

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL DE SERVIDORES PÚBLICOS: AVALIANDO UM
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA DOR

Bárbara Kolstok Monteiro

São Carlos, Janeiro de 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL DE SERVIDORES PÚBLICOS: AVALIANDO UM
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA DOR

Bárbara Kolstok Monteiro

Dissertação de Mestrado apresentada
como requisito para obtenção do título de
mestre do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal
de São Carlos

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Jesus
Dutra dos Reis

São Carlos, Fevereiro de 2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M775sm Monteiro, Bárbara Kolstok
Saúde mental de servidores públicos : avaliando
um programa de intervenção para dor / Bárbara Kolstok
Monteiro. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
66 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Dor crônica. 2. Qualidade de vida. 3.
Indicadores de saúde mental. I. Título.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Bárbara Kolstok Monteiro

São Carlos, 20/02/2015

Maria de Jesus Dutra dos Reis

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis (Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Elisabeth Salvador Caetano

Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Salvador Caetano
Universidade Metodista de Piracicaba / UNIMEP

Elisabeth Joan Barham

Prof.^a Dr.^a Elisabeth Joan Barham
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 10h no dia 20/02/2015.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis

Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Salvador Caetano

Prof.^a Dr.^a Elisabeth Joan Barham

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Deisy das Graças de Souza
Coordenadora do PPGpsi

Agradecimentos

Ao Kleber Bonitese, por acreditar nos meus sonhos e objetivos. Principalmente, por me apoiar durante todo o caminho, desde os bombons das primeiras reuniões até a paciência no final do trabalho.

À minha orientadora, Dr^a Maria de Jesus Dutra dos Reis, que foi agente fundamental para que este trabalho tivesse uma forma depois de toda variabilidade necessária, além do apoio nos momentos mais complicados ao longo destes anos.

À Cláudia Resende, mais do que amiga, pessoa com o coração gigante. Capaz de me acolher nos mais diversos sentidos da palavra. Sem a qual o mestrado não teria sido tão fácil de suportar!

À Marinéia Duarte, que exerceu tantos outros papéis além do de secretária da Pós.

À Monica, companheira nesta jornada e amiga em tantas outras horas.

À Mariana Bilia, Dr^o Paulo Pitanga e Fábio Marchi, chefes sensíveis e colaborados, sem a compressão e apoio dos quais não teria sido possível começar este trabalho.

À minha família, em especial à minha mãe, Rita, que sempre “esteve ali para o que precisasse” durante todos os momentos de minha vida.

Aos meus amigos de Campinas, Piracicaba e São Carlos, que se mantiveram presentes, mesmo eu estando bastante ausente.

À Lianna e à Marcela, amigas de pós e de ATM.

À Prof. Liza pelas críticas, sugestões, palavras de apoio e incentivo nos diversos momentos. Especialmente pelas palavras reconfortantes ditas em momentos fundamentais.

À Beth Caetano, pela inestimável ajuda neste trabalho, pelas construtivas e deliciosas conversas, pela disponibilidade/ flexibilidade e especialmente pela colaboração no início da minha jornada como professora.

À Prof. Ana Aiello pelo apoio, livros, conversas e afeto durante este período.

À Mariana Vieira, que provavelmente nem imagina o quanto colaborou para que eu acreditasse o quanto o esforço vale a pena! Ver sua determinação em correr atrás de seus sonhos, saindo do Ceará e vindo para São Carlos, estudar nas férias para passar bem na seleção do mestrado e mais uma vez ter que se mudar foi muito importante para minha formação.

Às amigas de república, com quem observei e acompanhei parte das alegrias e desventuras da vida de pós, servindo de inspiração em tantos momentos deste meu caminho. Mesmo longe vocês continuam presentes em meus pensamentos, Talita Sampaio e Leila Sousa.

E especialmente às minhas participantes por terem contribuído para a realização deste trabalho.

Monteiro, B.K. (2015). *Saúde mental e qualidade de vida de servidores públicos: avaliando um programa de intervenção para dor*. Dissertação defendida junto ao Programa de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP. pgs 73.

RESUMO

Os transtornos dolorosos são usualmente relacionados a perdas na saúde em geral, na qualidade de vida e do trabalho; processos dolorosos têm sido descritos como a segunda e terceira causa de afastamento do trabalho, em todo o País. Desta forma, programas de intervenções breves, replicando estudo anterior (Nash et al, 2004) que pudessem ser implementados nas próprias empresas ou organizações, podem representar avanços importantes para lidar com este problema. O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um protocolo de intervenção breve, utilizando técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais, para funcionários administrativos de uma universidade pública, portadores de dor crônica. Foram avaliados impactos em três dimensões: 1) auto percepção da dor e do impacto no trabalho; 2) indicadores de saúde mental, particularmente depressão, ansiedade e estresse; e, 3) indicadores de funcionalidade e qualidade de vida. Participaram do estudo cinco funcionárias públicas, com idade variando entre 36 e 61 anos; três mulheres tinham o diagnóstico de Fibromialgia, uma Enxaqueca e uma Neurite. O tempo desde o diagnóstico variou de 2 a 7 anos. A intervenção foi programada utilizando um procedimento de linha de base múltipla, em quatro fases: 1) Linha de base; 2) Módulo 1 (Psicoeducação sobre dor); 3) Módulo 2 (Técnicas de Relaxamento); e 3) Módulo 3 (Estresse e estratégias de enfrentamento). Para avaliação inicial e ao longo do processo de coleta e intervenção foram utilizados: Roteiro da Entrevista, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck de Depressão e de Ansiedade, Escala FAST e Inventário WHOQOL-BREF. Registros individuais mostraram uma relação entre a intensidade da dor e a pouca efetividade nas condições de trabalho em geral ($r=0,86$, $p<0,000$) e para cada uma das participantes. Foi possível observar o efeito da introdução da intervenção, em diferentes momentos, para todos os participantes. Na avaliação inicial, todos os participantes apresentaram indicadores de cuidado de saúde em estresse (quatro apresentando escore de *resistência* e um de *quase exaustão*). Duas apresentavam indicador de cuidado em depressão (P4 e P6) e duas em ansiedade (P2 e P4). Um participante (P4) apresentava indicador de cuidado em todas as condições. Quanto a funcionalidade três dos participantes relataram ter dificuldade no desempenho de atividades cognitivas e uma das participantes relata ter dificuldades no controle de dinheiro e aspectos financeiros diários. Os participantes apresentaram resultados médios próximos aos 50 pontos nos quatro domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF. Ao final, três das cinco participantes apresentaram aumento no indicador total de qualidade de vida. Com exceção de P5 todas as participantes apresentaram menor dificuldade de funcionalidade na média de todos os domínios avaliados, sendo a autonomia o domínio com melhor desempenho. Foram discutidas as vantagens de protocolos como implementado, as dificuldades observadas na sua execução e propostas para estudos posteriores.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Crônica; Protocolo de intervenção comportamental; Saúde do trabalhador; Qualidade de vida; Indicadores de Saúde Mental.

Monteiro, B.K. (2015). *Public Worker's Mental health and Quality of Life: evaluating a chronic pain intervention protocol*. Master's thesis, Psychology Program, at the Federal University of São Carlos. São Carlos, SP. 73 pp.

ABSTRACT

Pain disorders are usually related to lower level of general health, quality of life and poorer work performance. Brazilian studies show that pain disorders have been described as the second or third leading cause of absence from work. Therefore this replication study was conducted to evaluate a brief intervention program developed by Nash et al (2004) that could be implemented in companies or organizations, which would represent an important advance in dealing with this problem. This study aimed to evaluate the effects of a brief intervention protocol, using behavioral and cognitive-behavioral techniques for administrative employees with chronic pain diagnoses. The impacts were evaluated along three dimensions: 1) self-perception of both pain and work impacts; 2) mental health indicators, including measures of depression, anxiety and stress; and 3) measures of functionality and quality of life. The study included five public service workers, between 36 and 61 years of age. Three women had been diagnosed with Fibromyalgia, one with Migraines and the other with neuritis. Time since diagnosis ranged from 2 to 7 years. The intervention was programmed using a multiple baseline procedure in four phases: 1) Baseline; 2) Module 1 (Psychoeducation about pain processes); 3) Module 2 (Relaxation Techniques); and 3) Module 3 (Stress and coping strategies). During the Initial Evaluations and over the course of the intervention, the following instruments were used: General Interview, Inventory of Stress Symptoms for Adults - Lipp (ISSL), Beck Depression and Anxiety Inventory, FAST and the WHOQOL-BREF Scale. The Individual records showed a correlation between the intensity of pain and effectiveness in working conditions in general ($r = 0.86, p < 0.001$) and for each of the participants. It was possible to observe the effect of the intervention at different times, for all participants. Initially, all participants had health care needs related to stress (four presented scores of *resistance* and one of *almost exhaustion*). Two had health care needs related to depression (P4 and P6) and two had process related to anxiety (P2 and P4). One participant (P4) had health care needs on all three measures. With regards to functionality, three respondents reported having difficulty in performing cognitive activities and one of the participants reported having difficulties in both controlling money and managing daily financial routines. The participants had average scores close to 50 points in the four areas assessed by the WHOQOL-BREF. Following the intervention, three of the five subjects had an increase in their total score for quality of life. Four participants also reported less difficulty with functionality, considering all the domains evaluated, with better performance observed in the *autonomy* domain. The strong points of the protocol were discussed along with challenges in its execution. Further research are needed to.

Keywords: Chronic Pain; Behavioral intervention protocol; Workers health; Quality of life; Indicators of mental health.

Sumário

Introdução	1
Fibromialgia	5
Enxaqueca	8
Intervenção comportamental nos transtornos de dores crônicas	11
Método	18
Participantes	18
Local/Material/Equipamento	20
Procedimento	23
Resultados	30
Discussão	40
Referências	46
Anexos	57

A palavra *pain* (dor, em inglês) é etiológicamente derivada de *poine*, palavra grega que significa *penalização e castigo*; além disto, tem relação com a palavra *algia* (*algico – punição divina*), do árabe *algoz*, que é relativo a carrasco (Angelotti & Fortes, 2007). Para os pacientes acometidos por dores, esses parecem ser significados bastante pertinentes, uma vez que a sensação dolorosa se apresenta como algo terrível e limitante em suas vidas.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994) a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a uma lesão real ou potencial dos tecidos. Faz parte de um sistema de fuga primitivo que teria como função levar o organismo a escapar de eventos nocivos, preparando o organismo para cuidar de uma lesão, evitar maiores lesões e o perigo de infecção dos tecidos lesados. Entre outras coisas, indicaria a necessidade de pausa e “reparo” do sistema fisiológico.

