qualquer população. Os testes tiveram um período de declínio e ressurgiram na década 70 com uma constante preocupação de eliminar ou isentar essas distorções para avaliar com mais precisão os eventos/fenômenos psicológicos.

Essa pergunta deverá ser respondida pela literatura especializada, dado que, nesse exemplo, há dois fatores distintos: compreensão verbal e fluência verbal, ou seja, o construto em questão é multidimensional.

No Quadro 3 ,elaborado a partir de Pasquali (1999), constam as regras para formulação dos itens que deverão, sempre que possível, ser seguidas. Existe um consenso na literatura segundo o qual um construto unidimensional deve ter cerca de 20 itens para representá-lo (PASQUALI, 1999), em outras palavras, cada dimensão investigada precisa ser avaliada em média por 20 itens. O último passo dos procedimentos teóricos seria conduzir a análise teórica dos itens, que é indispensável e fundamental para verificar se os itens são inteligíveis para o extrato mais baixo (ex.: menor escolaridade) da população investigada (corresponde à análise semântica) e para verificar se há pertinência entre o fenômeno investigado e os itens elaborados para sua investigação (corresponde à análise dos juízes ou análise de conteúdo).

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO PARA FORMULAÇÃO DE ITENS
Comportamental	Expressar um comportamento, descrevendo uma ação clara e precisa para o sujeito responder.
Objetividade	Permitir uma resposta do tipo certo/errado, sim/não para os casos de aptidão; ou expressar sua atitude (concorda/discorda) graduando-a em uma escala <i>likert</i> .
Simplicidade	Expressar uma única idéia por vez.
Clareza	Ser compreensível para o extrato da população-alvo com menor nível de escolaridade (utilizar frases inequívocas, sem ambigüidade).
Relevância	Criar item diretamente relacionado com a definição do fenômeno psicológico a ser investigado. O item deve estar relacionado com a definição teórica.
Precisão	O item deve ser singular e imprescindível para a investigação do fenômeno, garantindo sua relação com os demais itens.
Variedade	Variar a linguagem dos itens para não ficar monótona a leitura e, se possível, formular meio a meio a quantidade de itens favoráveis e desfavoráveis na tentativa de evitar respostas estereotipadas.
Modalidade	Criar frases que possibilitem uma reação modal (gradual), entretanto se devem evitar expressões extremadas (como extraordinário, enorme, humilde, abominável etc.). A intensidade, ou a freqüência, na escala psicométrica deve ser utilizada para acessar a resposta do sujeito e não para a formulação do item.
Tipicidade	Utilizar frases condizentes com o fenômeno psicológico investigado, sem impor intensidade ou qualidades ao próprio item (evitar frases do tipo: ela tem uma beleza forte, sua beleza é pesada etc.).
CRITÉRIOS PARA O CONJUNTO DE TODOS OS ITENS QUE COMPÕEM O INSTRUMENTO	
Amplitude	Utilizar vários itens para cumprir o mesmo fenômeno investigado, indicação de 20 itens (atributos) por dimensão.
Equilíbrio	Construir proporcionalmente itens fáceis, difíceis e médios para mensurar aptidões ou fracos, moderados e extremos para mensurar atitudes.

Quadro 3: Síntese dos critérios a serem seguidos, sempre que possível, durante a formulação de cada item e para o conjunto total dos itens que compõem a medida.

Existem várias formas de verificar a compreensão dos itens (PASQUALI, 1999; 2003). Uma forma de conduzir a análise semântica é aplicar o instrumento em pequenos grupos da população-alvo e verificar a compreensão que os examinados têm dos itens. Aqueles itens que sistematicamente apresentam problemas de compreensão, que suscitam dúvidas ou interpretações ambíguas, devem ser reescritos ou eliminados. Já a análise de conteúdo, realizada pelos juízes, tem o objetivo de verificar se há pertinência entre as definições teóricas das dimensões do construto (atributos²²) e os itens elaborados para essa investigação. Os juízes devem ser profissionais peritos na construção de medidas ou no

²² Os atributos são os aspectos ou propriedade que caracterizam o evento/fenômeno psicológico de estudo.

tema da pesquisa. Quando há uma concordância igual ou superior a 80% entre os juízes, considera-se que o item é um bom representante do construto teórico.

Os **procedimentos empíricos** estão relacionados com: o tipo e o tamanho da amostra; a forma de coleta de dados (individual e/ou grupal, auto-aplicável ou não); os critérios de inclusão e exclusão do participante na pesquisa, levando em consideração o perfil da população para o qual a medida foi construída; o estabelecimento de grupos (grupo experimental x grupo controle ou grupo único); e a forma de aplicação/testagem (única, pré/pós-intervenção, *follow-up*). Os procedimentos empíricos auxiliam no processo de normatização e padronização da medida, e no tratamento estatístico segundo o qual serão trabalhados os dados coletados. Por exemplo, com relação ao tamanho da amostra, para um estudo de validação empírica, Pasquali (1999) recomenda 100 sujeitos para cada dimensão mensurável ou então de 5-10 sujeitos para cada item do instrumento, lembrando que cada dimensão deve ter cerca de 20 itens para representá-la. Para Pasquali (1999, p. 56), “[...] qualquer análise fatorial e da TRI com menos de 200 sujeitos dificilmente pode ser considerada adequada”. A Análise Fatorial e a Teoria de Resposta ao Item (TRI) serão explicadas, resumidamente, mais adiante.

Os **procedimentos analíticos** referem-se ao tratamento estatístico dos dados que permite aferir a validade e a precisão de uma medida psicológica que tornar-se-á um teste psicológico quando atingir a etapa psicométrica de padronização/normatização.

Existe no mercado uma diversidade sofisticada de programas estatísticos (*softwares*) para proceder à análise da variância²³ das médias amostrais.

²³ A variância é uma medida estatística que permite verificar a dispersão da distribuição dos valores/escores obtidos em torno da média.

A Análise Fatorial é uma das soluções estatísticas utilizadas para reduzir a complexidade de variáveis observadas e mensuradas, agrupando-as em fatores. Essa análise é utilizada para definir a dimensionalidade da medida, mostrando o que está sendo medido pelo instrumento porque extrai o(s) fator(es) e os seus respectivos itens. O fator por sua vez é uma variável hipotética, não-observável, mas que pressupõe explicar o teste, a medida ou os itens observados, ou seja, o fator explica a variância das variáveis observadas.

Ao aplicar uma Análise Fatorial, é possível agrupar variáveis conforme sua associação com um dado Fator (dimensão psicológica). A Análise Fatorial gera uma matriz com vários coeficientes de correlação que são chamados de carga fatorial. A carga fatorial é um valor decimal, normalmente, menor que 1. As cargas fatoriais altas (positivas ou negativas) são aquelas próximas de 1 ou -1. Itens que obtêm carga fatorial alta merecem ser interpretados porque são representantes úteis de um fator. As cargas fatoriais baixas (positivas ou negativas) são aquelas de valores intermediários e/ou próximos de zero, elas não merecem ser interpretadas porque não representam o fenômeno investigado. Cargas fatoriais acima de 0,30 ou 0,40 são consideradas significantes em Ciências Sociais e Humanas, e devem ser analisadas e interpretadas (KERLINGER, 1980; PASQUALI, 1999). Dessa forma, a associação de um item a um fator é verificada pelo valor da carga fatorial obtida, quanto maior for a carga fatorial, mais o item reflete o fator, ou seja, os itens que obtêm maiores cargas fatoriais melhor representam o fator (KERLINGER, 1980).

O símbolo h^2 , fornecido pela aplicação da Análise Fatorial, representa o aspecto comum (a comunilidade) que cada item possui com os fatores extraídos e sua covariância, que é um tipo de relação de “parentesco” do item com o fator (PASQUALI, 1999). A consistência interna (validade) entre os itens que compõem cada dimensão da medida (ou

de uma medida) é verificada pela análise do coeficiente de *Alpha Cronbach* (PASQUALI, 2003).

A Teoria de Resposta ao Item²⁴ (TRI) é outro procedimento analítico para análise dos itens, cada item pode ser analisado em três parâmetros: grau de dificuldade, poder de discriminação e aleatoriedade das respostas (resposta fornecida ao acaso). A dificuldade do item está relacionada com a magnitude da resposta do sujeito para acertar/aceitar o item. Índice de dificuldade em torno 50% significa que o item produz mais informação sobre o fenômeno avaliado, ao passo que índice de dificuldade de 100% ou 0% não produz informação, conforme afirma Pasquali (1999, p. 65): “[...] itens que todos os sujeitos acertam ou aceitam e itens que ninguém acerta ou não aceitam são itens inúteis para fins de diferenciar indivíduos”. A discriminação do item é seu poder de diferenciar sujeitos que apresentam magnitudes diferentes para os eventos ou fenômenos investigados. E as respostas aleatórias do sujeito estão relacionadas à probabilidade de o acerto/aceitação ser devido ao caso.

A análise dos itens obtida pela TRI e pela Análise Fatorial são procedimentos analíticos que permitem verificar qualidades psicométricas úteis na elaboração e construção de uma medida psicológica.

3.1.1 Testes psicológicos para avaliação da dor

Tollison e Hinnant (1996) apresentaram 13 instrumentos psicométricos utilizados para avaliação de pacientes com dor, apesar de alguns instrumentos não terem sido

²⁴ Os três modelos de TRI mais conhecidos, segundo Pasquali (1996), são: o modelo logístico de um só parâmetro de Rasch, que supõe que todos os itens têm o mesmo grau de discriminação e não há respostas fornecidas ao acaso, portanto o único parâmetro a ser avaliado é o grau de dificuldade; o modelo logístico de dois parâmetros de Birbaum, que supõe existir grau de dificuldade e de discriminação, mas não considera a possibilidade de respostas fornecidas aleatoriamente; e o modelo de três parâmetros de Lord, o qual avalia o grau de dificuldade, discriminação e aleatoriedade das respostas fornecidas.

elaborados para esse fim. Esses autores criaram um índice de estimativa subjetiva (*subjective opinion of authors*), ou seja, um valor numérico (numa escala entre um e cinco) correspondente à capacidade que o instrumento tem para avaliar a dor.

No Quadro 4, elaborado a partir de Tollison e Hinnant (1996), são apresentados os instrumentos na ordem decrescente do valor estimado para mensuração da dor. Os instrumentos que recebem notas entre quatro e cinco são os que apresentam maior capacidade de avaliação, geralmente, são medidas multidimensionais que abarcam sintomas psicológicos e psicopatológicos. Aqueles instrumentos que receberem nota um têm um menor poder no processo de avaliação psicológica de pacientes com dor, normalmente, são instrumentos elaborados para investigar traços de personalidade, respostas de enfrentamento. Para um melhor esclarecimento sobre os instrumentos e suas características, recomendam-se as leituras de Keefe e Bradley (1984) e de Tollison e Hinnant (1996).

Instrumento ²⁵	Descrição Resumida	Tempo de aplicação	Valor ²⁶
Perfil de Pacientes com Dor (P-3)	Múltipla escolha com 44 itens. O P-3 é empregado para avaliar pacientes com distúrbios emocionais associados à dor. Possui quatro dimensões (validação, depressão, somatização e ansiedade) para avaliar dificuldades psicológicas.	15 min 17 anos em diante	5
Inventário de Dor Multidimensional de West Haven-Yale (MPI)	Contém 60 itens de escolha forçada com 7 possibilidades. Segue o modelo comportamental cognitivo, tem 12 dimensões psicológicas para verificar o impacto da dor sobre a vida diária do paciente. Recomenda-se usar concomitantemente com outras medidas que avaliam distúrbios psicológicos.	20-30 min Adultos	5
Avaliação Comportamental da Dor (BAP)	Contém 390 itens de escolha forçada com 7 possibilidades. Segue o modelo biopsicossocial multidimensional, tem 9 dimensões (demográfica, atividade, interferência, evitação, influência do cônjuge, influência física, qualidade física, crenças sobre a dor, percepção das conseqüências e enfrentamento). Recomenda-se usar concomitantemente com outras medidas de distúrbios psicológicos	60-90 min Adultos	5

²⁵ Serão mantidas as siglas dos instrumentos correspondentes à grafia da língua inglesa. Dessa forma: Pain Patient Profile corresponde a P-3; West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI); Behavioral Assessment of Pain (BAP); McGill Pain Questionnaire (MPQ); Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R); The Chronic Pain Battery (CPB); e Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI); e Revision (MMPI-2).

²⁶ A estimativa de valor para cada instrumento (valor atribuído à eficácia do instrumento).

	e de capacidade física.		
Questionário de dor McGill (MPQ)	Contém 20 categorias de descritores verbais para avaliar a dor e um mapa corporal para localização da dor. Cada categoria possui de 2-5 descritores organizados conforme a intensidade da dor. Mede aspectos sensoriais, afetivos, cognitivos e avaliativos da dor.	30-45 min Adultos com bom repertório verbal	3-4
Inventário de sintomas 90-Revisado (SCL-90-R)²⁷	Contém 90 itens, escala <i>likert</i> , cinco possibilidades de respostas 0,1,2,3,4. Avalia dificuldades psicológicas ou psicopatológicas, possui 9 escalas de sintomas primários, 1 adicional para avaliação dos sintomas clínicos e 3 índices globais.	12-15 min 13 anos em diante	3
Bateria de dor Crônica (CPB)	Contém aproximadamente 200 itens, múltipla escolha (falso/verdadeiro). Multidimensional para pacientes com câncer e tumor não-maligno, inclui informações sobre a história da dor, informações médicas e funcionamento social. Nesta bateria o SCL-90-R foi incorporado.	60-75 min Adultos	3
Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI) e revisado (MMPI-2)	MMPI (1943) é um inventário de personalidade (verificar psicopatologias). Na versão revisada (MMPI-2) foram incluídos itens para avaliação de dor. Possui 566 itens, com escolha entre falso/verdadeiro. Contém escalas de: somatização, obsessão - compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóica e distúrbio psicótico. O inventário permite traçar o perfil psicológico do paciente avaliando as dificuldades psicológicas e principalmente as psicopatológicas (doenças psiquiátricas).	60-90 min 18 anos em diante	3
Inventário de Comportamentos de Saúde Millon (MBHI)	Contém 150 itens (falsos/verdadeiros) para medir fatores psicológicos de enfrentamento relacionados com os cuidados de saúde física. Possui 20 dimensões clínicas organizadas em 4 categorias (estilo de enfrentamento, atitudes psicogênicas, correlatos somáticos e indicadores de prognóstico). Utilizado em pacientes internados.	20-30 min 18 anos em diante	2
Questionário de Análise Clínica (CAQ)	CAQ possui 272 itens, duas etapas de aplicação. É um teste de personalidade multidimensional que combina medidas de diagnóstico de comportamento desviantes e estratégias de enfrentamento. Permite um diagnóstico geral, utilizado no acompanhamento do tratamento, e fornece orientações vocacionais. O CAQ tem 16 traços de personalidade somados a 12 características patológicas.	100min 16 anos em diante	2
Inventário de Avaliação de Personalidade (PAI)	Contém 344 itens (cada item com 4 possibilidades de resposta). É um teste de personalidade multidimensional com 22 escalas que cobrem uma ampla faixa de desordens mentais (4 escalas de validade, 11 clínicas, 5 tratamento e 2 interpessoal). Foi desenvolvido para avaliar psicopatologias, fornecendo informações para o diagnóstico clínico, planejamento do tratamento e visão geral da psicopatologia. Não foi elaborado para pacientes com queixa primária de dor.	45 min 18 anos em diante	2
Inventário de Depressão Beck (BDI)	Contém 32 itens (cada item com 4 possibilidade de resposta) que possibilitam verificar a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos. Também usado para detectar depressão na população normal.	5-10min (16 a 80 anos)	1-2

²⁷ Inventário traduzido para o português pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (PSITRAB) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Questionário de 16 Fatores de Personalidade (16-PF)	É um teste de múltipla escolha com 187 itens (cada item com 3 possibilidades de resposta). Fornece informação e avalia 16 traços primários de personalidade. Descreve vários graus de distúrbios psicológicos e psicopatológicos.	45-60 min 16 anos em diante	1
Inventário de Respostas de Enfrentamento (CRI)	Contém 58 itens (cada item com 4 possibilidades de resposta). Existe a versão adulta e jovem. Identifica respostas comportamentais e cognitivas utilizadas para enfrentar situações estressantes ou problemas recentes. São investigadas a forma atual de enfrentamento e a forma ideal para o enfrentamento. Os dados foram normalizados para população sem dor.	15-20 min adulto (18 em diante) jovem (12-17 anos)	1

Quadro 4: Instrumentos utilizados na avaliação da dor: descrição de suas características e seu poder de avaliar a dor (valor numérico estimado).

FONTE: Adaptado de Tollison e Hinnant (1996, p. 121-122).

De acordo com Sardá e Cruz (2002), os instrumentos mais utilizados para a avaliação da dor são: Escala Visual Analógica (EVA), que mede a intensidade da dor; e medidas psicológicas citadas no Quadro 4, tais como MPQ, MMPI (e sua versão revisada MMPI-2), MPI, BAP, 16PF, BDI, SCL-90-R e P-3. Entre esses instrumentos utilizados, apenas quatro (16PF, BDI, EVA e MMPI) são validados, padronizados e normatizados para a população brasileira, “[...] o que nos leva a constatar que o Brasil está extremamente carente de instrumentos apropriados para este tipo de avaliação, o que justifica a necessidade de se produzir conhecimento nessa área” (SARDÁ; CRUZ, 2002, p. 111).

Posto que já existam na literatura instrumentos para identificar traços/tipos de personalidade para classificar desordens psicológicas ou alterações psicopatológicas, a presente pesquisa teve como meta elaborar uma medida para investigar a presença de aspectos psicológicos em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho.

4 CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM PORTADORES DE DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO (IAP-T)

4.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO IAP-T

Para construir o IAP-T, que tem por objetivo investigar aspectos psicológicos associados às síndromes dolorosas relacionadas ao trabalho, foram realizados os seguintes passos:

1. investigar quais as medidas psicométricas utilizadas na avaliação de alterações e de transtornos psicológicos em pacientes com dor e estudá-las;
2. conduzir uma avaliação crítica do estado da arte das pesquisas em saúde do trabalhador que envolve onexo causal e etiológico entre as condições de trabalho e o processo de adoecimento do trabalhador. Esses dois primeiros passos foram subsidiados por pesquisas realizadas em bases de dados nacionais e internacionais (ver Apêndice A);
3. identificar sinais e sintomas sinalizadores de alterações psicológicas ou psicopatológicas em portadores de dor crônica e aguda. Dois manuais foram utilizados para esta tarefa, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 2000) e o Manual Estatístico e de Diagnóstico dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual - DSM-IV*, 1995);
4. identificar as dimensões e os itens elaborados para representá-las nos instrumentos SCL-90-R, P-3 e MMPI, freqüentemente utilizados na avaliação psicológica de portadores de dor crônica pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (PSITRAB) da UFSC, que desenvolve pesquisa na área de saúde do trabalhador, envolvendo o processo de avaliação psicológica:

- a) para comparação, simultânea, entre as dimensões do SCL-90-R, P-3 e MMPI foram elaboradas planilhas de itens para facilitar e permitir a análise dos itens e a comparação entre eles; e
- b) diante das informações teóricas disponíveis na literatura, da experiência empírica²⁸ e da análise comparativa das dimensões e de seus respectivos itens, foi possível selecionar e elaborar itens que representassem os aspectos psicológicos a serem investigados no IAP-T.

5. definir quais dimensões psicológicas (atributos do fenômeno) fariam parte do IAP-T, ou seja, quais os aspectos psicológicos associadas às síndromes dolorosas crônicas que seriam mensurados. Inicialmente foram programadas nove dimensões: ansiedade, transtorno somatoforme, depressão, bem-estar no trabalho, habilidade social, veracidade, inclusão/exclusão, estresse e itens adicionais. Entretanto, conforme avançavam as leituras teóricas, discussões e orientações, optou-se por eliminar as dimensões estresse e itens adicionais. As dimensões inclusão/exclusão (três itens) e de veracidade (quatro itens), que se referiam aos critérios, tiveram seus itens incorporados às dimensões ansiedade e transtorno somatoforme (ver subseção 4.2). Desta forma, o IAP-T ficou com cinco dimensões para representar os aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho;

6. definir a forma de conduzir a mensuração dos sinais e sintomas psicológicos do IAP-T presentes em portadores de dor crônica. Na primeira versão o IAP-T possuía 120 itens, organizados em uma escala com dois pontos de variação, Sim ou Não, para verificar a

²⁸ Refere-se à atuação na área clínica da pesquisadora (doutorada) e da aluna de pesquisa (mestranda, especialista em avaliação psicológica). A experiência da primeira ocorreu por projeto de extensão e realização de trabalho voluntário na Associação Catarinense de Cegos, ambos envolvendo atendimento psicológico (ex.: casos de depressão, drogadicção, ansiedade, entre outros). A segunda ocorreu por atuação direta no processo de avaliação psicológica em portador de dor crônica (clínica particular).

ocorrência de sinais e sintomas psicológicos. Entretanto, após discussões e orientações, optou-se por utilizar uma escala *Likert* para graduar a ocorrência dos sinais e sintomas, com quatro possibilidades de resposta do participante (0= nunca, 1= às vezes, 2= geralmente e 3= sempre);

7. criar, eliminar e alterar itens é um processo complexo, exige conhecimento teórico e empírico, além de demandar muito tempo. Neste processo itens foram elaborados e eliminados, outros tiveram a redação modificada para, então, iniciar-se o procedimento empírico de análise teórica dos itens (IAP-T estava com 114 itens nesta etapa). As eliminações ou alterações ocorrem baseadas no investimento na literatura, nas recomendações psicométricas para construção de itens e nas discussões/orientações. Dois itens foram eliminados durante a construção do IAP-T: dimensão depressão “desisto de fazer algo novo por acreditar que sou incapaz”, “tenho vontade de cuidar da minha aparência física”; e dimensão ansiedade, antes era “tenho tensão muscular”, passou a ser “sou uma pessoa tensa”. Também, itens considerados gerais foram eliminados, exemplos: “tenho problemas de saúde” era um item de critério de inclusão/exclusão, “tenho mal-estar” era um item da dimensão transtorno somatoforme;

8. conduzir à validação teórica dos itens via análise de conteúdo e semântica validação teórica dos itens, que envolve duas etapas: análise de conteúdo e semântica. A análise de conteúdo (ou análise dos juízes) implica no exame teórico das definições e dos itens elaborados para representá-las com o objetivo de verificar a consistência e/ou adequação dos itens (atributos/comportamentos) às dimensões psicológicas da medida. E a análise semântica permite verificar se os itens são compreensíveis pelo público-alvo a que se destina a medida.

4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à descrição das dimensões do IAP-T, foram utilizados, principalmente, o CID-10 (2000) e o DSM-IV (1995) para caracterizar ansiedade (A), depressão (D) e transtorno somatoforme (TS). As dimensões habilidade social (HS), bem-estar no trabalho (W) e os itens que são critérios de inclusão/exclusão (I/E) e de veracidade (V) foram elaborados com base na leitura de materiais especializados e no conhecimento empírico acerca da necessidade de investigar novas dimensões associadas ao propósito do trabalho.

Para verificar a relação de pertinência entre os itens e as dimensões do construto (aspectos psicológicos), foi realizada a análise teórica dos itens. A análise de conteúdo foi realizada por cinco juízes, profissionais peritos em construção de medidas e/ou no tema da pesquisa, conforme recomendações psicométricas para a elaboração de uma medida psicológica (PASQUALI, 1999). A tarefa dos juízes era classificar os itens do IAP-T, verificando quais itens pertenciam às dimensões: depressão (D), ansiedade (A), transtornos somatoformes (TS), bem-estar no trabalho (W), habilidade social (HS), veracidade (V) e inclusão/exclusão (I/E). Nesta etapa da pesquisa, o IAP-T possuía 114 itens e sete dimensões (Apêndice B). O critério para considerar que os itens estavam relacionados com o fenômeno investigado foi um índice de concordância de 80% entre os juízes.

De acordo com as definições teóricas, alguns itens podem pertencer a mais de uma dimensão (ex.: perturbação do sono pode ser um sintoma tanto de ansiedade quanto de depressão), os quais foram chamados de itens compartilhados. Os itens chamados de exclusivos são aqueles que pertencem a uma única dimensão. Na Tabela 1 consta o

juízo dos cinco juizes com os respectivos índices de concordância para os itens compartilhados e exclusivos.

Tabela 1: A análise do conteúdo realizada por cinco juizes, percentual de concordância (acertos) entre os juizes para os 114 itens e sua classificação nas dimensões do IAP-T

Dimensão	Itens EXCLUSIVOS (pertencem a uma única dimensão).			Itens COMPARTILHADOS (pertencem a mais de uma dimensão)	
	Concordância 100%	Concordância 80%	Concordância = ou < 60%	100%	80%
HS	01, 88, 106, 109	11, 19, 28, 30, 52, 64, 80, 99	26, 37, 44, 67	14, 41	04
A	02, 10, 12, 20, 47, 68, 75, 85, 87, 90, 93, 98, 100, 108, 102, 114	16, 24, 45, 54, 56.	39, 32, 59	06, 08, 14, 41, 57, 65, 95, 105, 112	04, 09
TS	21, 33, 40, 48, 53, 60, 63, 70, 77, 83, 92, 101, 113	25, 31, 96, 97.	17, 43, 50.	65	09, 103
D	15, 36, 49, 61, 66, 72, 86, 91	07, 34, 58, 69, 81, 89, 110	03, 18, 23, 29, 42, 74, 78	06, 08, 95, 105, 112	103
W	05, 13, 27, 35, 51, 62, 76, 79, 94, 104, 111	22, 46, 55, 71, 73, 82, 84, 107	38	57	
114 itens	52 itens (46% do IAP-T)	32 itens (27%)	18 itens (15%)	9 itens (8%)	3 itens (3%)
Total	Total de itens exclusivos = 102 (89% do IAP-T)			Total de itens compartilhados = 12 (11%)	

Obs.: D= Depressão, TS= Transtornos Somatoformes, HS = Habilidade Social, A= Ansiedade e W = Bem-Estar no Trabalho.

Na Tabela 1, o uso do negrito significa que o item foi programado para pertencer àquela dimensão da coluna à esquerda. Como esse item é compartilhado com outra dimensão, há repetição na Tabela indicando a outra dimensão possível de classificação. Por exemplo, o item 103 “Tenho alterações do apetite [...]” obteve concordância de 80% e está em negrito para sinalizar que estava programado para pertencer à dimensão Depressão, porém um juiz o classificou na dimensão Transtorno Somatoforme.

Dos 114 itens que compunham o IAP-T, 102 itens são exclusivos e 12 itens são compartilhados. Na avaliação dos juízes, 84 itens exclusivos e os 12 compartilhados obtiveram concordância de 80-100%, perfazendo um total de 96 itens que corresponde a 85% do total de itens do IAP-T, os quais deveriam permanecer no IAP-T (ver Tabela 1). Os outros 15% do IAP-T que corresponde a 18 itens apresentaram índice de concordância igual ou menor que 60% (ver Tabela 1). Em vez de eliminar esses 18 itens, optou-se por excluir apenas nove daqueles que obtiveram concordância de 20% e 40%, permanecendo no IAP-T os outros nove itens que obtiveram 60% de concordância entre os juízes, ou seja, que foram julgados por três dos cinco juízes como pertencentes à dimensão programada (ver Tabela 2).

Tabela 2: Análise de conteúdo, realizada por cinco juízes, de dezoito itens cuja concordância foi igual ou menor a 60%

Item	Descrição item	Dimensão	Julgamento dos cinco juízes					% acordo	Itens Eliminados	
			M	Y	Q	W	E		sim	não
3	Tenho acessos de riso ou de choro que não posso controlá-los.	D	A	TS	D	A	A	20	X	
17	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.	TS	A	TS	TS	TS	A	60		X
18	Considero-me uma pessoa importante.	D	HS	W	HS	I	HS	40	X	
23	Canso-me com facilidade ao realizar atividades cotidianas.	D	A	TS	D	TS	D	40	X	
26	Tenho diálogo conflitante com membros de minha família.	HS	HS	A	HS	HS	A	60		X
29	Sinto que desejaria sumir ou desaparecer.	D	W	D	D	V	D	60		X
32	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, apesar de saber que não podem me fazer mal.	A	A	D	A	I	A	60		X
37	Vejo pessoas conhecidas e prefiro não cumprimentá-las.	HS	D	HS	HS	HS	D	60		X
38	Não consigo resolver os problemas cotidianos do trabalho.	W	W	A	W	HS	W	60		X
39	As pessoas do meu convívio próximo parecem não me compreender.	A	D	V	A	I	HS	20	X	
42	Tenho vontade de cuidar da minha aparência física.	D	HS	W	D	V	D	40	X	
43	Sinto como se estivesse com um objeto ou nó na garganta.	TS	A	V	TS	TS	TS	60		X
44	Sou geniosa ou ranzinza sem motivo aparente.	HS	HS	D	HS	A	A	40	X	
50	Parece que ninguém compreende os meus problemas de saúde.	TS	TS	W	TS	I	HS	40	X	
59	Sou exigente com tudo que faço e isso me incomoda.	A	HS	A	A	HS	A	60		X
67	Tendo a ser agressivo com as pessoas.	HS	A	HS	HS	A	A	40	X	
74	Não inicio algo novo por acreditar que sou incapaz.	D	A	HS	D	HS	A	20	X	
78	Sinto indisposição.	D	D	TS	D	TS	D	60		X

Obs.: D= Depressão, TS= Transtornos Somatoformes, HS = Habilidade social, A = Ansiedade e W = Bem-Estar no Trabalho, V = Veracidade e I = Inclusão/Exclusão.

O IAP-T foi construído para avaliar aspectos psicológicos de portadores de dor crônica relacionada ao trabalho, portanto, foi necessário criar critérios de Inclusão (ver Tabela 3) do participante no grupo de portadores de dor crônica no estudo de validação

empírica do IAP-T. Quando a pessoa examinada não sentia dor crônica, seus dados eram comparados com os resultados obtidos pelo grupo de controle.

Os itens de Veracidade (ver Tabela 3) foram elaborados para verificar se há irregularidade ou anormalidade marcante na percepção da realidade do participante. Seus quatro itens abordam sinais ou sintomas de estrutura de personalidade do tipo psicótica. Se a pessoa apresentasse uma pontuação maior ou igual a 6 na soma dos escores desses itens, sua percepção da realidade poderia estar alterada e a pessoa não apresentava, neste momento, condições de responder aos demais itens do IAP-T.

Com base no julgamento dos juizes, dos quatro critérios (itens) de Veracidade das respostas, dois foram incorporados à dimensão Ansiedade, um à Habilidade Social e o item número 87, que foi classificado por todos os juizes na dimensão Veracidade nessa nova reorganização, ficou alocado na Ansiedade. Os três itens de Inclusão foram incorporados à dimensão Transtornos Somatoformes (ver Tabela 3), uma vez que estão diretamente relacionados à queixa física de dor. Em suma, o IAP-T, após a análise de conteúdo, passou a ter 105 itens e cinco dimensões.

Tabela 3: Itens das dimensões Veracidade e Inclusão/Exclusão que foram incorporados a outras dimensões do IAP-T

Item	Descrição item	Julgamento dos cinco juizes				
		M	Y	Q	W	E
Veracidade (incorporados em A e HS)						
02	Sinto que alguém controla meus pensamentos.	A	A	V	V	A
56	Diariamente, tenho pensamentos confusos.	A	D	A	A	A
80	Minhas ações são mal interpretadas pelos outros.	HS	V	HS	I	HS
87	Tenho poderes mágicos que as outras pessoas não têm.	V	V	V	V	V
Inclusão (incorporados em TS)						
53	Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos.	TS	TS	I	TS	I
63	Quando estou com dor, tenho dificuldade de realizar minhas atividades.	TS	I	I	I	TS
96	Sinto dores relacionadas com minha atividade de trabalho.	TS	I	I	I	W

Obs.: D= depressão, TS= Transtornos Somatoformes, HS = Habilidade social, A = Ansiedade e W = Bem-Estar no trabalho, V = Veracidade e I = Inclusão/Exclusão.

Paralelamente à análise de conteúdo, foi realizada a análise semântica. O objetivo dessa análise foi verificar a compreensão dos itens por indivíduos da população com menor grau de escolarização. Há várias maneiras de conduzir essa análise, porém a forma escolhida foi a de aplicar o inventário em pequenos grupos da população-alvo e verificar a compreensão que o participante tinha de cada item. Aqueles itens que sistematicamente apresentaram problemas de compreensão, que suscitaram dúvidas ou interpretações ambíguas, foram reescritos ou eliminados.

A primeira aplicação foi realizada com dois participantes (adultos em processo de alfabetização), e algumas alterações foram realizadas. Posteriormente, uma nova aplicação foi realizada com mais um participante (adulto também em processo de alfabetização), e só depois se iniciou a coleta de dados propriamente dita. Na análise semântica, três itens foram eliminados (48, 67 e 84), o item 101 foi substituído, seis itens tiveram sua redação alterada (05, 53, 57, 69, 87 e 107) e o item número 33 foi desmembrado em dois (ver Quadro 5).

Item	Antes da análise (antiga numeração)	Situação pós-análise semântica
05	Ao executar as atividades de trabalho sinto cansaço além do que deveria.	Alteração: Ao executar as atividades de trabalho sinto muito cansaço.
33	Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços) e ou nos membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).	Alteração com desmembramento: a) Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços). b) Sinto dores nos membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).
48	Sinto dores persistentes nas articulações.	Eliminado
53	Sinto dor	Alteração: Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos.
57	Tenho dificuldades em me concentrar num trabalho ou tarefa.	Alteração: Tenho dificuldades em me concentrar no trabalho.
67 *	Tendo a ser agressivo com as pessoas.	Eliminado
84	Fico entediado ao desenvolver minhas atividades de trabalho.	Eliminado
69	Choro com muita facilidade sem motivo aparente.	Choro com muita facilidade sem saber o motivo.
87	Tenho poderes especiais que as outras pessoas não têm.	Alteração: Tenho poderes mágicos que as outras pessoas não têm.
101	Tenho problemas sexuais (sangramento intenso ou irregularidade menstrual, disfunção erétil ou na ejaculação).	Substituição: Percebo que meu apetite sexual está reduzido.
107	Meu salário é pago com pontualidade.	Alteração: Meu salário é pago em dia.

Quadro 5: Resultado da análise semântica: itens eliminados, substituição de item e alteração na redação do item

* este item foi eliminado também na análise de conteúdo (análise dos juízes).

Na análise semântica, os participantes com menor grau de escolaridade apresentaram dificuldades de compreensão de alguns termos, o que gerou a eliminação dos itens ou a alteração da sua redação. Exemplo, no item 48 (ver Quadro 5) o termo “articulações” não foi compreendido pelos participantes da análise semântica, foi preciso exemplificar com o termo “juntas”. Dado que existiam outras perguntas abordando a presença de dor em várias regiões (coluna, membros superiores e inferiores ou parte deles), optou-se por eliminar esse item em vez de alterar sua redação para “sinto dores nas juntas”. Nesse procedimento de análise semântica, foi verificado que mudanças na redação de

alguns itens, que apresentaram problemas, foram suficientes para a compreensão dos participantes (Quadro 5).

Foram eliminados 11 itens do IAP-T nas duas análises, três na análise semântica e nove na análise de conteúdo. O item 67 coincidiu de ser eliminado em ambas as análises (Tabela 2 e Quadro 5). O item 114 foi eliminado porque sua redação “Tenho dificuldade de parar de me preocupar” era praticamente igual à redação do item 100 “Tenho dificuldade de parar de me preocupar com as coisas”. No total, 12 itens foram eliminados. O item 33 foi desmembrado em dois para abranger separadamente as doenças ocupacionais específicas que acometem os membros superiores e os inferiores.

Após essas alterações, a versão final do IAP-T ficou com 103 itens (Apêndice B). Com relação à correção dos itens do IAP-T, há 96 itens que são frases afirmativas (79 são de correção positiva e 17 de correção invertida) e sete itens são frases negativas cuja correção é positiva (Tabela 4). Será explicada, adiante, a correção positiva e invertida.

Tabela 4: Quantidade de itens do IAP-T com frases afirmativas e negativas, e o seu tipo de correção (positiva ou invertida)

Frase	Itens	Correção	Total de itens
Afirmativa	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103.	Positiva	79
Afirmativa	11, 13, 19, 22, 23, 27, 44, 46, 52, 55, 67, 79, 82, 84, 91, 94, 102.	Invertida	17
Negativa	7, 34, 38, 39, 66, 71, 89.	Positiva	7

4.3 VERSÃO FINAL DO IAP-T

A versão final do IAP-T foi impressa em folha A3, em forma de caderno. Na capa do inventário são solicitadas informações sociodemográficas e ocupacionais dos participantes: nome completo, data de nascimento, sexo, estado civil, religião,

escolaridade, renda, se está empregado ou não, ocupação, tempo de serviço, se está ou não afastado do trabalho, caso já tenha sido afastado, quantas vezes foi afastado, qual o motivo e a duração do último afastamento. Há, também, espaço para o participante autorizar ou não o uso sigiloso dos seus dados em pesquisa e instruções de como o participante deve proceder para responder o IAP-T.

No interior do caderno estão descritos os 103 itens. As respostas são aferidas com base na frequência de ocorrência para cada item. Para isso foi utilizada uma escala *Likert* que permitiu a gradação da resposta em quatro possibilidades: 0, 1, 2 e 3, correspondendo, respectivamente, a *nunca*, *às vezes*, *geralmente* e *sempre*.

Na última página do IAP-T consta um esquema do corpo humano, onde os participantes devem marcar as regiões que sentem dor por pelos menos 4 meses seguidos (critério de duração que caracteriza dor crônica). Para facilitar o registro e a organização dos dados, o esquema corporal foi dividido em dez categorias de registro: cabeça, ombro/pescoço, braço, mão/punho, coluna, joelho, perna, pé/calcanhar, tórax e abdominal.

Quanto ao critério de correção dos dados do IAP-T, as respostas com escores 0 e 1 representam a não ocorrência de sinais e sintomas sinalizadores de alteração psicológica; por outro lado, os escores 2 e 3 foram considerados sinalizadores de ocorrência de sinais e sintomas psicológicos.

Os itens do IAP-T têm duas formas distintas de correção: a correção positiva e a invertida. Na correção positiva são somados os escores (0,1,2,3) de todos os itens da dimensão, e essa soma é dividida pelo número de itens que a compõem (ou seja, média aritmética simples para a soma dos escores obtidos). Na correção invertida, os itens foram elaborados para serem corrigidos de forma inversa, ou seja, respostas “0 = nunca” e “1 = às vezes” precisam ser computadas, respectivamente, como escores “2” e “3”, indicadores de

presença de sinais e sintomas psicológicos (e as respostas 2 e 3 precisam ser alteradas para 0 e 1). Desta forma, essa inversão permitiu padronizar o tratamento estatístico dos dados para posteriormente determinar a média por dimensão de cada participante.

Na versão final, o IAP-T apresenta cinco dimensões, três das quais elaboradas para investigar a presença de sinais e sintomas de alterações psicológicas ou psicopatológicas: ansiedade (ver subseção 4.3.1), transtornos somatoformes (ver subseção 4.3.2) e depressão (ver subseção 4.3.3). Os sinais e sintomas representados pelos itens dessas três dimensões são modulados (acentuados ou amenizados) pelos itens das duas outras dimensões: habilidades sociais (ver subseção 4.3.4) e bem-estar no trabalho (ver subseção 4.3.5).

4.3.1 Ansiedade

A ansiedade se caracteriza por uma **preocupação excessiva** com diversos eventos/situações ou atividades rotineiras. A pessoa ansiosa tem dificuldade de controlar sua preocupação, e essa falta de controle gera prejuízos nas atividades diárias, sociais, ocupacionais e na qualidade das interações familiares e dos relacionamentos afetivos. A ansiedade pode ser desencadeada por alguma situação específica que não apresenta, no momento, nenhum perigo real imediato (exemplo: fobias específicas, como agorafobia e fobia social), ou por situações não específicas, como nos casos de pânico e ansiedade generalizada (dificuldade de parar de se preocupar).

A ansiedade é uma antecipação da situação (específica ou não) que gera preocupação e sofrimento, provocando medo na pessoa. Vários são os sintomas de ansiedade, entre eles, destacam-se medo de morrer, medo de perda do controle ou de ficar louco, medo de ser criticado, medo de ficar exposto, palpitações, dificuldade de concentração, sensação de asfixia, nervosismo persistente, irritabilidade, perturbação do

sono, cansaço, “nervos à flor da pele”, tremores, tensão muscular, transpiração, tonturas e desconforto epigástrico. Sintomas relacionados às idéias obsessivas (pensamentos repetitivos e estereotipados) ou aos comportamentos compulsivos (rituais) são quase sempre acompanhados de ansiedade. Essa dimensão contém 28 itens (Quadro 6).

Sintomas (Descrição do item)	
2	Sinto que alguém controla meus pensamentos.
6	Meu sono é agitado.
8	Tenho acordado mais cedo que o normal.
10	Sou uma pessoa tensa.
12	Sou inquieto.
16	Grande parte do tempo fico a chocar ou ruminar idéias.
18	Tenho dificuldades de lembrar das coisas.
20	Pensamentos e idéias sem importância me vêm à mente.
24	Durante o sono qualquer ruído me acorda.
32	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, apesar de saber que não podem me fazer mal.
39	Não consigo ficar concentrado numa atividade.
45	Tenho medo de perder o controle da minha vida.
47	Tenho preocupações exageradas com situações que não apresentam perigo real.
54	Sem motivo aparente, fico muito agitado e nervoso.
56	Diariamente, tenho pensamentos confusos.
57	Tenho dificuldades em me concentrar no trabalho.
59	Sou exigente com tudo que faço e isso me incomoda.
68	Tenho preocupações excessivas com algo ou alguém.
74	Pensamentos e idéias me incomodam.
75	Fico tão agitado que custo a adormecer.
85	Tenho medo de ficar louco.
87	Tenho poderes mágicos que as outras pessoas não têm.
90	Fico preocupado em viajar sozinho.
93	Tenho medo de ficar em locais públicos.
95	Durmo mal com pensamentos ou idéias que me perturbam.
98	Tenho medo de morrer.
100	Tenho dificuldades de parar de me preocupar com as coisas.
101	Tenho medo de entrar sozinho em uma sala onde pessoas estão reunidas.

Quadro 6: Lista de sintomas referentes à dimensão Ansiedade

4.3.2 Transtornos Somatoformes²⁹ (Sintomas somáticos - somatização)

São sintomas físicos múltiplos e recorrentes, sem causa orgânica específica clinicamente significativa, associados à busca constante de assistência médica (ver descrição dos sintomas na subseção 2.1). Quando na queixa predomina a sensação de dor, esta é persistente, intensa e angustiante, não sendo explicada inteiramente por um processo fisiológico. Geralmente, a dor ocorre num contexto de conflitos emocionais e problemas psicossociais.

A queixa somática pode resultar em tratamento médico (ingestão de medicamentos) e provocar prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo. Os sintomas somáticos podem aparecer junto com sintomas de ansiedade, porém na ansiedade o foco é a preocupação, e na somatização o foco está na queixa física. Esta dimensão contém 20 itens (Quadro 7).

²⁹ No DSM-IV (1995) consta Transtorno da Somatização, no CID-10 (2000) consta Transtornos Somatoformes e freqüentemente encontramos a expressão “somatização” para se referir aos transtornos da somatização ou Transtornos Somatoformes.

Sintomas (Descrição dos itens)	
9	Dou atenção exagerada (demasiada) ao que me acontece.
17	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.
21	Altero o tom (mais alto ou baixo) ou o ritmo da voz (mais rápido ou lento) sem que eu esteja resfriado.
25	Tenho náuseas.
31	Sinto como se estivesse com uma faixa prendendo minha cabeça.
33	Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços).
40	Costumo ir ao médico várias vezes ao ano.
43	Sinto como se estivesse com um nó ou objeto na garganta.
48	Sinto dores nos membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).
50	Tenho problemas gastrointestinais (exemplo: vômito, diarreia, intolerância a alimentos).
53	Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos.
60	Sinto dores na região da coluna.
63	Quando estou com dor, tenho dificuldade de realizar minhas atividades.
65	Transpiro com facilidade mesmo nos dias de frio, ainda que não realize esforço físico.
70	Tenho mal estar na “boca” do estômago.
77	Sinto falta de ar.
83	Tenho formigamento em algumas partes do corpo.
92	Sinto dificuldade de controlar os movimentos do meu corpo.
96	Sinto dores relacionadas com minha atividade de trabalho.
97	Meus problemas de saúde interferem na minha vida social e familiar.

Quadro 7: Lista de sintomas referentes à dimensão Transtornos Somatoformes

4.3.3 Depressão

É uma alteração (rebaixamento) da auto-estima, da autoconfiança e do humor que pode ser acompanhada por uma redução da energia, por desinteresse ou diminuição das atividades cotidianas e isolamento social. Os sintomas depressivos são recorrentes, e sua origem pode estar relacionada ou ser desencadeada por situações e fatores estressantes. Os sintomas depressivos estão relacionados com alterações na capacidade de experimentar o prazer, com a dificuldade de concentração, a fadiga acentuada, os problemas de sono e do apetite. Sintomas somáticos podem estar correlacionados à depressão. Esta escala contém 19 itens (Quadro 8).

Sintomas (Descrição dos itens)	
1	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras reuniões com muita gente e animação.
3	Quando me sinto abatido nada me tira desse estado.
7	Meu dia-a-dia não é interessante.
15	Na maior parte do tempo estou triste.
23	(Inv.) Tenho ânimo e disposição para executar minhas atividades diárias.
29	Sinto que desejaria sumir ou desaparecer.
34	Não consigo desenvolver minhas atividades rotineiras.
36	Penso em acabar com a minha vida.
42	Tenho alterações no apetite (com ganho ou perda de peso).
49	Sinto um desânimo geral.
58	Tenho sentimentos de inferioridade.
61	Tenho a sensação de solidão mesmo em companhia de outras pessoas.
66	Sinto que não vale a pena viver.
69	Choro com muita facilidade sem motivo aparente.
72	Percebo que meu apetite sexual está reduzido.
78	Sinto indisposição.
81	Fico sozinho ou permaneço em casa nos finais de semana e feriados.
86	Sou uma pessoa infeliz.
89	Não tenho confiança em mim mesmo.
103	Tem ocorrido diminuição do interesse ou prazer sexual.

Quadro 8: Lista de sintomas referentes à dimensão Depressão

(Inv.) = item de correção invertida.

4.3.4 Habilidades Sociais

Refere-se a um conjunto de ações, socialmente aceitas, do indivíduo. Essas ações são sedimentadas em sentimentos, atitudes, desejos, valores, crenças e opiniões que compõem o estilo de interação interpessoal. O comportamento habilidoso é aquele adequado à situação, que permite resolver de forma efetiva os problemas ou minimizar a probabilidade futura de comportamentos inadequados. Pessoas com habilidade social conseguem resolver os problemas e as dificuldades respeitando os demais indivíduos envolvidos na situação. Pessoas com menor habilidade social demonstram dificuldade para resolver problemas em situações de interação. Não existe um critério único e absoluto para definir “habilidade social”, uma vez que ela envolve o contexto (tipo de problemas ou

dificuldades) e os valores culturais de deseabilidade e de aceitação social. Esta escala contém 15 itens (Quadro 9).

Sintomas (Descrição dos itens)	
4	Quando estou com problemas ou dificuldades, tenho vontade de quebrar algo.
11	(Inv.) Gosto de ajudar amigos.
14	Irrito-me facilmente com as pessoas.
26	Tenho diálogo conflitante com membros da minha família.
28	Tenho dificuldade de realizar atividades em grupo.
30	Tenho dificuldade de expor meu ponto de vista.
37	Vejo pessoas conhecidas e prefiro não cumprimentá-las.
41	Sou impaciente com as pessoas.
44	(Inv.) Tenho bom relacionamento com as pessoas.
52	(Inv.) Minhas ações são influenciadas pelos costumes ou hábitos daqueles que me rodeiam.
64	Tenho dificuldade de encontrar soluções satisfatórias para meus problemas diários.
67	(Inv.) Costumo interagir bem com as pessoas que defendem ponto de vista contrário ao meu.
80	Minhas ações são mal interpretadas pelos outros.
88	Quando estou entre pessoas conhecidas, tenho dificuldade de iniciar uma conversa.
99	Tenho dificuldades de manter minhas amizades.

Quadro 9: Lista de sintomas referentes à dimensão Habilidades Sociais

(Inv.) = item de correção invertida.

4.3.5 Bem-estar no trabalho

Refere-se à avaliação da percepção (julgamento subjetivo) do indivíduo sobre o seu trabalho. Essa avaliação de bem-estar se caracteriza por apresentar julgamentos de afetos positivos e negativos relacionados à situação de trabalho.

A predominância de afetos positivos e um julgamento global favorável das atividades desenvolvidas caracterizam o bem-estar no trabalho, ao passo que o predomínio de afetos negativos e um julgamento global desfavorável caracterizam mal-estar no trabalho. Esta escala contém 20 itens (Quadro 10).

Sintomas (Descrição dos itens)	
5	Ao executar as atividades de trabalho sinto muito cansaço.
13	(Inv.) Considero estimulantes minhas atividades de trabalho.
19	(Inv.) Tenho boa comunicação/interação com meus colegas de trabalho.
22	(Inv.) Executo com segurança minhas atividades de trabalho.
27	(Inv.) Gosto das atividades que realizo no meu trabalho.
35	Manter-me no trabalho me preocupa.
38	Não consigo resolver os problemas cotidianos do trabalho.
46	(Inv.) Tenho um bom relacionamento com a maioria das pessoas do meu trabalho.
51	Acontecem coisas no meu trabalho que me incomodam ou me aborrecem.
55	(Inv.) A quantidade de horas que dedico ao trabalho é suficiente.
62	Minhas atividades de trabalho consomem praticamente todo o meu tempo.
71	Meu desempenho no trabalho não é reconhecido.
73	Sinto-me pressionado no meu ambiente de trabalho.
76	(Inv.) No meu ambiente de trabalho há incentivo para o crescimento profissional.
79	Sinto-me insatisfeito ao realizar as atividades de trabalho.
82	(Inv.) Consigo cumprir/terminar minhas tarefas dentro dos prazos.
84	(Inv.) Meu salário cobre minhas despesas básicas.
91	(Inv.) Meu salário é pago em dia.
94	(Inv.) Sinto-me útil no meu ambiente de trabalho.
102	(Inv.) Sinto-me valorizado no meu ambiente de trabalho.

Quadro 10: Lista de sintomas referentes à dimensão Bem-Estar no Trabalho

(Inv.) = item de correção invertida.

5 ESTUDO EXPLORATÓRIO DE VALIDAÇÃO EMPÍRICA DO IAP-T

5.1 PARTICIPANTES

Participaram 496 trabalhadores, desses, 13 foram excluídos da pesquisa (ver subseção 5.3). Dos 483 participantes que permaneceram, 317 eram do sexo feminino e 166 do sexo masculino, todos com atividade laboral (remunerada ou não), com idade entre 15 e 73 anos, que foram divididos em dois grupos: grupo experimental (215 participantes) e grupo de controle (268 participantes). O grupo experimental foi composto de pessoas diagnosticadas como portadores de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho ou que apresentavam queixa de dor por, pelo menos, quatro meses seguidos. E o grupo de controle foi composto de pessoas que não apresentam dor crônica, cujos resultados foram comparados com o grupo experimental (com dor crônica). Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com as recomendações previstas para a realização de pesquisa com seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2000, resolução 196/96). O registro na CONEP dessa pesquisa é FR 80647³⁰.

5.2 INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois inventários: o IAP-T, medida desenvolvida neste estudo; e o SCL-90-R, que serviu de comparação para a validação empírica do IAP-T.

O IAP-T possui cinco dimensões (ansiedade, depressão, transtorno somatoforme, habilidade social e bem-estar no trabalho) e 103 itens, organizados numa escala *likert*, com

³⁰ Ao submeter o projeto de pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, os contatos institucionais para a autorização da coleta de dados estavam em andamento, e apenas três fontes haviam assinado a declaração de ciência e a autorização. Não foi possível obter a declaração de ciência e autorização da pesquisa em seis outras fontes, as quais ficaram disponíveis para coleta de dados depois da aprovação do comitê. Os responsáveis institucionais autorizaram a coleta (sem documento oficial), e esta transcorreu sem problemas.

quatro possibilidades de graduação da resposta do participante (0= nunca, 1= às vezes, 2= geralmente e 3= sempre), que permitem avaliar a ocorrência de sinais e sintomas psicológicos. O SCL-90-R possui nove dimensões clínicas (somatização, obsessão/compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e distúrbio afetivo) e 90 itens, organizados em escala *likert*, com cinco possibilidades de resposta (0= nunca, 1= um pouco, 2= moderadamente, 3= freqüentemente e 4= extremamente), as quais permitem avaliar a ocorrência de sinais e sintomas sinalizadores de alterações psicológicas ou psicopatológicas.

Dos 215 participantes do grupo experimental, 201 responderam aos dois inventários (IAP-T e SCL-90-R) e 14 responderam apenas ao IAP-T. Dos 268 participantes do grupo de controle, 255 responderam a ambos os inventários e apenas 13 responderam ao IAP-T. Portanto, para efeito de comparação entre os resultados dos dois inventários, o número de participante que respondeu a ambos os inventários no grupo com dor crônica foi de 201 participantes e o grupo sem dor crônica foi de 255.

5.3 PROCEDIMENTOS

Envolve critérios de inclusão/exclusão do participante na pesquisa, critérios de inclusão do participante no grupo experimental e no grupo controle, diferentes formas de estabelecer contatos com as possíveis fontes de coleta de dados, obtenção da autorização (formal ou informal) para coleta e diferentes modos de coletar os dados.

5.3.1 Critério para inclusão/exclusão dos participantes na pesquisa

Inicialmente, o critério para inclusão de participantes na pesquisa foi: ser economicamente ativo, com vínculo empregatício ou não, podendo estar afastado do trabalho (com ou sem benefício, ajuda financeira recebida do governo). Durante o desenvolvimento da pesquisa, aposentados e donas de casa, estudantes, rendeiras, artesãos, que exerciam atividade laboral, foram incluídos no estudo.

Os critérios de exclusão foram: não responder a todos os 103 itens do IAP-T e não autorizar o uso sigiloso dos dados coletados. Com base nesses critérios, 13 participantes foram excluídos da pesquisa, seis pelo primeiro critério³¹ e sete pelo segundo.

5.3.2 Critério para inclusão do participante no grupo experimental e no controle

Para o participante ser incluído no grupo com dor crônica, ele teria que apresentar resposta com escores “2=geralmente” ou “3=sempre” no item 53 (Quadro-11). Somando-se a essa exigência, o participante precisava atingir uma pontuação igual ou maior a nove nos itens 33, 48, 60, 63 e 96, que investigavam percepção e sensação de dor (Quadro 11).

³¹ Um senhor, aposentado (motorista), que tinha uma oficina em sua casa, ao responder aos itens relacionados com a dimensão de bem-estar no trabalho, chorou, argumentando que queria trabalhar porque considerava interessante e gostava de suas atividades de trabalho, mas as dores provocadas pela artrite o impediam de trabalhar. Devido ao sofrimento e constrangimento gerado no participante, ao tentar responder as perguntas relacionadas ao trabalho, o pesquisador optou por “perder os dados deste participante”, não completando o preenchimento do IAP-T para os itens relacionados ao bem-estar no trabalho, evitando respostas emocionais geradas pela condição física de incapacidade para exercer atividade laboral.

Descrição dos itens	
33	Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços).
48	Sinto dores nos membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).
53	Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos.
60	Sinto dores na região da coluna.
63	Quando estou com dor, tenho dificuldade de realizar minhas atividades.
96	Sinto dores relacionadas com minha atividade de trabalho.

Quadro 11: Itens elaborados para verificar percepção e sensação de dor

Caso o participante não atingisse as exigências acima descritas, este era incluído no grupo de controle, ou seja, amostra sem dor crônica. Portanto, nesta pesquisa, primeiro ocorreu a aplicação, posteriormente foram computados os escores apresentados aos itens do Quadro 11 para então ser alocado o participante no grupo experimental ou no controle.

5.3.3 Locais de coleta de dados

Foram realizados contatos com 20 fontes (unidades públicas e privadas de atendimento à saúde, instituições/empresas públicas e sindicatos). Esses contatos se estenderam por um período de seis meses, mais intensivamente nos dois primeiros meses. Paralelamente à coleta de dados, novos contatos foram estabelecidos, e firmados compromissos que se estenderam, praticamente, até o final da coleta de dados com base nos recursos: ligações telefônicas, correio eletrônico, reuniões presenciais (com chefias e participantes), palestras de apresentação do projeto de pesquisa (ora o projeto escrito, ora uma versão simplificada para exibição em *power point*).

Dessas 20 fontes consultadas, nove contribuíram para a coleta dos dados, quatro ficaram disponíveis, mas até o momento em que a parte prática desta pesquisa foi interrompida, em virtude do tempo, para análise dos dados coletados, essas quatro fontes não haviam encaminhado participantes e nem estabelecido formas de ter acesso aos

participantes, três não se posicionaram (nem a favor, nem contra) à realização da pesquisa, e quatro não ficaram disponíveis para coleta.

Na Tabela 5 consta o número de participantes por fonte para o grupo experimental (com dor crônica) e para o grupo de controle (sem dor crônica). A fim de evitar a identificação das fontes, elas foram classificadas por letras, duas das quais (C e I) foram agrupadas porque tinham um número pequeno de participantes.

Tabela 5: Número de participantes por fonte de coleta para a amostra com e sem dor crônica

Amostra	Fontes								Total
	A	B	C + I	D	E	F	G	H	
Com dor	8	165	6	6	4	4	16	6	215
Sem dor	111	35	2	37	25	26	7	25	268
Total	119	200	8	43	29	30	23	31	483

5.3.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu durante cinco meses ininterruptos (de segunda a sexta-feira) e foi conduzida, simultaneamente, por duas psicólogas pesquisadoras.

Para efeito de coleta de dados, o grau de escolaridade não foi predeterminado, tendo sido permitido, em caso de dificuldade de leitura e compreensão (poucos anos de escolaridade), receber auxílio do pesquisador para proceder à leitura dos inventários. Para os participantes que não tinham dificuldade de leitura e compreensão, foi solicitado que respondessem aos inventários individualmente (SCL-90-R e IAP-T).

Os participantes foram abordados em diferentes contextos: oferecendo uma palestra para convidar as pessoas a participarem da pesquisa; participando de eventos promovidos por algumas das fontes, em que no final era reservado um espaço para aplicação dos inventários ou distribuição deles; disponibilizando inventários em duas clínicas privadas para os profissionais da área de saúde aplicarem com seus clientes (foi acordado com o

profissional que sua tarefa seria devolver ao pesquisador os dois inventários respondidos pelo participante); ou atendendo aos participantes individualmente (com queixa ou diagnóstico de dor crônica), que eram encaminhados por médicos em unidades públicas de saúde.

A coleta foi realizada de diferentes modos: quanto ao número de participante (aplicação individual ou coletiva); quanto ao momento da devolução dos inventários preenchidos (logo após o preenchimento ou em outra ocasião posterior à aplicação); e quanto à forma de aplicação (auto-aplicável ou com o auxílio da pesquisadora). Assim, tanto na aplicação individual ou grupal, os dois inventários poderiam ser respondidos imediatamente ou levados para serem respondidos e devolvidos posteriormente. Essa diversificação ocorreu porque, ao iniciar a coleta de dados, verificou-se que impor restrições na aplicação reduziria muito o número de participantes.

Na aplicação individual, quando o participante não tinha autonomia para ler e compreender os itens, a leitura foi conduzida pelo pesquisador. Na prática, foi observado que, independente do nível de escolaridade, havia participantes que solicitavam que o pesquisador procedesse à leitura para o preenchimento dos inventários. Quando o participante demonstrava autonomia para ler e queria responder imediatamente, recebia uma prancheta com os dois inventários e uma caneta, e os levava para responder em outro ambiente.

Na aplicação em grupo ministrava-se uma palestra explicando a pesquisa, e, em seguida, o material era distribuído para ser respondido imediatamente pelo grupo, ou então, o material era distribuído e solicitava-se que fosse devolvido respondido para o pesquisador, posteriormente, em envelope lacrado. Não foi estabelecido prazo para a devolução dos dados, porém, a maioria deles foi devolvido dentro de oito dias, poucos

foram devolvidos dois meses após a distribuição. Em duas fontes o pesquisador, uma vez por semana, passava para pegar inventários respondidos.

Para cada participante foi fornecido, em envelope lacrado, um resumo (devolutiva) dos resultados encontrados com a aplicação do IAP-T e do SCL-90-R. Nesse resumo foi calculada a média obtida pelo participante para as cinco dimensões do IAP-T e as nove do SCL-90-R, comparado-a sempre com a média do grupo (com ou sem dor crônica) a que pertencia o participante (ver Apêndice C). Todos os participantes desta pesquisa, com exceção dos participantes da fonte A³², receberam essa devolutiva individualizada. A devolutiva³³ era entregue ao profissional da saúde (nas fontes públicas ou privadas de atendimento à saúde) para lê-la e entregá-la ao participante, ou a devolutiva era entregue ao responsável sindical, que iria encaminhar às mãos do participante. Nas fontes que não eram unidades de atendimento à saúde ou que não tinham representantes sindicais, o pesquisador fornecia uma explicação direta para o participante proceder à leitura dos resultados.

A diferença nos modos de coleta não foi analisada, pois se tornou inviável computar, com exatidão, o número de participante em cada tipo de variação de coleta de dados. Entretanto, entende-se que, para um estudo de validação, será necessário estabelecer alguns critérios de aplicação para garantir a normatização e padronização da medida. Provavelmente, esses critérios incluíram a própria diversidade da aplicação.

³² Concordando com as exigências dos dirigentes da fonte A, **não** foi fornecido *feedback* individual para cada participante, e sim um relatório final com o perfil dos resultados dos participantes.

³³ A linguagem da devolutiva é técnica porque foi programada para o profissional da saúde que acompanha o participante com queixa/diagnóstico de dor crônica. Entretanto, pessoas com ensino básico ou com treino em leitura de dados representados graficamente poderão visualizar com facilidade a média do grupo e sua posição com relação ao grupo. Os participantes de ensino fundamental ou aqueles que não sabem ler gráficos precisam do auxílio do profissional ou do pesquisador para compreender a devolutiva.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA APLICAÇÃO DO IAP-T E SCL-90-R

Os resultados obtidos, da coleta individual ou grupal, com a aplicação do IAP-T foram comparados aos resultados obtidos no SCL-90-R, que serviram para validação externa do IAP-T. Com base no perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra com e sem dor crônica, as variáveis sociodemográficas foram correlacionadas com os resultados (médias) das cinco dimensões do IAP-T, e a validade, consistência interna e externa, do IAP-T foi verificada por meio dos coeficientes de *pearson* e alfa de *cronbach*.

5.4.1 Análise estatística: perfil da população

O perfil sociodemográfico e o ocupacional dos participantes desta pesquisa para o grupo com e sem dor crônica são apresentados na Tabela 6, na qual constam os dados a respeito de sexo, idade, estado civil, escolaridade, empregado/não empregado, renda e ocupação.

Verificou-se que a **população com dor crônica** foi predominantemente feminina (87,9% da amostra), idade média de 46 anos, ensino fundamental e/ou básico (55,7%), casados (55,8%), empregados (58,6%) e com renda entre um a dois salários mínimos (59,6%). A **população sem dor crônica** teve um perfil sociodemográfico ocupacional diferente: foi predominantemente masculina (52,2% da amostra), idade média de 40 anos, ensino superior (66,8%), casados (57,1%), empregados (87,3%), com renda distribuída mais homogeneamente, concentrando-se na faixa de três a seis salários mínimos (34,70%).

Tabela 6: Distribuição da população com e sem dor crônica de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais

		COM DOR		SEM DOR	
Sexo	Masc	26	12,1%	140	52,2%
	Fem	189	87,9%	128	47,8%
Idade	Média	46,05 anos		39,83 anos	
	Moda	48 anos		32 anos	
	Mínima	17 anos		15 anos	
	Máxima	73 anos		69 anos	
	D.P.	11,32		11,15	
Estado Civil	Casado/companheiro	130	60,5%	159	59,3%
	Solteiro	36	16,7%	74	27,6%
	Divorciado/separado	31	14,4%	26	9,7%
	Viúvo	13	6%	3	1,1%
	Não informou	5	2,3%	6	2,2%
Escolaridade	Básico	120	55,7%	30	11,2%
	Médio	54	25,1%	58	21,7%
	Superior	38	17,7%	179	66,8%
	Não informou	3	1,4%	1	0,4%
Grupos ocupacionais	A	29	13,5%	46	17,2%
	B	34	15,8%	135	50,4%
	C	62	28,8%	27	10,1%
	D	51	24%	31	11,5%
	E	28	13%	17	6,3%
	Não informou	11	5,1%	12	4,5%
Empregado	Sim	126	58,6%	234	87,3%
	Não	57	26,5%	28	10,4%
	Aposentado/pensionista	32	14,9%	5	1,9%
	Não informou	-	-	1	0,4%
Renda	Sem renda	8	3,7%	3	1,1%
	1-2 salários	128	59,5%	48	17,9%
	3-6 salários	48	22,3%	93	34,7%
	7-10 salários	11	5,1%	54	20,2%
	acima de 11 salários	6	2,8%	59	22%
	Não informou	14	6,5%	11	4,1%

A predominância de pacientes com dor do sexo feminino é uma constante nas pesquisas referenciadas. Embora se possa afirmar que a relação entre gênero e dor não seja simples, dado que envolve um conjunto de fatores psicossociais e neurofisiológicos (CHAPMAN, 1984; SANFORD et al., 2002; ANDRADE, 2005), há que se considerar que em amostras clínicas se verifica que são as mulheres que buscam mais ajuda e cuidados

médicos. Andrade (2005) afirma que, no âmbito experimental (com uso de testes psicofísicos ou dor induzida) ou nos estudos epidemiológicos, percebem-se diferenças de respostas em relação ao gênero, ao se constatar que as mulheres apresentam mais queixa de dor e com maior frequência procuram as clínicas de dor.

O Quadro 12, elaborado com base na Classificação Brasileira de Ocupações, foi utilizado para ilustrar as ocupações encontradas na amostra com e sem dor crônica, reunidas em cinco grupos (A, B, C, D e E).

Grupos	Descrição	Tipos de ocupações
A	Profissionais das ciências e das artes. Membros, gerentes e dirigentes de organizações públicas e privadas.	Enfermeira, administrador, jornalista, economista, arquiteto, dentista, assistente social, analista, engenheiro, psicólogo, auxiliar de marketing, professora, professora de educação especial, rendeira, secretária, contador, terapeuta, artesão, fisioterapeuta, médico, assessor jurídico, técnico legislativo, revisor. Funcionário público, empresário, comerciante, construtor, gerente, dirigente, chefe de equipe.
B	Técnicos de nível médio; e Trabalhadores de serviços administrativos.	Designer, técnico de segurança do trabalho, controlador, auxiliar de sala, técnico de enfermagem, eletricitário, comprador. Auxiliar de escritório, auxiliar administrativo, bancário, telefonista, operador de central (<i>call center</i>), recepcionista, digitador, operador de PC, supervisor / inspetor administrativo, escriturário, caixa.
C	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.	Cozinheira, merendeira, porteiro, vendedor, auxiliar de farmácia, policial militar, lavador de carros, camareira, agente de saúde, copeira, babá, doméstica, faxineira, diarista, balconista, lavadeira, auxiliar de laboratório, vigilante, cabeleireiro.
D	Trabalhadores agropecuários; Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; e Trabalhadores de reparação e manutenção.	Agricultor. Pedreiro, costureira, motorista, taxista, estofador, operador de máquina, caminhoneiro, salgadeira. Eletricista, servente de limpeza, serviços gerais, auxiliar de serviços gerais.
E	Outras atividades não catalogadas na CBO ou que não foram bem definidas.	Do lar, estudante, menor aprendiz, estagiário, serviço voluntário, consultor, atendente.

Quadro 12: Grupos de ocupações que ocorreram na amostra com e sem dor crônica

Na amostra com dor crônica as ocupações do Grupo C (28,8%) ocorreram com mais frequência. São geralmente ocupações desempenhadas por pessoas com menor grau de escolaridade e com remuneração mais baixa (Quadro 12). Na amostra sem dor crônica,

as ocupações do Grupo B (50,40%) foram mais freqüentes; essas ocupações abarcam atividades de nível médio (ex.: técnico em enfermagem) e atividades administrativas, geralmente, de nível superior (ex.: bancários).

Na Tabela 7 é apresentado o perfil da distribuição sociodemográfico e ocupacional das nove fontes de coleta de dados. As duas fontes com maior número de participantes, A e B, determinaram, respectivamente, o perfil da amostra sem e com dor crônica. Ao analisar as variáveis sociodemográficas, é possível verificar diferenças na distribuição do perfil dos participantes de cada fonte.

Observa-se que as fontes B, D, G e H são predominantemente femininas, dessas, as que contribuíram com maior número de participantes femininos para o grupo com dor crônica foram as fontes B (unidade pública de atendimento de saúde) e G (unidade privada), e as que contribuíram para o grupo sem dor crônica foram as fontes D e H. Em contrapartida, as fontes A, E e F foram predominantemente masculinas e contribuíram com maior número de participantes para o grupo sem dor crônica (Tabela 7).

As características sociodemográficas e ocupacional na amostra investigada (com e sem dor crônica) revelaram-se heterogêneas, reduzindo o possível viés amostral: na fonte B predominou o ensino fundamental e/ou básico, nas fontes C, D, E e G, o ensino médio, e nas fontes F e H, o ensino superior.

Na análise por ocupação, o Grupo Ocupacional-B aglomerou o maior número de participantes nas fontes A, C e F, o Grupo Ocupacional-C, nas fontes B e D, o Grupo Ocupacional-E, na fonte H, o Grupo Ocupacional-A, na fonte G e o Grupo Ocupacional-D, na fonte E (Tabela 7). Tanto no perfil geral (ver Tabela 6) quanto na análise separada por fontes (Tabela 7), a maioria da população possuía emprego e estava casada, com exceção dos participantes da fonte F, que foram predominantemente solteiros.