Dessa forma, usualmente a dor é considerada uma característica evolutiva, que auxiliou na manutenção e na preservação da vida. Este mecanismo teria sua atividade regulada por um conjunto de substâncias produzidas no sistema nervoso, envolvendo tanto receptores especiais da dor quanto estruturas do Sistema Nervoso Central, incluindo a medula espinhal e áreas do Córtex Cerebral; este conjunto constituiria o que tem sido denominado como o *sistema modulador de dor*. A sensação dolorosa, quando prolongada por longos períodos, pode afetar diretamente a qualidade de vida das pessoas acometidas e as expõe a uma condição de estresse físico e psíquico (Sokolov, 1963). Desta forma, a convivência continuada com um processo doloroso pode levar os indivíduos, entre outras coisas, a uma condição denominada como *Transtorno Doloroso*.

O DSM IV (APA, 1994) define o *Transtorno Doloroso* como uma dor que se torna o foco predominante da apresentação clínica, sendo suficientemente severa para requerer atenção clínica. Usualmente, a vivência desta dor causa sofrimento significativo ou

prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. Além disto, fatores psicológicos parecem exercer um papel significativo no início, na intensidade, na exacerbação ou na manutenção da dor.

No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5* (DSM V/APA, 2014) os critérios para a identificação dos Transtornos Dolorosos foram incluídos dentro de uma nova seção diagnóstica denominada *Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados*, apontando como categorias para diagnóstica: (a) um ou mais sintomas somáticos (predominantemente a dor, para a identificação como transtorno doloroso) que sejam particularmente estressores ou que resultem numa significativa interrupção ou *déficit* no funcionamento diário (incluindo nas atividades funcionais); (b) a presença excessiva de comportamentos, sentimentos ou pensamentos relacionados ao sintoma somático (neste caso, a dor); e, persistência do sintoma por um período superior a seis meses. Sendo assim, o prejuízo no funcionamento social e ocupacional tem sido repetidamente reconhecido como relacionado à vivência crônica da dor. Por exemplo, estudos têm demonstrado uma alta correlação entre dores crônicas e indicadores de absenteísmo (Wadell & Burton, 2001); da mesma forma, uma correlação positiva tem sido encontrada entre esta condição de saúde e presenteísmo (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000).

Dois tipos de dores podem ser identificados quando consideramos a intensidade e persistência do fenômeno doloroso, a saber: dor aguda e dor crônica. A *dor aguda* usualmente surge de forma súbita e tem como função alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão, tendo duração máxima de seis meses. Pode ser acompanhada por alterações no sistema nervoso autônomo, podendo produzir mudanças como hipertensão arterial, taquicardia, sudorese, irritação, estresse tecidual, espasmos dos músculos lisos, entre outros. A *dor crônica* é aquela que persiste por mais de seis meses, causando danos ao

sistema físico e emocional, propiciando situação de lentidão do processo de reparação orgânica e funcional do indivíduo; o tratamento nestes casos é relativamente custoso para o sistema de saúde.

A incidência da dor crônica acomete entre 7 e 40% da população. Cerca de 50 a 60% dos que sofrem de dor crônica ficam parcial ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a sua qualidade de vida (Texeira, Figueiró, Yeng, & Pimenta, 1999). Tendo detectado o impacto das dores crônicas em anos consecutivos, o Ministério da Saúde criou em outubro de 2012 as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com dores crônicas. Nos sete primeiros meses de 2014, o Ministério da Previdência Social (2014) informou um investimento de 1,4 milhões de benefícios envolvendo afastamento por doenças no País; destes, 375.013 ocorrem no Estado de São Paulo. Entre as 20 principais causas para afastamento em todo o País, quadros dolorosos responderam por três deles: Dor lombar (2º. lugar), dor nas costas (3º. lugar) e dor lombar que irradia (15º. lugar). Além disto, um indicador preocupante encontrado neste levantamento foi a depressão, ocupando o 13º lugar no rank nacional de afastamento, 6º lugar no Estado de São Paulo e o 3º. lugar na capital deste estado. Considerando a comorbidade observada entre dores crônicas e depressão, podemos hipotetizar que uma porcentagem destes trabalhadores afastados por depressão, também podem estar convivendo quadros de dor.

Pimenta e colaboradores (2000) realizaram um estudo em que foi descrita a presença de escores, indicativos de depressão (segundo o Inventário de Depressão de Beck) significativamente mais elevados entre os doentes com dor do que os sem dor. E pessoas com dor crônica, a prevalência de depressão varia entre 22% e 78% e as queixas dolorosas persistentes ocorrem entre 30% e 100% dos doentes deprimidos. Além disso a depressão e a dor apresentam relação ambivalente, uma vez que prevalência de episódios

depressivos entre pacientes clínicos com dor é alta (42%) (Castro *et al.*, 2006), que ela está associada a maior intensidade e persistência da dor (Haggman, Maher, & Refshauge, 2004) e também que pessoas deprimidas relatam maior queixa de dor que os não deprimidos (Pimenta *et al.*, 2000).

Adicionalmente, quando se encontra indicadores altos de depressão, parece haver uma probabilidade relativamente alta de encontramos indicadores de ansiedade. Por exemplo, em um estudo realizado por Castro *et al.* (2006), observou-se uma relação entre os dois transtornos. Ao todo, 90,5% dos pacientes com depressão também apresentavam ansiedade; entre aqueles com indicadores de ansiedade, 62,3% apresentavam sintomas depressivos. Esta relação tem sido encontrada por diversos pesquisadores (Keogh, McCracken, Eccleston, 2005; Castro, *et al.* 2006).

Trabalho, Dores Crônicas e Saúde Mental

Sala e colaboradores (2009) analisaram e caracterizaram as licenças médicas dos funcionários da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Em seu estudo, os autores citaram a ocorrência de absenteísmo considerado como a solicitação de pelo menos um episódio de afastamento durante o ano. Os pesquisadores encontraram 15,9% de absenteísmo entre os funcionários da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no entanto a literatura aponta índices bem mais elevados, como o índice de 60% de afastamento entre servidores públicos de um hospital militar (Silva & Marziale, 2000; Guimarães, 2005), dados similares ao encontrado em estudo realizado pelo gabinete de saúde do Reino Unido sobre o ano de 2004. Barbosa e Soler (2003) encontraram, ainda, que funcionários de um hospital de ensino não vinculado ao sistema público apresentaram índice de afastamento em torno de 48%. Estes dados evidenciam a subestimação do número de solicitações, ou seja, os dados parecem demonstrar que o impacto para o setor público é ainda maior do que registrado.

Percentual semelhante ao apontado pelos estudos citados por Sala (2009) foi encontrado no estudo conduzido por Araújo (2012), em um estudo realizado com servidores da Universidade de Brasília, que constatou uma prevalência de 64% de absenteísmo por licença médica. Resultados similares foram encontrados por de Andrade e colaboradores (2008) com servidores municipais da cidade de Vitória (Espírito Santo) no qual demonstraram que 75,25% de seus servidores já haviam tirado licença médica. Godoy (2001) analisou de forma similar uma amostra de funcionários de um hospital universitário localizado no Estado de Minas Gerais, e também encontrou altos índices de absenteísmo. Seus resultados mostravam que 79,1% dos trabalhadores obtiveram pelo menos uma licença médica, com predominância de afastamentos entre as mulheres.

Além dos afastamentos assegurados garantidos por lei para alguns quadros crônicos, alguns transtornos dolorosos podem representar custos na qualidade e continuidade no trabalho na medida que, por sua regularidade, podem levar a perdas diárias na rotina de trabalho, não computadas pelos indicadores de afastamentos por saúde das agências governamentais; dentre estas temos quadros como Fibromialgia e Enxaqueca.

Fibromialgia

Dentre as dores crônicas, a Fibromialgia (FM) tem recebido um lugar especial nas investigações por seu impacto nas condições de qualidade de vida e de produtividade no trabalho, particularmente considerando os desafios envolvidos no seu diagnóstico e tratamento (Bedrikow, 2008). A Fibromialgia é uma condição dolorosa generalizada e crônica, caracterizada como uma dor músculo esquelética difusa. Envolve manifestações clínicas como dor, fadiga, indisposição e alterações no sono. Nos critérios clínicos de diagnóstico, estabelecidos pela *American College of Rheumatology* (ACR) em 1990, no exame clínico por apalpação devem ser identificados pelo menos 11 pontos dolorosos dos

18 *tender points* estabelecidos. Distúrbios do sono, fadiga, depressão e ansiedade são alguns dos sintomas frequentemente associados à síndrome (Cavalcante et al., 2006; Goldenberg, 2005; Wolfe et al., 1990). Síndrome da fadiga crônica, síndrome do cólon irritável ou bexiga irritável, cistite intersticial e disfunção da articulação temporomandibular são transtornos que comumente acompanham pacientes fibromiálgicos. Em populações adultas, a maior incidência aparece no sexo feminino, com idade variando entre 35 e 60 anos. A prevalência da FM apresenta uma variação entre 0,66% e 3,2%, podendo aumentar para 24,7% quando o estudo restringe a população a filhos e familiares de mulheres com FM (Cavalcante et al., 2006). Em um estudo realizado no Brasil, a FM foi a segunda mais frequente patologia reumatológica em atendimento ambulatorial, com prevalência de 2,5% (Senna et al., 2004).

Não existe consenso com relação à etiologia e às condições de manutenção da Fibromialgia. Contudo, a comorbidade recorrentemente documentada entre esta patologia e transtornos psicológicos tem levado alguns autores a afirmarem que um modelo explicativo satisfatório da síndrome deverá estabelecer uma relação entre processos biológicos, psicossociais e psicopatológicos da dor (Thieme, Turk, & Flor, 2004; Van Houdenhove & Luyten, 2005). Como um exemplo desta relação, encontramos que a taxa de prevalência entre FM e depressão maior varia de 22% a 90%, levando autores a postular que FM poderia ser uma desordem subjacente a processos relativos à depressão (Ahles, Yunus, & Mais, 1987; Meyer-Lindenberg & Gallhofer, 1998; Pae et al., 2009).