Tabela 7: Distribuição da população com e sem dor crônica nas diversas fontes de coleta de dados de acordo com as características demográficas e ocupacional

Características Sociodemográficas		Fontes de coleta de dados																							
		A (n=119)			B (n=200)			C + I (n=8)			D (n=43)			E (n=29)			F (n=30)			G (n=23)			H (n=31)		
		Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T	Sem	Com	T
Sexo	Fem	32	4	36	30	154	184		4	4	34	6	40	1	1	2	10	4	14	3	10	13	18	6	24
	Masc	79	4	83	5	11	16	2	2	4	3		3	24	3	27	16		16	4	6	10	7		7
Idade	Média	40,7	48,1		46,5	46,6		48,5	44,4		40,9	38,3		37,9	44,0		30,4	28,3		4,3	45,5		35,9	50,5	
	D.P.	9,4	3,2		12,6	11,8		3,5	6,7		11,1	7,2		7,8	7,1		6,6	3,9		16,4	10,9		14,2	7,9	
Estado Civil	Casado	72	4	76	20	98	118	2	4	6	20	5	25	23	2	25	8	1	9	5	13	18	9	3	12
	Solteiro	26	3	29	9	25	34		2	2	12	1	13	2		2	14	3	17	1	1	2	10	1	11
	Divorciado/separado	11	1	12	2	15	17				4		4		1	1	4		4	1	2	3	4	1	5
	Viúvo				2	11	13								1	1							1	1	2
	Não informou	2		2	2	5	7				1		1										1		1
Escolaridade	Básico				17	113	130		1	1	12	1	13	1		1					4	4		1	1
	Médio	5	1	6	6	35	41	1	4	5	14	2	16	17	3	20	2		2	3	7	10	10	2	12
	Superior	105	7	112	12	14	26	1	1	2	11	3	14	7	1	8	24	4	28	4	5	9	15	3	18
	Não informou	1		1		3	3																		
Ocupações	A	8	1	9	8	18	26	2	0	2	7	5	12	3	1	4	10	2	12	2	4	6	6	2	8
	B	100	7	107	5	14	19	0	4	4	10	0	10	2	0	2	13	1	14	1	2	3	4	2	6
	C				8	57	65		1	1	15	1	16				2	1	3	1	1	2	1	1	2
	D	1	0	1	7	44	51	0	0	0	3	0	3	19	3	22	0	0	0	0	4	4	1	0	1
	E	2		2	4	26	30										1		1	1	1	2	9	1	10
	Não informou				3	6	9				2		2	1		1					2	4	6	4	
Empregado	Sim	111	8	119	18	86	104	1	5	6	36	6	42	25	4	29	23	4	27	6	10	16	14	3	17
	Não				15	51	66	1		1							3		3				9	3	12
	Aposentado/pensionista				2	28	30		1	1													2		2
	Não informou										1		1												
Renda	Sem renda				2	8	10																1		1
	1-2 salários	3		3	13	118	131		1	1	24	2	26					2	2	1	4	5	7	1	8
	3-6 salários	27	4	31	11	26	37		4	4	10	2	12	16	2	18	18	1	19	3	7	10	8	2	10
	7-10 salários	28	1	29	4	3	7	2	1	3		1	1	8	2	10	5		5	2	2	4	5	1	6
	acima de 11 salários	50	3	53	2	1	3				1		1	1		1	2	1	3	1		1	2	1	3
	Não informou	3		3	3	9	12				2	1	3				1		1		3	3	2	1	3

Na fonte “B”, em que estava o maior número de participantes³⁴, a coleta foi individual. Os inventários foram lidos para a maioria dos participantes dessa fonte, que solicitaram auxílio do pesquisador, e cujo grau de escolaridade era predominantemente de ensino fundamental/básico. O tempo de aplicação não foi mensurado, mas, baseando-se na experiência das duas pesquisadoras, cada participante demandou entre 50 a 120 minutos para responder aos dois inventários.

O registro do tempo de aplicação foi computado só na fonte “F” (coleta grupal): 30 participantes gastaram 18 minutos em média (DP=6) para responder ao IAP-T, e 13 minutos (DP=4) para responder ao SCL-90-R. Predominava entre os participantes dessa fonte o ensino superior, a aplicação foi mais rápida, provavelmente, devido aos vários anos de educação formal que facilitam a leitura e a compreensão dos itens.

O IAP-T foi elaborado para ser um inventário auto-aplicável, respondido por pessoas com, aproximadamente, oito anos de ensino formal. Porém, o IAP-T pode ser administrado com qualquer trabalhador abaixo dessa faixa de escolaridade, desde que haja um acompanhamento direto na administração do instrumento, procedendo à leitura da instrução e dos itens, e criando condições para o participante fornecer as respostas.

³⁴ Um médico da fonte B encaminhava os participantes dizendo: “quero que você fale com nossa equipe de dor porque no exame não apareceu nada” ou “quero que você fale com a equipe de fibromialgia primeiro e depois comigo”. A equipe, que recebeu essa titulação, era composta das duas psicólogas pesquisadoras (uma doutoranda e outra mestranda). Nessa mesma fonte havia outro profissional que encaminhava o paciente dizendo: “depois passe no consultório ‘X’ para responder a um questionário com a psicóloga”. Esta forma de encaminhamento pareceu menos efetiva, visto que alguns pacientes não compareciam. Talvez a forma de encaminhar não fosse o verdadeiro motivo, havia outras variáveis que podiam contribuir para o não comparecimento, pois, ao acabar a consulta médica, o paciente tinha que ir para a fila de remarcação de retorno, tomar medicação (injeção, quimioterapia, etc.), pegar remédio na farmácia de distribuição gratuita, entre outros.

5.4.2 Análise das médias dos itens e das médias das cinco dimensões do IAP-T

As médias dos itens do IAP-T foram obtidas a partir da soma dos escores (0 = nunca, 1 = às vezes, 2 = geralmente e 3 = sempre) de cada item, dividido pelo número de participantes. A ordem decrescente do item, conforme o valor da sua média, consta nos Apêndices D e E para população com e sem dor crônica, respectivamente. Também foi calculado, para amostra com e sem dor crônica, o somatório dos escores 2 e 3 (Σ), sinalizadores de presença de sinais e sintomas psicológicos e suas respectivas porcentagens.

Na Tabela 8, elaborada a partir do Apêndice D, constam os 20 vinte primeiros itens que obtiveram as maiores médias no IAP-T e os 20 primeiros itens que mais indicaram presença de sinais na amostra **com dor** crônica.

Tabela 8: Dimensão, número e descrição dos 20 itens do IAP-T que obtiveram as maiores médias (X) e os 20 primeiros itens que obtiveram as maiores somas (Σ) na população **com dor** crônica.

COM DOR (n=215)							
Dimensão	X	Descrição	n. item	n. item	Descrição	Σ	Dimensão
T.S	2,55	Sinto dores nos membros superiores [...]	33	33	Sinto dores nos membros superiores [...]	188	T.S
T.S	2,53	Sinto dores nos membros inferiores [...]	48	48	Sinto dores nos membros inferiores [...]	184	T.S
T.S	2,43	Sinto dores na região da coluna.	60	63	Quando estou com dor, tenho [...]	175	T.S
T.S	2,37	Quando estou com dor, tenho [...]	63	60	Sinto dores na região da coluna.	173	T.S
T.S	2,20	Sinto dores relacionadas com minha [...]	96	1	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	157	D
W	2,08	Ao executar as atividades de [...]	5	96	Sinto dores relacionadas com minha [...]	155	T.S
A	2,01	Tenho preocupações excessivas [...]	68	52	(Inv.) Minhas ações são [...]	153	H.S
W	1,97	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	76	76	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	149	W
H.S	1,95	(Inv.) Minhas ações são [...]	52	5	Ao executar as atividades de [...]	145	W
A	1,93	Durante o sono qualquer ruído [...]	24	68	Tenho preocupações excessivas [...]	140	A
D	1,92	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	1	24	Durante o sono qualquer ruído [...]	134	A
A	1,86	Sou uma pessoa tensa.	10	23	(Inv.) Tenho ânimo e disposição [...]	130	D
T.S	1,86	Costumo ir ao médico várias vezes [...]	40	40	Costumo ir ao médico várias vezes [...]	129	T.S
A	1,81	Tenho dificuldades de parar de [...]	100	100	Tenho dificuldades de parar de [...]	128	A
T.S	1,81	Tenho formigamento em algumas [...]	83	10	Sou uma pessoa tensa.	127	A
A	1,77	Sou inquieto.	12	84	(Inv.) Meu salário cobre minhas [...]	127	W
A	1,76	Tenho dificuldades de lembrar [...]	18	83	Tenho formigamento em algumas [...]	119	T.S
A	1,74	Meu sono é agitado.	6	59	Sou exigente com tudo que faço [...]	117	A
D	1,74	Percebo que meu apetite sexual [...]	72	12	Sou inquieto.	116	A

Na população com dor crônica, os 20 primeiros itens, ordenados conforme o somatório (Σ) das respostas com escores 2 e 3, foram predominantemente da dimensão transtorno somatoforme (8 itens), seguidos da dimensão ansiedade (6 itens). Essa tendência na representação dos 20 primeiros ocorreu, também, para os itens com maiores médias (X), em que, novamente, predominaram as dimensões transtorno somatoforme e ansiedade, com 8 e 7 itens, respectivamente.

Verifica-se na Tabela 8 que, dos 20 primeiros itens listados por média e soma, somente 6 deles (negritos) não aparecem nas duas ordenações (média do item e somatório

dos escores 2 e 3). Desses itens listados, 17 foram iguais em ambas as análises, apenas alternando a ordem entre eles em alguns casos. Esses itens apresentaram-se como os de maior incidência na população com dor crônica e foram os mais representativos na descrição de sinais e sintomas dessa população, sugerindo que devam compor uma versão reduzida do IAP-T num futuro próximo.

A amostra com dor crônica ficou caracterizada pela presença de queixa física, uma vez que os itens mais frequentes e com as maiores médias foram os de transtornos somatoformes relacionados com a queixa física de dor (ver Tabela 8). Geralmente, a queixa física, no transtorno somatoforme, não possui correlato orgânico suficiente para justificá-la, nem na intensidade e nem na duração dos sintomas (DSM-IV, 1995; CID-10, 2000; AGUIAR; CALEFFI, 2005). A literatura especializada enfatiza, contudo, que a principal característica da somatização é a busca constante por assistência médica com presença de sintomas físicos e queixa física.

Na Tabela 9, elaborada com base no Apêndice D, constam os 20 primeiros itens que obtiveram as maiores médias no IAP-T e os 20 primeiros itens com a soma (Σ) dos escores 2 e 3, que indicam sinais e sintomas na amostra **sem dor** crônica.

Na população sem dor crônica (Tabela 9), os itens que predominaram foram os da dimensão ansiedade e de bem-estar no trabalho em ambas as análises: média do item (7 itens de ansiedade e 8 de bem-estar no trabalho); e somatório dos escores 2 e 3 (7 itens de ansiedade e 6 de bem-estar no trabalho). Verificou-se que, dos 20 itens, 18 se repetiram na análise por média do item e na análise por soma dos escores 2 e 3, alternando apenas a ordem deles em alguns casos.

Tabela 9: Distribuição da dimensão, número e descrição dos 20 itens do IAP-T que obtiveram as maiores médias (X) e os 20 primeiros itens que obtiveram as maiores somas (Σ) na população **sem dor** crônica

SEM DOR (n=268)							
Dimensão	X	Descrição	n. item	n. item	Descrição	Σ	Dimensão
W	2,13	(Inv.) A quantidade de horas que [...]	55	55	(Inv.) A quantidade de horas que [...]	212	W
W	1,41	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	76	1	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	135	D
A	1,39	Sou inquieto.	12	76	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	124	W
D	1,35	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	1	12	Sou inquieto.	103	A
A	1,34	Sou exigente com tudo que faço [...]	59	13	(Inv.) Considero estimulantes [...]	103	W
A	1,33	Tenho preocupações excessivas [...]	68	59	Sou exigente com tudo que faço [...]	102	A
W	1,28	(Inv.) Meu salário cobre minhas [...]	84	84	(Inv.) Meu salário cobre minhas [...]	97	W
T.S	1,26	Dou atenção exagerada (demasiada) [...]	9	67	(Inv.) Costumo interagir bem com as [...]	97	H.S
W	1,23	(Inv.) Considero estimulantes [...]	13	68	Tenho preocupações excessivas [...]	95	A
H.S	1,17	(Inv.) Costumo interagir bem com as [...]	67	102	(Inv.) Sinto-me valorizado no meu [...]	94	W
W	1,16	(Inv.) Sinto-me valorizado no meu [...]	102	62	Minhas atividades de trabalho [...]	94	W
W	1,16	Minhas atividades de trabalho [...]	62	9	Dou atenção exagerada (demasiada) [...]	89	T.S
A	1,13	Sou uma pessoa tensa.	10	10	Sou uma pessoa tensa.	72	A
A	1,13	Tenho dificuldades de parar de [...]	100	60	Sinto dores na região da coluna.	69	T.S
W	1,12	Acontecem coisas no meu trabalho [...]	51	100	Tenho dificuldades de parar de [...]	67	A
A	1,06	Durante o sono qualquer ruído [...]	24	24	Durante o sono qualquer ruído [...]	65	A
T.S	1,03	Quando estou com dor, tenho [...]	63	63	Quando estou com dor, tenho [...]	65	T.S
A	1,03	Pensamentos e idéias sem [...]	20	8	Tenho acordado mais cedo que o [...]	53	A
H.S	1,01	Irrito-me facilmente com as pessoas.	14	14	Irrito-me facilmente com as pessoas.	52	H.S

A frequência dos itens bem-estar no trabalho sinaliza uma avaliação global desfavorável, com presença de afetos negativos referentes ao trabalho, considerando a análise das médias dos itens e o somatório dos escores na amostra sem dor. Esse aspecto conduz à interpretação de que, se os trabalhadores que fizeram essa avaliação permanecerem sob as condições de trabalho que geraram essa percepção, provavelmente eles se tornarão um grupo com vulnerabilidade ao processo de adoecimento físico e psicológico, conforme apontam as discussões conduzidas por Mendes e Dias (1999) e Seligman-Silva (1994).

A dimensão ansiedade foi recorrente em ambas as amostras (com e sem dor) e em ambas as análises (média do item e somatório dos escores), ou seja, itens de ansiedade

ficaram entre os vinte primeiros mais escolhidos pelos participantes para sinalizar presença de sinais e sintomas psicológicos (grupos com e sem dor), conforme Tabela 8 e 9, indicando ser uma dimensão importante para investigar aspectos psicológicos associados à dor.

5.4.2.1 Médias por dimensão e saturação do IAP-T

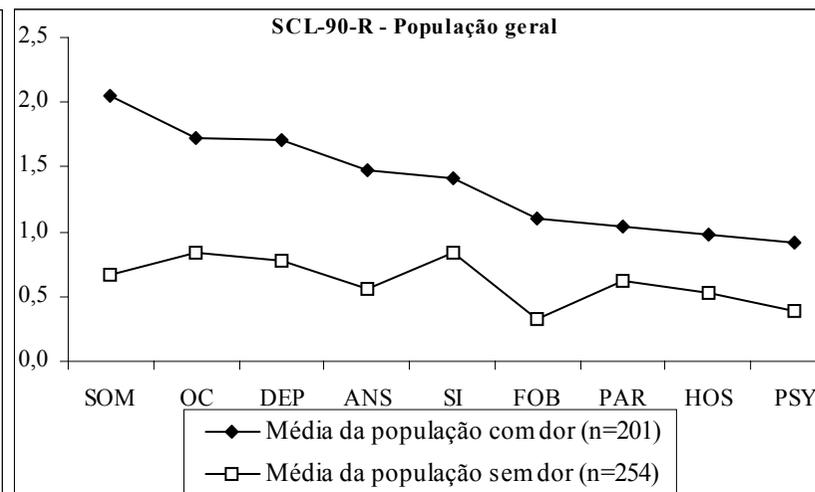
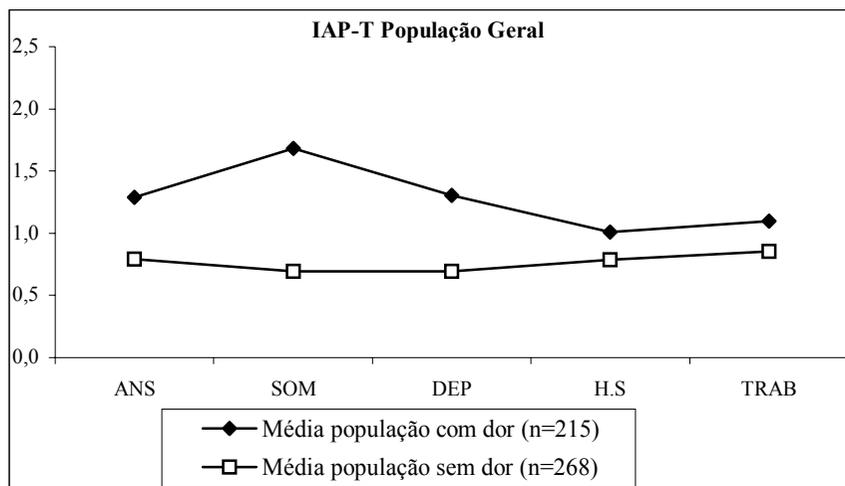
Com relação à comparação das médias de ocorrência de sinais e sintomas, dois testes estatísticos foram aplicados: 1) o teste *t-student* para verificar se existiam diferenças significativas entre as médias do grupo experimental e as do controle (comparação entre grupos); e 2) o teste de *ANalysis Of VAriance*, expressão inglesa que derivou a sigla ANOVA (AYRES et al., 2003) para comparar e verificar se existiam diferenças significativas nas médias dentro do grupo experimental e do grupo controle (comparação intragrupo).

Neste estudo, o grupo experimental (com dor crônica) obteve médias mais altas do que o grupo controle nas cinco dimensões³⁵ do IAP-T. As médias do grupo experimental e do controle foram estatisticamente significativas, conforme o resultado da aplicação do *t-student*, $p \leq 0.001$, o que indicou maior ocorrência de sinais e sintomas para a população portadora de dor crônica (Figura 1).

Resultado semelhante foi também obtido com a aplicação do SCL-90-R, ou seja, o grupo experimental obteve médias mais altas do que o grupo controle nas nove dimensões³⁶ do SCL-90-R, com diferenças *entre* as médias estatisticamente significativas (*t-student*, $p \leq 0.001$), o que indicou maior ocorrência de sinais e sintomas para a população portadora de dor crônica (Figura 1).

³⁵ A média por dimensão significa somar todas as respostas dos participantes (escores 0, 1, 2 e 3) na dimensão e dividir pelos respectivos números de participantes.

³⁶ A média por dimensão significa somar todas as respostas dos participantes (escores 0, 1, 2, 3 e 4) na dimensão e dividir pelos respectivos números de participantes.



T de *student* para igualdade das médias

	Graus de liberdade	Significância $p \leq 0,001$	Diferenças médias
A	481	$p < 0,001$,546746
T.S.	481	$p < 0,001$	1,061724
D	481	$p < 0,001$,655702
H.S.	481	$p < 0,001$,242178
W	481	$p < 0,001$,272552

T de *student* para igualdade das médias

	Graus de liberdade	Significância $p < 0,001$	Diferença das médias
SOM	453	$p < 0,001$	1,39
OC	453	$p < 0,001$	0,89
SI	453	$p < 0,001$	0,57
DEP	453	$p < 0,001$	0,93
ANS	453	$p < 0,001$	0,91
HOS	453	$p < 0,001$	0,45
FOB	453	$p < 0,001$	0,77
PAR	453	$p < 0,001$	0,41
PSY	453	$p < 0,001$	0,53

Figura 1: Distribuição das médias nas cinco dimensões do IAP-T e nove do SCL-90-R e o teste independente *t-student* para os grupos experimental e o controle com significância de $p \leq 0,001$

O transtorno somatoforme (ou somatização) foi a dimensão mais sensível para discriminar a presença de sinais e sintomas entre a população com e sem dor crônica porque a diferença entre as médias foi maior, seguida da depressão (diferença de 0,65) e da ansiedade (diferença de 0,54). As dimensões bem-estar e habilidade social obtiveram menores diferenças nas médias entre população com e sem dor crônica, revelando menor poder discriminativo entre participantes com e sem dor.

A fim de observar um possível **nível de saturação** da medida, foram aferidas as respostas com base em três tamanhos progressivos da população com dor crônica (150, 175 e 200 participantes) e em quatro tamanhos para a população sem dor (150, 175, 200 e 250 participantes), conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10: Saturação das médias e os desvios padrão das dimensões do IAP-T nas populações com e sem dor crônica

		COM DOR CRÔNICA			SEM DOR CRÔNICA			
		n=150	n=175	n=200	n=150	n=175	n=200	n=250
A	M	1,31	1,32	1,29	0,79	0,79	0,76	0,73
	DP	0,58	0,57	0,58	0,39	0,39	0,39	0,38
T.S	M	1,69	1,70	1,68	0,70	0,68	0,65	0,61
	DP	0,49	0,47	0,50	0,36	0,37	0,37	0,36
D	M	1,28	1,26	1,30	0,69	0,70	0,67	0,64
	DP	0,54	0,53	0,62	0,38	0,39	0,40	0,38
H.S	M	1,28	1,27	1,01	0,78	0,79	0,78	0,76
	DP	0,41	0,42	0,47	0,30	0,31	0,31	0,30
W	M	1,70	1,71	1,10	0,85	0,85	0,84	0,82
	DP	0,33	0,32	0,44	0,35	0,35	0,35	0,34

Os indícios de saturação da medida foram verificados da seguinte maneira: para diferentes tamanhos da amostra com e sem dor, os valores das médias e os desvios padrão nas cinco dimensões do IAP-T se mantiveram praticamente os mesmos (variações centesimais), com exceção das dimensões habilidade social e bem-estar no trabalho, em que as variações foram decimais no grupo com dor. A confirmação da saturação da medida

poderia ser atingida, segundo Pasquali (1999), ao se atribuírem para cada item entre cinco a dez participantes ou 200 participantes por dimensão, considerando que cada dimensão tenha em torno de 20 itens.

5.4.2.2 Distribuição das médias dos participantes no IAP-T e no SCL-90-R

As curvas normais de distribuição das médias dos participantes com e sem dor crônica para as cinco dimensões do IAP-T (Figuras 2.a com dor e Figura 2.b sem dor) foram geradas com base na dispersão das médias brutas³⁷ dos participantes, obtidas com a aplicação do IAP-T e do SCL-90-R (ver Apêndice F).

³⁷ As médias brutas por dimensão: significa somar todas as respostas do participante (escores 0, 1, 2 e 3) por dimensão e dividir pelo número de itens da dimensão.

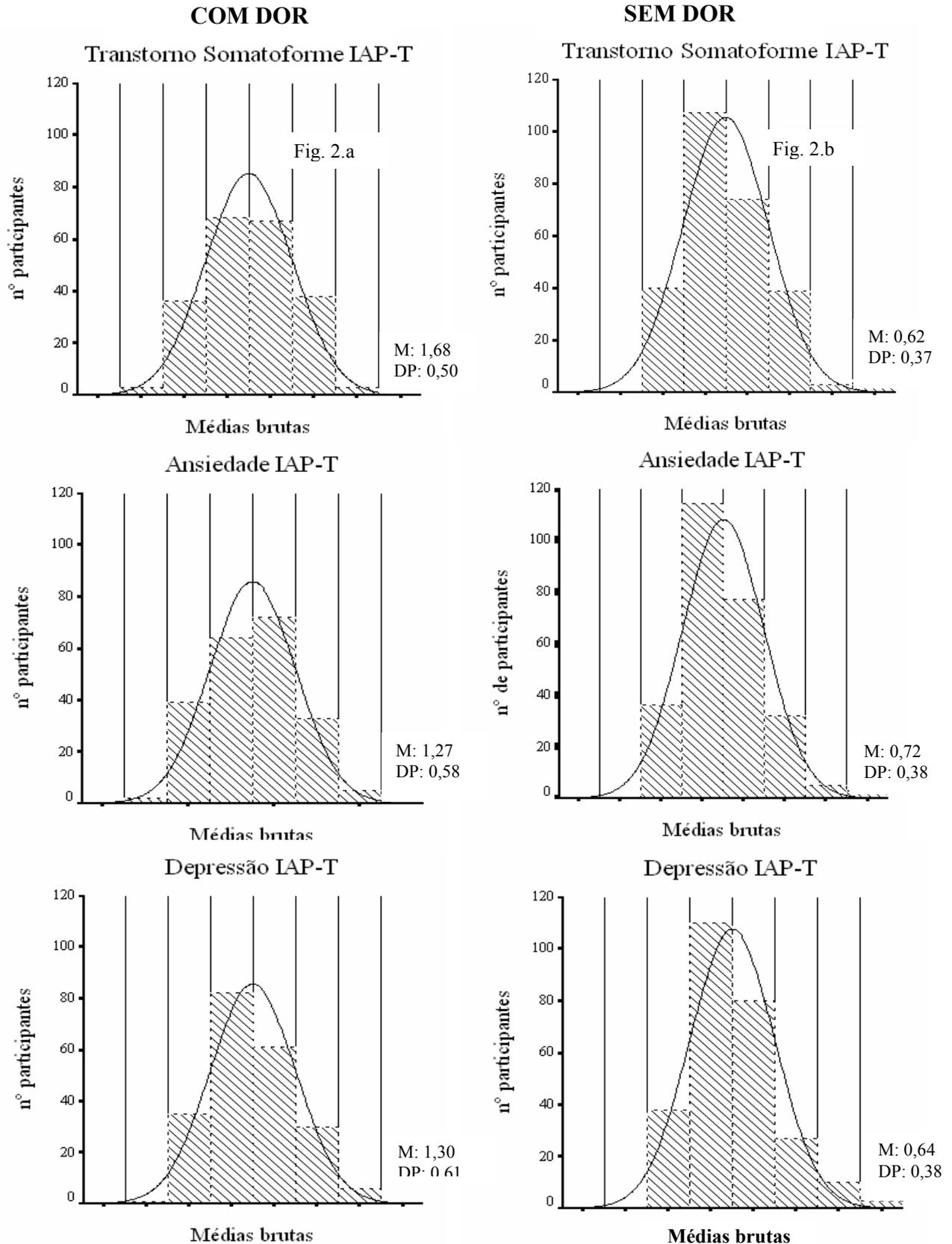
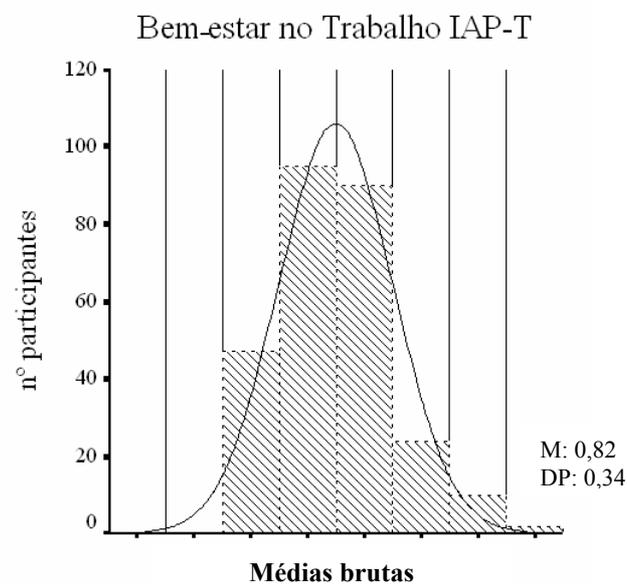
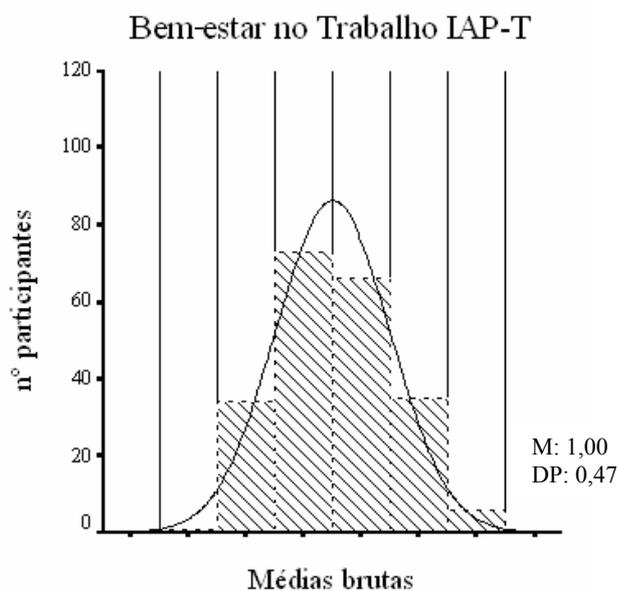
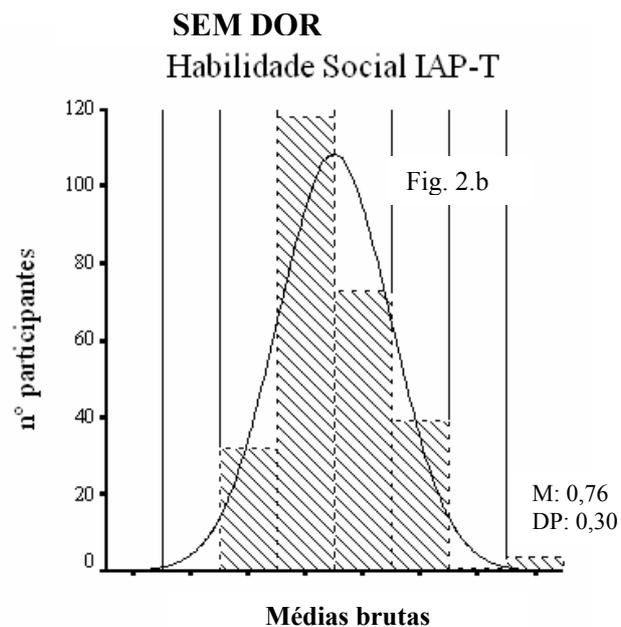
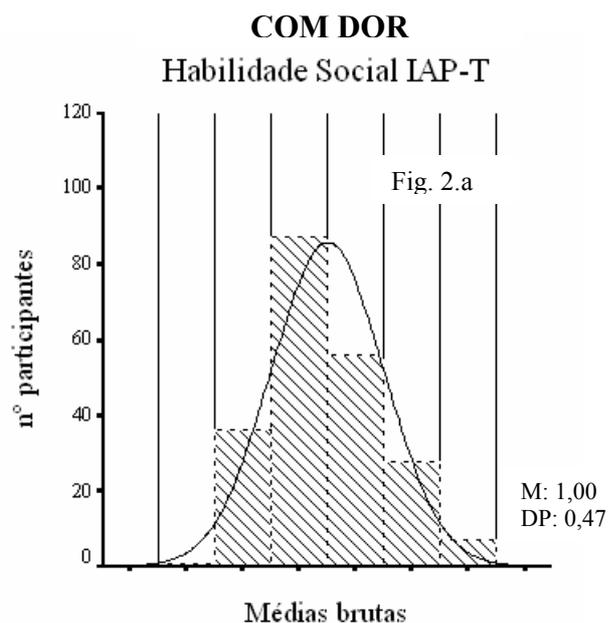


Figura 2: Histograma e curvas normais de freqüências das médias das cinco dimensões (transtorno somatoforme, ansiedade, depressão, habilidade social e bem-estar no trabalho) do IAP-T, respectivamente, para amostra com dor (Figura 2.a) e sem dor (Figura 2.b).



Continuação da Figura 2.a e 2.b.

As curvas de distribuição das médias brutas (ou médias dos escores dos participantes) se comportaram de forma mais simétrica e homogênea para populações com dor crônica (Figura 2.a).

Constam nas Figuras 2.a e 2.b a média por dimensão e o desvio padrão (D.P.) para cada uma das dimensões. Verificou-se que a maioria das médias brutas dos participantes

(médias dos escores dos participantes) está concentrada em dois desvios padrão para cima e para baixo em relação à média do grupo.

As curvas normais de distribuições das médias brutas dos escores da população com e sem dor crônica para as nove dimensões do SCL-90-R constam na Figura 3 (próxima página). A distribuição das médias foi mais assimétrica, indicando maior dispersão em torno da média em ambas as amostras (com e sem dor crônica). As dimensões depressão, ansiedade e somatização apresentaram curvas menos assimétricas na população com dor crônica (Figura 3.a). A assimetria na distribuição das médias do SCL-90-R ocorreu, provavelmente, porque esse inventário foi desenvolvido para identificar alterações psicopatológicas, e, de fato, alguns dos respondentes se distanciavam da média, contribuindo com a dispersão na distribuição das médias.

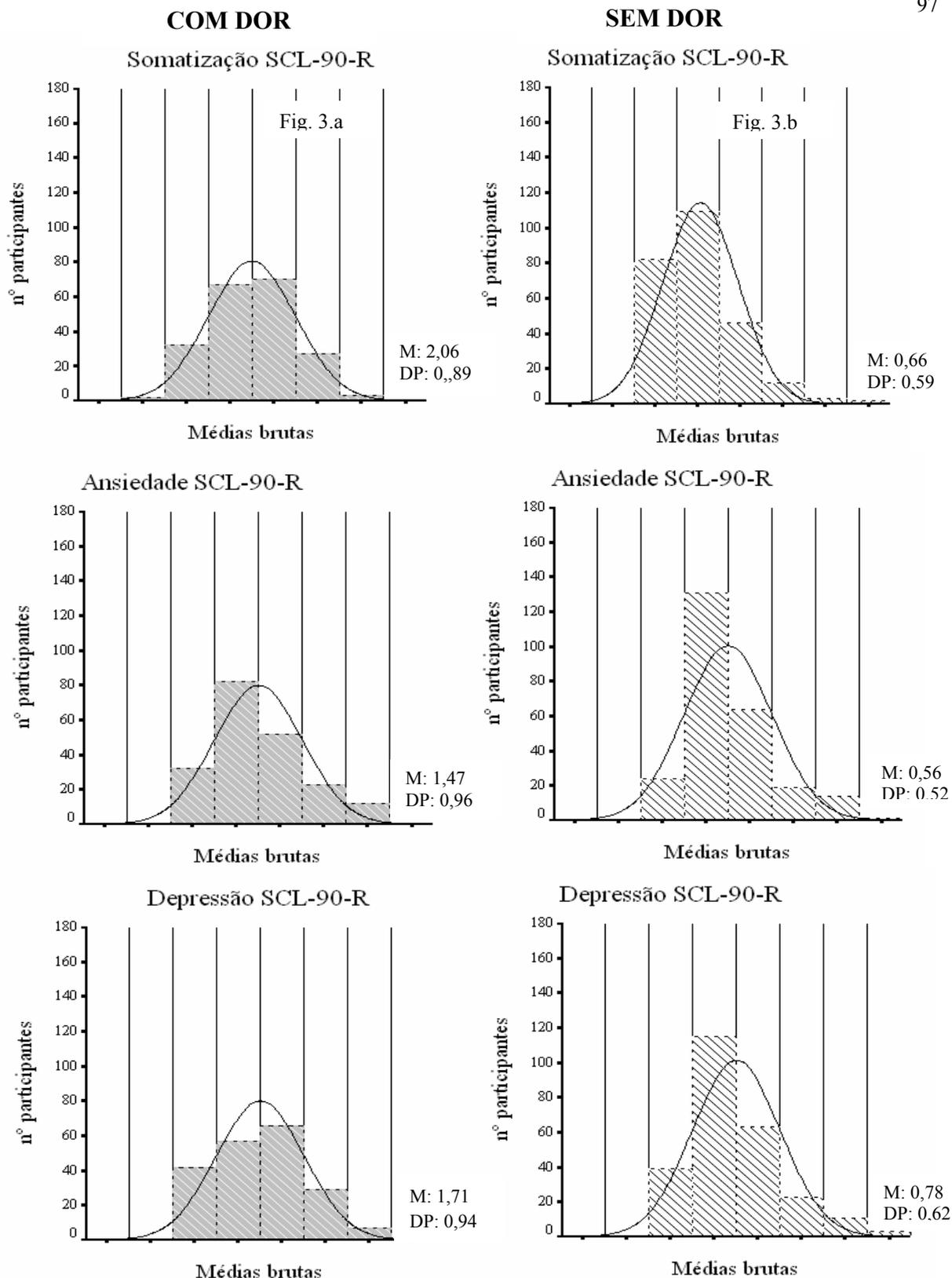
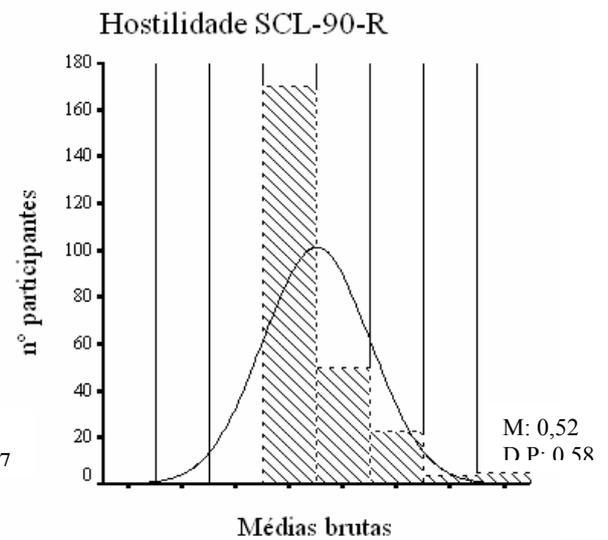
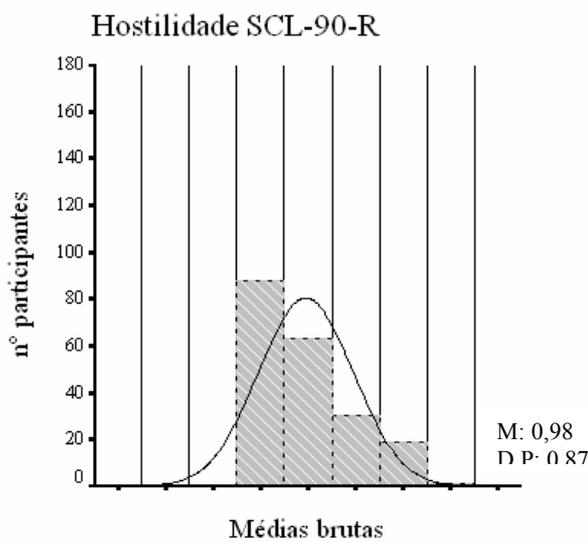
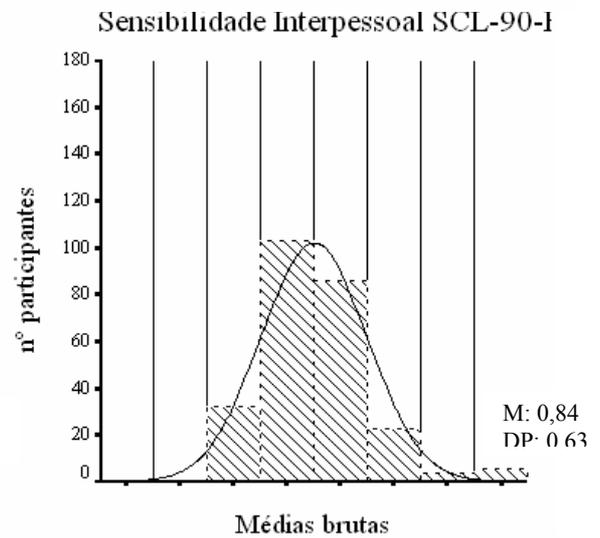
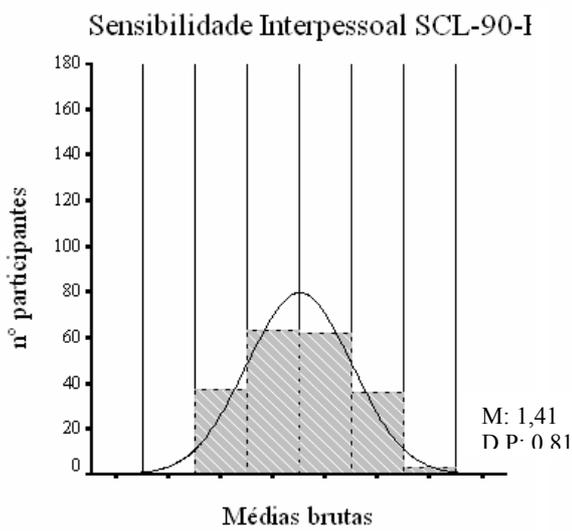
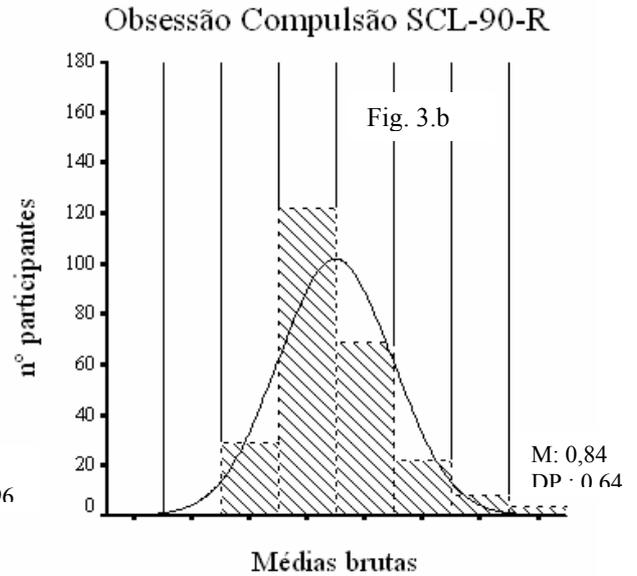
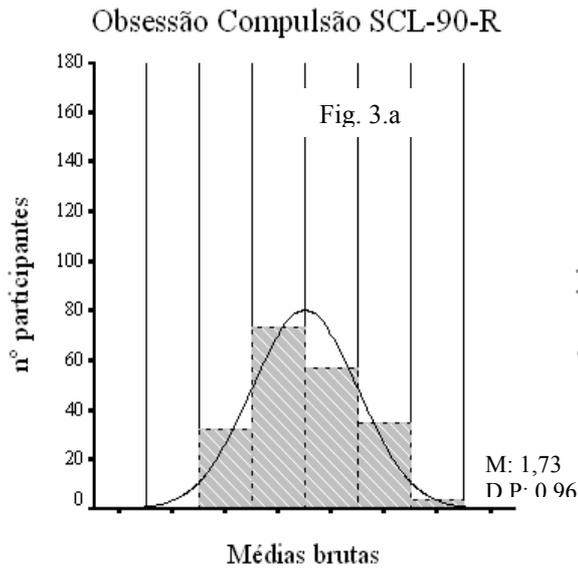


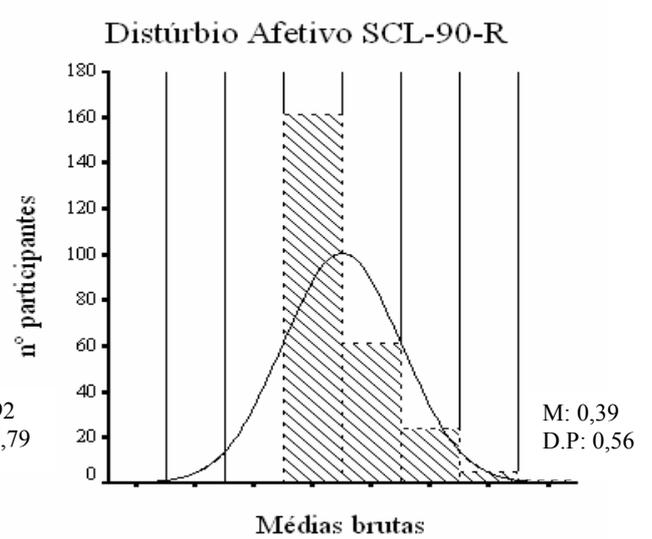
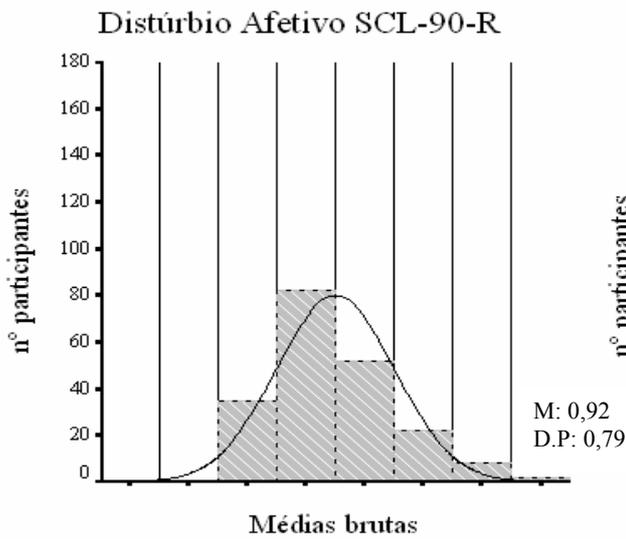
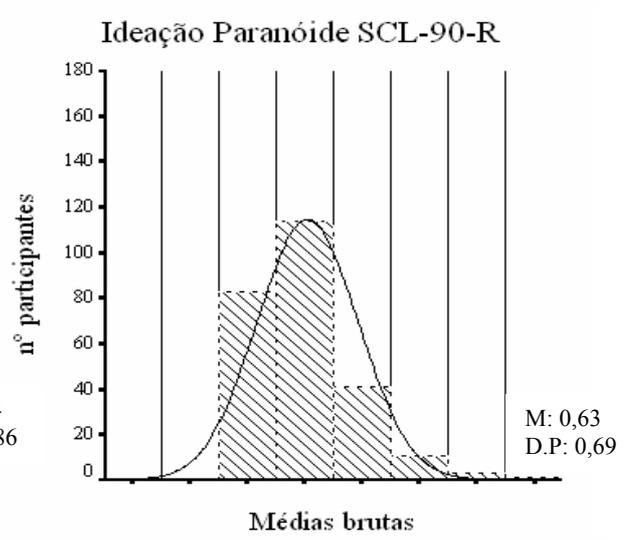
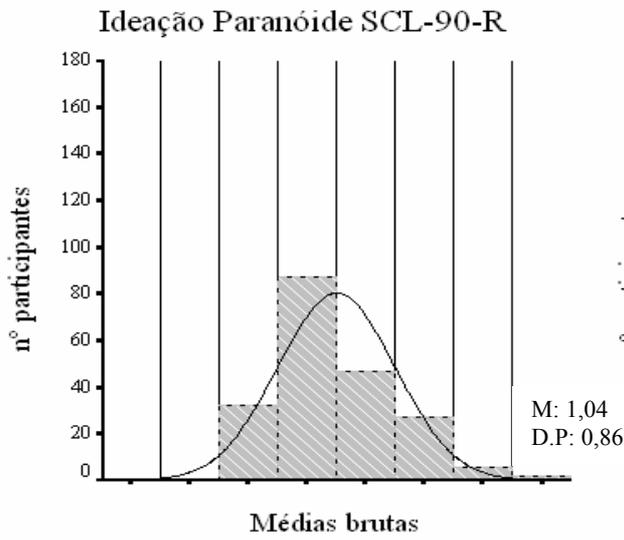
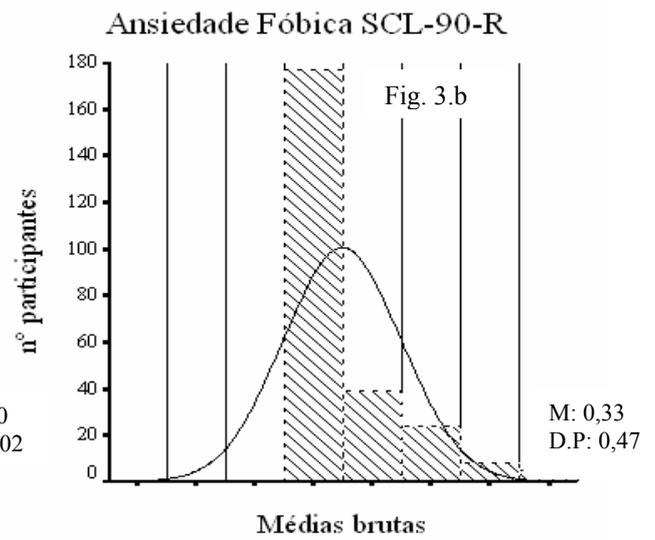
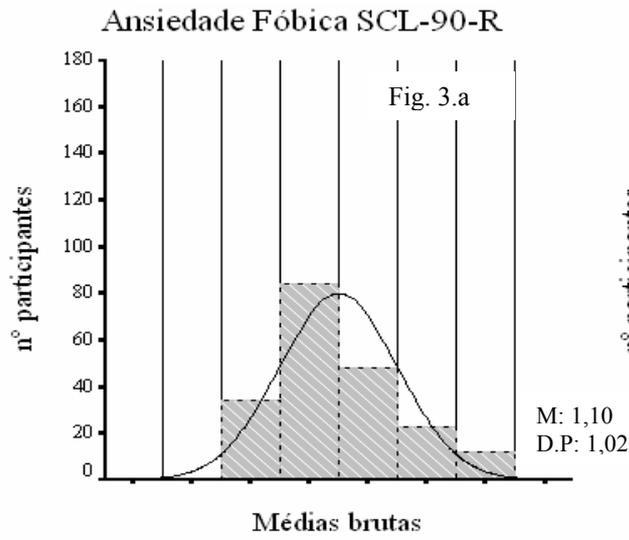
Figura 3: Histograma e curvas normais de freqüências das médias nas nove dimensões clínicas do SCL-90-R (somatização, ansiedade, depressão, obsessão compulsão, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e distúrbio afetivo) para amostra com dor crônica (Figura 3.a) e sem dor crônica (Figura 3.b)

COM DOR

SEM DOR



Continuação da Figura 3.a e 3.b.



Continuação da Figura 3.a e 3.b

Em ambas as amostras, as curvas de distribuição do IAP-T (Figuras 2.a e 2.b) e do SCL-90-R (Figuras 3.a e 3.b), o intervalo de 1,5 DP inclui de 84% a 94% dos participantes (ver Tabela 11). Foi considerado que valores acima de 1,5 DP, para cima ou para baixo da média, sinalizavam presença de sinais e sintomas psicológicos no IAP-T ou de alterações psicopatológica no SCL-90-R. Esse ponto de corte foi calculado baseando-se na distribuição das médias brutas dos escores dos participantes do IAP-T e do SCL-90-R.

A população incluída dentro de 1,5 DP para cima ou para baixo, em relação à média para as cinco dimensões do IAP-T, variou entre 85,12% e 88,84% no grupo com dor crônica, e entre 87,31% e 90,30% no grupo sem dor crônica. A população incluída dentro de 1,5 DP para as nove dimensões do SCL-90-R variou entre 84,58% e 93,03% no grupo com dor crônica, e entre 89,80% e 93,33% no grupo sem dor crônica (Ver Tabela 11).

Tabela 11: Quantidade de participantes excluídos (acima e abaixo de 1,5 DP) e incluídos dentro da faixa de 1,5 DP nas cinco dimensões do IAP-T e nas 9 dimensões do SCL-90- R para a amostra com e sem dor crônica

COM DOR CRÔNICA (IAP-T)						
	Exclusão mín	Exclusão máx	Total Exclusão		População incluída	
A	16	16	32	14,88%	183	85,12%
T.S.	13	19	32	14,88%	183	85,12%
D	8	18	26	12,09%	189	87,91%
H.S.	8	18	26	12,09%	189	87,91%
W	7	17	24	11,16%	191	88,84%
SEM DOR CRÔNICA (IAP-T)						
A	15	15	30	11,19%	238	88,81%
T.S.	19	15	34	12,69%	234	87,31%
D	14	14	28	10,45%	240	89,55%
H.S.	19	13	32	11,94%	236	88,06%
W	11	15	26	9,70%	242	90,30%
COM DOR CRÔNICA (SCL-90-R)						
	Exclusão mín.	Exclusão máx.	Total Exclusão		População incluída	
SOM	16	15	31	15,42%	170	84,58%
O-C	7	20	27	13,43%	174	86,57%
SI	7	20	27	13,43%	174	86,57%
DEP	6	14	20	9,95%	181	90,05%
ANX	2	17	19	9,45%	182	90,55%
HOS	0	20	20	9,95%	181	90,05%
PHOB	0	22	22	10,95%	179	89,05%
PAR	0	23	23	11,44%	178	88,56%
PSY	0	14	14	6,97%	187	93,03%
SEM DOR CRÔNICA (SCL-90-R)						
SOM	0	21	21	8,24%	234	91,76%
O-C	0	20	20	7,84%	235	92,16%
SI	0	20	20	7,84%	235	92,16%
DEP	0	22	22	8,63%	233	91,37%
ANX	0	26	26	10,20%	229	89,80%
HOS	0	21	21	8,24%	234	91,76%
PHOB	0	22	22	8,63%	233	91,37%
PAR	0	17	17	6,67%	238	93,33%
PSY	0	21	21	8,24%	234	91,76%

Legenda IAP-T: A (ansiedade), T.S. (transtorno somatoforme), D (depressão), H.S. (habilidade social), W (bem-estar no trabalho).

Legenda SCL-90-R: SOM (somatização), O-C (obsessão compulsão), SI (sensibilidade interpessoal), DEP (depressão), ANX (ansiedade), HOS (hostilidade), PHOB (ansiedade fóbica), PAR (ideação paranóide), PSY (distúrbio afetivo).

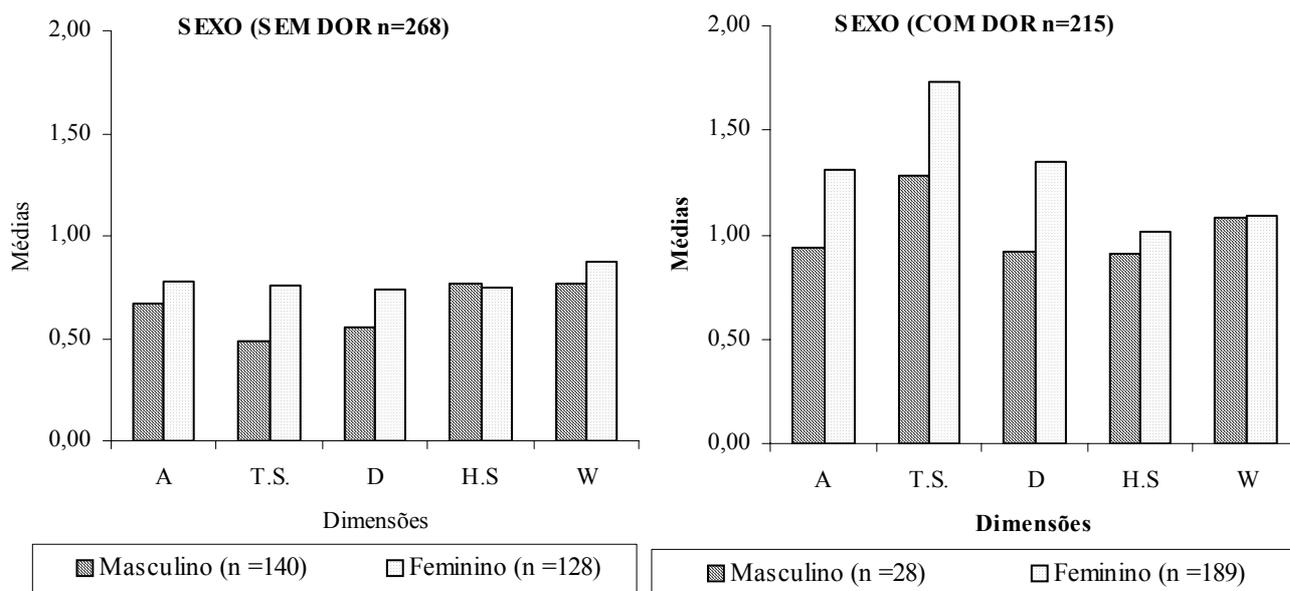
5.4.3 Análise das médias das dimensões do IAP-T para o grupo experimental e o controle e a relação com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Para comparar e analisar a variância das médias intragrupo, foi aplicado teste estatístico ANOVA para o grupo experimental e para o controle. Esse teste é utilizado para comparar mais de uma amostra (de igual ou diferente tamanho) para um mesmo tratamento. Neste estudo a ANOVA foi aplicada a dois grupos de tratamento: grupo experimental e grupo controle. Consideram-se amostras numa aplicação de ANOVA as diferentes médias que estão sendo comparadas, no caso deste estudo, as médias obtidas nas dimensões do IAP-T para cada uma das seis variáveis sociodemográficas. Exemplo: **sexo** teve duas amostras para comparação das médias (masculino e feminino); **escolaridade**, três amostras (superior, fundamental/básico e superior); **emprego**, três amostras (sem emprego, empregado, aposentado); **renda**, cinco amostras (sem renda, 1-2, 3-6, 7-10 salários ou acima de 11 salários); **estado civil**, quatro amostras (casado/companheiro, divorciado/separado, solteiro e viúvo); e **ocupação**, cinco amostras (Grupo A, B, C, D e E).

A aplicação da ANOVA gera valor de teste-F, em homenagem à R. A. Fisher (AYRES et al., 2003), que é o resultado das comparações entre diferentes amostras. Deve-se antes estabelecer o nível de significância para o valor de F, que neste estudo foi igual ou menor a 0.05. Assim, para considerar que o valor F representa diferenças significativas entre as médias das amostras comparadas, ele deve estar dentro do nível de significância estabelecido.

Na comparação das amostras por sexo, no grupo experimental, predominou o sexo feminino (189) em relação ao masculino (28), e, no grupo controle, o masculino predominou moderadamente com 140 participantes em relação ao feminino com 128. As mulheres

apresentaram maiores médias por dimensão no IAP-T do que os homens tanto no grupo experimental quanto no de controle, exceto na dimensão habilidade social no grupo sem dor crônica (Figura 4). A maior incidência de sinais e sintomas psicológicos na população feminina é condizente com o que consta no DSM-IV (1995), CID-10 (2000), assim como em Sanford et al. (2002) e em Andrade (2005).



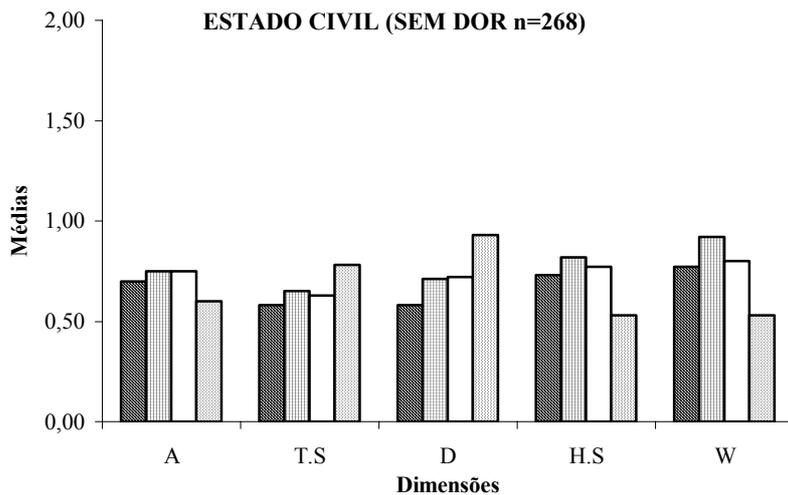
Grupo	Dimensão	SEXO	
		F	Sig
Com dor	A	9,799	$p \leq 0,05$
	T.S.	20,260	$p \leq 0,05$
	D	12,082	$p \leq 0,05$
	H.S.	1,127	-
	W	0,007	-

Grupo	Dimensão	SEXO	
		F	Sig
Sem dor	A	4,974	$p \leq 0,05$
	T.S.	40,381	$p \leq 0,05$
	D	17,983	$p \leq 0,05$
	H.S.	0,375	-
	W	6,246	$p \leq 0,05$

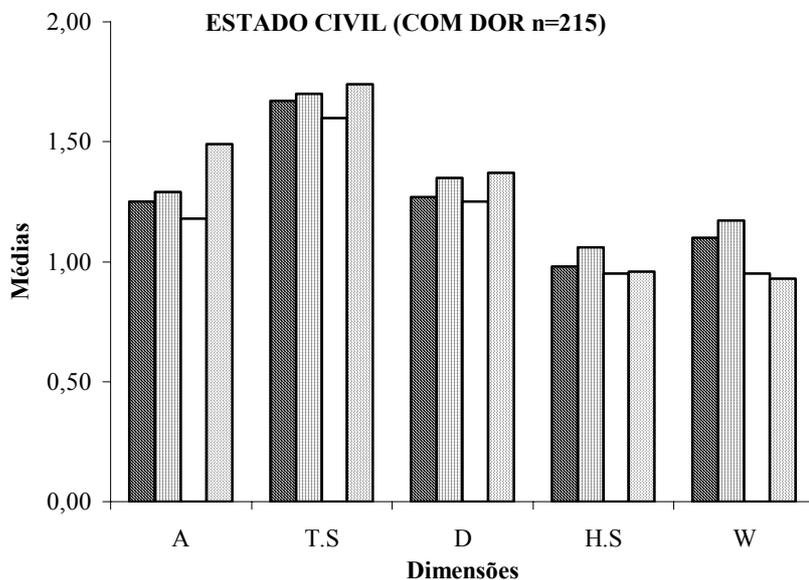
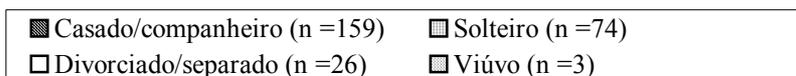
Figura 4: Média dos participantes para a categoria “sexo” nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0,05$))

Verificou-se que as dimensões ansiedade, transtorno somatoforme e depressão apresentaram médias estatisticamente significativas em relação à ocorrência de sinais e sintomas psicológicos para variável sexo no grupo experimental e para todas as outras dimensões no grupo controle, com exceção da habilidade social.

Com relação ao estado civil, apesar de as médias do grupo experimental serem maiores do que as do grupo controle (Figura 5), essa diferença não foi estatisticamente significativa nas cinco dimensões do IAP-T para o grupo controle, indicando que a ocorrência de sinais e sintomas psicológicos não sofre influência da variável estado civil. Entretanto, para o grupo experimental, as dimensões depressão e bem-estar no trabalho apresentaram diferença estatisticamente significativa.



	Dimensão	F	Sig
Sem dor	A	0,536	-
	T.S.	0,891	-
	D	3,180	$p \leq 0,05$
	H.S.	1,958	-
	W	4,317	-



	Dimensão	F	Sig
Com dor	A	0,966	-
	T.S.	0,294	-
	D	0,292	-
	H.S.	0,378	-
	W	2,044	-

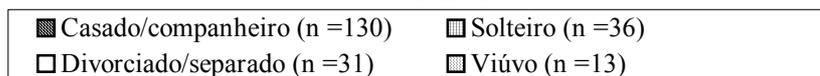


Figura 5: Média dos participantes para a categoria estado civil nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))

Os cinco grupos de ocupação analisados obtiveram maiores médias no grupo experimental (Figura 6). Entretanto, apenas a dimensão transtorno somatoforme apresentou diferença estatisticamente significativa entre as médias das amostras por grupo de ocupação,

e no grupo experimental apenas as dimensões transtorno somatoforme e bem-estar no trabalho apresentaram diferença significativa entre as médias das amostras.

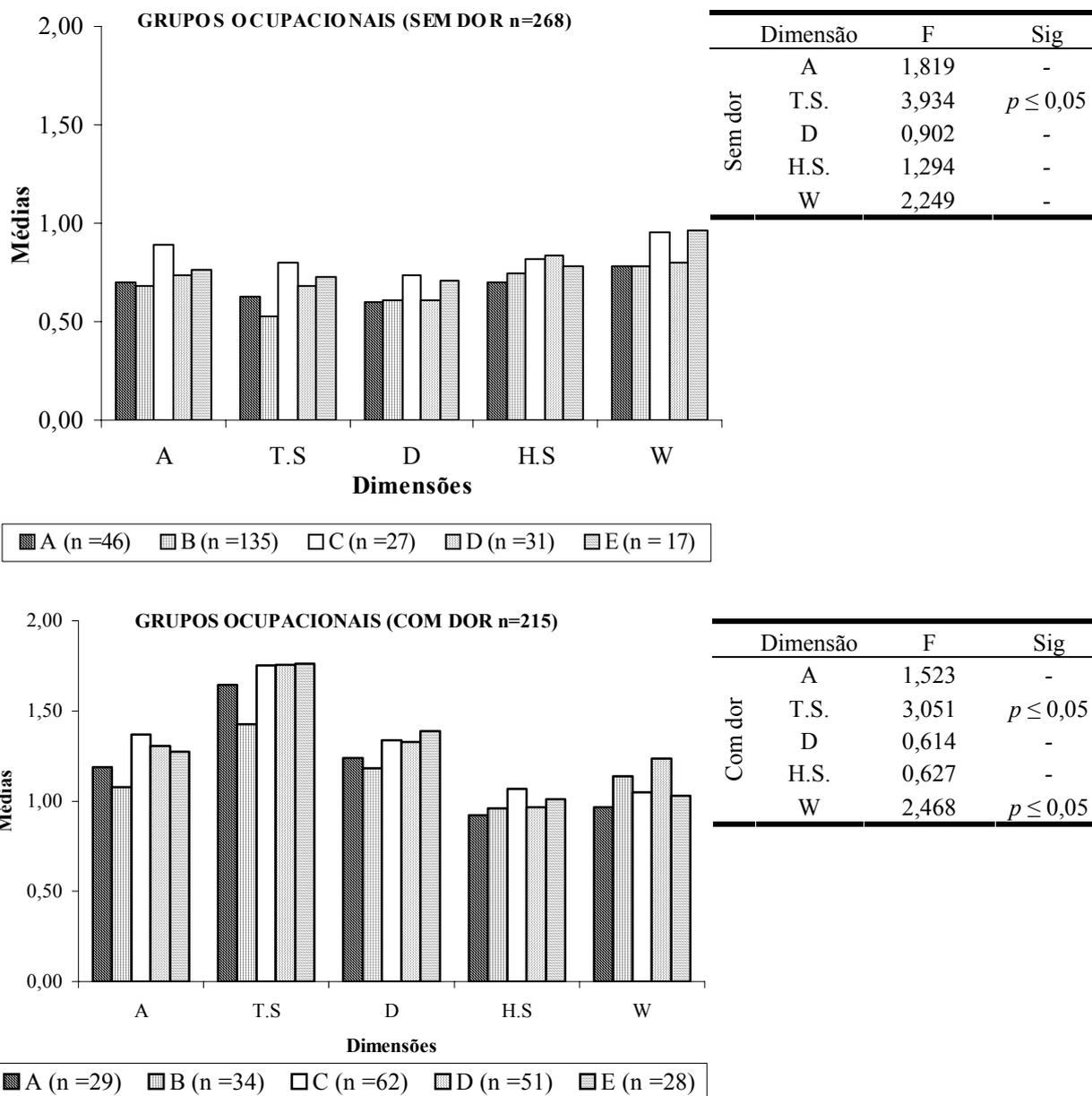
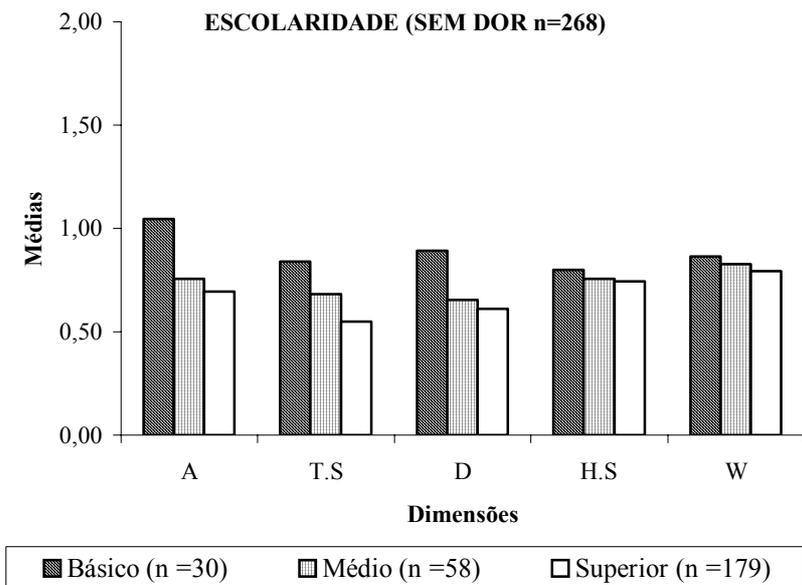


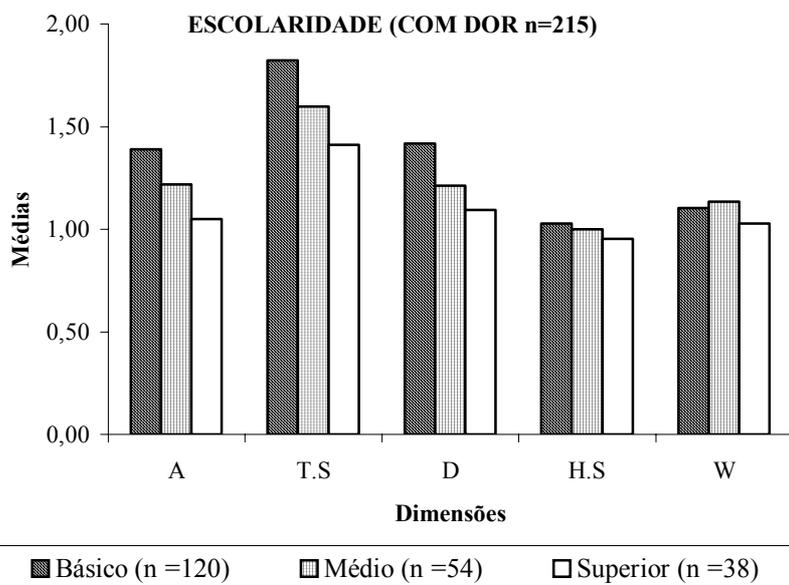
Figura 6: Média dos participantes para a categoria ocupação nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$)).

No que se refere ao grau de escolaridade, os participantes com ensino fundamental/básico apresentaram maiores médias quando comparados com os participantes do ensino médio e superior. A exceção foi para a dimensão bem-estar no trabalho, cujo

ensino médio obteve média maior (1.14) que o ensino básico (1.1), conforme Figura 7. As médias das dimensões ansiedade, transtorno somatoforme e depressão no grupo experimental e as médias das dimensões transtorno somatoforme, depressão e bem-estar no trabalho no grupo controle também apresentaram diferenças significativas. Foi observada, baseando-se na análise de variância das médias para a população do grupo com e sem dor crônica, uma tendência de maior ocorrência de sinais e sintomas psicológicos em relação inversa ao grau de escolaridade, ou seja, quanto menor a escolaridade (ensino fundamental/básico), maior é a média obtida nas dimensões do IAP-T. Entretanto, seria necessário aumentar o tamanho da amostra nos três níveis de escolaridade para verificar se essa relação inversa se mantém estatisticamente significativa.