Da mesma forma, estudos identificam uma relação entre transtornos de ansiedade e FM. Arnold et al. (2006) relataram que pacientes com FM, comparados com portadores de outros quadros em reumatologia, apresentam uma probabilidade seis vezes maior de apresentarem comorbidade com diferentes transtornos de ansiedade (ex.: Síndrome do Pânico, Estresse pós-traumático, entre outros). Em estudo brasileiro foram avaliadas 74

mulheres casadas, com idade variando entre 21 e 65 anos. Destas, 47 participantes alcançaram os critérios da ACR; 27 mulheres, designadas para o grupo de comparação, não apresentavam dor muscular crônica. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com relação à idade, raça, estado civil e educação. Observou-se, contudo, que 80% dos pacientes com fibromialgia obtiveram escore indicador de depressão contra 12% do grupo comparação; 63,3% apresentaram indicadores de ansiedade contra 16%. Estas diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas (Martinez, Ferraz, Fontana, & Atra, 1995).

Investigações examinando a etiologia e tratamento da patologia também parecem demonstrar uma significativa correlação com indicadores de *estresse* (Bonifazi et al., 2006; Crofford et al., 1994; Crofford et al., 2004; Holtorf, 2008; Okifuji&Turk, 2002; Reis& Rabelo, 2010; Van Houndenhove & Egle, 2004). Utilizando o *Inventário para a Avaliação de Qualidade de Vida em Pacientes com FM* (FIQ), alguns pesquisadores (White, Speechley, Harth, & Ostbye, 1999) observaram que a síndrome introduzia um impacto significativamente negativo sobre a qualidade de vida de pacientes em idade economicamente produtiva. A presença da dor crônica, somadas aos sintomas como sensação de fadiga, efeitos da insônia, entre outros, levavam a uma maior incapacidade para o trabalho e, como consequência, produziam uma redução nos ganhos familiares.

Segundo Portnoi (1999) os sintomas da fibromialgia costumam se manifestar após a exposição a estressores crônicos e/ou agudos e, aparentemente, se exacerbam durante períodos de estresse físico ou emocional.

Em um estudo brasileiro realizado com pessoas em atendimento reumatológico, Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques e Pereira (2004) utilizaram o mesmo instrumento de avaliação descrito na pesquisa anterior (FIQ), para avaliar o impacto da dor crônica

sobre as atividades laborais. Responderam ao instrumento 40 participantes com diagnóstico de FM e 40 participantes de grupo de comparação, sem sinais clínicos de dores crônicas. Embora os participantes de ambos os grupos afirmem não ter perdido dias de trabalho, observou-se que os pacientes com FM apresentavam uma perda maior de funcionalidade física e habilidades importantes para o bom desempenho de seu trabalho.

Enxaqueca

A *enxaqueca* também é uma dor crônica de prevalência relativamente alta (12%), sendo listada pela *Organização Mundial de Saúde* como uma patologia que representa uma preocupação significativa em saúde pública, sendo uma das principais causadoras de incapacitação na vida diária e no trabalho (Lacroix & Brouard, 2011; Leonardi, Steiner, Scher, & Lipton, 2005). A *enxaqueca* é caracterizada por uma dor cerebral unilateral ou bilateral, sendo a sua intensidade relacionada a processos de vaso dilatação e hiperpulsatibilidade das artérias do cérebro. Usualmente consiste de quatro fases: pródromo, aura ou prenúncio, cefaléia e pósdromo. O *pródromo* ocorreria num período aproximado de 24 horas antes do início da fase de aura, sendo caracterizado por uma sensação de cansaço, irritabilidade e falta de concentração. A fase de *aura* ou *prenúncio* usualmente é caracterizada por distúrbios visuais, incluindo visão de pontos de luzes, áureas luminosas ou raios de luzes nas imagens do campo visual. Esta fase usualmente ocorre uma hora antes do episódio de *cefaléia*. A fase de *cefaléia* usualmente envolve uma dor intensa, acompanhada de sintomas como náuseas, fotofobias, entre outros. No final do episódio, se segue um período de fadiga e exaustão denominado de *pósdromo* (Evans & Mathew, 2000; Angelotti, 2001; Lacroix & Brouard, 2011). A *enxaqueca*, ou *migrânea crônica*, tem sido definida quando a ocorrência de tais crises com frequência igual ou maior que oito dias por mês, por mais de três meses. A *enxaqueca* é o transtorno neurológico mais comum, sendo responsável por significativas perdas na qualidade de

vida e produtividade de seus portadores. Assim como a FM, a enxaqueca apresenta maior prevalência entre mulheres, acometendo de 12 a 20% desta população; entre os homens a prevalência estimada seria de apenas 6% (Krymchantowski & Moreira Filho, 1999).

A enxaqueca pode durar entre 4 e 72 horas, sendo muitas vezes associada a outros sintomas, como náuseas e fotofobia, que podem ser ainda mais debilitantes do que a dor de cabeça propriamente dita (Evans & Mathew, 2000), e causam aproximadamente 30% dos casos de invalidez temporária dos pacientes com enxaqueca (Pryse-Phillips et al, 1992). Além das crises de dores intensas, a enxaqueca apresenta uma série de comorbidades com diferentes patologias, incluindo ansiedade, dificuldades cognitivas, anorexia ou aumento de apetite (Lacroix & Brouard, 2011; Mercante et al., 2005). Mercante et al. (2005) aponta ainda a relação existente entre enxaqueca e o risco de suicídio (40% dos participantes relataram ideação suicida).

Além disto, Sauro e Becker (2009), em revisão sobre o tema, apontam que o estresse parece interagir com a enxaqueca e com os seus fatores predisposicionais. Uma hipótese levantada seria que os fatores estressores usualmente ativariam a liberação de corticotropina; o aumento desta substância tem sido usualmente descrito como um dos gatilhos da enxaqueca. Durante o episódio de enxaqueca, ocorre o aumento da liberação deste hormônio, representando a potencial ativação das respostas de estresse, em geral. Sendo assim, uma situação estressora pode ser um gatilho potencial a uma crise de enxaqueca, criando um ciclo. E, mais do que isto, a vivência continuada com o estresse pode resultar em quadros de dores crônicas, em particular da enxaqueca.

Landy, Runken, Bell, Higbie e Haskins (2011) examinaram o impacto da enxaqueca sobre a produtividade de 509 trabalhadores, tentando associar o tempo desde o início do episódio de enxaqueca e as perdas na produtividade, medidas por absenteísmo e

presenteísmo no trabalho. Os participantes respondiam um instrumento *online*, informando sobre o funcionamento diário como medida de linha de base em dias sem dores; além disto, usaram um diário para avaliar elementos de produtividade (ex. presença, produtos do trabalho, atividades realizadas, etc) nos três dias que se seguiam ao episódio de enxaqueca. Todos os participantes tinham emprego em horário integral e idade superior a 18 anos de idade. Os autores observaram que 64% das dores de cabeça ocorriam em dias de trabalho; destes dias, 68% apresentou algum tipo de impacto na forma de absenteísmo ou presenteísmo. Além disto, observaram que os episódios de enxaquecas que ocorriam durante o sono ou horas antes do início do trabalho, tinham uma maior chance de afetar a produtividade. Os autores discutem que os fatores mais fortemente associados com a perda de produtividade seriam a severidade da dor, os sintomas da enxaqueca e os distúrbios de sono associados.

Santos et al. (2014) encontraram estreita relação entre estresse ocupacional e crises de enxaqueca. Este estudo foi realizado com 6 372 participantes, trabalhadores de cinco universidades e um centro de pesquisa, do ELSA (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto). Os participantes responderam a dois questionários, um sobre enxaqueca - como se haviam sofrido alguma crise no último ano, a frequência com que tinham o problema e os sintomas que acompanhavam as dores. O outro questionário foi aplicado para medir o estresse que os participantes sofriam na profissão, usando como base fatores como demanda de tarefas e ambiente de trabalho. Os participantes foram acompanhados durante um ano. Os resultados mostraram que fatores que desencadeiam estresse no trabalho foram mais prevalentes entre os participantes que sofriam enxaqueca (ou seja, que tiveram ao menos uma crise no ano anterior) do que entre aqueles que não tinham o problema. O estudo demonstrou que crises de enxaqueca com maior frequência são mais recorrentes entre pessoas com trabalhos mais exigentes — que envolvem tarefas com pouco tempo

para serem realizadas ou que exigiam muito esforço para serem concluídas, por exemplo; indicou que indivíduos que sofrem enxaqueca também tendem a atuar em ambientes profissionais ruins e a ter trabalhos nos quais possuem pouca autonomia para tomar decisões ou realizar tarefas variadas; e também que a relação entre estresse no trabalho e enxaqueca é ainda mais forte entre mulheres do que homens. O estresse aparece com um agente associado às crises de dor, seja em relação à intensidade ou à frequência (Schramm *et al.*, 2014).

Intervenção comportamental nos transtornos de dores crônicas

Segundo Fordyce (1976), para a Análise do Comportamento, a dor seria uma forma adaptativa de se relacionar com um ambiente potencialmente aversivo. Para este autor, seria de fundamental importância entender como os padrões de comportamentos envolvidos nas dores crônicas se estabeleceram ao longo do tempo. Ao falar em transtorno doloroso, descrevesse uma longa e complexa história de aprendizagens envolvendo comportamentos reflexos e operantes, produto de uma seleção por contingências filogenéticas, ontogenéticas e sociais; este processo de aprendizagem complexo envolveria a seleção de um repertório denominado *Comportamento de Dor* (Fordyce, 1976; Vandenberghe, 2005).

Em uma proposta de projeto a longo prazo para a investigação da terapia comportamental no entendimento e controle da dor, Keefe (1982) afirmou ser crucial entendermos como fatores comportamentais e socioambientais operariam ao longo do tempo. Afirmou ainda que o repertório descrito na definição da dor (respostas motoras observáveis, mudanças fisiológicas, respostas operantes a condições do ambiente, repertório cognitivo ou verbais) deveria ser examinado como um produto final de uma extensa história de aprendizagem, propondo um projeto a ser construído que levasse em

consideração todas estas dimensões apontadas. Particularmente, as técnicas de avaliação e intervenção deveriam focar três categorias mais amplas do comportamento: (a) Comportamento motor público e observável, (b) comportamentos verbais e cognitivos, e (c) respostas fisiológicas (com medidas apropriadas de acessibilidade).