	Dimensão	F	Sig
Sem dor	A	2,190	-
	T.S.	13,141	$p \leq 0,05$
	D	3,357	$p \leq 0,05$
	H.S.	2,143	-
	W	3,253	$p \leq 0,05$



	Dimensão	F	Sig
Com dor	A	4,322	$p \leq 0,05$
	T.S.	11,156	$p \leq 0,05$
	D	5,041	$p \leq 0,05$
	H.S.	0,121	-
	W	0,096	-

Figura 7: Média dos participantes para a categoria escolaridade nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))

Em relação à condição de estar empregado, não empregado ou ser aposentado/pensionista, verificou-se que as médias representativas da ocorrência de sinais e sintomas psicológicos são maiores nas cinco dimensões do IAP-T no grupo experimental (Figura 8), entretanto apenas as dimensões ansiedade, transtorno somatoforme e depressão

apresentaram diferenças estatisticamente significativas. E no grupo controle apenas a dimensão transtorno somatoforme apresentou diferença estatisticamente significante.

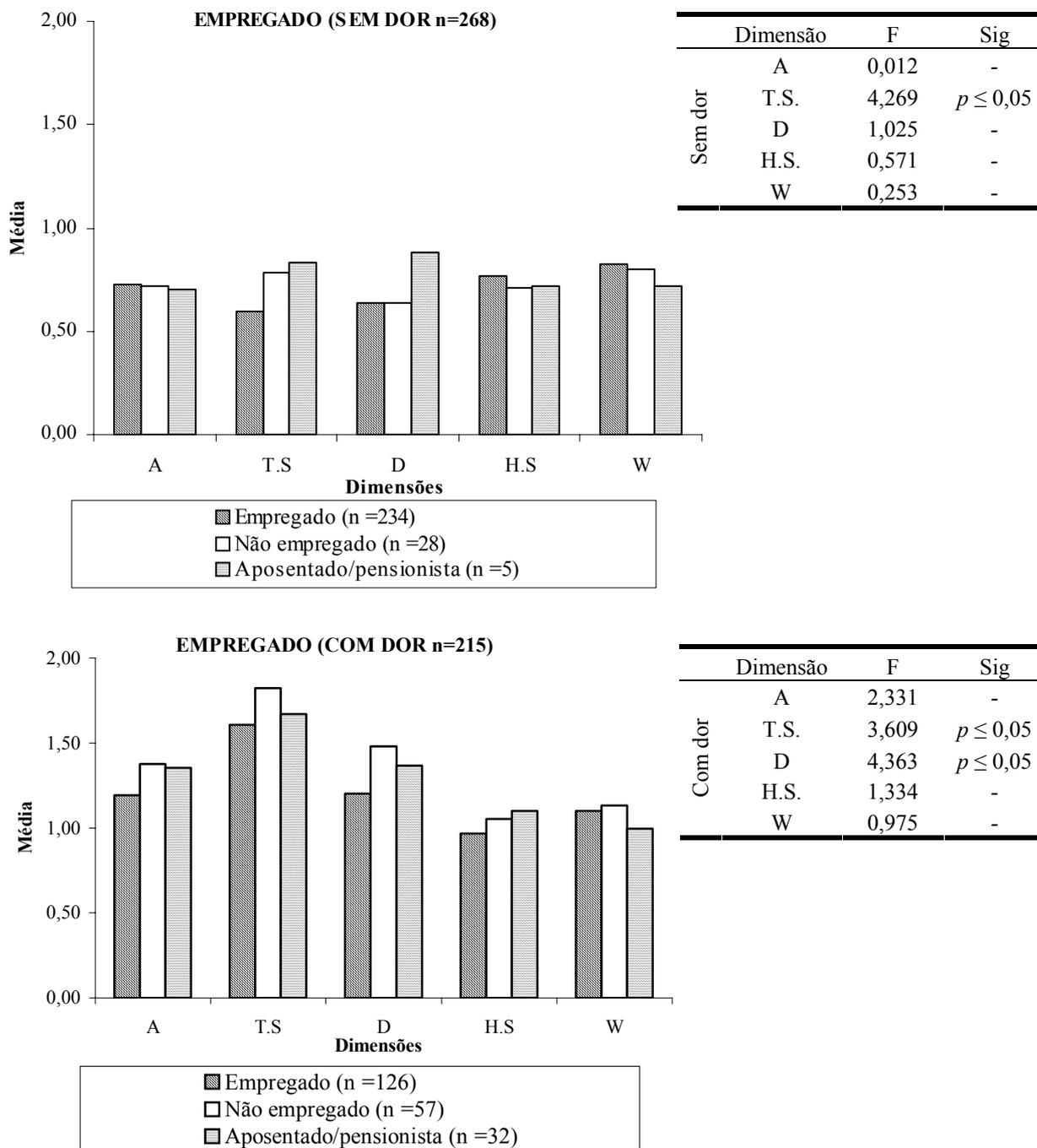
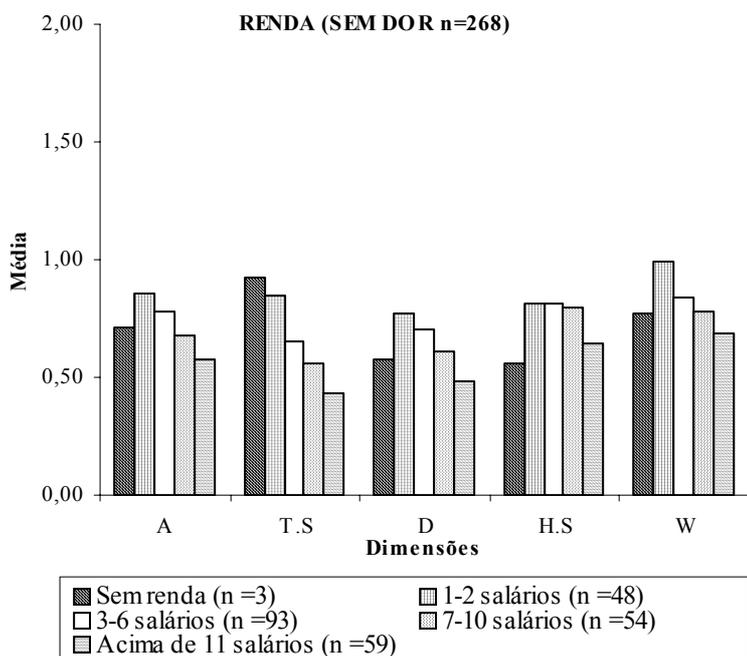
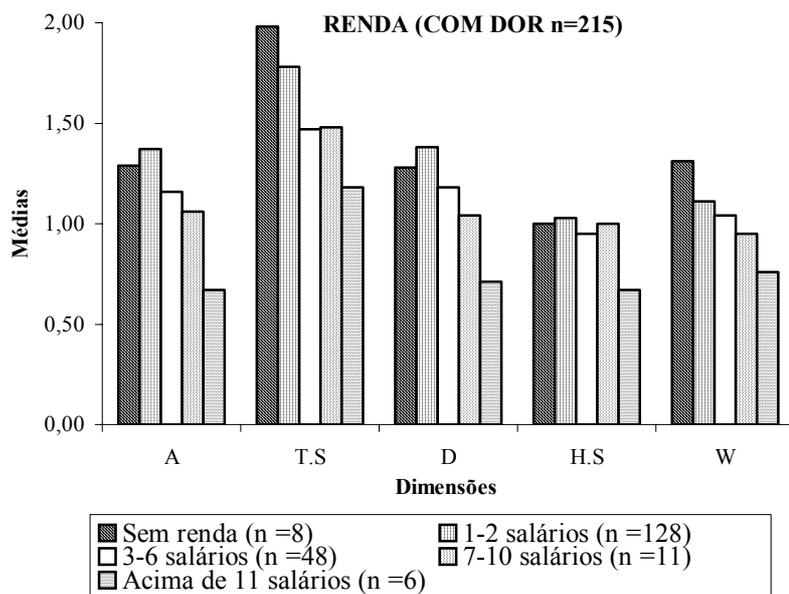


Figura 8: Média dos participantes para a categoria empregado nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))

Em relação à distribuição de renda, para as cinco amostras, as médias foram maiores no grupo experimental quando comparadas ao grupo controle. Ao analisar a distribuição de renda dentro de cada grupo (experimental e controle), foi verificado que, quanto maior a renda (ex.: acima de 11 salários mínimos), menor a ocorrência de sinais e sintomas psicológicos nas dimensões do IAP-T. Essa relação inversa foi estatisticamente significativa nas dimensões ansiedade, depressão e transtorno do grupo experimental, e em todas as dimensões do grupo controle.



	Dimensão	F	Sig
Sem dor	A	4,706	$p \leq 0,05$
	T.S.	10,069	$p \leq 0,05$
	D	5,063	$p \leq 0,05$
	H.S.	4,339	$p \leq 0,05$
	W	6,017	$p \leq 0,05$



	Dimensão	F	Sig
Com dor	A	3,551	$p \leq 0,05$
	T.S.	6,567	$p \leq 0,05$
	D	3,061	$p \leq 0,05$
	H.S.	0,995	-
	W	1,932	-

Figura 9: Média dos participantes para a categoria renda nas dimensões do IAP-T da população com e sem dor crônica e seus respectivos cálculos da ANOVA (valores do teste F para cada dimensão do IAP-T e nível de significância ($p \leq 0.05$))

5.4.4 Análise do diagnóstico da população com e sem dor

No verso do IAP-T havia um esquema corporal para o participante apontar ou marcar o local em que sentia dor e responde à pergunta “Sua dor foi diagnosticada? Qual o nome dado? Com isso, foi possível obter informação sobre o tipo de diagnóstico da dor crônica. Existem três itens no IAP-T que abrangem as áreas do corpo importantes para o diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho. O item 33 abrange as doenças que acometem os membros superiores: região do punho/mão (tendinite e síndrome do túnel do carpo), cotovelo/antebraço/braço (tendinite tricipital, mialgia do braço, sinovite, bursite, epicondilite/tendinite, mialgia do antebraço) e ombro (tendinite). Para Ranney (2000), geralmente a dor referida ou a dor radicular nervosa afeta os membros inferiores em diferentes regiões. O item 48 abrangia as doenças que acometem os membros inferiores (artrite reumatóide e osteoartrite), e o item 60 abrangia as doenças que acometem a coluna (doença do disco lombar, estiramento lombar, dor discogênica, síndrome da faceta articular, síndrome sacrolíaca e disco herniado).

O diagnóstico de fibromialgia foi o mais frequente na população com dor crônica (62 pessoas, ver Tabela 12). Geralmente, a pessoa que obtém esse diagnóstico relata sentir dor em várias e diferentes regiões do corpo, com ou sem simetria. Segundo Ranney (2000), a fibromialgia apresenta sensibilidade em um ou em ambos os lados do corpo, como nove locais específicos do lado direito e esquerdo no corpo, totalizando 18 pontos sensíveis: occípito (inserções musculares suboccipitais), cervical inferior (espaços intertransversais na C5-C7), trapézio (ponto médio da borda superior), supra-espinhoso (acima da espinha escapular próximo à borda medial), segunda costela (lateral à segunda junção costochondral), epicôndilo lateral (2 cm distal aos epicôndilos), glúteo (externo superiores da região glútea

na prega anterior do músculo), trocanter maior (posterior à proeminência trocantérica) e joelho (coxim adiposo medial proximal à linha articular).

Foi solicitado aos participantes da amostra com dor crônica sem diagnóstico e aos participantes da amostra sem dor crônica, mas que apresentaram queixa de dor, que identificassem em quais partes do corpo sentiam dor (esquema corporal do IAP-T). A distribuição dos diagnósticos fornecidos pelo relato verbal (oral ou escrito) dos participantes consta na Tabela 12.

Tabela 12: Frequência de ocorrência, para grupo com e sem dor crônica, dos diagnósticos ou queixa clínica de dor informada pelos participantes

Diagnósticos/queixa clínica³⁸	Ocorrência COM DOR (n=215)	Ocorrência SEM DOR (n=268)
Fibromialgia	62	4
Dores na cabeça sem e com diagnóstico (cefaléia e enxaquecas)	22	32
Dores no tronco sem diagnóstico (ombro, pescoço, coluna, tórax e abdominal)	117	160
Dores nos membros superiores sem diagnóstico (braço, mão e pulso)	78	79
Dores nos membros inferiores sem diagnóstico (perna, joelho e pé/calcanhar)	93	80
Dores reumáticas diagnosticadas (artroses, artrite, artrite reumatóide, reumatismo, espondilite e polimialgia reumática)	79	13
Dores traumato-ortopédicas diagnosticadas (Tendinite, Hérnia de disco, Bursite, Osteoporose, Síndrome do túnel do carpo, Lombalgia, LER/ DORT, Osteofitose, Osteoartrose, Lombociática, escoliose, osteopenia e epicondilite de cotovelo)	40	30
Outras patologias diagnosticadas (Convulsões, dermatomiosite, lupus, dores ligadas ao climatério, formigamento, gastrite/úlcera, hérnia de hiato, hipertensão, labirintite, sinusite, problemas vasculares, sarcoidose, hemorróidas, síndrome do intestino irritável, depressão, anorexia, tenosinovite, urticária crônica, urticária angioedema, desmaio, síndrome do impacto, ciatalgia, hipertensão, gota úrica).	32	13
Não informou	6	0
Não se aplica	0	98

³⁸ No Apêndice H há uma lista de definições de doenças ou síndromes que foi relatada pelos participantes (provavelmente, diagnosticadas anteriormente por profissionais da área médica) na população com e sem dor crônica deste estudo.

Cada participante podia ter mais de um diagnóstico ou queixa de dor. Por exemplo, se um participante escreveu diagnóstico de epicondilite (dor na região do cotovelo) e marcou no mapa anatômico essa região, além da cabeça e da coluna, então, foram computados três diagnósticos (epicondilite, dor na cabeça e dor na coluna sem diagnóstico).

De acordo com a Tabela 12, as dores com e sem diagnósticos mais frequentes nos dois grupos (experimental e controle) foram de dores nas regiões do tronco, dos membros superiores e inferiores. No grupo sem dor crônica, os participantes responderam ao item 53 (Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos), com escores 0 (nunca) ou 1 (às vezes) e no esquema corporal do corpo (IAP-T) marcaram as regiões do corpo que sentiam dor por pelo menos 4 meses seguidos, o que gerou uma incoerência, mas revelou ocorrência de dor (queixa de dor sem diagnóstico específico) na amostra sem dor crônica. Provavelmente, essa queixa de dor mantém relação com a atividade de trabalho, para o grupo com e sem dor crônica, pois as regiões mais citadas sem diagnóstico específico (coluna, braço, ombro/pescoço e perna e mão/punho) foram justamente aquelas que, segundo Ranney (2000), são as mais acometidas por doenças relacionadas ao trabalho.

Os diagnósticos específicos de traumato-ortopédicos ocorreram em 70 casos (40 no grupo com dor e 30 sem dor) e de fibromialgia ocorreu em 64 casos (62 no grupo com dor e 4 sem dor). Esses diagnósticos de doenças e síndromes dolorosas crônicas estão geralmente relacionados com a presença concomitante de aspectos psicológicos alterados (PEREIRA JR., 1995; BEIRÃO; SILVA 1999; LEÓN; IGUTI, 2000; SARDÁ; KUPEK; CRUZ, 2000; ANDRADE; ANDRADE, 2005).

No grupo sem dor crônica, os participantes responderam ao item 53 (“Sinto dor por, pelo menos, 4 meses seguidos”), com escores 0 (nunca) ou 1 (às vezes), e no esquema corporal do corpo (IAP-T) marcaram as regiões do corpo que sentiam dor por pelo menos 4

meses seguidos, o que gerou uma incoerência, mas revelou a ocorrência de dor (queixa de dor) na amostra sem dor crônica. Provavelmente, essa queixa de dor mantém relação com a atividade de trabalho, pois as regiões mais citadas sem diagnóstico específico (coluna, braço, ombro/pescoço, perna e mão/punho) foram justamente aquelas que, segundo Ranney (2000), são as mais acometidas por doenças relacionadas ao trabalho.

Outro destaque da Tabela 12 foi a queixa de dor de cabeça com e sem diagnóstico (22 casos grupo com dor e 32 casos sem dor). Provavelmente, essa incidência está relacionada ao estresse no trabalho. Segundo Blanchard e Andrasik (1985), são as mulheres que relatam ter mais dor de cabeça do que os homens. A pessoa que tem dor de cabeça crônica é antes de tudo uma pessoa que sofre, e esse sofrimento varia em intensidade e frequência de indivíduo para indivíduo, sendo a dor de cabeça em si considerada um evento estressante, contribuindo para perpetuar a própria dor de cabeça³⁹.

No modelo de interpretação da relação entre estresse e dor cabeça, de Blanchard e Andrasik (1985), o estresse resulta de uma relação entre o processo de avaliação desfavorável das experiências/situações vividas e a participação de eventos desencadeadores (ex.: comida, álcool, ruído, variação hormonal). O estresse gera excitação do sistema nervoso autônomo e do sistema músculo-esquelético, que, respectivamente, desencadeia dilatação das artérias cefálicas e contração da escápula, pescoço e músculos dos ombros, sensibilizando o paciente à dor de cabeça, que, por sua vez, irá alimentar todo o processo de estresse, de alterações corporais e fisiológicas que gera e mantém a sensação dor.

³⁹ Existem quinze categorias de distúrbios de dor de cabeça, catalogadas pela *Ad Hoc Committee*. Desses quinze tipos, quatro categorias são típicas de dor crônica, entre elas: 1) dor de cabeça vascular ou enxaqueca, associada à anorexia, vômito e náusea, sensação motora notável e com distúrbios do humor; 2) dor de cabeça por contração muscular, ocorre sensação de tensão, contração, ou pressão, geralmente, é um tipo de reação frequente em indivíduos que possuem estilo de vida estressante, nesse grupo são popularmente incluídas “dores de tensão”, “psicogênese” e “nervosismo”; 3) combinação de dor vascular com dor por contração; e 4) dor de cabeça elusiva/hipocondríaca/de conversão, e que as pessoas relatam a sensação de dor, porém não há mecanismos de dor envolvidos para justificar a sensação de dolorosa (BLANCHARD; ANDRASIK, 1985).

5.4.5 Correlação interna e externa do IAP-T

A **consistência interna** dos itens do IAP-T para cada dimensão foi verificada por meio dos índices de correlação (coeficiente de *Pearson*) e pelo alfa de *Cronbach*. A correlação interitens forneceu uma matriz com valores de coeficientes de *Pearson* que sinalizou o quanto os itens se relacionavam entre si. A correlação perfeita corresponde a *Pearson* igual a 1, ou seja, quando uma variável altera, a outra acompanha essa alteração, na correlação positiva, variando na mesma direção, ou na negativa, variando na direção contrária (KERLINGER, 1980; LEVIN; FOX, 2004). A correlação interitens foi verificada pelo coeficiente *Pearson* para significância $p=0.01$. Constam no Apêndice G todas as correlações positivas e negativas que atingiram o nível de significância estabelecido (ver Apêndice G).

O coeficiente Alfa de *Cronbach* sinalizou o grau de consistência que existiu entre as correlações dos itens dentro da mesma dimensão (ver Tabela 13). Os valores de alfa variam entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1 estiver o alfa, maior é a correlação do conjunto de itens, evidenciando a consistência intra-itens de uma mesma dimensão.

Tabela 13: Correlação de todas as dimensões do IAP-T para o grupo experimental (com dor crônica) e controle (sem dor crônica)

Dimensão IAP-T	Alfa de <i>Cronbach</i>	
	Com Dor	Sem Dor
Ansiedade	0,905	0,883
Somatização	0,827	0,842
Depressão	0,888	0,847
Bem-estar no trabalho	0,753	0,769
Habilidade Social	0,754	0,671

Tanto na amostra com quanto na amostra sem dor crônica, as dimensões que apresentaram maior consistência interna foram, nesta ordem, ansiedade, transtorno

somatoforme (somatização) e depressão. As dimensões bem-estar no trabalho e habilidade social alternaram-se nas amostras com e sem dor crônica.

A correlação interitens entre as cinco dimensões do IAP-T consta na Tabela 14, as dimensões mantiveram correlações entre si, sendo as correlações mais altas para ansiedade, depressão e transtorno somatoforme.

Tabela 14: Correlação interitens entre as dimensões ansiedade, depressão, somatização, bem-estar no trabalho e habilidade social no IAP-T, sinalizadas pelos valores de *alphas de Cronbach*

Correlação	A	D	T.S	W	H.S.
A	1	0,94	0,93	0,9	0,92
D	0,94	1	0,92	0,89	0,91
T.S	0,93	0,92	1	0,85	0,86
W	0,9	0,89	0,85	1	0,84
H.S.	0,92	0,91	0,86	0,84	1

Todos os itens elaborados para compor o IAP-T apresentam correlações significantes ($p \leq 0.01$ positivas e/ou negativas) entre si nas cinco dimensões, conforme consta no Apêndice G. Para visualizar a quantidade de correlações interitens e o número de itens correlacionados para cada dimensão, foi elaborada a Tabela 15, cujo número de correlação negativa está sinalizado pelo símbolo matemático de subtração dentro dos parênteses. Correlações significantes indicam que os itens apresentaram consistência interna entre si, ou seja, há pertinência entre as definições teóricas (construtos) e os itens elaborados (PASQUALI, 1999; PASQUALI, 2003).

Tabela 15: Quantidade de correlações significantes ($p=0.01$) interitens para cada dimensão do IAP-T na amostra com dor crônica

	Item	101	100	95	6	75	32	12	56	54	16	10	74	93	57	18	90	47	85	45	20
A	$\sum p$	28	28	26	26	25	25	25	24	24	24	24	23	22	22	22	21	21	20	20	19
28 itens	Item	39	2	68	59	24	8	87	98												
	$\sum p$	18	17	16	16	12	10	8	5												
T.S.	Item	31	70	77	92	97	17	63	25	83	43	48	50	60	21	65	33	9	40	53	96
20 itens	$\sum p$	16	16	15	15	14	13	13	12	12	11	11	11	11	10	10	9	7	5	5	2
D	Item	15	29	49	66	78	36	61	3	72	86	69	58	89	103	23	42	81	1	34	7
20 itens	$\sum p$	20	20	20	20	20	19	19	18	18	18	17	16	16	16	15	15	15	14	11	10
H.S.	Item	41	80	44	88	99	14	30	37	64	4	26	28	67	11	52					
15 itens	$\sum p$	11	11	10	10	10	9	9	9	9	7	7	7	4	3	0					
						(-1)		(-1)		(-1)						(-3)					
W	Item	79	102	27	13	22	46	73	55	94	19	51	5	82	84	71	76	35	38	62	91
20 itens	$\sum p$	13	12	11	10	10	10	9	8	8	7	7	6	6	6	5	5	4	1	1	1
			(-1)		(-1)																(-2)

A dimensão que obteve maior número de correlações entre seus itens foi a depressão, seguida de ansiedade. O item 52 “Minhas ações são influenciadas pelos costumes ou hábitos daqueles que me rodeiam” não apresentou correlação, e durante a aplicação gerou problemas de interpretação e de efeito de desejabilidade social, pois ficou evidente que não era desejado pelo participante afirmar que suas ações eram influenciadas pelos costumes e hábitos dos outros.

Para ilustrar o nível de significância obtido nas correlações interitens, foram selecionados dois casos em cada dimensão do IAP-T que obteve maior coeficiente de *pearson* (ver Apêndice G), juntamente com o conteúdo dos itens dessas correlações (Tabela 16).

Tabela 16: Valores do coeficiente de *pearson*, indicadores da correlação interitens, juntamente com o conteúdo dos itens correlacionados para cada dimensão do IAP-T

Dimensão	Pearson	Descrição itens
A	0,604	95 Durmo mal com pensamentos e idéias que me perturbam. 75 Fico tão agitado que custo a adormecer.
	0,517	95 Durmo mal com pensamentos e idéias que me perturbam. 56 Diariamente tenho pensamentos confusos.
T.S.	0,532	70 Tenho mal-estar na "boca" do estômago. 50 Tenho problemas gastrointestinais (exemplo: vômito, diarreia, intolerância a alimentos).
	0,485	70 Tenho mal-estar na "boca" do estômago. 25 Tenho náuseas.
D	0,741	103 Tem ocorrido diminuição do interesse ou prazer sexual. 72 Percebo que meu "apetite" sexual está reduzido.
	0,722	66 Sinto que não vale a pena viver. 36 Penso em acabar com a minha vida.
H.S.	0,567	41 Sou impaciente com as pessoas. 14 Irrito-me facilmente com as pessoas.
	0,426	99 Tenho dificuldades de manter minhas amizades. 44 Tenho bom relacionamento com as pessoas.
W	0,545	27 Gosto das atividades que realizo no meu trabalho. 13 Considero estimulantes minhas atividades de trabalho.
	0,464	46 Tenho um bom relacionamento com a maioria das pessoas do meu trabalho. 19 Tenho boa comunicação/interação com meus colegas de trabalho.

A **consistência externa** foi calculada verificando as correlações entre os itens das dimensões ansiedade, depressão e transtorno somatorfome do IAP-T com os itens da ansiedade, depressão e somatização do SCL-90-R. Sardá (1999) verificou a correlação moderada entre essas dimensões no P-3 e no SCL-90-R que poderiam servir de comparação para validação externa do IAP-T. Entretanto, o P-3 foi elaborado para o planejamento, a avaliação e/ou o acompanhamento do tratamento, e não para fins de diagnóstico, ao passo que o SCL-90-R foi elaborado para ser utilizado com fins de diagnóstico. Além disso, foi considerado que os itens do P-3 possuem razoável grau de complexidade para leitura e para interpretação. Dessa forma, o SCL-90-R foi escolhido por ser um inventário de sintomas,

organizado em escala *Likert*, com qualidades que facilitam a comparação entre as duas medidas.

No processo de validação externa, os valores de alfa de *Cronbach* ficaram próximos de 1, indicando alta correlação e consistência externa para as três dimensões (ansiedade, depressão e transtorno somatoforme/somatização) em ambas as amostras com e sem dor crônica (ver Tabela 17). Esses dados sugerem que os itens dessas dimensões, em ambos os inventários, medem os mesmos aspectos psicológicos.

Tabela 17: Valores de *alpha de Cronbach* da correlação das dimensões ansiedade, depressão e somatização para o IAP-T e SCL-90-R

		SCL-90-R		
IAP-T	correlação	ANS	DEP	SOM
	A	0,94	0,94	0,93
	D	0,93	0,94	0,93
	T.S.	0,91	0,91	0,91

6 CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi construir uma medida para avaliar aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho, tendo em vista que os aspectos psicológicos têm um papel de destaque no início, no agravamento e na manutenção da dor. E a intensidade e a frequência da dor geram desconforto físico e psicológico que dificultam o desenvolvimento das atividades de trabalho.

Verificou-se que os participantes desta pesquisa apresentaram sintomas de depressão, ansiedade, transtornos somatoformes (ou somatização), porém as médias (os escores brutos) dos portadores de dor crônica foram sempre maiores do que as dos participantes sem dor crônica.

Transtorno somatoforme foi a dimensão que obteve maior ocorrência de sinais e sintomas psicológicos tanto na população com dor crônica quanto na população sem dor. Baseando-se na diferença entre as médias, é possível concluir que essa uma dimensão é bastante sensível para investigar a presença de aspectos psicológicos na população com dor crônica.

Com relação aos itens, verificou-se ser possível desenvolver uma versão reduzida do IAP-T baseando-se na análise dos vinte itens que se apresentaram como os de maior incidência na população com dor crônica, pois foram os mais representativos na descrição de sinais e sintomas dessa população.

Verificou-se que nas mulheres a incidência de sinais e sintomas de ansiedade, depressão e somatização foi maior que nos homens. Entretanto, há diferença por gênero no relato e na descrição da percepção da dor, tendo em vista que as mulheres procuram mais ajuda e cuidados médicos do que os homens.

Os valores das médias tanto na amostra com quanto na amostra sem dor crônica indicaram uma tendência de maior ocorrência de sinais e sintomas psicológicos numa relação inversa ao grau de escolaridade, ou seja, quanto maior a ocorrência, menor o grau de escolaridade. Outra relação inversa ocorreu entre a renda e a incidência de sinais e sintomas psicológicos, nesse caso, quanto maior a renda (ex.: acima de 11 salários mínimos), menor a ocorrência. É necessário aumentar o tamanho da amostra para verificar se essas relações inversas serão estatisticamente significativas.

A validade interna, correlações interitens significativas, foi verificada nas cinco dimensões do IAP-T. E a validade externa, com base nos valores do alfa de *Cronbach*, foi verificada por meio da comparação entre as três dimensões do IAP-T (ansiedade, depressão e transtorno somatoforme) e as do SCL-90-R (ansiedade, depressão e somatização).

As dimensões ansiedade, depressão e transtorno somatoforme foram as mais sensíveis para discriminar presença de sinais e sintomas psicológicos na população com e sem dor crônica, sugerindo a possibilidade de criar um inventário mais simplificado, utilizando os itens dessas três dimensões.

A recomendação estatística é que cada item seja respondido por cinco a dez participantes. Como o IAP-T possui 103 itens, seria necessário dar continuidade a esta pesquisa, conduzindo um estudo de validação da medida, aumentando o tamanho da amostra entre 515 a 1.030 participantes com e sem dor crônica. Quando o número de participantes for maior, o nível de saturação da medida, provavelmente, será atingido. Além disso, um exame mais apurado dos agrupamentos de itens por meio da análise fatorial auxiliaria na redução da complexidade das variáveis observadas e mensuradas, agrupando-as em fatores e determinando ou caracterizando as dimensões da medida. Nesse sentido, é relevante e

necessário dar continuidade a esta pesquisa, conduzindo um estudo de validação do IAP-T para a população brasileira.

Espera-se que os resultados obtidos com a aplicação do IAP-T possam auxiliar na elaboração de psicodiagnósticos, no planejamento de estratégias de prevenção, no encaminhamento ou tratamento das síndromes dolorosas crônicas. No campo da ergonomia eles podem auxiliar no planejamento de alterações da situação de trabalho (condição física do ambiente e organização do trabalho).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de investigar aspectos psicológicos em portadores de dor crônica ficou evidenciada no depoimento de um profissional da saúde (médico) que afirmava serem os pacientes com dor crônica, em especial com quadros de fibromialgia (exames clínicos estão normais sem alterações), pessoas que apresentam alterações psicológicas: “se você abrir a barriga desses pacientes sai tudo que é tipo de problemas: familiares, relacionamento conjugal, financeiro, insatisfação com o trabalho e/ou com a vida”. Essa observação foi comprovada durante as entrevistas para o preenchimento dos inventários. No período de interação dos pesquisadores com o participante, verificou-se que muitas queixas/relatos estavam relacionadas com a percepção do médico.

Alguns depoimentos (não registrados) ilustravam o sofrimento psicológico vivenciado pela condição de não poder trabalhar devido às dores provocadas pela doença, por exemplo, uma funcionária que exercia uma atividade repetitiva numa dada indústria, obedecendo à orientação do médico do trabalho, tinha sido remanejada para máquinas mais leves (antes trabalhava com máquinas pesadas). Mesmo trabalhando com máquinas leves, devido ao movimento repetitivo, ela exercia sua atividade de trabalho sentindo dor, quando não agüentava mais, procurava ajuda médica. Apesar de o médico reclamar desse comportamento, a participante afirmava agir assim porque não gostava de atestado médico, pois no seu trabalho havia pessoas que pensavam que ela não gostava de trabalhar, que fazia “corpo mole”, pois vivia adoecendo e pedindo atestado. Esse padrão de trabalhar com dor até não agüentar para só depois procurar ajuda médica é mantido. Somados a isso, existem outros agravantes: ela tinha medo de perder o emprego, afirmava que sua carteira de

trabalho estava suja, que ninguém ia dar emprego para alguém com doença de trabalho (se referia à cirurgia com colocação de “platinas” devido a um acidente de trabalho na empresa). O medo de perder o emprego e não conseguir outro ocorria e era nutrido pelo financiamento da casa própria por 15 anos, pois o dinheiro dela era para o financiamento (tinha pagado cinco anos e faltavam dez), e o do marido, para despesas do lar (casal com dois filhos).

Durante o preenchimento dos inventários, percebeu-se que algumas pessoas demonstravam um interesse, um desejo de conseguir aposentadoria ou benefício. Um profissional da saúde (enfermeira) comentou que as pessoas preferiam ficar doente para obter aposentadoria e benefício do que a melhorar da dor. Se esse julgamento for válido (no sentido, de corresponder à realidade), então, é preocupante o caráter aversivo que o trabalho adquiriu na vida de pessoas que preferem a aposentaria por invalidez à cura. Uma outra hipótese seria aumentar os rendimentos com aposentadoria e trabalhar em algum setor da economia informal. Essas hipóteses são apenas confabulações do pesquisador, não há dados, e nem foi o objetivo desta pesquisa conduzir uma investigação dessa ordem.

Uma dificuldade enfrentada durante a realização desta pesquisa foi a falta de espaço físico para coleta de dados na fonte B de atendimento à saúde, pois a instituição ficou disponível, mas o espaço físico era negociado com os médicos e atendentes. Muitas vezes foi preciso ocupar os consultórios nos intervalos de atendimento entre um médico e outro. Outras vezes, no meio do preenchimento dos inventários, era necessário mudar de ambiente, porque o médico (ou estudante de medicina), do horário reservado, havia chegado para atender naquele consultório. Em contrapartida, em três dias da semana a coleta foi tranqüila sem problema de espaço físico.

Vale ressaltar que fazer pesquisa significa se deparar com um conjunto de eventos nem sempre controláveis. A fase de contatos para coleta de dados, por exemplo, foi longa, repleta de imprevistos, às vezes desgastante, porém, compensadora. Para exemplificar, uma fonte só ficou disponível para coleta depois de cinco meses de intenso contato. Ao ser concedida a autorização informal, o próprio pesquisador ficou surpreso, pois não esperava obtê-la, porém, essa foi a fonte que forneceu o segundo maior número de participantes. Em contrapartida, das três fontes que estavam disponíveis na ocasião da aprovação do projeto pelo comitê de ética, uma delas não encaminhou participante, em outra o público com dor crônica era escasso (encaminhou apenas dois participantes), e a última foi a principal fonte de coleta, contribuindo com maior número de participantes no grupo com dor crônica.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. W.; CALEFFI, L. Depressão e dor crônica. In: FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. de M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 21, p. 203-208.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Bem estar subjetivo e sua relação com personalidade, coping, suporte social, satisfação conjugal e satisfação no trabalho. In: IBAP, 2005. **Anais...** CD-ROM.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ANDERSON, B. J. G. Epidemiological features of chronic low-back pain. **The Lancet**, (v.14), p.581-585, 1999.
- ANDRADE C. L.; ANDRADE, N. O. P. L. Psicossomática. In: FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. de M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 11, p. 111-121.
- ANDRADE, N. P. Gênero de dor. In: FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. de M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 7, p. 79-84.
- ANNUCIATO, N. F. Fisiologia da Emoção. In: FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. de M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 3, p. 33-39.
- AYRES, M. **Bioestat 2.0**. 2ªed. Mauauatá, 2000.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck depression inventory**: manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1993.
- BEIRÃO, H. J.; SILVA, N. C. Lesões Musculoligamentos Relacionadas ao Trabalho. In: VIEIRA, S. I. (Org.). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1999. p.428-468. v. VI.
- BLANCHARD, E. B.; ANDRASIK, F. Psychological testing and headache. In: _____.. **Management of chronic headaches: a psychological approach**. New York: Pergamon Press, 1985. p. 23-33.

BORSOOK, D.; LE BEL, A.; MC PEEK, B. **The Massachusetts general hospital handbook of pain management**. USA: A Little Brown Company, 1996.

CARVALHO, M. M. J. D. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

CHAPMAN, R. R. New directions in the understanding and management of pain. **Social Science & Medicine**, v. 19, n. 12, p. 1.261-1.277, 1984.