Na sua revisão geral da pesquisa comportamental sobre a enxaqueca, Penzien, Rains, Lipchik, Nicholson, Lake, e Hursey (2005) apontam 10 áreas críticas de necessidades de investigação, que parecem ser fundamentais para a sistematização da avaliação e intervenção comportamental na área. Os autores defendem que as pesquisas deveriam priorizar algumas necessidades fundamentais, a saber: (1) replicação e generalização de descobertas sobre fatores comportamentais e da terapia na dor crônica, particularmente fortalecendo aspectos metodológicos (ex. aumentar amostras, melhorar descrições, maior rigor no controle, entre outros.); (2) validar tratamentos comportamentais que ainda não estejam acessíveis para diferentes populações, identificando barreiras que dificultem uma mais ampla aplicação (ex. estudos com crianças e idosos, por exemplo); (3) desenvolver protocolos para o referenciamento que validem e possibilitem a identificação de candidatos a terapia comportamental para dores crônicas, com combinações de intervenção medicamentosa e comportamental; (4) estratégias que facilitem e otimizem a adesão ao tratamento, envolvendo as dimensões multiprofissionais da intervenção; (5) um modelo que considere o desenvolvimento de automanejodário das condições que minimizem ou previnam a ocorrência de episódios de dor; (6) integrar a intervenção comportamental incluindo-a na rotina de intervenção de práticas médicas e de outros profissionais; (7) desenvolver e estabelecer estratégias de avaliação e de manejo de transtornos em saúde mental que facilitem o tratamento; (8) desenvolver estratégias que previnam a progressão da patologia de episódios esporádicos para cronicidade diária, modificando fatores de risco, ampliando as dimensões de

prevenção da patologia; (9) realizar pesquisas que descrevessem os componentes ativos e essenciais para os tratamentos comportamentais os quais são de importância fundamental para o desenvolvimento das técnicas; os processos terapêuticos para tratamentos para dor crônica envolvem o uso de diversos componentes ativos, do qual se conhece pouco seus efeitos isolados; e, (10) investir no contínuo desenvolvimento de formatos de intervenção ampliando as tecnologias de avaliação e intervenção.

Técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais demonstram ser eficientes para diferentes dimensões do comportamento, em estudos que parecem caminhar na direção de fortalecer aspectos indicados na proposta de Keefe (1982). Ao longo dos anos, diversos estudos com diferentes procedimentos de intervenções comportamentais e cognitivas-comportamentais, aplicados em intervenções individuais ou em grupo, têm demonstrado relativa eficiência e eficácia no tratamento das dores crônicas em geral: técnicas de relaxamento, *biofeedback*, processos educativos para mudanças de regras, crenças e comportamentos, desenvolvimento de comportamentos e estratégias de controle e prevenção do estresse (ex. estratégias de enfrentamento, inoculação do estresse, entre outros) (Angellotti, 2001; Angelotti & Fortes, 2007; Campbell, Penzien, & Wall, 2000; Jones, Tanigawa, & Weiss, 2003; Queiroz & Vandenberghe, 2007; Penzien, et al, 2005; Pereira, 2007; Rains, Penzien, & McCrory, 2005; Sandor, 1974).

Ao descrever a implementação em grupo de uma intervenção para pacientes com diagnóstico de cefaléias em geral, Nash, Park, Walker, Gordon e Nicholson (2004), apresentaram um modelo de intervenção composto por três módulos de intervenção: (1) *Módulo educativo sobre cefaléia*; (2) *Módulo de treino em relaxamento* e (3) *Módulo de treino para enfrentamento do estresse e dos episódios de dores*. Participaram do estudo 80 pacientes com histórico de dores de cabeça crônicas, de moderada a severa. O estudo foi construído em três fases: (1) avaliação no período pré-treino; (2) tratamento em grupo

e (3) reavaliação depois de um mês de conclusão do tratamento. Os pacientes passavam por uma bateria de avaliações com medidas gerais de Qualidade de Vida, uso de medicação e registro da frequência e intensidade da dor. Uma sessão de orientação individual era, então, realizada com cada participante com diferentes objetivos: fornecer informações gerais sobre o tratamento a ser implementado no grupo, orientar sobre a importância do auto manejo das orientações e das atividades, fornecer informações gerais sobre o monitoramento diário da dor de cabeça e dos comportamentos por ela afetados que faziam parte do estilo de vida (ex. alimentação, horas de sono, tempo de trabalho, atividades de lazer, etc.) e o primeiro exercício de treino em relaxamento muscular progressivo. A orientação também enfatizava o desenvolvimento de uma expectativa realista em relação aos resultados do tratamento (dores de cabeça poderia ser reduzidas na frequência mas, não eliminadas).

Durante a implementação do grupo, cada módulo incluía objetivos e atividades distintas. O *Modulo de educação* envolvia instruções sobre tipos de cefaléias, causas, gatilhos e técnicas de manejo no tratamento (tanto medicamentosos, quanto comportamentais). Esta orientação educativa foi oferecida por profissionais de diferentes áreas (neurologistas, psicólogos, nutricionistas, e fisioterapeutas), através de palestras com duração aproximada de 30 minutos e material informativo escrito para exame e discussão posteriores. O *Modulo de Treino em relaxamento* envolveu o treino de uma série quatro tipos de exercícios de relaxamento, com material audiovisual fornecido para atividade de casa envolvendo as técnicas aprendidas, em particular, o treino em *relaxamento muscular progressivo*. No *Modulo de treino de enfrentamento do estresse e da dor*, foram apresentadas estratégias para a resolução de problemas e respostas de resolução de conflitos, para identificar e lidar como eventuais gatilhos comportamentais,

afetivos e cognitivos, que mantenham a dor de cabeça (ex. problemas no trabalho, com parceiros afetivos, autoridade, etc.).

Neste estudo (Nash e colaboradores, 2004), as intervenções em grupo foram implementadas ao longo de 10 encontros, com duração de uma hora e meia cada. As sessões foram divididas em três partes: (1) avaliações semanais de fatores relacionados com a patologia e com o tratamento (ex. frequência de crises, situações envolvidas, problemas com o registro e realização de atividades de casa, entre outros); (2) introdução de um novo material educacional (ex. palestra, informações sobre técnicas de relaxamentos, etc) e (3) o desenvolvimento de uma nova habilidade (ex. práticas de relaxamentos diversos, treino de habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, entre outros). Tanto quanto possível, o processo em grupo foi usado para facilitar a adesão a todos os tratamentos, construir uma coesão e compreensão entre participantes, permitir a construção de resolução de problemas e partilhar conhecimento e experiência. Toda sessão era concluída com uma atividade a ser desenvolvida em casa. Foi observado, ao final do tratamento, uma redução das dores de cabeça, considerando a frequência, severidade ou duração. Além disto, também foram registradas melhoras em aspectos relativos à qualidade de vida.

Entretanto, apesar da efetividade de alguns destes procedimentos (por exemplo, práticas de respiração, relaxamento e outras técnicas associadas com redução do estresse) já ter sido demonstrado na literatura, não parece que sua utilização esteja sendo uma prática corrente nas intervenções do tratamento destes transtornos. Em estudo realizado em Granada (Espanha), pesquisadores relataram resultados de 214 entrevistas, implementadas por telefone, envolvendo pacientes de um ambulatório de reumatologia, diagnosticados na unidade como portadores de fibromialgia (Linares, Pérez, Pérez, Lima & Castaño, 2005). No contato telefônico, era solicitado aos pacientes informações

relativas às suas características sociodemográficas, clínicas, psicossociais, impacto da enfermidade na família e no trabalho e auto percepção da saúde. Embora a média de idade tenha sido de aproximadamente 47 anos, 67% da amostra não estavam exercendo atividades laborais. Destes, 47,8 % desligou-se por aposentadoria definitiva e 52,2% estava em afastamento temporário por motivos de saúde. Foram encontrados que 97,2% apresentavam sintomas neurológicos e 89,7% sintomas psicológicos. Embora 49,1% da população estivesse medicada com antidepressivos e 24,6 % com ansiolíticos, nenhum paciente informou intervenção psicoterapêutica para o quadro, sendo que somente 8,2% fazia tratamento envolvendo técnicas de relaxamento. Como neste estudo, muitos pacientes com dores crônicas, em geral, embora medicados e em tratamento para patologias em saúde mental, não são encaminhados ou recebem intervenção em técnicas comportamentais que já demonstraram relativa eficiência no tratamento da patologia.

Em estudos realizados na região centro-oeste do Brasil, autores (Silva, Rocha, & Vandenberghe, 2010) descrevem atendimentos em grupo para pacientes com dores crônicas utilizando procedimentos similares ao descrito por Nash e colaboradores (2004). Nestes estudos, também foram observados resultados que parecem demonstrar a eficácia destes procedimentos no manejo e intervenção da dor. Desta forma, os procedimentos parecem também produzir resultados positivos numa população como a brasileira.

A vantagem no desenvolvimento de intervenções como as propostas por Nash et al (2004) seria o desenvolvimento de um Programa de Intervenção relativamente curto (12 encontros) que poderia ser desenvolvido por Psicólogos de diferentes formações teóricas ou por outros profissionais com capacitação em Saúde Mental. Este programa poderia ser utilizado em diferentes empresas, representando uma relação custo-benefício realmente boa para a organização. Considerando o impacto do afastamento por saúde relacionado a dor crônica, o investimento em um Pacote estruturado de intervenção, que pudesse

atender, em grupo, uma parte desta demanda, poderia representar um ganho em qualidade de trabalho para a empresa e, possivelmente, melhoras gerais na saúde e Qualidade de Vida deste trabalhador.

O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar o impacto da aplicação de um programa de intervenção breve, utilizando técnicas comportamentais para tratamento de dores crônicas de servidores públicos brasileiros. O Programa desenvolvido foi similar àquele proposto por Nash e colaboradores (2004), implementado com pacientes com diferentes quadros de dores crônicas, em atendimentos individuais e planejados num procedimento de sujeito como próprio controle, com linha de base múltipla. O estudo buscou avaliar especificamente três dimensões: (1) Auto percepção da dor e do impacto no trabalho; (2) mudanças em indicadores de saúde mental, particularmente depressão, ansiedade e estresse; e (3) indicadores de funcionalidade e qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo cinco funcionárias técnico-administrativas de uma instituição de ensino superior. Na Tabela 1, podemos examinar algumas variáveis de caracterização, assim como algumas informações clínicas sobre cada uma delas. No início da pesquisa tinham idade variando entre 36 a 61 anos, sendo três delas separadas ou divorciadas de relações anteriores e duas estando em relações permanentes (casada ou em união estável). Três das participantes tinham formação superior, com algum tipo de pós-graduação na sua área; uma delas tem ensino médio e formação técnica; e, uma tinha

formação no ensino médio. Três das cinco participantes apresentaram diagnóstico fechado de Fibromialgia (FM: P1, P2, P4), uma tinha quadro crônico de Enxaqueca (P6) e uma delas apresenta um diagnóstico de Neurite (P5); os diagnósticos em todos os casos foram fechados há dois anos ou mais por especialista médico.

Tabela 1- Caracterização e informações clínicas para todos os participantes

Partic.	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Transtorno doloroso (TD)	Tempo Diagnóstico (anos)	Tratamentos		Outros diagnóstico (TD)	Medicação Atual	
						Anteriores	Quais		Psicotrópicos	Não Psicotrópicos
P1	45	Separado/ Divorciado	Médio Completo/ Técnico	Fibromialgia	7	Sim	Acupuntura	Diabetes	Amitriptilina Clonazepam	Miosan
P2	47	Separado/ Divorciado	Pós-Graduação	Fibromialgia	2	Não		Osteoporose	Alprazolam	
P4	61	União Estável	Médio Completo	Fibromialgia	5	Sim	Fisioterapia	Hipertensão, Artropatias, Gastrite	Lexotan Sertralina	Omeprazol Vimovo Diovan 320 Aldomet 500 Espironalactona 50 Disfotato de Clorogemina
P5	55	Separado/ Divorciado	Pós-Graduação	Neurite	3	Sim	Psicoterapia	Hipertensão e Hipotireoidismo		Synthroid Zarth Dolaminflex
P6	36	Casado	Pós-Graduação	Enxaqueca	7	Sim	Psicoterapia, Neurologista	Gastrite	Cymbalta	Neosvaldina

Na Tabela 1, podemos observar que P1 relatou ter tido o diagnóstico de FM há 7 anos, sendo que também sofre de diabetes e outras doenças (não ortopédicas ou cardiológicas), tendo feito acupuntura no passado. P2 tinha o diagnóstico de FM há 2 anos e tinha osteoporose; nunca fez nenhum tipo de tratamento, além do medicamentoso. P4 foi diagnosticada com FM há 5 anos e já fez fisioterapia para melhorar as dores; no momento a participante é hipertensa, apresentando artropatias e gastrite. P5 sofre com a neurite (doença inflamatória dos nervos), com diagnóstico fechado há 3 anos, com quadro de hipertensão e hipotireoidismo. Quando questionada sobre a realização de tratamentos anteriores, referiu já ter realizado psicoterapia. P6 passou a ter enxaqueca há 7 anos, durante a gestação de seu primeiro filho. Já realizou psicoterapia e acompanhamento neurológico. Podemos observar que 4 dos 5 participantes fazem uso de medicação psicotrópica (ansiolíticos e antidepressivos), além da medicação para dor. A única participante que não relata fazer uso de analgésicos é a P2, pois afirma que é alérgica às medicações alopáticas, sendo o Alprazolam uma exceção.

Local, Material e Equipamento

As atividades de pesquisa foram desenvolvidas na própria instituição na qual os participantes estavam vinculados, em salas individuais de atendimento Psicológico. Para a avaliação inicial e ao longo do processo de coleta e intervenção, diferentes instrumentos foram utilizados, a saber: 1) Roteiro da Entrevista para Levantamento de características da população; 2) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); 3) Inventário Beck de Depressão (BDI); 4) Inventário Beck de Ansiedade (BAI); 5) Inventário WHOQOL-BREF; e 6) Escala FAST (*Functional Assessment Staging*)

O *Roteiro da Entrevista para Levantamento de Características* tinha como objetivo obter informações gerais sobre a população estudada, a saber: sexo, idade, histórico de saúde e clínico; avaliação de aspectos do sono, nutrição e sexualidade; dados socioeconômicos (escolaridade, ocupação, condição de moradia, entre outros). O instrumento pode ser examinado no Anexo 2.

O *Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)* foi validado utilizando uma amostra de 1843 pessoas, apresentando boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,91 (Lipp, 2000). O Instrumento é auto-referenciado e formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos identificados como tendo ocorrido nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas da última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas do último mês. Ao final, podem ser identificados quatro fases de estresse, a saber: Alerta, Resistência, Quase-exaustão e Exaustão. A presença de escores relativos a resistência, quase-exaustão ou exaustão pode indicar necessidade de cuidado de saúde com relação ao estresse (Lipp, 2003).

Os *Inventários Beck de Ansiedade e de Depressão* foram traduzidos e validados para a população brasileira, mostrando indicadores satisfatórios, com uma amostra de grupos psiquiátricos e não psiquiátricos (Cunha, 2001). Ambas as escalas solicitam o auto relato de sintomas ocorridos nos últimos sete dias. O *Inventário Beck de Depressão (BDI)* é uma escala de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escores de 0 a 3. O *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)* é constituído por 21 itens, que são afirmações que descrevem sintomas de ansiedade, devendo ser atribuído a frequência de ocorrência dos mesmo por meio de uma escala que varia de 0 (Nunca) a 3 (Muito Frequentemente). Para ambos os

inventários, os resultados podem ser interpretados em quatro níveis: Mínima, Leve, Moderado e Grave; avaliações nos níveis *Moderado* e *Grave* devem ser considerados como indicadores de necessidade de cuidado em saúde.

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – BREF)* avalia a qualidade de vida do paciente, investigando uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, sua condição de saúde e intervenções médicas. A versão abreviada apresenta uma escala tipo Likert com 26 questões que devem ser respondidas utilizando uma escala de pontuação de 5 pontos. Seu cômputo gera um escore geral e de quatro diferentes domínios (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*). O Domínio *Físico* avalia as facetas de *dor/desconforto, energia/fadiga e sono*. O Domínio *Psicológico* avalia as facetas de *sentimentos positivos, negativos, cognições, autoestima e autoimagem*. O Domínio das *Relações Sociais* avalia aquelas referentes a *relações pessoais, apoio social e atividade sexual*. O Domínio *Ambiente* avalia facetas de *segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de recreação e lazer, transporte, ambiente físico em geral (poluição, ruído, clima, trânsito)*. Quanto maior os valores de percentil obtidos, maior é a estimativa da *Qualidade de Vida (QV)*. Este instrumento foi traduzido e adaptado com adultos brasileiros, demonstrando consistência interna (Alfa de Cronbach 0,832) e validade (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 2000; Castro, Driuso e Oishi, 2014).

A *Functional Assessment Staging (FAST)* é um instrumento que propõe uma pontuação global de funcionalidade do participante, considerando seis domínios: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. Cada domínio é composto por itens cuja pontuação varia de 0 a 3, a soma de todas as pontuações

corresponde ao escore geral do teste. Quanto maior a pontuação, maior é a dificuldade apresentada pelo participante (Anexo 3).

Registros semanais e diários foram solicitados para acompanhamento de condições referentes aos episódios de dor, qualidade do sono e condições no trabalho. O registro solicitava uma avaliação diária da estimativa da pior intensidade de dor utilizando uma escala de 0 a 10; zero sendo nenhuma dor observada e 10 uma dor extremamente intensa. Utilizando uma escala, também variando de zero a 10, o participante deveria estimar o quanto a dor havia afetado suas condições de trabalho. Um modelo deste registro foi apresentado no Anexo 4. Todas as sessões de avaliação e intervenção foram registradas por meio de mídia digital.

Procedimento

O presente estudo foi avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sendo disponibilizado na Plataforma Brasil (Protocolo CAAE 03822012.5.0000.5504), sendo o documento de aprovação disponibilizado no Anexo 5.

Inicialmente, funcionários de uma instituição de ensino superior foram convidados a participar de uma pesquisa referente a um procedimento de intervenção em grupo para tratamento de dor crônica. A divulgação foi realizada por meio de publicações internas da instituição, convite pessoal, divulgação por cartazes e folders. O interessado deveria ser funcionário efetivo, adulto, com diagnóstico prévio por profissional de saúde como portador de dor crônica.

Os funcionários que demonstraram interesse foram convidados a participar de uma reunião em grupo, com o pesquisador responsável e seu orientador, para serem informados sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação, nas condições estabelecidas pelo *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, apresentado

no Anexo 1. Considerando que somente seis servidores demonstraram interesse e compareceram à reunião, foi discutida a possibilidade de desenvolver os procedimentos da pesquisa em atendimentos individuais. Havendo concordância de todos presentes em participar dos procedimentos em intervenção individual, os interessados assinaram o TCLE e marcaram um primeiro encontro para avaliação.

Procedimentos de Avaliação

A Figura 1 apresenta um fluxograma com as atividades de avaliação e intervenção desenvolvidas. Para todos os participantes, a aplicação dos instrumentos de avaliação inicial foi planejada para acontecer em dois encontros individuais. Na primeira sessão, cada participante respondeu às questões referentes à entrevista de caracterização e aos seguintes instrumentos: (1) ISSL, (2) BDI e (3) BAI. Nesta sessão, foram dadas orientações gerais, aos moldes daquelas utilizadas por Nash e colaboradores (2004). Ao final, foi entregue ao funcionário um diário de registro de dor e funcionamento no trabalho, sendo o mesmo orientado a preenchê-lo diariamente, até o encontro seguinte com o pesquisador. Na sessão seguinte foram aplicados os instrumentos restantes: (4) Inventário WHOQOL-BREF e (5) Escala FAST. Foram ainda recolhidos os instrumentos de auto-observação diária. Na devolução deste registro, foram consultadas as dificuldades de preenchimento do mesmo e solicitado esclarecimentos sobre as experiências relatadas. Foram entregues novos formulários para auto registro, com orientação e estímulos verbais sobre a importância da tarefa. Durante a semana, a pesquisadora ligava para os participantes para saber sobre suas dificuldades gerais e sobre o registro diário. Na semana seguinte, um novo encontro discutia majoritariamente o registro e as condições no trabalho e na dor, sem introduzir manejo clínico de cuidado na condição.

Na Figura 1 podemos observar, ainda, que ao final destas três semanas, os participantes foram agrupados em dois grupos, utilizando os escores de ansiedade e depressão obtidos, buscando fazer o pareamento dos participantes considerando o desempenho inicial nos inventários BAI e BDI, de modo que . Os participantes P1 e P2 foram designados para um mesmo grupo; os Participantes P4, P5 e P6 foram para o grupo seguinte. O Participante P3 retirou-se da pesquisa nas sessões que se seguiram a avaliação inicial. Desta forma, a intervenção foi realizada com as cinco participantes remanescentes.

Concluída as três semanas iniciais de avaliação, a intervenção era iniciada imediatamente com os Participantes P1 e P2, sendo implementado o *Módulo 1* nas quatro semanas seguintes; durante este período, as demais participantes se mantinham realizando os registros diários e entregando para a pesquisadora em encontro semanal, sem que fossem realizadas sessões terapêuticas.