CHEREN, A. J. **A prevenção do pathos: uma proposta de protocolo para diagnóstico dos DORTs**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CICCONE, D. S.; GRZESIAK, R. C. Cognitive dimensions of chronic pain. **Social Science Medicine**, v. 19, p. 1.339-1.345, 1984.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res CNS 196/96 e outras) = Rules on Research involving human subjects / Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CRUZ, R. M. **Psicodiagnóstico de Síndromes Dolorosas Crônicas Relacionadas ao Trabalho**. 2001. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J.C. **Avaliação Psicológica: conceitos, métodos e instrumentos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

DALMORO, G.; VERDI, J. C. Estresse e Trabalho. In: VIEIRA, S. I (Org.). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1999. p. 199-217. v. VI.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

_____. **A loucura do trabalho** - estudo sobre a psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. Comment formuler une problematique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Humain**, v. 58, n. 1, p. 1-16, 1995.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Habilidade Social**: desenvolvimento e aprendizagem. Belo Horizonte: Alinea Editrice, 2003.

DE OLIVEIRA, A. F. **Competência Social** - Dimensões Relacionadas ao Bem-Estar Social e Psicológico do Indivíduo nas Relações de Pares. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

DEROGATIS, L. R. **SCL-90-R** (Symptom Checklist-90-Revised). Administration, Scoring, and Procedures Manual. 3th Edition. USA: National Computer Systems, 1994.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, n. 95, p. 542-575, 1984.

ERTHAL, T. C. **Manual de Psicometria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. J. D. (Org.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p. 140-173.

FIGUEIRÓ, J. A.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. de M. (Org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. **Carga de trabalho**: relação funcional entre as capacidades e habilidades do trabalhador e as exigências do trabalho. 2006. (manuscrito não publicado).

_____. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. **Revista Avaliação Psicológica IBAP**. v.3, n.2, p.107-114, 2004.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n. 1. Disponível em: <www.sbponline.org.br>. Acesso em: ago. 2005.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GROSSI, G. et al. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. **Pain**, n. 80, p.607-619, 1999.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 2001.

IIDA, I. **Ergonomia projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 1990.

International Association for the Study of Pain – IASP. Disponível em: < www.iasp-pain.org >. Acessado em: jan. 2006.

KEEFE, F. J.; BRADLEY, L. A. Behavioral and Psychological Approaches to the Assessment and Treatment of Chronic Pain. **General Hospital Psychiatry**, v. 6, p. 49-54, 1984.

KERLINGER, F. N. A abordagem multivariada: análise fatorial. In: _____. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: E.P.U.: EDUSP, 1980. cap. 12, p. 202-234.

LEÓN, L. M.; IGUTI, A. M. Saúde em Tempos de Desemprego. IN: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 195-209. v. I.

LEPLAT, J.; CUNY, X. **Introdução à psicologia do trabalho**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.

LEVIN, J.; FOX, J. A. **Estatística para Ciências Humanas**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LOBATO, O. As múltiplas faces da depressão em pacientes com dor crônica. In: MELLO F. J. (org). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 174-175.

MARTIN, B.; BAMMER, G. Quando os especialistas discordam. In: RANNEY, A. (Org.). **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. cap. 7, p. 104-118.

McGRATH, P. A. Psychological aspects of pain perception. **Archives of Oral Biology**, n. 39, p. 55-62, 1994.

MCKINLEY, J. C.; HATHAWAY, S. R. **Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI)**. Tradução e adaptação Pe. A. Benkő e R. J. P. Simões. Rio de Janeiro: CEPA, 1955.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. I, n. 3, p. 277-99, 1975.

MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain mechanism: a new theory. **Science**, v. 150, n. 3.699, p. 971-979, 1965.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Medsi, 1994.

MONETTI, D.; FERRERIA, L. L. A neurose das telefonistas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 12, n. 47, p. 7-11, 1984. Publicado originalmente em "La Presse Medicale", n. 13, p. 274-277, 1956.

MORAES, L. F. R. et al. O trabalho e a saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do "stress" ocupacional e a Psicopatologia do trabalho. **Cadernos de Psicologia**, v. 3, n. 4, p. 11-18, 1995.

OLIVEIRA, J. T. Aspectos Comportamentais das Síndromes de dor Crônica. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 58, n. (2-A), p. 360-365, 2000.

OOSTDAM, E. M. M.; DUIVENVOORDEN, H. J. Description of pain and the relationship with psychological factors in patients with low back pain. **Pain**, n.28, p.357-364, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**. 10ª Revisão. Tradução Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em Português. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. v. 1.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: INEP, 1996.

_____. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: LabPaM/IBAPP, 1999.

_____. **Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PEREIRA Jr. C. Doenças infecciosas ocupacionais. In: VIEIRA, S. I. (Org). **Medicina Básica do Trabalho**, Curitiba: Gênese. vol. IV, 1995. p.295-306.

PIMENTA, C. I. M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. J. D. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. p. 31-46.

PINCUS, T.; WILLIAMS, A. Models and measurements of depression in chronic pain. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 47, n. 3, p. 211-219, 1999.

PITTA, A. M. F. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 1, n. 41, p. 43-50, 1992.

RANNEY, A. (Org.). **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. São Paulo: Roca, 2000.

SANFORD, S. D. et al. Psychosocial mediators of sex differences in pain responsivity. **The Journal of Pain**, v. 3, n. 1, p. 58-64, 2002.

SARDÁ, J. J. Jr. **Avaliação Psicológica de Estados emocionais Associados a Síndromes Dolorosas**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

SARDÁ, J. J.; CRUZ, R. M. Avaliação Psicológica de Pacientes com Dor Crônica. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C.; SARDÁ, J. J. Jr. (Org.). **Avaliação e Medidas Psicológicas: Produção do conhecimento e da intervenção profissional**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 99-114.

SARDÁ, J. J.; KUPEK, E.; CRUZ, R.M. Aspectos Psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUSFC, n. 28, p. 51-60, 2000.

SCHULTZ, P. S.; SCHULTZ, S. E. **História da Psicologia**. 7. ed. São Paulo: Cultrix Ltda, 1992.

SCHUMITZ, C. A.; MANNE, O. Trabalho Noturno: efeitos nocivos sobre a saúde do trabalhador. In: VIEIRA, S. I. (Org). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1999. p. 341-353. v. VI.

SEL, I. Organização Temporal do Trabalho. In: VIEIRA, S. I. (Org.). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1999. p. 51-76. v. VI.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SIDMAN, M. **Coerção e Suas Implicações**. Belo Horizonte: Editorial Psi, 1995.

SKEVINGTON, S. M. Social cognitions, personality and chronic pain. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 27, n. 5, p. 421-428, 1983.

SOUZA, A. L. Saúde mental e trabalho: dois enfoques. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 20, n. 75, p. 7-11, 1992.

TEDESCHI, M. A. Indicadores para a gestão de distúrbios músculo-esqueléticos em fisioterapeutas. 2005. **Tese (Doutorado)** – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da dor. In: CARVALHO, M. M. J. D. (Org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999a. p. 47-76.

_____. Síndromes dolorosas. In: CARVALHO, M. M. J. D. (Org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999b. p. 77-86.

TOLLISON, C. David; LANGLEY, C. Jerry. **Pain Patient Profile Manual (P-3)**. USA: National Computer Systems, 1992.

TOLLISON, C. B.; HINNANT, B.W. Psychological testing in the evaluation of the patient in pain. In: WALDMAN, S. T.; WINNIE, A. P. (Org.). **Intervention pain management in pain**. USA: W. B. Saunders Company, 1996. p. 119-127.

TURK, D. C.; MELZACK, R. **Handbook of pain assessment**. Nova York: Guilford, 1992.

WALLIS, B. J.; LORD, S. M.; BOGDUK, N. Resolution of psychological distress of whiplash patients following treatment by radiofrequency neurotomy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Pain**, v. 73, p. 15-22, 1997.

WELLS, R. Percepção da dor. In: RANNEY, A. (Org.). **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. cap. 6, p. 86-103.

WISNER, A. **A Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

**APÊNDICE A –RESULTADOS DA PESQUISA EM AGOSTO DE 2005 NAS
SEGUINTE BASES DE DADOS**

BASE DE DADOS	PALAVRAS CHAVE	Nº DE ARTIGOS	Nº DE ARTIGOS RELACIONADOS À PESQUISA	OBS.
PsycInfo	Measure and pain	20 artigos	2 artigos tratavam de medidas de avaliação de dor, porém nenhum relacionado ao trabalho.	
PsycInfo	Measure and chronic and pain	3 artigos	Não se referiam à criação de medidas de avaliação de dor.	1 artigo utilizava o MPI
PsycInfo	Measure and chronic and pain and work	0 artigo		
PsycInfo	Chronic And Pain	1856 artigos	Nenhum dos artigos se referia ao desenvolvimento de medida de avaliação de dor relacionada ao trabalho.	
Banco de Teses BDTD	Dor and avaliação psicológica	232 artigos	4 artigos porém nenhum deles refere-se ao desenvolvimento de medida de avaliação de dor relacionada ao trabalho.	Categoria mestrado
Banco de Teses BT	Avaliação and psicológica	714 artigos	2 artigos relacionados ao tema de pesquisa. Nenhum dos artigos se referia ao desenvolvimento de medida de avaliação de dor relacionada ao trabalho.	Categoria mestrado
Banco de Teses BT	Dor and crônica	179 artigos	1 artigo	Dissertação de Sardá (1999).

APÊNDICE B – CHAVE E DEFINIÇÕES PARA ANÁLISE DOS JUÍZES

Tabela 1: Definições das escalas do IAP-T para a classificação dos itens

Habilidade Social (HS)	Refere-se a um conjunto de ações, socialmente aceitas, do indivíduo. Estas ações são sedimentadas em sentimentos, atitudes, desejos, valores, crenças e opiniões que compõem o estilo de interação interpessoal. O comportamento habilidoso é aquele adequado à situação, que permite resolver de forma efetiva os problemas ou minimizar a probabilidade futura de comportamentos inadequados. Pessoas com habilidade social conseguem resolver os problemas e as dificuldades respeitando os demais indivíduos envolvidos na situação. Não existe um critério único e absoluto para definir habilidade social, uma vez que ela envolve o contexto (tipo de problemas ou dificuldades) e os valores culturais (desejabilidade e aceitação social).
Ansiedade (A)	A ansiedade se caracteriza por uma preocupação excessiva com diversos eventos/situações ou atividades rotineiras. A pessoa ansiosa tem dificuldade de controlar sua preocupação, e esta falta de controle gera prejuízos nas atividades diárias, sociais, ocupacionais e na qualidade das interações familiares e dos relacionamentos afetivos. A ansiedade pode ser desencadeada por alguma situação específica que não apresenta, no momento, nenhum perigo real (exemplo: fobias específicas como agorafobia e fobia social) ou por situações não específicas como nos casos de pânico e ansiedade generalizada (dificuldade de parar de se preocupar). A ansiedade é uma antecipação da situação (específica ou não) que gera preocupação e sofrimento provocando medo na pessoa. Vários são os sintomas de ansiedade, dentre eles destacam-se, o medo de morrer, medo de perda do controle ou de ficar louco, medo de ser criticado, medo de ficar exposto, ataque de pânico, palpitações, dificuldade de concentração, sensação de asfixia, nervosismo persistente, irritabilidade, perturbação do sono, cansaço, nervosos “a flor da pele”, tremores, tensão muscular, transpiração, tonturas e desconforto epigástrico. Sintomas relacionados às idéias obsessivas (pensamentos repetitivos e estereotipados) ou aos comportamentos compulsivos (rituais) são quase sempre acompanhados de ansiedade.
Transtorno Somatoforme (TS)	São sintomas físicos sem causa orgânica, clinicamente significante, associada à busca constante de assistência médica. Os sintomas físicos podem ser de ordem neurovegetativa (exemplo: palpitações, transpiração, tremores, onda de calor ou de frio etc.) ou queixas de dor e sofrimento (exemplo: dores de cabeça, dores musculares, nó na garganta, lentidão psicomotora, perda do apetite, perda da libido, sensação de queimação, aperto, inchaço ou distensão etc.) e outros sintomas, por exemplo afonia. Esses sintomas físicos podem ser múltiplos (vários ocorrendo simultaneamente) e recorrentes porque somem e reaparecem. Quando na queixa predomina a sensação de dor, esta é persistente, intensa e angustiante não sendo explicada inteiramente por um processo fisiológico, geralmente, a dor ocorre num contexto de conflitos emocionais e problemas psicossociais. A queixa somática pode resultar em tratamento médico (ingestão de medicamentos) e/ou provocar prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas somáticos podem aparecer juntos com sintomas de ansiedade, porém a preocupação é o foco da ansiedade e na somatização o foco está na queixa física .
Depressão (D)	É uma alteração (rebaixamento) da auto-estima, da auto-confiança e do humor que pode ser acompanhada por uma redução da energia, desinteresse ou diminuição das atividades cotidianas e isolamento social. Os sintomas depressivos são recorrentes e sua origem pode estar relacionada ou desencadeada por situações e fatores. Os sintomas depressivos estão relacionados com alterações na capacidade de experimentar o prazer, dificuldade de concentração, fadiga acentuada, problemas de sono e do apetite. Sintomas somáticos podem estar correlacionados à depressão.

Bem-estar no trabalho (W)	Refere-se a avaliação da percepção (julgamento subjetivo) do indivíduo sobre seu trabalho. Esta avaliação de bem-estar se caracteriza por apresentar predominantemente aspectos ou afetos positivos em detrimento dos negativos; e um julgamento global favorável das atividades desenvolvidas.
Veracidade (V)	Esta escala foi elaborada para verificar se há irregularidade ou anormalidade marcante na percepção da realidade. As respostas para esta escala são esperadas e conhecidas, no sentido de que as pessoas irão apresentar determinadas respostas para cada item. Quando essas respostas não ocorrem, a percepção da realidade pode estar alterada, neste momento, a pessoa não apresenta condições de responder o IAP-T.
Inclusão/Exclusão (I/E)	O IAP-T foi construído para avaliar aspectos psicológicos de portadores de dor crônica relacionada ao trabalho. Portanto, os dados das pessoas que sentem dor crônica, ou dor relacionada ao trabalho serão incluídos no grupo experimental. Se a pessoa examinada não for portador de dor crônica, os resultados da aplicação do IAP-T devem ser incluídos no grupo controle.

Tabela 2 Os 114 itens do IAP-T e as siglas correspondentes às escalas do IAP-T.

	Item	Escalas						
		HS	A	TS	D	W	V	I/E
1.	Gosto de ir a festas e outras reuniões com muita gente e animação.							
2.	Sinto que alguém controla os meus pensamentos.							
3.	Tenho acessos de riso ou de choro que não posso controlá-los.							
4.	Quando estou com problemas ou dificuldades, tenho vontade de quebrar algo.							
5.	Ao executar as atividades de trabalho sinto cansaço além do que deveria.							
6.	Meu sono é agitado.							
7.	Meu dia a dia não é interessante.							
8.	Diariamente, tenho pensamentos confusos.							
9.	Dou atenção exagerada (demasiada) ao que me acontece.							
10.	Sou uma pessoa tensa.							
11.	Gosto de ajudar os amigos.							
12.	Sou inquieto.							
13.	Considero estimulantes minhas atividades de trabalho.							
14.	Sinto que não vale a pena viver.							
15.	Durante o sono qualquer ruído me acorda.							
16.	Grande parte do tempo fico a chocar ou a ruminar idéias.							
17.	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.							
18.	Me considero uma pessoa importante.							
19.	Tenho boa comunicação/interação com meus colegas de trabalho.							
20.	Pensamentos e idéias sem importância me vêm à mente.							
21.	Altero o tom (mais alto ou baixo) ou ritmo da voz (mais rápido ou lento) sem que eu esteja resfriado.							
22.	Executo com segurança minhas atividades de trabalho.							
23.	Me canso com facilidade ao realizar atividades cotidianas.							
24.	A maior parte do tempo estou triste.							
25.	Tenho náuseas.							
26.	Tenho diálogo conflitante com membros de minha família.							

	Item	Escala						
		HS	A	TS	D	W	V	I/E
27.	Gosto das atividades que realizo no meu trabalho.							
28.	Tenho dificuldade de realizar atividades em grupo.							
29.	Sinto que desejaria sumir ou desaparecer.							
30.	Tenho dificuldade de expor meu ponto de vista.							
31.	Sinto como se estivesse com uma faixa prendendo minha cabeça.							
32.	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, apesar de saber que não podem me fazer mal.							
33.	Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços) e/ou membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).							
34.	Não consigo desenvolver minhas atividades rotineiras.							
35.	Manter-se no trabalho me preocupa.							
36.	Penso em acabar com minha vida.							
37.	Vejo pessoas conhecidas e prefiro não cumprimentá-las.							
38.	Não consigo resolver os problemas cotidianos do trabalho.							
39.	As pessoas do meu convívio próximo parecem não me compreender. (desloquei)							
40.	Costumo ir ao médico várias vezes ao ano.							
41.	Sou impaciente com as pessoas.							
42.	Tenho vontade de cuidar da minha aparência física.							
43.	Sinto como se estivesse com um objeto ou nó na garganta.							
44.	Sou geniosa ou ranzinza sem motivo aparente.							
45.	Tenho medo de perder o controle da minha vida.							
46.	Tenho um bom relacionamento com a maioria das pessoas do meu trabalho.							
47.	A quantidade horas que dedico ao trabalho é suficiente.							
48.	Sinto dores persistentes nas articulações.							
49.	Sinto um desânimo geral.							
50.	Parece que ninguém compreende os meus problemas de saúde.							
51.	Acontecem coisas no trabalho que me incomodam ou me aborrecem.							
52.	Minhas ações não são influenciadas pelos costumes ou hábitos daqueles que me rodeiam.							

Item	Escala						
	HS	A	TS	D	W	V	I/E
53.	Sinto dor.						
54.	Sem motivo aparente, fico muito agitado e nervoso.						
55.	Tenho preocupações exageradas com situações que não apresentam perigo real.						
56.	Tenho acordado mais cedo que o habitual.						
57.	Tenho dificuldades em concentrar-me num trabalho ou tarefa.						
58.	Durmo mal com pensamentos ou idéias que me perturbam.						
59.	Sou exigente com tudo que faço e isso me incomoda.						
60.	Sinto dores na região da coluna.						
61.	Tenho a sensação de solidão mesmo em companhia de outras pessoas.						
62.	Minhas atividades de trabalho consomem praticamente todo o meu tempo.						
63.	Quando estou com dor tenho dificuldade de realizar minhas atividades.						
64.	Tenho dificuldade de encontrar soluções satisfatórias para meus problemas diários.						
65.	Transpiro com facilidade mesmo nos dias de frio, ainda que não realize esforço físico.						
66.	Tendo a ser agressivo com as pessoas.						
67.	Tenho preocupações excessivas com algo ou alguém.						
68.	Choro com muita facilidade sem motivo aparente.						
69.	Tenho mal-estar na “boca” do estômago.						
70.	Meu desempenho no trabalho não é reconhecido.						
71.	Tem ocorrido diminuição do interesse ou prazer sexual.						
72.	Não inicio algo novo por acreditar que sou incapaz.						
73.	Fico tão agitado que custo a adormecer.						
74.	Quando me sinto abatido nada me tira desse estado.						
75.	Sinto falta de ar.						
76.	Sinto indisposição.						
77.	Me sinto insatisfeito em realizar as atividades de trabalho.						
78.	Minhas ações são mal interpretadas pelos outros.						
79.	Fico sozinho ou permaneço em casa nos finais de semana e feriados.						

Item		Escala						
		H S	A	TS	D	W	V	I/E
80.	Fico entediado ao desenvolver minhas atividades de trabalho.							
81.	Tenho medo de ficar louco.							
82.	Sou uma pessoa infeliz.							
83.	Tenho poderes especiais que as outras pessoas não têm.							
84.	Quando estou entre pessoas conhecidas, tenho dificuldade de iniciar conversa.							
85.	Não tenho confiança em mim mesmo.							
86.	Fico preocupado em viajar sozinho.							
87.	Não tenho ânimo e disposição para executar minhas atividades diárias.							
88.	Sinto dificuldade de controlar movimentos do meu corpo.							
89.	Tenho medo de ficar em locais públicos.							
90.	Sinto-me útil no meu ambiente de trabalho.							
91.	Tenho sentimentos de inferioridade.							
92.	Sinto dores relacionadas com minha atividade de trabalho.							
93.	Meus problemas de saúde interferem na minha vida social e familiar.							
94.	Tenho medo de morrer.							
95.	Tenho dificuldade de manter minhas amizades.							
96.	Tenho dificuldade em parar de me preocupar com as coisas.							
97.	Tenho problemas sexuais (sangramento intenso ou irregularidade menstrual, disfunção erétil ou na ejaculação).							
98.	Tenho medo de entrar sozinho em uma sala onde pessoas estão reunidas.							
99.	Tenho alterações no apetite (com ganho ou perda de peso).							
100.	Sinto-me valorizado no trabalho.							
101.	Tenho dificuldades em lembrar das coisas.							
102.	Costumo interagir bem com pessoas que defendem ponto de vista contrário ao meu.							
103.	Meu salário é pago com pontualidade.							
104.	Pensamentos e idéias me incomodam.							
105.	Tenho bom relacionamento com as pessoas.							

106.	No meu ambiente de trabalho há incentivo para o crescimento profissional.							
107.	Meu salário cobre minhas despesas básicas.							
108.	Não consigo ficar concentrado numa atividade.							
109.	Tenho problemas gastrointestinais (exemplo: vômito, diarreia, intolerância a alimentos)							
110.	Tenho dificuldades de parar de me preocupar							
111.	Sinto-me pressionado no meu ambiente de trabalho.							
112.	Me irrita facilmente com as pessoas.							

APÊNDICE C – MODELO DE DEVOLUTIVA PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO IAP-T E SCL-90-R

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data da avaliação:

Nome: SIMULAÇÃO

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

MOTIVO DA APLICAÇÃO

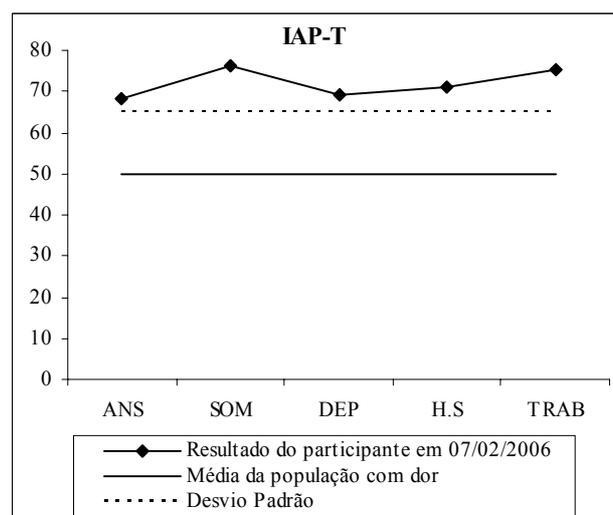
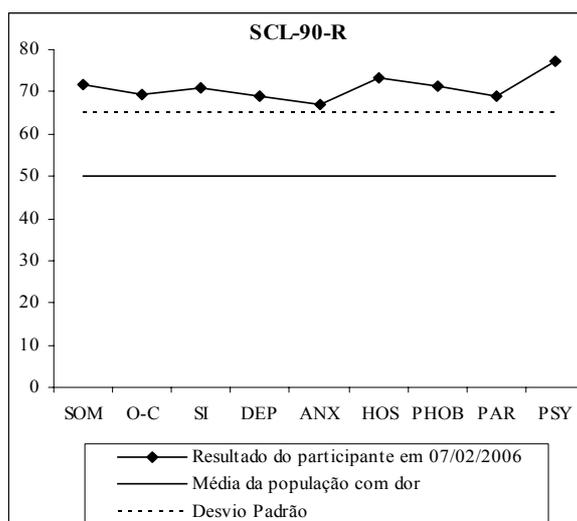
Aplicar 2 inventários que fazem parte da pesquisa de doutoramento de Joselma Tavares Frutuoso (Investigação de Aspectos Psicológicos em Portadores de Dor Crônica Relacionadas ao Trabalho).

DESCRIÇÃO DAS MEDIDAS

- **SCL-90-R:** é um inventário de sinais e sintomas psicológicas que tem por objetivo identificar alterações psicológicas ou psicopatológicas. Ele é um teste que avalia as seguintes dimensões: somatização (SOM), obsessão/compulsão (O-C), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANX), hostilidade (HOS), ansiedade fóbica (PHOB), ideação paranóide (PAR), distúrbio afetivo (PSY).
- **IAP-T:** é um inventário de sinais e sintomas psicológicos, em fase de estudo, que tem por objetivo identificar aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionadas ao trabalho. É uma medida que avalia as seguintes dimensões: ansiedade (ANS), transtornos somatoformes (SOM), depressão (DEP), habilidades sociais (H.S) e bem-estar no trabalho (TRAB).

RESULTADOS DAS MEDIDAS

• SCL-90-R e IAP-T



Os dados fornecidos pela aplicação dos inventários demonstram que o participante apresentou presença de sintomas psicológicos nas seguintes escalas:

IAP-T: ansiedade (preocupação excessiva com diversos eventos/situações ou atividades do dia-a-dia. A pessoa ansiosa tem dificuldade de controlar sua preocupação, e esta falta de controle gera prejuízos nas atividades diárias e na qualidade dos relacionamentos familiares e afetivos); **transtorno somatoforme** (denota presença de sintomas físicos sem causa orgânica, clinicamente significativa, associada à busca constante de assistência médica. Quando na queixa predomina a sensação de dor, e esta é persistente, intensa e angustiante não sendo explicada inteiramente por um processo pato-fisiológico, geralmente, a dor ocorre num contexto de conflitos emocionais e problemas psicossociais); **depressão** (reflete **rebaixamento** da auto-estima, da autoconfiança e do humor que pode ser acompanhada por uma **redução** da energia, **desinteresse**, diminuição das atividades cotidianas e isolamento social. Os sintomas depressivos estão relacionados com alterações na capacidade de experimentar o prazer, dificuldade de concentração, fadiga acentuada, problemas de sono e do apetite); **habilidade social** (denota dificuldade de resolver os problemas cotidianas respeitando os demais indivíduos envolvidos na situação. O comportamento habilidoso refere-se a um conjunto de ações, socialmente aceitas, do indivíduo. Estas ações são sedimentadas em sentimentos, atitudes, desejos, valores, crenças e opiniões que compõem o estilo de interação interpessoal); **bem estar no trabalho** (caracteriza-se por apresentar predominantemente aspectos ou afetos negativos em detrimento dos positivos e um julgamento global desfavorável das atividades desenvolvidas).

SCL-90-R: somatização (reflete dificuldades que surge da percepção de disfunção corporal. O foco da queixa recai sobre o sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros sistemas com forte mediação autônoma. Dor e desconforto muscular são também componentes da somatização), **obsessão/compulsão** (presença de pensamentos, impulsos e ações que são vivenciadas como incontroláveis e irresistíveis de natureza não desejada de um ego alienado. Déficits cognitivos são também incluídos nesta dimensão), **sensibilidade interpessoal** (sugere sentimentos de inadequação e de inferioridade em comparação com as outras pessoas. As manifestações características são depreciação, dúvidas sobre si mesmo, acentuado desconforto durante as interações interpessoal, consciência crítica de si e expectativas negativas relativas aos comportamentos interpessoal dos outros e deles próprios), **depressão** (sugere alterações do humor e do afeto que são representadas por desinteressante pela vida, falta de motivação, perda da energia vital, sentimentos de desesperança e pensamentos suicida), **ansiedade** (aponta presença de sinais de ansiedade tais como: nervosismo, tensão e estremelecimento bem como os ataques de pânico, sentimento de terror, apreensão e morte), **hostilidade** (pensamentos, sentimentos ou ações que são característicos de estados afetivos negativos ou de raiva que espelham agressão, irritabilidade e ressentimento), **ansiedade fóbica** (é uma resposta persistente de medo específico (ex. pessoa, lugar, objeto ou situação) que é irracional e desproporcional ao estímulo), **ideação paranóide** (representa comportamentos paranóicos, fundamentalmente, os distúrbios do pensamento como hostilidades, superstições, grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia e desilusões), **distúrbio afetivo** (representa experiências humanas de recolhimento, isolamento, estilo de vida esquizóide (sintomas de esquizofrenia, tais como alucinações, pensamentos e idéias controlados por outrem)).

CONCLUSÃO I

Os dados do IAP-T e SCL-90-R apontam a presença de sintomas psicológicos que podem alterar e/ou exacerbar os sintomas clínicos do participante.

CONCLUSÃO II

Os dados do IAP-T e SCL-90-R não apontam a presença de sintomas psicológicos.

SUGESTÕES I

Prática de atividades gratificantes e prazerosas, que gerem satisfação para o participante. Acompanhamento psicoterápico⁴⁰. Se possível, a prática de atividade física regular.

SUGESTÕES II

Prática de atividades gratificantes e prazerosas, que gerem satisfação para o participante.

Florianópolis, 2006

Joselma Tavares Frutuoso
Pesquisadora (CRP 12/03281)

Carolina Bunn Bartilotti
Assistente de Pesquisa (CRP 12/05352)

⁴⁰ A Universidade Federal de Santa Catarina oferece um serviço gratuito de acompanhamento psicológico no SAPSI – Florianópolis; porém este serviço tem lista de espera. Tel (48) 3331 9402.

**APÊNDICE D – ORDEM DECRESCENTE DAS MÉDIAS DOS ITENS DO IAP-T
PARA A POPULAÇÃO COM DOR CRÔNICA (n=215)**

Dimensão		Descrição	Escore				Média do item
			0	1	2	3	
T.S	53	Sinto dor por, pelo menos, 4 meses [...]	0	0	43	172	2,80
T.S	33	Sinto dores nos membros superiores [...]	7	20	36	152	2,55
T.S	48	Sinto dores nos membros inferiores [...]	7	24	33	151	2,53
T.S	60	Sinto dores na região da coluna.	7	35	32	141	2,43
T.S	63	Quando estou com dor, tenho [...]	10	30	46	129	2,37
T.S	96	Sinto dores relacionadas com minha [...]	15	45	38	117	2,20
W	5	Ao executar as atividades de [...]	22	48	36	109	2,08
A	68	Tenho preocupações excessivas [...]	27	48	35	105	2,01
W	76	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	44	22	45	104	1,97
H.S	52	(Inv.) Minhas ações são [...]	28	34	74	79	1,95
A	24	Durante o sono qualquer ruído [...]	38	43	31	103	1,93
D	1	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	39	19	78	79	1,92
T.S	40	Costumo ir ao médico várias vezes [...]	31	55	43	86	1,86
A	10	Sou uma pessoa tensa.	27	61	43	84	1,86
A	100	Tenho dificuldades de parar de [...]	36	51	45	83	1,81
T.S	83	Tenho formigamento em algumas [...]	30	66	34	85	1,81
A	12	Sou inquieto.	35	64	32	84	1,77
A	18	Tenho dificuldades de lembrar [...]	27	81	24	83	1,76
A	6	Meu sono é agitado	39	60	33	83	1,74
D	72	Percebo que meu apetite sexual [...]	42	59	27	87	1,74
W	84	(Inv.) Meu salário cobre minhas [...]	53	35	45	82	1,73
A	59	Sou exigente com tudo que faço [...]	54	44	34	83	1,68
T.S	97	Meus problemas de saúde [...]	49	53	32	81	1,67
D	103	Tem ocorrido diminuição do [...]	49	58	24	84	1,67
D	23	(Inv.) Tenho ânimo e disposição [...]	44	41	75	55	1,66
D	78	Sinto indisposição.	16	99	45	55	1,65
D	49	Sinto um desânimo geral.	31	84	35	65	1,62
T.S	9	Dou atenção exagerada (demasiada) [...]	46	64	31	74	1,62
A	75	Fico tão agitado que custo a adormecer.	46	65	36	68	1,59
W	62	Minhas atividades de trabalho [...]	59	44	41	71	1,58
W	35	Manter-me no trabalho me preocupa.	63	48	27	77	1,55
A	16	Grande parte do tempo fico a chocar [...]	45	68	44	58	1,53
D	42	Tenho alterações no apetite [...]	53	62	34	66	1,53
H.S	14	Irrito-me facilmente com as pessoas.	43	85	24	63	1,50
D	15	A maior parte do tempo estou triste.	49	76	34	56	1,45
D	69	Choro com muita facilidade sem [...]	79	46	16	74	1,40
A	95	Durmo mal com pensamentos ou [...]	62	70	27	56	1,36

A	20	Pensamentos e idéias sem [...]	51	86	31	47	1,34
D	81	Fico sozinho ou permaneço em [...]	71	52	41	51	1,33
T.S	92	Sinto dificuldade de controlar os [...]	58	80	27	50	1,32
H.S	64	Tenho dificuldade de encontrar [...]	47	93	34	41	1,32
A	54	Sem motivo aparente, fico muito [...]	65	69	30	51	1,31
D	34	Não consigo desenvolver minhas [...]	53	85	34	43	1,31
D	61	Tenho a sensação de solidão [...]	69	67	23	56	1,31
T.S	70	Tenho mal estar na 'boca' do estômago.	66	70	30	49	1,29
W	51	Acontecem coisas no meu trabalho [...]	44	99	39	33	1,28
A	47	Tenho preocupações exageradas [...]	75	55	36	49	1,27
D	7	Meu dia a dia não é interessante.	50	94	33	38	1,27
T.S	43	Sinto como se estivesse com um nó [...]	69	71	24	51	1,27
T.S	21	Altero o tom (mais alto ou baixo) [...]	62	83	28	42	1,23
D	3	Quando me sinto abatido nada [...]	65	81	27	42	1,21
W	102	(Inv.) Sinto-me valorizado no meu [...]	81	41	60	33	1,21
H.S	30	Tenho dificuldade de expor meu [...]	66	83	24	42	1,20
A	90	Fico preocupado em viajar sozinho.	97	43	15	60	1,18
A	8	Tenho acordado mais cedo que o [...]	81	60	32	42	1,16
T.S	31	Sinto como se estivesse com uma [...]	73	77	24	41	1,15
A	56	Diariamente, tenho pensamentos [...]	67	85	26	37	1,15
W	71	Meu desempenho no trabalho não [...]	76	73	24	42	1,15
T.S	65	Transpiro com facilidade mesmo [...]	97	47	14	57	1,14
H.S	67	(Inv.) Costumo interagir bem com as [...]	86	36	72	21	1,13
T.S	50	Tenho problemas gastrointestinais [...]	82	70	16	47	1,13
H.S	26	Tenho diálogo conflitante com [...]	73	82	22	38	1,12
D	29	Sinto que desejaria sumir ou [...]	73	85	16	41	1,12
T.S	25	Tenho náuseas.	68	88	26	33	1,11
W	13	(Inv.) Considero estimulantes [...]	88	46	51	30	1,11
T.S	17	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.	94	52	21	48	1,11
H.S	28	Tenho dificuldade de realizar realizar [...]	82	70	22	41	1,10
A	45	Tenho medo de perder o controle da [...]	86	69	16	44	1,08
H.S	41	Sou impaciente com as pessoas.	74	85	23	33	1,07
A	74	Pensamentos e idéias me incomodam.	64	101	22	28	1,07
W	82	(Inv.) Consigo cumprir/terminar [...]	88	53	52	22	1,04
D	58	Tenho sentimentos de inferioridade.	86	69	29	31	1,02
A	57	Tenho dificuldades em me concentrar [...]	89	73	23	30	0,97
A	39	Não consigo ficar concentrado numa [...]	91	71	22	31	0,97
T.S	77	Sinto falta de ar.	80	89	19	27	0,97
H.S	88	Quando estou entre pessoas [...]	104	57	16	38	0,94
A	85	Tenho medo de ficar louco.	108	55	9	43	0,94
W	55	(Inv.) A quantidade de horas que [...]	109	39	40	27	0,93
H.S	80	Minhas ações são mal interpretadas [...]	71	106	24	14	0,91
D	86	Sou uma pessoa infeliz.	99	68	22	26	0,88
W	79	Sinto-me insatisfeito ao realizar as [...]	91	79	24	21	0,88
D	89	Não tenho confiança em mim mesmo.	110	57	18	30	0,85
A	98	Tenho medo de morrer.	122	45	10	38	0,83
A	32	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, [...]	114	57	19	25	0,79
W	94	(Inv.) Sinto-me útil no meu ambiente [...]	120	37	43	15	0,78