Podemos ver, ainda na Figura 1, que ao final destas quatro semanas, todos os participantes da pesquisa foram reavaliados, em um encontro planejado nos moldes propostos por Nash et al (2004): (1) escuta terapêutica do sofrimento pessoal envolvendo a convivência com a dor neste período; (2) aplicação dos inventários psicodiagnósticos previstos para o estudo (BDI, BAI e ISSL) e (3) aplicação de relaxamento progressivo, com duração máxima de 20 minutos. Para os participantes do P1 e P2 foi solicitada, ainda, uma avaliação pessoal informal do processo terapêutico.

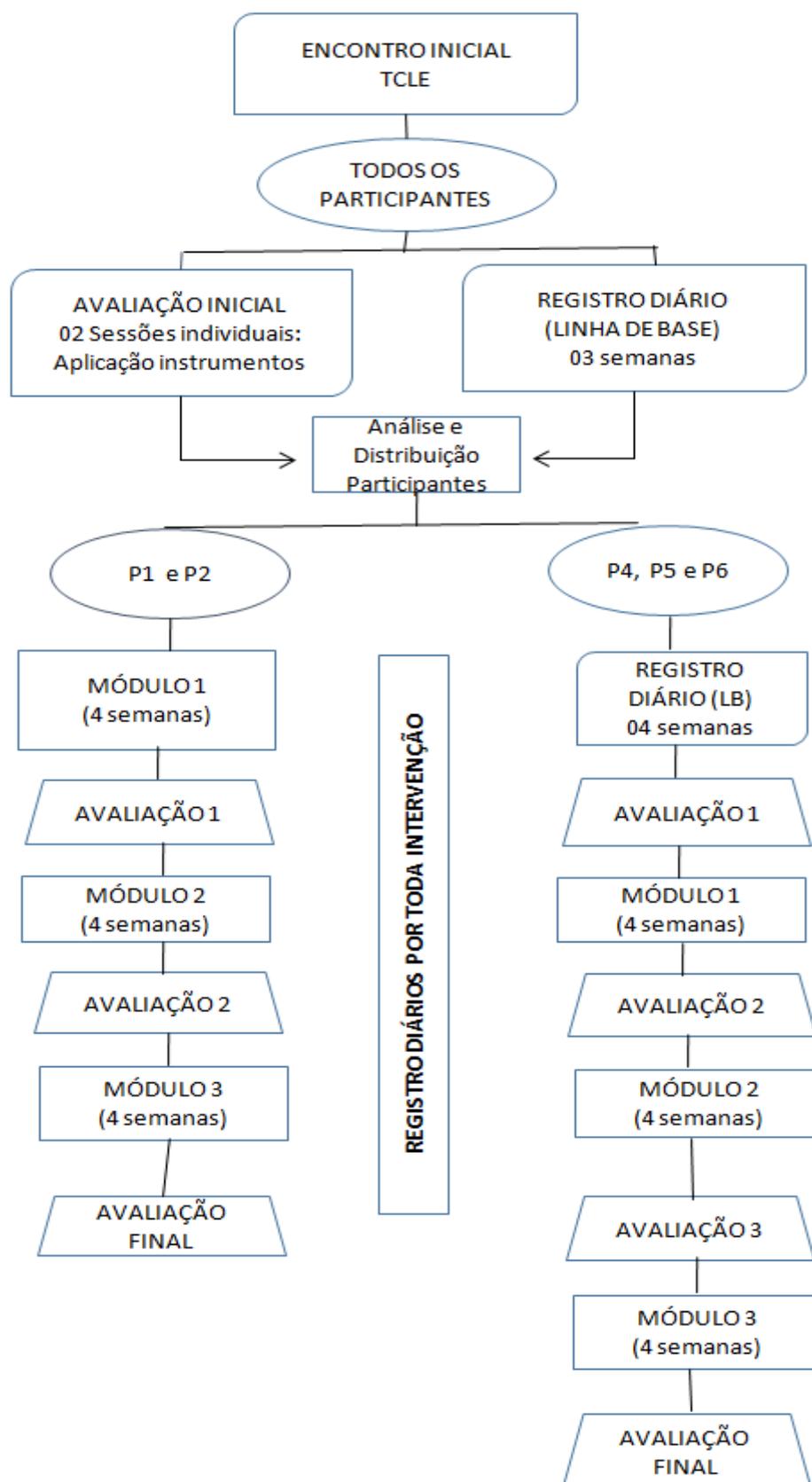


Figura 1- Fluxograma das atividades de avaliação e intervenção.

Seguindo a esta reavaliação (Avaliação 1), os participantes P1 e P2 iniciavam o *Módulo 2* da intervenção e os demais participantes iniciavam o *Modulo 1* (P4, P5 e P6). Concluídas as quatro sessões previstas para estes módulos, uma reavaliação (Avaliação 2) era implementada, num formato similar àquela realizada anteriormente. Concluída esta reavaliação, os Participantes P1 e P2 eram submetidos às sessões de intervenção referentes ao *Módulo 3*, enquanto os demais (P4, P5 e P6) participavam das condições planejadas para o *Módulo 2*.

Concluída esta reavaliação, os Participantes P1 e P2 eram submetidos às sessões de intervenção referentes ao *Módulo 3*, enquanto os demais (P4, P5 e P6) participavam das condições planejadas para o *Módulo 2*. Ao final destas quatro semanas, os Participantes P1 e P2 concluíram as condições de intervenção planejadas sendo, então, submetidos ao procedimento de *Avaliação Final*. Concomitantemente, os participantes P4, P5 e P6 foram submetidas à Avaliação 3, similar as reavaliações previamente implementadas e iniciavam as condições de intervenção referentes ao *Módulo 3*. Ao final de quatro encontros, seguindo a conclusão do *Módulo 3*, os participantes P4, P5 e P6 foram submetidos à *Avaliação Final*.

A *Avaliação Final* consistia de um encontro na qual foram reaplicados todos os instrumentos de medidas utilizados na avaliação inicial, a saber: Inventário de Stress da Lipp (ISSL), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI), Inventário WHOQOL-BREF e Escala FAST. Durante todas as condições de intervenção, foi solicitado que todos os participantes mantivessem os registros diários referentes à percepção subjetiva da dor, das condições de trabalho e do sono.

Procedimentos de Intervenção

A intervenção consistiu de um total de 12 sessões individuais, com duração de uma hora cada, sendo registradas em mídia digital. Todas as informações fornecidas,

instrumentos utilizados, conteúdos da sessão e registros em geral foram de acesso exclusivo dos psicólogos responsáveis pela pesquisa, mantido em local privado e seguro, não acessível a outros participantes ou servidores da organização; o mesmo se aplicou aos instrumentos e registros pessoais preenchidos. Seguindo o procedimento proposto por Nash e colaboradores (2004), as sessões foram programadas em três módulos, com quatro encontros previstos para cada um deles. Os três módulos planejados foram: *Módulo 1*) Psicoeducação sobre dor; *Módulo 2*) Conhecendo relaxamento; e, *Módulo 3*) Informações sobre estresse e estratégias de enfrentamento.

Módulo de Psicoeducação sobre Dor (Módulo 1) tinha como objetivo apresentar as diferentes definições sobre dor, descrevendo os mecanismos gerais envolvidos neste processo e características de diferentes transtornos dolorosos. No primeiro encontro, apresentações e materiais escritos foram produzidos para informar sobre a definição e mecanismos envolvidos na dor, tirando as dúvidas que eventualmente pudessem surgir sobre o tema. No segundo, foram retiradas as dúvidas sobre o material escrito fornecido na sessão anterior; além disto, novas apresentações e materiais foram produzidos, fornecendo informações sobre os diferentes quadros de dores, relativos a cada participante (Fibromialgia, para P1, P2, P4; Enxaqueca, para P6; e, Neurite, para P5). O terceiro encontro tinha como objetivo levar o participante a identificar e discriminar condições do ambiente físico, social e biológico que funcionariam como gatilhos importantes nos seus processos dolorosos; para tanto, foram exploradas as informações obtidas nos registros diários e nas descrições de vivências de crises dolorosas, antes e durante o processo de intervenção. No quarto, encontro foram abordadas alternativas de tratamentos não medicamentosas para dor, buscando introduzir, entre outras coisas, a importância do relaxamento como um destes procedimentos, como uma forma de introduzir e motivar o conteúdo a ser explorado no *Módulo 2*.

O *Módulo sobre Relaxamento (Módulo 2)* tinha como objetivo descrever, informar e produzir contingências de aprendizagem para diferentes estratégias de relaxamento. No primeiro, encontro foi planejada uma apresentação sobre os mecanismos envolvidos no relaxamento, suas modalidades e seus benefícios; além disto, foi introduzida a técnica de *Respiração Profunda*. Nos encontros, seguintes foram apresentadas três técnicas de relaxamento: a) autógeno; b) passivo; e c) de Jacobson. Durante as sessões, os participantes eram ensinados a realizar estas técnicas, sob orientação do pesquisador, com uso de procedimentos instrucionais, de modelagem e de modelação. Também foram fornecidas instruções impressas e em CD para realização das técnicas como Atividade de Casa.

O *Módulo Informações sobre Estresse e Estratégias de enfrentamento (Módulo 3)* tinha como objetivo informar sobre a definição, características, função e fases do estresse. No primeiro encontro, foram introduzidas informações críticas sobre estresse através de apresentação no computador e material informativo escrito. Neste mesmo encontro, foram apresentados os mecanismos do estresse e como o mesmo afetaria processos biológicos como dor e sono; as informações obtidas no *inventário ISSL* e *registros diários* foram analisados com o participante, buscando levar a uma melhor discriminação das suas condições nestes processos e as contingências em operação na sua própria vida. Nas três sessões seguintes, foram introduzidas instruções, modelação e reforço diferencial de comportamentos relativos ao enfrentamento do estresse nas condições de trabalho. Considerando os relatos das dificuldades apresentadas ao longo da intervenção, esta intervenção foi majoritariamente organizada considerando os seguintes conteúdos: 1) treino introdutório sobre resolução de conflito e assertividade, especialmente nas relações com Chefes e Pares; 2) Importância de negociar dizendo não para algumas condições; 3) Estratégias de Aceitação dos sentimentos e emoções

envolvidos nas condições estressoras; 4) Informar e monitorar a implementação de condições relativas à higiene do sono.

Resultados

Análise dos Registros Diários

A Figura 1 apresenta a média da intensidade atribuída à dor e às dificuldades no trabalho, a cada três registros diários, em todas as condições experimentais, para todos os participantes. As linhas verticais sinalizam mudanças de condições. O número de dias de registros variou de participante para participante; todos os participantes mantiveram registros na Linha de Base (LB). Três deles mantiveram-se registrando em todas as condições de intervenção (P2, P4 e P5); a Participante P1 entregou registros até parte do Módulo 2 e P6 deixou de registrar durante o Módulo 1. Podemos observar que quanto maior a percepção da dor, maior o grau de dificuldades atribuídas nas atividades do trabalho; de fato, as duas curvas apresentam tendências similares. Análise estatística de *Spearman*, two tailed, considerando todos os resultados observados, mostrou uma correlação significativa entre as duas variáveis ($\rho = 0,86$, $p < 0,001$). Podemos observar, na Figura 2, que esta relação também foi significativa, considerando cada participante separadamente, com resultados variando de $\rho = 0,73$ (P4) a $\rho = 0,95$ (P5).

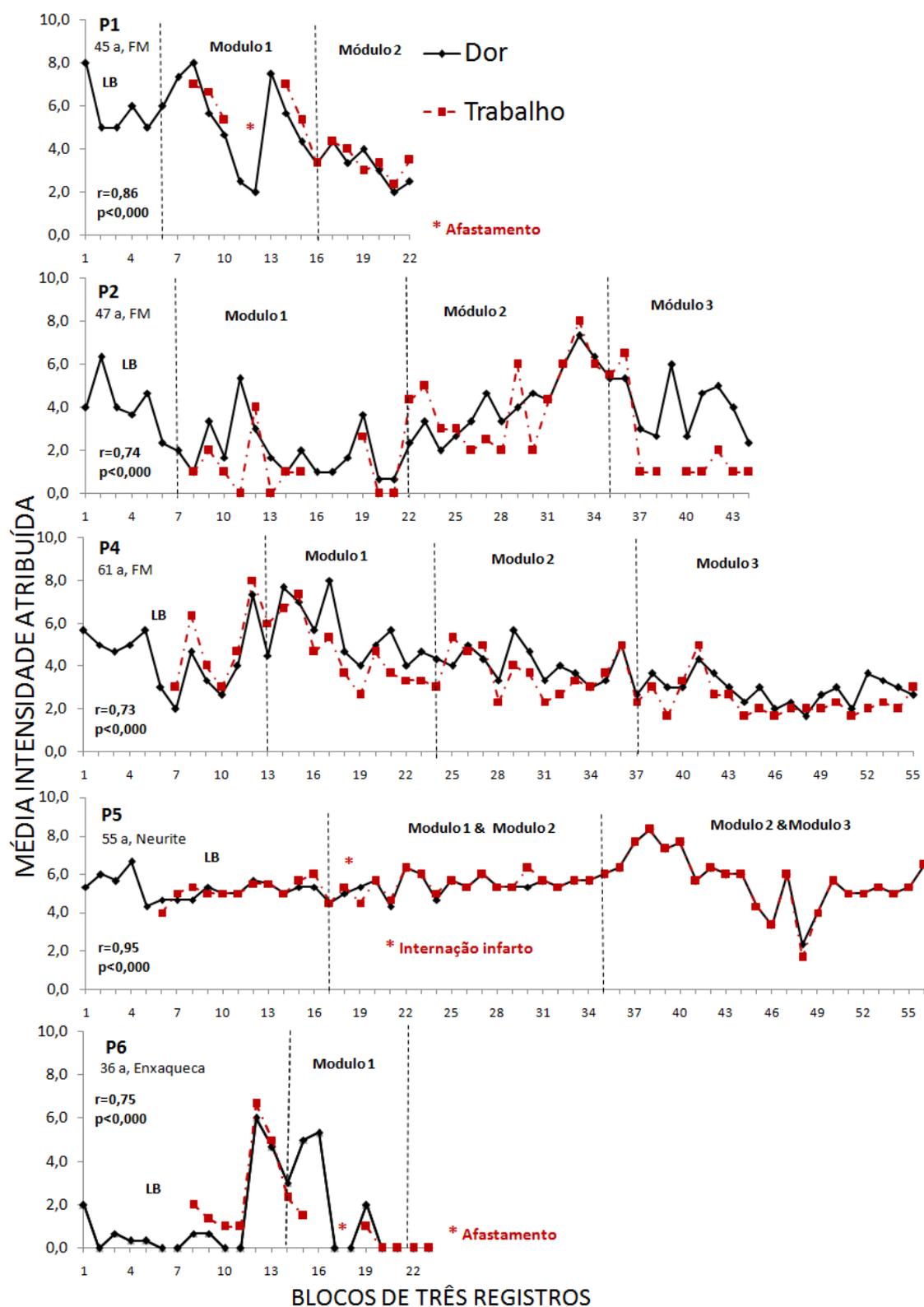


Figura 2 – Média para blocos de três dias de registro das atribuições da intensidade da dor e o impacto da mesma sobre o trabalho. As linhas pontilhadas indicam mudanças nas condições de intervenção. (FM=Fibromialgia)

Na Figura 2 podemos, ainda, observar uma diminuição constante e contínua, através das condições, para o Participante P4. Examinando especificamente os efeitos da introdução do *Módulo 3*, podemos observar mudanças visíveis para os três participantes com registro nesta fase. O Participante P2, que apresentava uma aparente tendência de aumento na intensidade da dor na condição anterior, apresenta um visível decréscimo desta tendência, com uma diminuição das dificuldades atribuídas no trabalho. Para P4, no mesmo módulo, os maiores valores atribuídos à dor são usualmente inferiores àqueles indicados na *LB* e no *Módulo 1*.

A Participante P5 no início da intervenção (segunda sessão) foi internada com princípio de infarto. Ela voltou rapidamente ao trabalho e quis continuar o atendimento. Contudo, considerando o estresse agudo observado e as condições gerais, um procedimento diferenciado foi implementado com a mesma. As sessões com introdução das estratégias de relaxamento foram iniciadas imediatamente as e condições de orientação educativa foram acontecendo concomitantemente. As condições de relaxamento foram mantidas ao longo de todo o procedimento em função do relato da participante de sentir-se melhor com o procedimento. Concluída as condições do processo educativo, as intervenções consistiram de (1) treino de relaxamento/respiração e (2) trabalhar estratégias de enfrentamento de condições estressoras, particularmente trabalhando assertividade para negociação com familiares (mãe) e chefia. Podemos observar que, para esta participante, a menor percepção de dor e melhores condições no trabalho foram observadas depois da introdução de conteúdos referentes ao *Módulo 3*.

A Figura 3 apresenta a média (parte superior) e a Mediana (parte inferior) obtida na análise de todos os registros produzidos durante a Linha de Base (*LB*) e os quatorze últimos registros implementados por cada participante. O exame da média mostrou uma diminuição entre as duas medidas para três participantes (P1, P4 e P6), com uma relativa

variabilidade na medida considerando o Desvio Padrão; a mediana mostrou a redução da primeira para a segunda medida para três diferentes participantes (P1, P2 e P4).

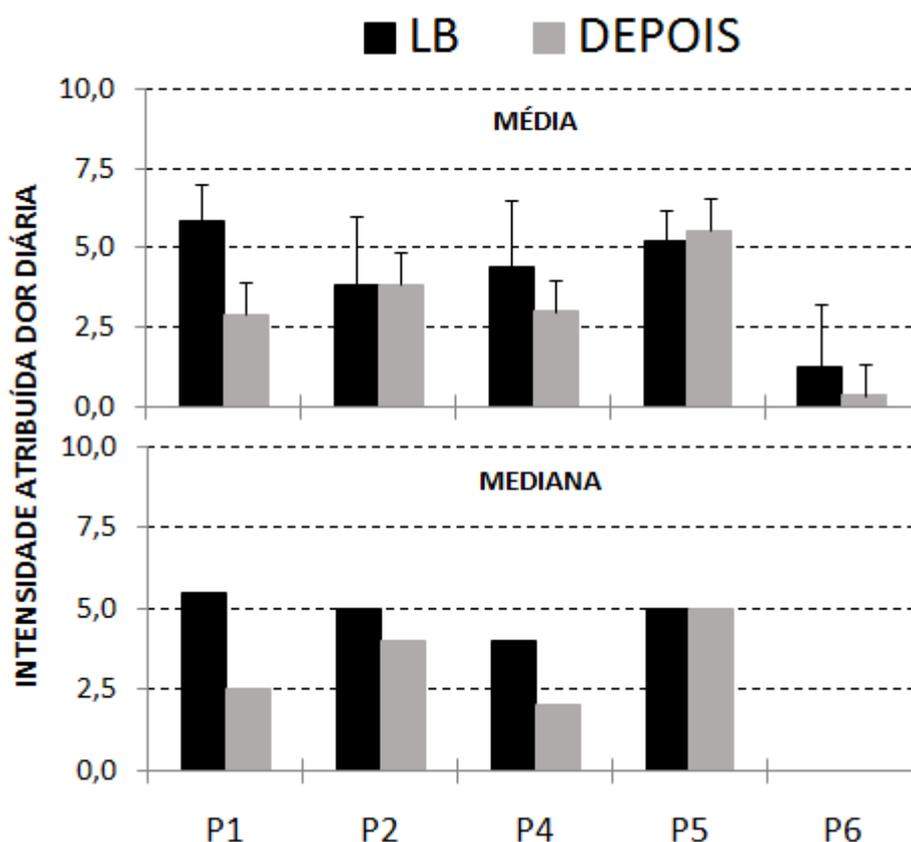


Figura 3 – Média (superior) e Mediana (inferior) da intensidade atribuída à DOR, para todos os Registros Diários durante a Linha de Base e nos quatorze últimos registros durante a intervenção.

Análise dos Instrumentos das Avaliações

A Tabela 3 apresenta, para todos os participantes, os escores obtidos nas diferentes aplicações dos Inventários Beck de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI). A área sombreada destaca as avaliações que aconteceram antes do início da intervenção e ao final da mesma. No início da intervenção, dois participantes apresentavam indicadores de cuidado em *depressão* (P4 e P6) e dois em *ansiedade* (P2 e P4); ao final, nenhum

participante apresentou escore de cuidado relativo à medida de *depressão* e um participante (P2) não teve mudança significativa observável no que concerne à *ansiedade*.

Tabela 3 – Escores obtidos nas diferentes avaliações, no inventário de depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), para todos os participantes. A área sombreada destaca as avaliações anteriores à intervenção e ao final da mesma.