W	22	(Inv.) Executo com segurança [...]	123	36	36	20	0,78
W	73	Sinto-me pressionado no meu [...]	120	51	15	29	0,78
A	101	Tenho medo de entrar sozinho em [...]	120	54	18	23	0,74
W	38	Não consigo resolver os problemas [...]	104	81	14	16	0,73
H.S	37	Vejo pessoas conhecidas e prefiro [...]	107	73	22	13	0,73
A	93	Tenho medo de ficar em locais públicos.	126	47	20	22	0,71
W	19	(Inv.) Tenho boa comunicação/ [...]	128	39	36	12	0,68
W	27	(Inv.) Gosto das atividades que [...]	127	41	37	10	0,67
A	2	Sinto que alguém controla meus [...]	130	60	9	16	0,59
H.S	4	Quando estou com problemas ou [...]	143	42	12	18	0,56
D	66	Sinto que não vale a pena viver.	136	56	5	18	0,56
H.S	99	Tenho dificuldades de manter [...]	144	40	15	16	0,55
W	46	(Inv.) Tenho um bom relacionamento [...]	135	46	31	3	0,54
H.S	44	(Inv.) Tenho bom relacionamento com [...]	132	54	25	4	0,54
D	36	Penso em acabar com a minha vida.	150	50	4	11	0,42
H.S	11	(Inv.) Gosto de ajudar amigos.	156	33	21	5	0,42
A	87	Tenho poderes mágicos que as outras [...]	157	39	11	8	0,40
W	91	(Inv.) Meu salário é pago em dia.	175	15	15	10	0,35

**APÊNDICE E – ORDEM DECRESCENTE DAS MÉDIAS DOS ITENS DO IAP-T
PARA A POPULAÇÃO SEM DOR CRÔNICA (n=268)**

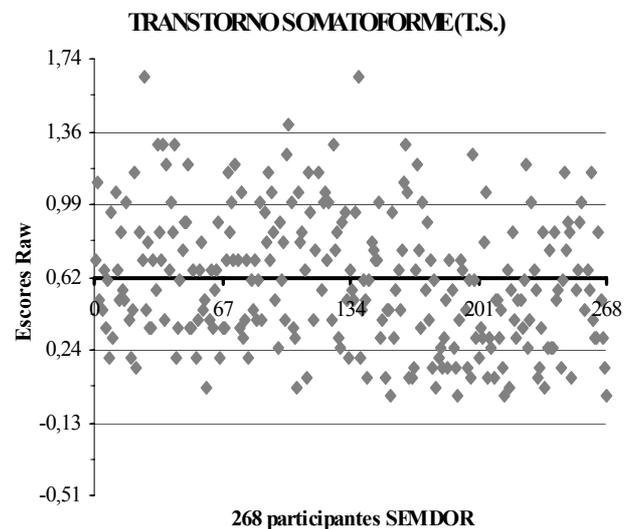
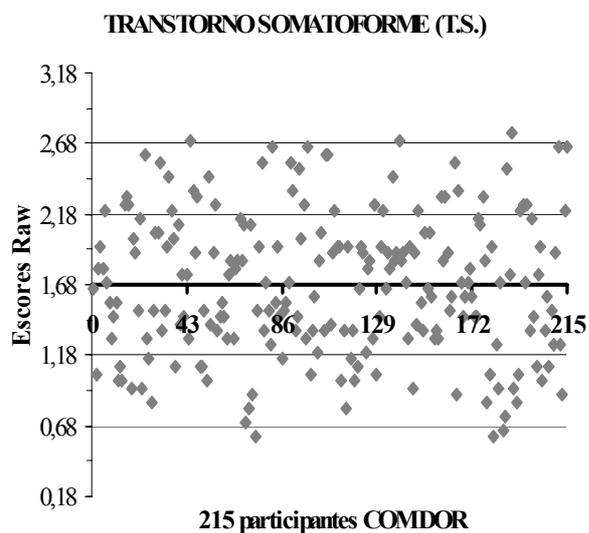
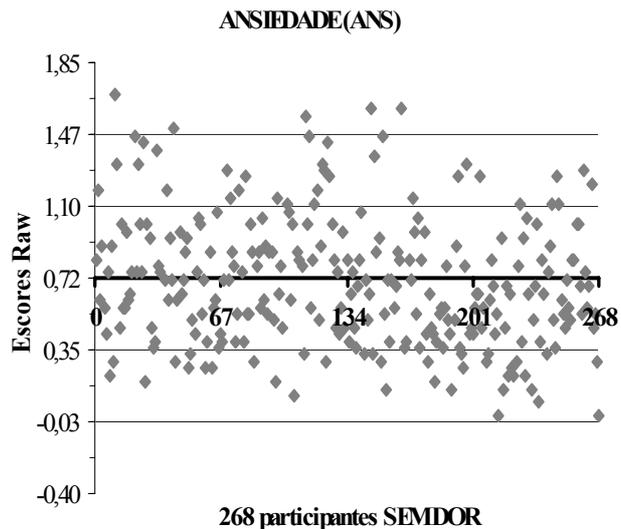
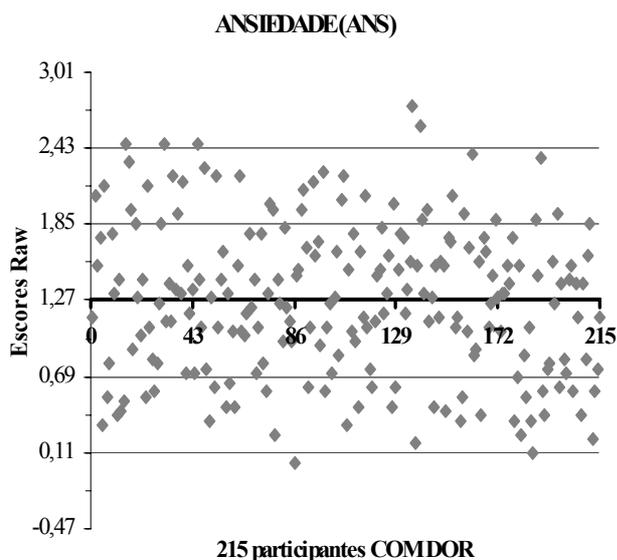
Dimensão		Descrição	Escore				Média do item
			0	1	2	3	
H.S	52	(Inv.) Minhas ações são [...]	7	21	157	83	2,18
W	55	(Inv.) A quantidade de horas que [...]	14	42	106	106	2,13
W	76	(Inv.) No meu ambiente de trabalho [...]	70	74	69	55	1,41
A	12	Sou inquieto.	33	132	69	34	1,39
D	1	(Inv.) Gosto de ir a festas e outras [...]	60	73	117	18	1,35
A	59	Sou exigente com tudo que faço [...]	54	112	59	43	1,34
A	68	Tenho preocupações excessivas [...]	50	123	51	44	1,33
W	84	(Inv.) Meu salário cobre minhas [...]	61	110	59	38	1,28
T.S	9	Dou atenção exagerada (demasiada) [...]	44	135	63	26	1,26
W	13	(Inv.) Considero estimulantes [...]	58	107	87	16	1,23
H.S	67	(Inv.) Costumo interagir bem com as [...]	62	109	86	11	1,17
W	102	(Inv.) Sinto-me valorizado no meu [...]	71	103	73	21	1,16
W	62	Minhas atividades de trabalho [...]	74	100	72	22	1,16
A	10	Sou uma pessoa tensa.	55	141	53	19	1,13
A	100	Tenho dificuldades de parar de [...]	63	138	37	30	1,13
W	51	Acontecem coisas no meu trabalho [...]	29	194	30	15	1,12
A	24	Durante o sono qualquer ruído [...]	79	124	35	30	1,06
T.S	63	Quando estou com dor, tenho [...]	77	126	45	20	1,03
A	20	Pensamentos e idéias sem [...]	52	171	31	14	1,03
H.S	14	Irrito-me facilmente com as pessoas.	64	152	37	15	1,01
T.S	60	Sinto dores na região da coluna.	87	112	49	20	1,01
W	5	Ao executar as atividades de [...]	58	174	27	9	0,95
A	18	Tenho dificuldades de lembrar [...]	66	163	26	13	0,95
A	6	Meu sono é agitado	88	128	36	16	0,93
H.S	26	Tenho diálogo conflitante com [...]	79	148	24	17	0,92
W	71	Meu desempenho no trabalho não [...]	98	121	25	24	0,91
A	8	Tenho acordado mais cedo que o [...]	96	119	37	16	0,90
T.S	33	Sinto dores nos membros superiores [...]	96	123	34	15	0,88
A	16	Grande parte do tempo fico a chocar [...]	95	126	32	15	0,88
D	3	Quando me sinto abatido nada [...]	93	132	27	16	0,87
T.S	48	Sinto dores nos membros inferiores [...]	109	111	25	23	0,86
W	82	(Inv.) Consigo cumprir/terminar [...]	90	136	32	10	0,86
D	7	Meu dia a dia não é interessante.	96	132	27	13	0,84
D	42	Tenho alterações no apetite [...]	116	101	33	18	0,82
H.S	41	Sou impaciente com as pessoas.	88	147	27	6	0,82
T.S	96	Sinto dores relacionadas com minha [...]	101	126	32	9	0,81
T.S	40	Costumo ir ao médico várias vezes [...]	114	107	35	12	0,79

D	81	Fico sozinho ou permaneço em [...]	115	104	42	7	0,78
D	23	(Inv.) Tenho ânimo e disposição [...]	107	120	36	5	0,77
D	78	Sinto indisposição.	94	151	14	9	0,77
T.S	21	Altero o tom (mais alto ou baixo) [...]	125	103	26	14	0,74
W	27	(Inv.) Gosto das atividades que [...]	115	114	35	4	0,73
A	75	Fico tão agitado que custo a adormecer.	121	114	18	15	0,73
D	72	Percebo que meu apetite sexual [...]	127	107	19	15	0,71
A	47	Tenho preocupações exageradas [...]	132	102	20	14	0,69
H.S	30	Tenho dificuldade de expor meu [...]	115	127	21	5	0,69
A	39	Não consigo ficar concentrado numa [...]	108	142	13	5	0,68
D	49	Sinto um desânimo geral.	118	128	13	9	0,68
W	73	Sinto-me pressionado no meu [...]	123	120	17	8	0,66
H.S	80	Minhas ações são mal interpretadas [...]	105	152	7	4	0,66
A	95	Durmo mal com pensamentos ou [...]	126	115	20	7	0,66
D	103	Tem ocorrido diminuição do [...]	138	99	21	10	0,64
T.S	83	Tenho formigamento em algumas [...]	137	104	17	10	0,63
D	61	Tenho a sensação de solidão [...]	140	97	23	8	0,62
D	15	A maior parte do tempo estou triste.	121	130	14	3	0,62
H.S	64	Tenho dificuldade de encontrar [...]	124	125	16	3	0,62
H.S	44	(Inv.) Tenho bom relacionamento com [...]	131	115	17	5	0,61
A	57	Tenho dificuldades em me concentrar [...]	127	124	12	5	0,61
W	94	(Inv.) Sinto-me útil no meu ambiente [...]	148	92	15	13	0,60
D	58	Tenho sentimentos de inferioridade.	138	106	17	7	0,60
W	35	Manter-me no trabalho me preocupa.	152	85	18	13	0,60
A	98	Tenho medo de morrer.	157	82	10	19	0,59
A	74	Pensamentos e idéias me incomodam.	138	109	14	7	0,59
H.S	28	Tenho dificuldade de realizar realizar [...]	147	97	12	12	0,59
D	89	Não tenho confiança em mim mesmo.	161	78	11	18	0,57
W	19	(Inv.) Tenho boa comunicação/ [...]	141	103	22	2	0,57
W	79	Sinto-me insatisfeito ao realizar as [...]	150	98	12	8	0,54
D	29	Sinto que desejaria sumir ou [...]	149	100	12	7	0,54
T.S	53	Sinto dor por, pelo menos, 4 meses [...]	165	75	19	9	0,52
H.S	37	Vejo pessoas conhecidas e prefiro [...]	147	107	9	5	0,52
A	54	Sem motivo aparente, fico muito [...]	154	96	11	7	0,52
T.S	97	Meus problemas de saúde [...]	157	88	19	4	0,51
D	69	Choro com muita facilidade sem [...]	170	72	14	12	0,51
W	22	(Inv.) Executo com segurança [...]	151	100	15	2	0,51
T.S	43	Sinto como se estivesse com um nó [...]	163	83	14	8	0,50
T.S	70	Tenho mal estar na 'boca' do estômago.	165	82	15	6	0,49
T.S	65	Transpiro com facilidade mesmo [...]	187	48	20	13	0,47
W	38	Não consigo resolver os problemas [...]	156	102	5	5	0,47
A	56	Diariamente, tenho pensamentos [...]	164	89	9	6	0,47
H.S	4	Quando estou com problemas ou [...]	171	81	7	9	0,46
W	46	(Inv.) Tenho um bom relacionamento [...]	164	89	14	1	0,45
H.S	11	(Inv.) Gosto de ajudar amigos.	174	71	21	2	0,44
D	34	Não consigo desenvolver minhas [...]	167	89	8	4	0,44
A	45	Tenho medo de perder o controle da [...]	177	73	11	7	0,43
D	86	Sou uma pessoa infeliz.	183	66	8	11	0,43

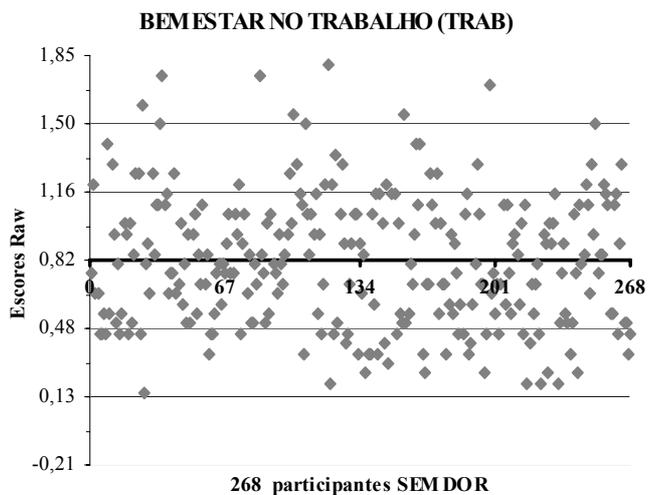
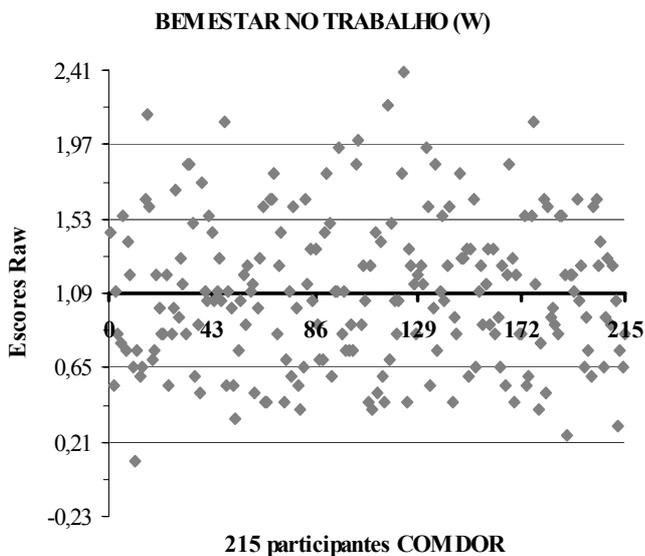
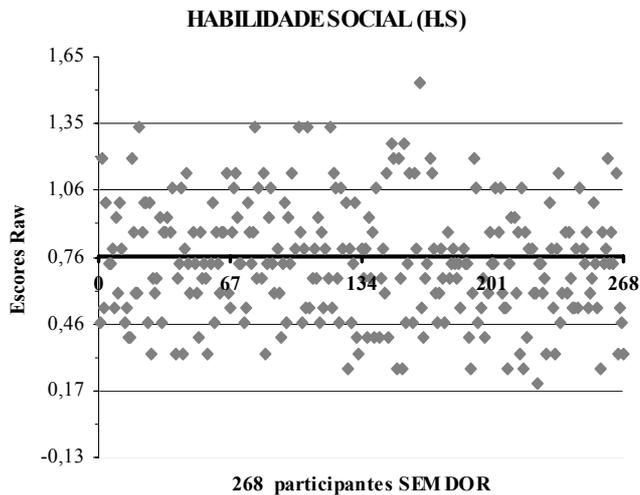
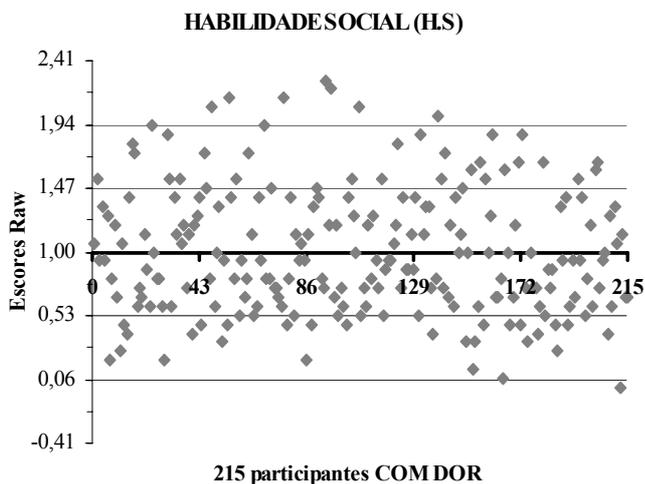
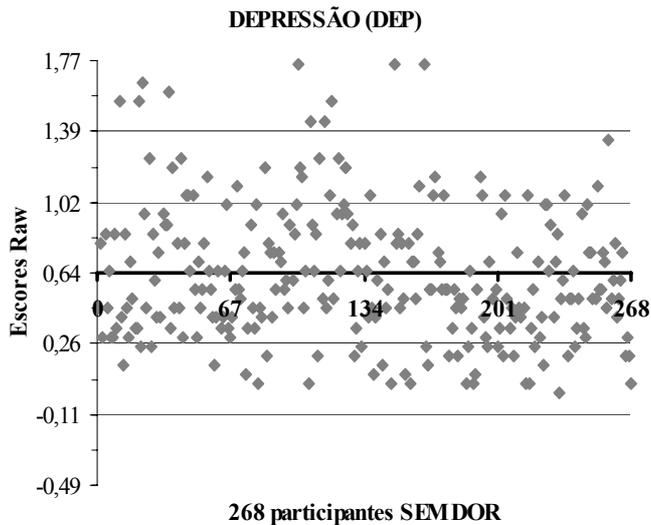
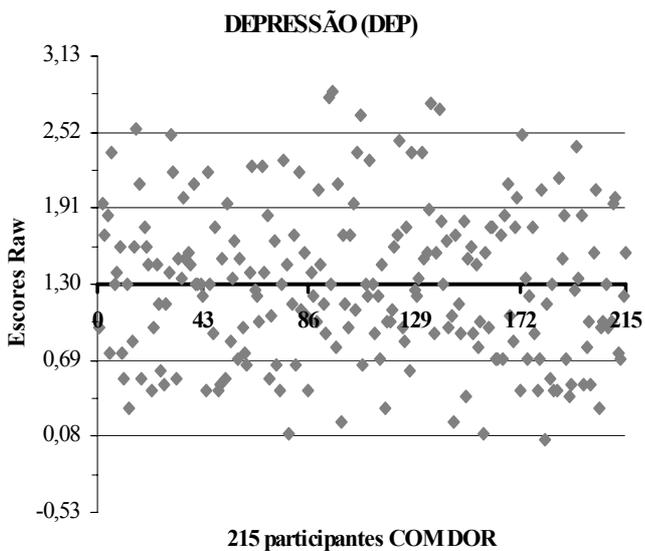
A	90	Fico preocupado em viajar sozinho.	182	68	11	7	0,41
T.S	50	Tenho problemas gastrointestinais [...]	185	65	14	4	0,39
H.S	88	Quando estou entre pessoas [...]	183	73	6	6	0,38
A	101	Tenho medo de entrar sozinho em [...]	189	63	10	6	0,38
A	85	Tenho medo de ficar louco.	211	38	8	11	0,32
T.S	17	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.	198	58	7	5	0,32
A	32	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, [...]	197	61	4	6	0,32
T.S	25	Tenho náuseas.	201	54	8	5	0,32
H.S	99	Tenho dificuldades de manter [...]	197	60	8	3	0,32
W	91	(Inv.) Meu salário é pago em dia.	221	23	12	12	0,31
A	2	Sinto que alguém controla meus [...]	198	61	6	3	0,31
T.S	31	Sinto como se estivesse com uma [...]	205	54	8	1	0,27
T.S	77	Sinto falta de ar.	205	59	1	3	0,26
A	87	Tenho poderes mágicos que as outras [...]	223	31	7	7	0,25
T.S	92	Sinto dificuldade de controlar os [...]	216	44	5	3	0,24
A	93	Tenho medo de ficar em locais públicos.	218	41	8	1	0,22
D	66	Sinto que não vale a pena viver.	239	21	5	3	0,15
D	36	Penso em acabar com a minha vida.	248	17	2	1	0,09

APÊNDICE F – GRÁFICOS DE DISPERSÃO DOS RESULTADOS DOS PARTICIPANTES DO IAP-T E SCL-90-R PARA AS POPULAÇÕES COM E SEM DOR CRÔNICA

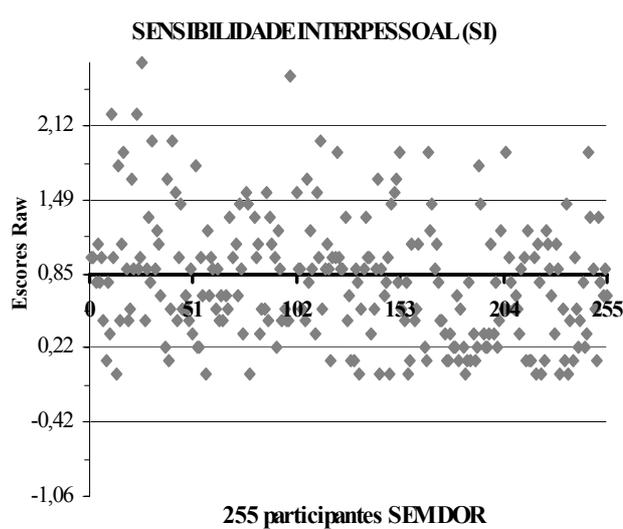
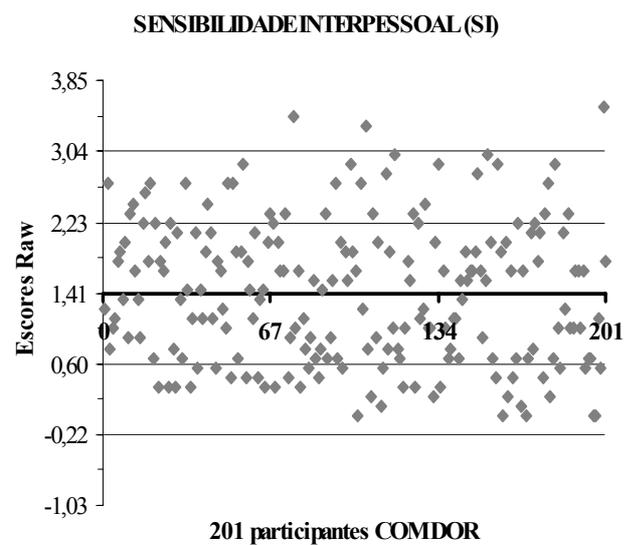
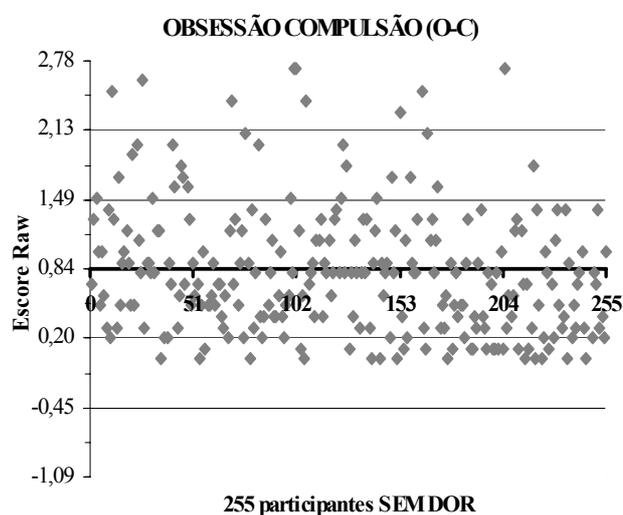
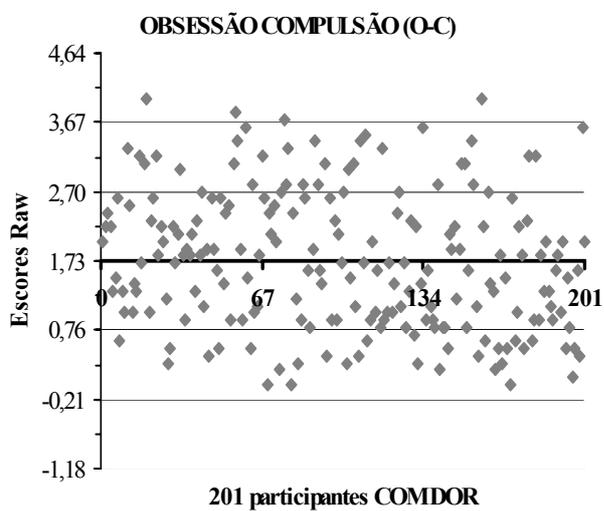
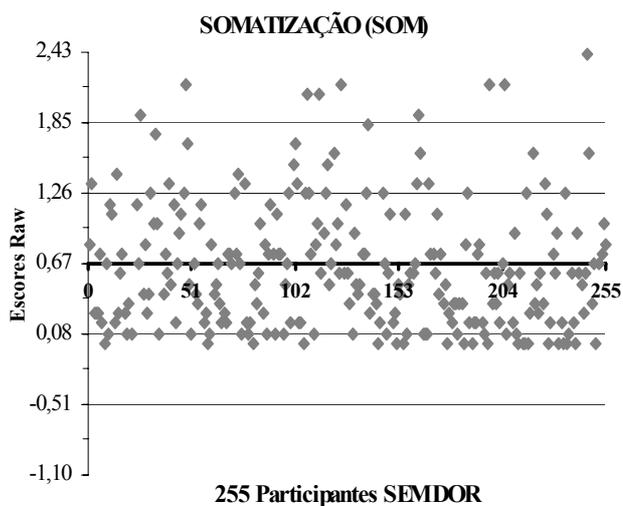
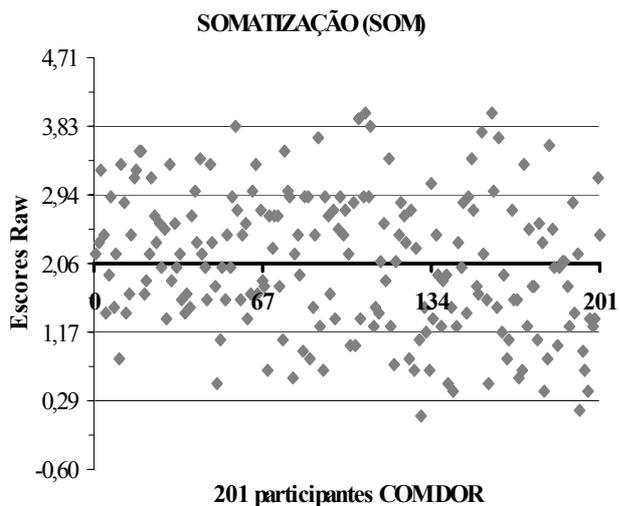
IAP-T



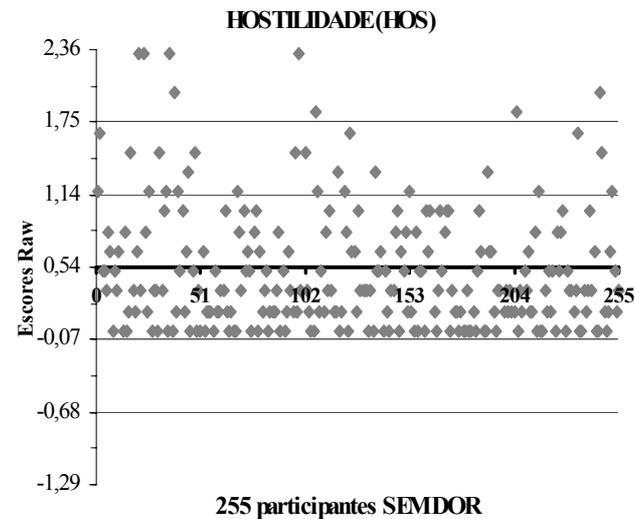
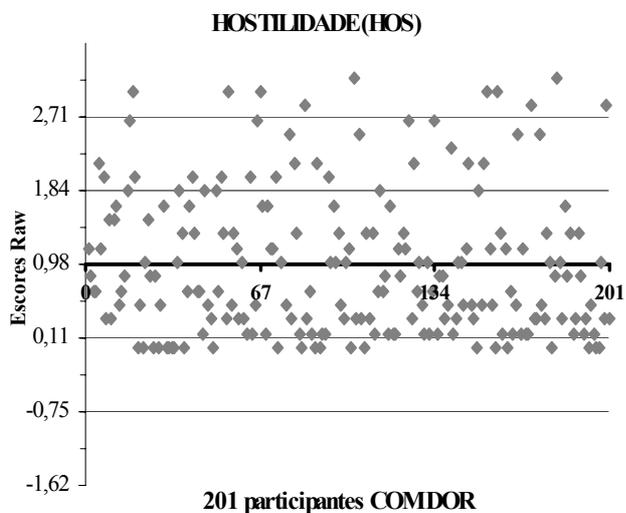
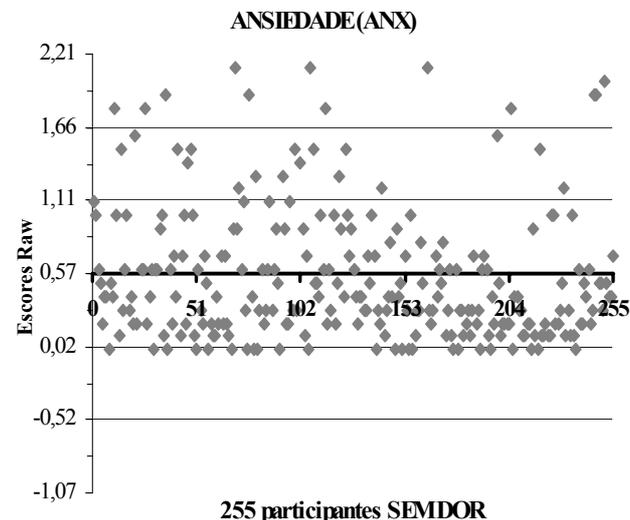
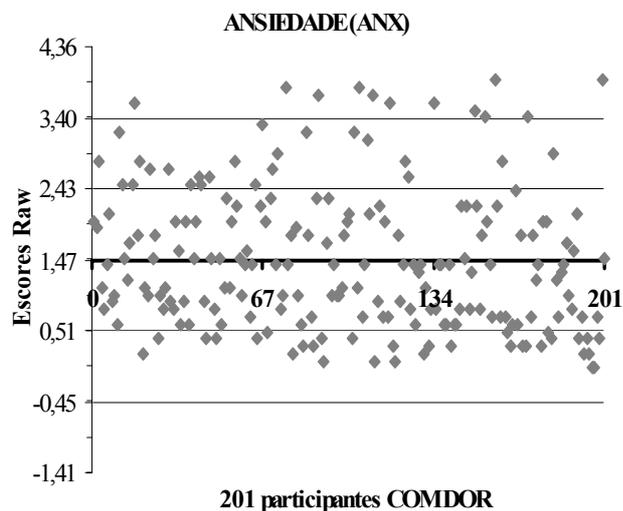
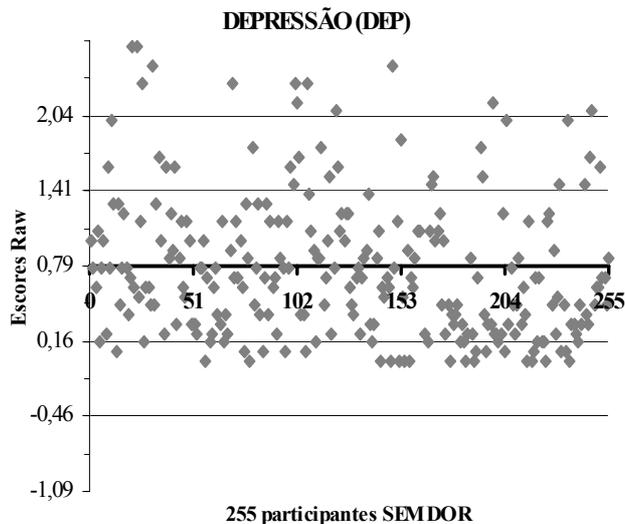
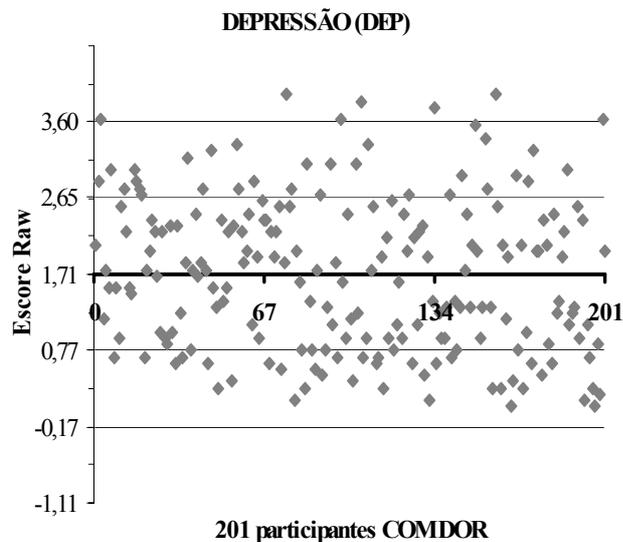
IAP-T



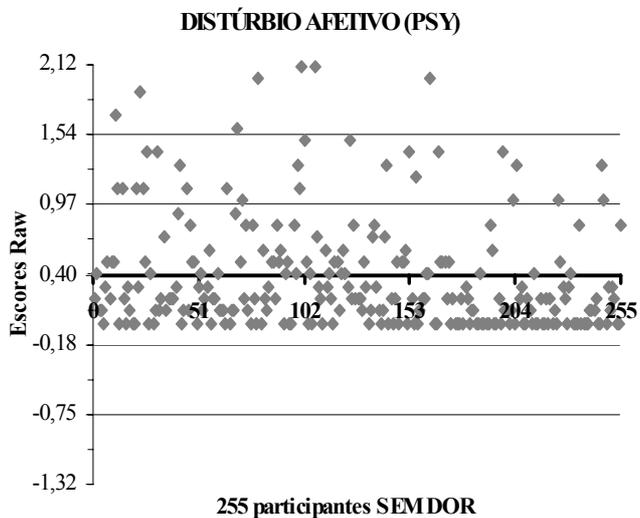
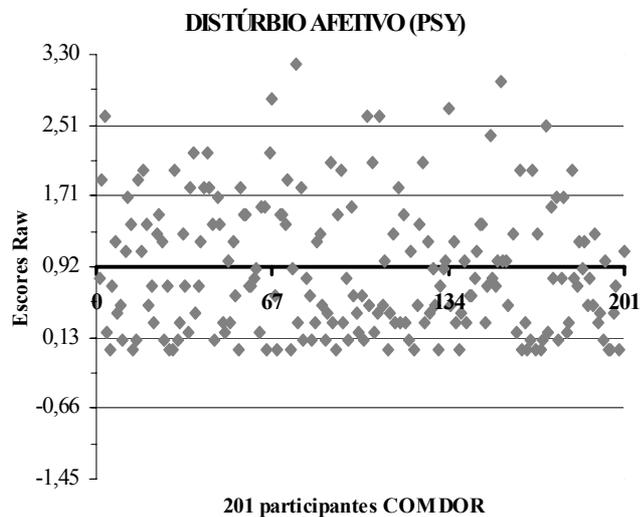
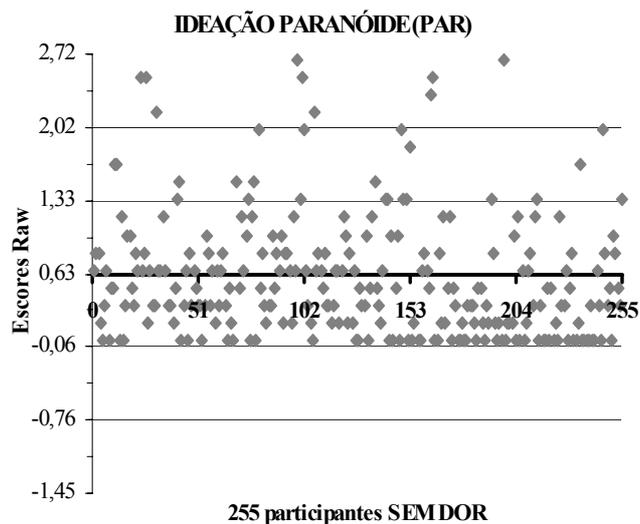
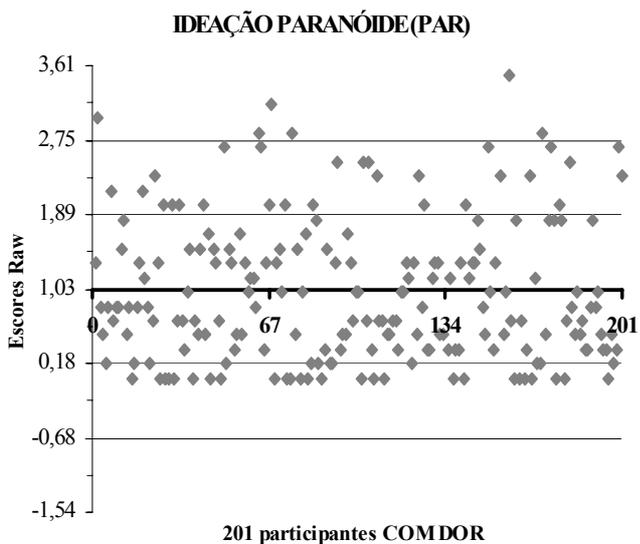
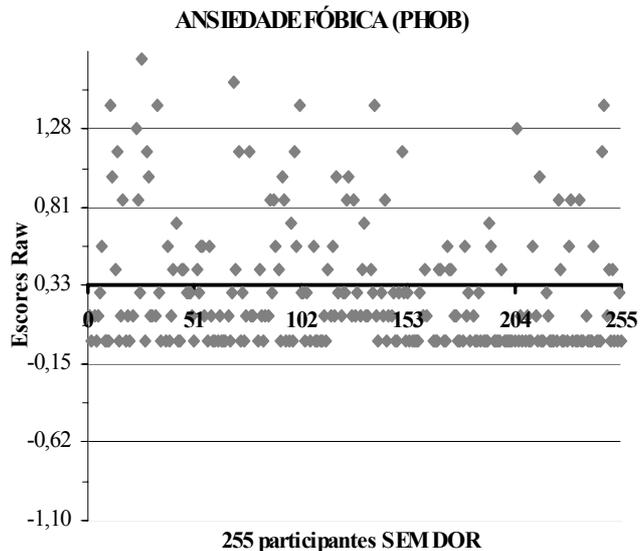
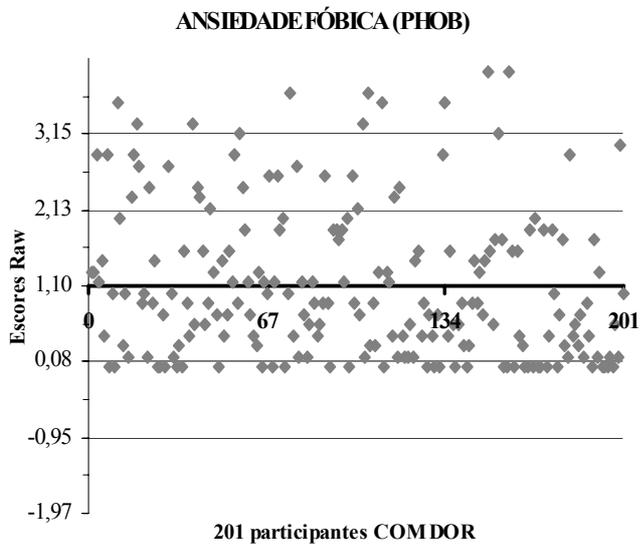
SCL-90-R



SCL-90-R



SCL-90-R



**APÊNDICE G – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DO IAP-T PARA A POPULAÇÃO
COM DOR CRÔNICA**

TABELA 1 – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DA DIMENSÃO ANSIEDADE

**TABELA 2 – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DA DIMENSÃO TRANSTORNO
SOMATOFORME**

TABELA 3 – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DA DIMENSÃO DEPRESSÃO

**TABELA 4 – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DA DIMENSÃO HABILIDADE
SOCIAL**

**TABELA 5 – CORRELAÇÃO INTER-ITENS DA DIMENSÃO BEM-ESTAR NO
TRABALHO**

Itens ANS	2A	6A	8A	10A	12A	16A	18A	20A	24A	32A	39A	45A	47A	54A	56A	57A	59A	68A	74A	75A	85A	87A	90A	93A	95A	98A	100A	101A
2A	1,000																											
6A	0,236	1,000																										
8A		0,321	1,000																									
10A	0,227	0,327		1,000																								
12A	0,249	0,400		0,415	1,000																							
16A	0,263	0,322	0,211	0,447	0,313	1,000																						
18A		0,352		0,337	0,295	0,215	1,000																					
20A		0,242		0,327	0,232	0,454	0,286	1,000																				
24A		0,461	0,251		0,249		0,210		1,000																			
32A	0,272	0,291	0,179	0,274	0,248	0,237	0,270	0,280	0,235	1,000																		
39A		0,224		0,338	0,271	0,277	0,332	0,214		0,267	1,000																	
45A	0,249	0,262		0,384	0,247	0,300	0,334	0,322		0,257		1,000																
47A	0,279	0,216		0,326	0,179	0,300	0,321	0,333		0,421		0,335	1,000															
54A	0,264	0,310		0,478	0,356	0,384	0,306	0,376		0,249	0,231	0,405	0,361	1,000														
56A	0,322	0,349		0,482	0,359	0,381	0,449	0,473	0,191	0,317	0,267	0,479	0,363	0,475	1,000													
57A	0,201	0,336		0,430	0,307	0,307	0,430	0,315		0,267	0,319	0,468	0,253	0,452	0,504	1,000												
59A		0,282		0,259	0,272	0,218			0,213		0,202			0,280	0,220	0,180	1,000											
68A		0,194		0,253	0,256	0,278	0,260		0,216	0,239			0,327	0,193	0,204		0,297	1,000										
74A	0,347	0,268		0,502	0,267	0,374	0,285	0,320		0,271	0,275	0,342	0,310	0,349	0,426	0,376	0,253	0,317	1,000									
75A	0,214	0,472	0,275	0,406	0,447	0,325	0,350	0,266	0,355	0,257	0,187	0,293	0,275	0,458	0,419	0,359	0,215	0,278	0,382	1,000								
85A		0,285	0,245	0,303	0,223	0,223	0,292	0,318		0,226		0,457	0,251	0,304	0,453	0,397			0,247	0,425	1,000							
87A	0,206	0,230			0,239					0,236							0,189					1,000						
90A		0,245	0,188	0,299	0,301	0,206	0,231			0,342	0,263	0,242	0,292	0,236	0,228	0,297			0,198	0,269	0,191		1,000					
93A	0,213	0,246	0,193	0,264	0,252	0,246	0,287	0,228		0,405	0,243	0,275	0,315	0,279	0,352	0,332			0,228	0,192	0,310		0,487	1,000				
95A	0,307	0,469	0,273	0,485	0,302	0,348	0,362	0,327	0,264	0,309	0,275	0,362	0,350	0,444	0,517	0,366	0,187	0,220	0,451	0,604	0,379	0,180	0,224	0,267	1,000			
98A				0,216										0,238									0,272			1,000		
100A	0,271	0,352		0,363	0,471	0,273	0,209	0,256	0,230	0,279	0,268	0,276	0,260	0,348	0,313	0,291	0,255	0,435	0,388	0,336	0,210	0,165	0,246	0,184	0,325	0,162	1,000	
101A	0,232	0,277	0,185	0,333	0,295	0,241	0,184	0,258	0,260	0,402	0,408	0,249	0,313	0,255	0,282	0,297	0,323	0,210	0,290	0,280	0,263	0,149	0,300	0,384	0,335	0,142	0,371	1,000

Itens T.S	9T	17T	21T	25T	31T	33T	40T	43T	48T	50T	53T	60T	63T	65T	70T	77T	83T	92T	96T	97T
9T	1,000																			
17T	0,181	1,000																		
21T	0,217	0,287	1,000																	
25T		0,351	0,292	1,000																
31T	0,207	0,338	0,208	0,315	1,000															
33T		0,214			0,257	1,000														
40T						0,197	1,000													
43T		0,245	0,253	0,294	0,317	0,234		1,000												
48T		0,315		0,198	0,301	0,244		0,254	1,000											
50T			0,188	0,330	0,230			0,243	0,265	1,000										
53T						0,243		0,194		1,000										
60T	0,188				0,238				0,246	0,178	1,000									
63T		0,178		0,196	0,210	0,268	0,201			0,272	0,228	1,000								
65T		0,237			0,254		0,215	0,209	0,195		0,195		1,000							
70T	0,261	0,302	0,279	0,485	0,455		0,202	0,376	0,184	0,532		0,256	0,186	0,188	1,000					
77T		0,286	0,264	0,250	0,383	0,190		0,360	0,225	0,260		0,249	0,206	0,213	0,349	1,000				
83T		0,280		0,242	0,306	0,236		0,257				0,204	0,284	0,226	0,219	0,286	1,000			
92T	0,233	0,271	0,291	0,290	0,406			0,153	0,313	0,286		0,228	0,221	0,230	0,265	0,331	0,233	1,000		
96T													0,250							1,000
97T	0,178		0,208	0,274	0,199		0,293			0,289	0,243	0,262	0,406		0,290	0,193	0,210	0,252	0,276	1,000

Itens DEP	1D	3D	7D	15D	23D	29D	34D	36D	42D	49D	58D	61D	66D	69D	72D	78D	81D	86D	89D	103D
1D	1,000																			
3D	0,230	1,000																		
7D		0,288	1,000																	
15D	0,307	0,344	0,310	1,000																
23D	0,240			0,355	1,000															
29D	0,255	0,299	0,270	0,513	0,377	1,000														
34D		0,359	0,239	0,247	0,256	0,251	1,000													
36D	0,216	0,222	0,265	0,471	0,330	0,531	0,217	1,000												
42D		0,196		0,278		0,233		0,214	1,000											
49D	0,357	0,282	0,283	0,560	0,479	0,542	0,259	0,407	0,235	1,000										
58D		0,225		0,334	0,205	0,407		0,316	0,339	0,336	1,000									
61D	0,269	0,279		0,571	0,240	0,512	0,186	0,435	0,342	0,474	0,397	1,000								
66D	0,303	0,268	0,218	0,485	0,377	0,581	0,176	0,722	0,219	0,443	0,382	0,485	1,000							
69D		0,270		0,413	0,203	0,308		0,249	0,277	0,367	0,281	0,446	0,289	1,000						
72D	0,208	0,237		0,293	0,205	0,258	0,196		0,225	0,219	0,252	0,300	0,266	0,202	1,000					
78D	0,363	0,390	0,293	0,461	0,465	0,498	0,331	0,381	0,199	0,629	0,345	0,367	0,417	0,356	0,239	1,000				
81D	0,254	0,265		0,402		0,343		0,211		0,369		0,292	0,304	0,225	0,277	0,307	1,000			
86D	0,207	0,231		0,493	0,233	0,411		0,415	0,193	0,421	0,402	0,475	0,508	0,294	0,347	0,326	0,221	1,000		
89D		0,202	0,190	0,338		0,344		0,340	0,232	0,350	0,289	0,331	0,382	0,260	0,206	0,193	0,224	0,285	1,000	
103D	0,181			0,325	0,188	0,283		0,208	0,264	0,282	0,273	0,292	0,346	0,285	0,741	0,235	0,271	0,393		1,000

Itens H.S.	4H	11H	14H	26H	28H	30H	37H	41H	44H	52H	64H	67H	80H	88H	99H
4H	1,000														
11H		1,000													
14H	0,326		1,000												
26H	0,221		0,293	1,000											
28H			0,215		1,000										
30H			0,284		0,364	1,000									
37H	0,212			0,189	0,253	0,215	1,000								
41H	0,251		0,567	0,319	0,213	0,235		1,000							
44H		0,298		0,264		0,249	0,240	0,228	1,000						
52H						-0,244	-0,229			1,000					
64H			0,336		0,263	0,320	0,297	0,280	0,266		1,000				
67H	0,221	0,228						0,228	0,240			1,000			
80H	0,208		0,334	0,294	0,216	0,232	0,292	0,289	0,198		0,340		1,000		
88H	0,213		0,179		0,414	0,420	0,320	0,213	0,212		0,357		0,228	1,000	
99H		0,165	0,295	0,226		0,260	0,241	0,256	0,426	-0,229	0,276		0,327	0,320	1,000

Itens W	5W	13W	19W	22W	27W	35W	38W	46W	51W	55W	62W	71W	73W	76W	79W	82W	84W	91W	94W	102W
5W	1,000																			
13W	0,217	1,000																		
19W		0,318	1,000																	
22W	0,189	0,322	0,274	1,000																
27W		0,545	0,193	0,205	1,000															
35W	0,318					1,000														
38W							1,000													
46W		0,187	0,464	0,244	0,361			1,000												
51W					0,248			0,227	1,000											
55W				0,334	0,196			0,277	0,210	1,000										
62W		-0,188									1,000									
71W									0,223		0,250	1,000								
73W		0,189			0,257	0,194	0,187		0,391			0,377	1,000							
76W		0,229			0,197									0,199	1,000					
79W	0,256	0,262			0,328	0,144		0,282	0,285	0,215		0,188	0,256		1,000					
82W			0,175	0,323				0,199		0,276					0,265	1,000				
84W	0,180			0,210		0,144									0,263	0,271	1,000			
91W										0,298										1,000
94W		0,287	0,199	0,316	0,243			0,217						0,255	0,355		0,183			1,000
102W	0,254	0,443	0,197	0,232	0,401			0,237	0,281	0,228	-0,031	0,233	0,285	0,295	0,318					1,000

APÊNDICE H – DEFINIÇÕES DE DOENÇAS OU SÍNDROMES CITADAS, NESTE ESTUDO, PELA POPULAÇÃO COM E SEM DOR CRÔNICA

ARTRITE

É uma doença que provoca inflamações nas articulações (juntas) do corpo e que pode atacar qualquer pessoa. Os idosos estão realmente mais expostos, porém ninguém está livre dela. Frequentemente, é acompanhada por dores, inchaços, rigidez e alterações estruturais. As causas da artrite variam de acordo com o tipo de infecção. Na maioria dos casos, ela acontece por problemas relacionados a outras doenças, infecções, desordens metabólicas, distúrbios neurológicos ou imperfeições genéticas. O processo de cura costuma ser longo e oneroso. Entretanto, diversos tratamentos e terapias têm sido desenvolvidos para que a dor e os incômodos dos pacientes sejam menos intensos.

Fonte: <http://www.saudenarede.com.br/?p=av&id=Artrite>. Acessado em 30/03/2006.

ARTRITE REUMATÓIDE

É uma doença crônica, marcada por alterações inflamatórias, atrofia dos músculos e rarefação dos ossos. Ataca principalmente as articulações das mãos, braços, pernas e pés. Também costuma provocar fadiga e uma permanente sonolência. Em casos mais graves, causa sérios problemas ao coração, pulmão, olhos, nervos e músculos – além de deformações no corpo. O desconforto pode durar semanas, ou meses se o caso for mais grave. As causas da doença são desconhecidas. Alguns pesquisadores acreditam que ela seja provocada por mecanismos auto-ímmunes e infecção por vírus. Pessoas acima de 40 anos são as principais vítimas. Entretanto, há relatos entre crianças de 2 a 5 anos. O número de casos entre as mulheres é três vezes maior do que entre os homens.

Fonte: <http://www.saudenarede.com.br/?p=av&id=Artrite>. Acessado em 30/03/2006.

ARTROSE

É a destruição progressiva dos tecidos que compõem as articulações (parte do corpo que permite a mobilidade dos ossos), levando à instalação progressiva de dor, deformação e limitação dos movimentos. As áreas no corpo mais comprometidas são as que suportam maior peso. A artrose atinge 20% da população com 40 anos de idade e 100% quando tomamos como referência a população com 80 anos

Fonte: <http://www.santalucia.com.br/reumatologia/artrose.htm>. Acessado em 30/03/2006.

BURSITE

A bursite é inflamação de uma ou mais bursas, que são pequenas bolsas de óleo que ficam em pontos entre os ossos e músculos e tendões. Quando a bursa está funcionando perfeitamente, ela cria uma superfície lisa e quase sem atrito para deslizamento. Com centenas de bursas pela corpo, elas fornecem essa superfície para toda a movimentação

humana, tornando os movimentos sem dor. Porém, quando há bursite, os movimentos que dependem da bursa inflamada ficam duros e dolorosos. O movimento dos tendões e músculos sobre a bursa inflamada somente pioram a inflamação, perpetuando o problema.

Fonte: <http://www.copacabanarunners.net/bursite.html>. Acessado em 30/03/2006.

CIATALGIA

É a dor que ocorre no trajeto no nervo ciático. A causa mais comum no adulto é a compressão de uma das 5 raízes do mesmo por uma hérnia de disco intervertebral lombar. A dor ocorre numa das pernas, ao longo do dermatomo que esta raiz corresponde (e que está comprimida), podendo ocorrer, também, alterações de sensibilidade (parestesias, dormências, agulhadas), alteração da força da musculatura que esta raiz inerva (miótomo) e alteração do reflexo. Por exemplo, se a raiz comprometida for L4, haverá diminuição do reflexo do tendão patelar (aquela marteladilha que o dor dá no joelho do paciente...).

Fonte: <http://www.dle.com.br/forum/ShowMessage.asp?ID=1966>. Acessado em 30/03/2006.

DEPRESSÃO

Definição elaborada pela autora. Ver páginas 18,65.

DERMATOMIOSITE

A dermatomiosite, também conhecida como dermatopolimiosite, é uma doença crônica que se caracteriza por acometimento inflamatório da pele e dos músculos. Pode se apresentar só com manifestações musculares (polimiosite), e mais raramente só com manifestações cutâneas (dermatomiosite amiopática). Não há causa conhecida. O desenvolvimento da doença está relacionado a um distúrbio imunológico e associado a uma predisposição genética, que resultam em um processo denominado vasculite (inflamação dos vasos sanguíneos), de caráter crônico. Infecções por vírus ou bactérias podem preceder o aparecimento dos sintomas, no entanto o papel destes agentes no desencadeamento da doença ainda é motivo de pesquisa.

Fonte: http://www.reumatologia.com.br/dermatomiosite_juvenil.htm. Acessado em 30/03/2006.

ENXAQUECA

A enxaqueca é um desequilíbrio químico no cérebro, envolvendo hormônios e substâncias denominadas peptídeos. Esse desequilíbrio resulta de uma série de outros desequilíbrios neuroquímicos e hormonais, decorrentes do estilo de vida e hábitos do portador da doença, e também de uma predisposição genética. O resultado é uma série de sintomas, que podem ir muito além da dor de cabeça. Por sinal, existem casos de crises de enxaqueca sem, ou com muita dor. Geralmente porém, a dor de cabeça é o sintoma mais dramático da enxaqueca e sua intensidade, apesar de variável, na maioria dos casos é moderada a severa.

A dor pode ser latejante (pulsátil), em peso, ou uma sensação de "pressão para fora", como se a cabeça fosse explodir.

Fonte: http://www.enxaqueca.com.br/enxaqueca/enx_perg_oquee.htm. Acessado em 30/03/2006.

EPICONDILITE

Epicondilite lateral (EL), uma síndrome comum em mulheres de meia idade, afeta a origem dos tendões extensores de punho ou pronadores do antebraço. Tensões incomuns na articulação do cotovelo resultam em distúrbios microscópicos na origem do tendão extensor. Esta afecção de causa desconhecida ocorre mais comumente no braço dominante dos pacientes de meia idade (tendo seu pico de incidência entre os 40 e 50 anos), cujas suas ocupações requeiram movimentos rotatórios do antebraço. A incidência é maior em mulheres e ocasionalmente bilateral. A causa da epicondilite lateral não está ainda completamente compreendida e não se encontra consenso na literatura relatando o diagnóstico patológico e o tratamento.

Fonte: <http://br.geocities.com/fisioartigos/epicondilite.doc>. Acessado em 30/03/2006.

ESPONDILITE AQUILOSANTE (E.A.)

A E.A. é uma doença inflamatória sistêmica de padrão reumatismal que atinge de forma predominante a coluna vertebral, sofrendo as articulações sacro-ílicas alterações muito características. É, também, típico da E.A. a inflamação das inserções de ligamentos, cápsulas articulares e tendões, nomeadamente ao nível da face plantar do calcanhar e dos contornos da bacia.

Fonte: <http://www.anea.org.pt/pmedico.html#p1>. Acessado em 30/03/2006.

FIBROMIALGIA

Definição elaborada pela autora. Ver página 29.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas. Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, drogas, alimentos, fumo, álcool e café.

Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?244>. Acessado em 30/03/2006.

HÉRNIA DE DISCO

A hérnia de disco surge como resultado de diversos pequenos traumas na coluna que vão, com o passar do tempo, lesando as estruturas do disco intervertebral, ou pode acontecer como consequência de um trauma severo sobre a coluna. A hérnia de disco surge quando o

núcleo do disco intervertebral migra de seu local, no centro do disco para a periferia, em direção ao canal medular ou nos espaços por onde saem as raízes nervosas, levando à compressão das raízes nervosas.

Fonte: http://www.dornascostas.com.br/hernia_de_disco.htm. Acessado em 30/03/2006.

LABIRINTITE

A labirintite é uma doença que pode acometer tanto o equilíbrio quanto a parte auditiva. Os órgãos responsáveis pelo equilíbrio e pela audição estão situados dentro do ouvido interno e se comunicam com o sistema nervoso central através dos nervos da audição e do nervo vestibular. Doenças infecciosas, inflamatórias, tumorais e mesmo alterações genéticas podem ocasionar alterações nessas estruturas anatômicas. Essas patologias podem provocar sintomas como vertigem e tonturas.

Fonte: <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/labirintite1.asp>. Acessado em 30/03/2006.

LER/DORT

LER significa Lesão por Esforço Repetitivo e é reconhecida também com o nome de DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (definição do INSS). A sigla foi criada para identificar um conjunto de doenças que atingem músculos, tendões e membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraço, braços e pescoço) e tem relação direta com as condições de trabalho. São inflamações provocadas por atividades do trabalho que exigem do trabalhador movimentos manuais repetitivos, continuados, rápidos e ou vigorosos, durante um longo período de tempo. A maioria dos trabalhadores não sabe, mas há várias outras doenças consideradas LER/DORT são elas: tenossinovite, tendinite, epicondilite, bursite, miosites, síndrome do túnel do carpo, síndrome cervicobraquial, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do ombro doloroso.

Fonte: http://www.fecesc.floripa.com.br/download_cartilha_ler.doc. Acessado em 30/03/2006.

LOMBALGIA

A lombalgia é a dor que ocorre nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna lombar. Ela pode ser acompanhada de dor que se irradia para uma ou ambas as nádegas ou para as pernas na distribuição do nervo ciático (dor ciática). A lombalgia é um problema extremamente comum, que afeta mais pessoas do que qualquer outra afecção, à exceção do resfriado comum. Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dorsalgia em alguma etapa de suas vidas, mas a maioria dos episódios não é incapacitante. Mais da metade de todos os pacientes com dorsalgia melhora após 1 semana; 90% apresentam melhora após 8 semanas; e os restantes 7% a 10 % continuam apresentando sintomas por mais de 6 meses.

Fonte: http://www.msdbrazil.com/content/patients/sua_saude/reumaticas/lombalgia. Acessado em 30/03/2006.

LUPUS

O Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica de causa desconhecida, onde acontecem alterações fundamentais no sistema imunológico da pessoa, atingindo predominantemente mulheres. Uma pessoa que tem LES, desenvolve anticorpos que reagem contra as suas células normais, podendo conseqüentemente afetar a pele, as articulações, rins e outros órgãos. Ou seja, a pessoa se torna "alérgica" a ela mesma, o que caracteriza o LES como uma doença auto-imune. Mas não é uma doença contagiosa, infecciosa ou maligna. A maioria dos casos de LES ocorre esporadicamente, indicando que fatores genéticos e ambientais tem um papel importante na doença.

Fonte: <http://www.lupusonline.com.br/lupus.asp>. Acessado em 30/03/2006.

OSTEOFITOSE (BICO DE PAPAGAIO)

A adoção de posturas erradas leva, ao longo do tempo, a lesões das articulações vertebrais. A osteofitose aparece decorrente da protrusão progressiva do anel fibroso do disco intervertebral, dando origem à formação de osteofitos cujos efeitos são agravados pela desidratação gradual do disco intervertebral, causando a aproximação das vértebras, comprimindo a raiz nervosa e causando dores.

Fonte: http://www.dornascostas.com.br/hernia_de_disco.htm. Acessado em 30/03/2006.

OSTEOPOROSE

A osteoporose se caracteriza por uma perda progressiva de massa óssea, e também por alterações na sua arquitetura, com o afinamento das paredes dos ossos. Nesse caso o osso que era uma estrutura dura de sustentação do corpo passa ser uma estrutura frágil, e sujeita a uma fratura a qualquer trauma mínimo. O osso de vários tamanhos e formas forma o esqueleto, portanto a osteoporose é um problema geral do organismo, atingindo mais um tipo de osso que o outro. Em torno dos 55 anos é mais freqüente em mulheres que homens (atinge 6 mulheres para cada homem), acometendo mais osso trabecular que o chamado o osso cortical.

Fonte: <http://ram.uol.com.br/materia.asp?id=189>. Acessado em 30/03/2006.

POLIMIALGIA REUMÁTICA

É um distúrbio que afeta indivíduos acima dos 60 anos de idade. Caracteriza-se pela presença de inflamação em articulações e outras estruturas sinoviais, portanto, lembrando uma artrite reumatóide, sendo que, os exames de sangue para a artrite (látex, mucoproteína) dão negativos, mas, o exame da hemossedimentação, que é um exame inespecífico para a artrite, dá alto. A dor indefinida nas articulações dos membros e nas regiões cervical e lombar da coluna vem acompanhada de fadiga, cansaço, febre e perda de peso, e pode parecer uma fibromialgia ou o diagnóstico errôneo de depressão.

Fonte: <http://ram.uol.com.br/materia.asp?id=189>. Acessado em 30/03/2006.

REUMATISMO

Sob a denominação reumatismo estão mais de 100 doenças diferentes. Muitos pensam em reumatismo quando sentem dores ao longo dos músculos e tendões (os pacientes freqüentemente mostram tendões e os identificam como nervos). Outros, referem-se às doenças articulares. Todos estão certos, mas falta muito mais... Nos modernos livros-texto de reumatologia não há a preocupação em conceituar-se reumatismo. Realmente, a diversidade de doenças reumáticas existentes impede uma definição que abranja adequadamente todas elas pois os mecanismos causadores das doenças e os órgãos atingidos variam bastante

Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?366>. Acessado em 30/03/2006.

SARCOIDOSE

A sarcoidose é uma doença inflamatória, de causa desconhecida. Afeta principalmente pessoas adultas, com preferência pelo sexo feminino e provoca lesões na pele e outros órgãos, como pulmões, linfonodos (gânglios), fígado, baço, olhos e ossos. É doença rara e parece haver uma predisposição familiar. Nas formas agudas da doença, pode ocorrer a formação de nódulos inflamatórios acompanhados por febre e dor articular. É mais freqüente em mulheres jovens. Em outra forma clínica, as lesões cutâneas formam placas elevadas e avermelhadas, de tamanhos variados, cuja localização mais freqüente é a face. Além da pele, a sarcoidose atinge outros órgãos, sendo o pulmão um dos mais afetados, onde a doença provoca infiltração dos gânglios e do tecido pulmonar, podendo evoluir para fibrose pulmonar, com dificuldades respiratórias e cardiovasculares. A doença provoca também o aumento do fígado e do baço, inflamação ocular (uveíte) e alterações ósseas (dedos em salsicha) e articulares.

Fonte: <http://www.dermatologia.net/neo/base/doencas/sarcoidose.htm>. Acessado em 30/03/2006.

SÍNDROME DO IMPACTO

A síndrome do impacto é semelhante a uma LER/DORT, que pode ser causada pelo excesso de movimentos com o ombro em abdução maior do que 90° de amplitude ou por um trauma. Por isso não devemos dizer que a síndrome do impacto é uma patologia específica, e sim uma denominação geral de algumas lesões no ombro, como por exemplo as tendinites, as bursites, além de outras.

Fonte: <http://www.fmtm.br/instpub/fmtm/dcm/manual/manualreumatologia.htm>. Acessado em 30/03/2006.

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

É um conjunto de manifestações gastro-intestinais crônicas ou recorrentes não associadas a qualquer alteração bioquímica ou estrutural conhecida até hoje. O número de pessoas afetadas por essa síndrome alcança 10-20% da população em países europeus ou nos Estados Unidos. Entre os que procuram atendimento médico, a maioria são mulheres, geralmente no final da adolescência ou antes dos 30 anos. A causa da Síndrome do

Intestino Irritável (SII) não é bem conhecida e, portanto, não se sabe como, a partir de um certo momento, uma pessoa passa a apresentar os sintomas. Acredita-se que alterações nos movimentos que propagam o alimento desde a boca até o ânus (motilidade intestinal) e nos estímulos elétricos, responsáveis por esse movimento intestinal, estejam envolvidos. Alterações psicológicas como depressão e ansiedade são mais frequentes em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável que procuram atendimento médico. É possível que essas pessoas percebam e reajam de maneira mais intensa a estímulos menores.

Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?395>. Acessado em 30/03/2006.

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO (STC)

É caracterizada por dor, alterações da sensibilidade ou formigamentos no punho, geralmente associada com movimentos manuais inadequados ou repetitivos. Alguns casos de *STC* não parecem relacionados a qualquer causa específica, mas quem apresenta distúrbios que interferem com a circulação e a oferta de oxigênio aos nervos dessa região tem maior risco de desenvolver a síndrome. Ela resulta da compressão do nervo mediano, responsável pela sensibilidade e motricidade do polegar e de alguns dedos e músculos da mão. Esse nervo, juntamente com os nove tendões que permitem os movimentos dos dedos da mão, passa através de um túnel encontrado na base da palma da mão, na região do punho. A porção superior desse túnel é formada por um tecido conjuntivo resistente, denominado ligamento. Na *STC*, os tendões são irritados e edemaciam, empurrando o nervo mediano em direção a esse ligamento e causando dor nessa região.

Fonte: http://www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/esp_medicas/sindrome_tunel.asp. Acessado em 30/03/2006.

SINUSITE

Sinusite é uma doença inflamatória e/ou infecciosa que acomete as cavidades existentes ao redor do nariz que comunicam-se com as fossas nasais. Estas cavidades são revestidas por uma mucosa que necessita ventilação para a manutenção da normalidade nesta região. Após infecção viral, inflamação de origem alérgica ou por poluentes, a mucosa da região nasal aumenta de volume e obstrui a comunicação destas cavidades com as fossas nasais. Esta obstrução acarreta o início da colonização por germes e fungos que estão presentes na região, mas não encontravam condições favoráveis ao seu crescimento.

Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?398>. Acessado em 30/03/2006.

TENDINITE

É a inflamação que acontece nos tendões. Essa inflamação pode ter duas causas, que são: 1. Mecânica – esforços prolongados e repetitivos, além de sobrecarga. Algumas podem suportar trações de até 300 kg. Mas as pessoas comuns, que não são treinadas para carregar peso, podem sofrer lesões diante de um movimento errado ou de uma carga de apenas 10kg de peso. 2. Química – A desidratação, quando os músculos e tendões não estão suficientemente drenados, a alimentação incorreta e toxinas no organismo podem conduzir a uma tendinite. A tendinite se manifesta inicialmente com dores e muitas vezes com a

incapacidade da pessoa em realizar certos movimentos. A pessoa pode sentir dores ao subir ou descer escadas, caminhar, dobrar os joelhos, entre outras posturas ou movimentos.

Fonte: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3815&ReturnCatID=1774#O%20que%20é%20a%20Tendinite?>. Acessado em 30/03/2006.

TENOSSINOVITE

Evidencia-se por inflamações dos tecidos sinoviais, que recobrem os tendões, em sua passagem pelos túneis fibrosos dos ossos. É subdividida em :

Tenossinovite de De Quervain: é decorrente do espessamento do ligamento anular do carpo, na parte em que passam os tendões que flexionam e esticam o polegar. O processo inflamatório do local atinge os tecidos sinoviais e tecidos próprios dos tendões desde a base do osso rádio do antebraço até o polegar, podendo inativar tanto o seu funcionamento como o do punho.

Tenossinovite dos Extensores dos Dedos: é a inflamação aguda ou crônica dos tendões extensores dos dedos e das bainhas que os recobrem, ocasionando dor local.

Fonte: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php>. Acessado em 30/03/2006.

URTICÁRIA

É uma reação na pele que afeta mais de 20% da população em algum momento da vida. Podem aparecer vergões vermelhos, elevados, mudando de tamanho e forma rapidamente. As lesões podem ser mais ou menos localizadas. São chamadas de urticárias agudas aquelas com menos de 30 dias de evolução e urticárias crônicas aquelas com mais de 4 a 6 semanas de evolução. A urticária pode ser causada ou desencadeada por alguns alimentos, medicamentos, inalantes, infecções, verminose, doenças sistêmicas, agentes físicos e fatores emocionais.

Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?443>. Acessado em 30/03/2006.