INST	Participante	INICIAL		AV 1	AV 2	AV 3	FINAL		
		Escore	Nível	Escore	Escore	Escore	Escore	Nível	
BDI	P1	17	Leve	9	14		14	Mínimo	
	P2	7	Mínimo	9	*		2	Leve	
	P4	24	Moderado	24	13	14	7	Mínimo	
	P5	12	Leve	19	15	13	12	Leve	
	P6	21	Moderado	15	16	14	11	Mínimo	
	Média	16,2		15,2	14,5	13,7	9,2		
	DP	6,8		6,5	1,3	0,6	4,8		
	Mediana	17,0		15,0	14,5	14,0	11,0		
	BAI	P1	16	Leve	19	10		13	Leve
		P2	22	Moderado	25	*		27	Moderado
P4		34	Grave	19	20	15	7	Mínimo	
P5		8	Mínimo	11	20	17	5	Mínimo	
P6		9	Mínimo	6	8	5	8	Mínimo	
Média		17,8		16,0	14,5	12,3	12,0		
DP		10,7		7,5	6,4	6,4	8,9		
Mediana		16,0		19,0	15,0	15,0	8,0		

*Faltou à avaliação e não respondeu aos instrumentos.

**Legenda: INST= Instrumento; AV 1= Avaliação 1; AV 2= Avaliação 2; AV 3 = Avaliação 3.

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos nas diversas aplicações do Inventário de Estresse (ISSL). O sombreado destaca as avaliações que aconteceram antes e ao final da intervenção. Todos os participantes iniciam a intervenção com indicadores de cuidado em saúde nesta medida. Como podemos observar, o participante P4 apresentou indicador

de cuidado em todas as medidas examinadas na avaliação inicial (Estresse de Quase Exaustão; Depressão Moderada e de Ansiedade Grave).

Tabela 4 – Escores obtidos no Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) nas diferentes avaliações, para todos os participantes. O sombreado destaca as avaliações anteriores à intervenção e depois da mesma.

PART	INICIAL		AV 1		AV 2		AV 3		FINAL	
	Fase	Perc	Fase	Perc	Fase	Perc	Fase	Perc	Fase	Perc
P1	Resist	50	Resist	42	Resist	25			Resist	42
P2	Resist	17	Alerta	44	*	*			Resist	8
P4	Q_Ex	67	Q_Ex	58	SEM	-	SEM	-	SEM	-
P5	Resist	33	SEM	-	Resist	50	Q_Ex	100	SEM	-
P6	Resist	50	Resist	50	Resist	33	Resist	17	SEM	-

*Faltou à avaliação e não respondeu aos instrumentos.

**Legenda: PART= Participante; AV 1= Avaliação 1; AV 2= Avaliação 2; AV 3 = Avaliação 3; Perc= Percentil; Resist= Resistência; Q_Ex= Quase Exaustão; SEM= Sem estresse.

Podemos ver, ainda na Tabela 4, que ao final da intervenção, nenhuma das participantes apresentou sinais indicativos de necessidade de cuidados em relação ao estresse. Para três dos cinco participantes (P2, P5 e P6) a redução desta medida ficou particularmente marcada na avaliação que seguiu imediatamente o *Módulo de Estresse e Estratégias de Enfrentamento* (FINAL). Para dois participantes (P4 e P6), alterações visíveis nesta medida são observáveis desde a avaliação do *Modulo 1* da intervenção.

A Figura 4 apresenta o percentil de Qualidade de Vida, no escore geral e nos quatro domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, na avaliação inicial e final, para todos os participantes. Na Avaliação Inicial, os valores totais do percentil variaram de 34,6% (P4) à 59,7 (P8); na Avaliação Final, os valores variaram de 33,3% (P1) à 81,7 (P6). Ao final, três dos participantes apresentaram um aumento no indicador **total** de QV (P4, P5

e P6); dois apresentam um aumento nos indicadores de QV para todos os domínios (P4 e P6) e um deles apresentou aumento em 03 dos 04 avaliados (P5).

Considerando os desempenhos individuais, observamos que o *Participante P4* apresenta o maior incremento na QV, com desempenho inicial de 34,6% e final de 61,5%. Durante a avaliação inicial, P4 apresentou valores inferiores a 38%, para todos os domínios. O menor escore foi observado no domínio *Psicológico* (29,2%); o maior estava relacionado ao domínio *Ambiente* (37,5%). Para o mesmo participante, ao final da intervenção, o menor escore observado foi 41,7%, no domínio *Relações Sociais*; o maior escore foi obtido no *Psicológico* (70,8%). O participante, contudo, obteve ganhos visíveis em todos os domínios avaliados.

O Participante P6 também apresentou ganhos para todos os domínios, apresentando o segundo maior incremento em QV, passando de 59,7% para 81,7%. No início da intervenção, o domínio *Psicológico* obteve o menor escore (41,7%); todos os demais domínios apresentavam valores iguais ou superiores a 50%, sendo o domínio de melhor avaliação o *Ambiente*. Ao final da intervenção, o domínio *Psicológico* continua apresentado o pior escore, embora com incremento claramente observável (66,7%). Todos os outros domínios apresentaram escores iguais ou superiores a 75% na avaliação final, com especial aumento sendo observado em *Relações Sociais* (de 66,7% para 100,0%).

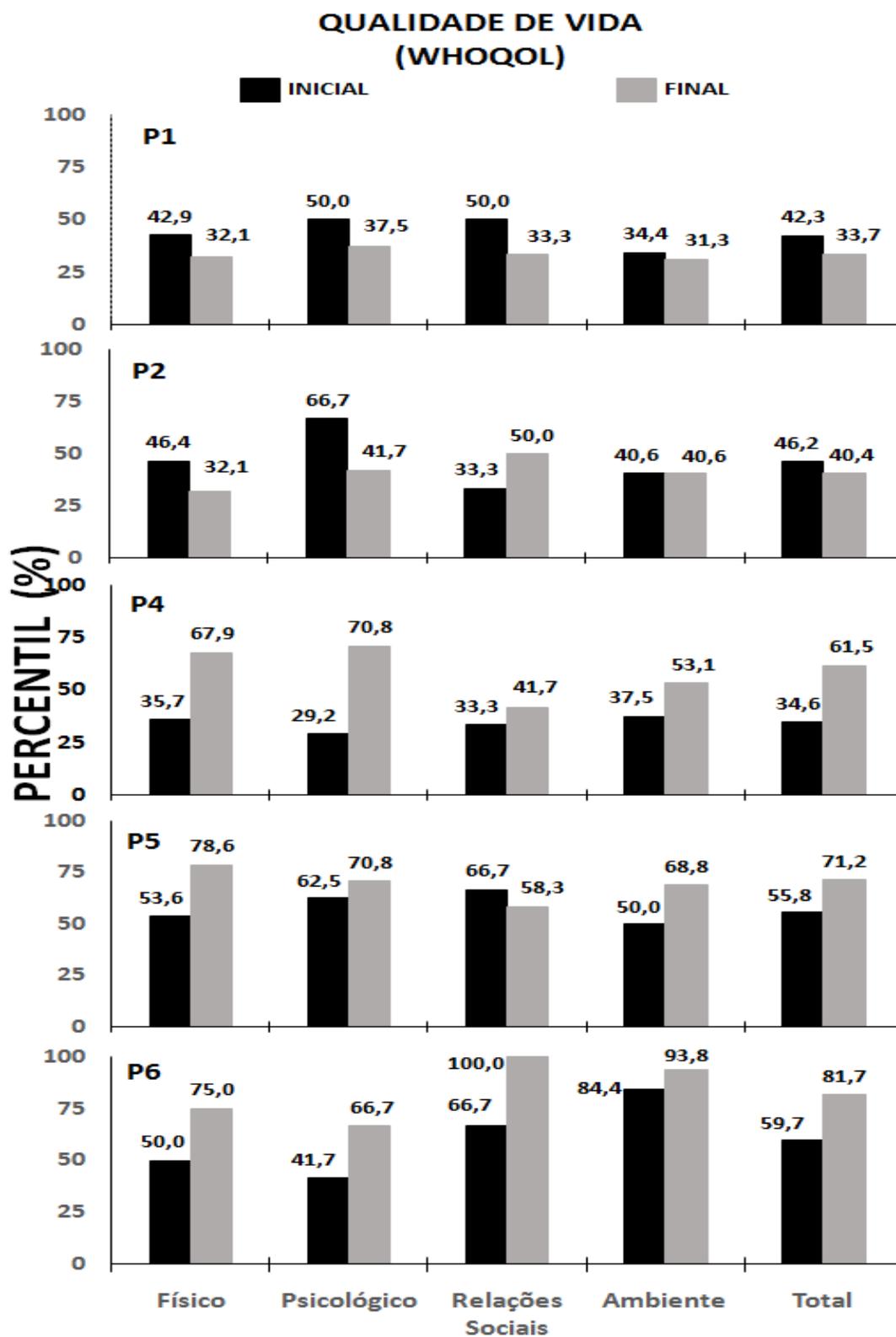


Figura 4 – Percentil nos quatro domínios e no total do escore, na avaliação de *Qualidade de Vida*, obtido na avaliação inicial e final, para todos os participantes.

O terceiro melhor incremento foi observado no desempenho total de P5, variando de 55,8% a 71,2%. Para este participante, na avaliação inicial, todos os quatro domínios apresentavam escore igual ou superior a 50%. O menor escore foi observado no domínio *Ambiente*; o maior em *Relações Sociais*. Na avaliação final, o menor escore foi relacionado a *Relações Sociais*; o maior no domínio *Físico*.

Na Figura 4 podemos observar, ainda, que dois participantes apresentam decréscimo aparente no indicador de QV: P1 e P2. O Participante P1 apresentava 42,3% na avaliação inicial e concluí com 33,7%. Antes da intervenção, a Participante apresenta escores superiores a 40% em três dos quatro domínios (*Físico*, *Psicológico* e *Relações Sociais*); ao final da intervenção, todos os valores estavam abaixo de 38%, variando entre 31,3% (*Ambiente*) e 37,5% (*Psicológico*). As condições desta participante mudaram significativamente durante a coleta, uma vez que iniciou um conjunto de tarefas profissionais, para complementação de seu salário. A participante P2 iniciou com escore total 46,2% e concluí com 40,4%. Inicialmente, os escores variaram de 33,3% (*Relações Sociais*) a 66,7% (*Psicológico*). Ao final, o domínio *Relações Sociais* apresentou um incremento de 33,3% para 50%. *Ambiente* não apresentou variação visível e dois domínios decresceram (*Físico* e *Psicológico*).

A Figura 5 apresenta o percentil de dificuldade em relação à funcionalidade nos domínios avaliados pela escala FAST, na *Avaliação Inicial* e na *Final*; quanto maior a pontuação, maior é a dificuldade em relação ao domínio avaliado; sendo assim, escores iguais ou maiores que 50% podem estar relacionados à relativa dificuldade funcional no domínio avaliado.

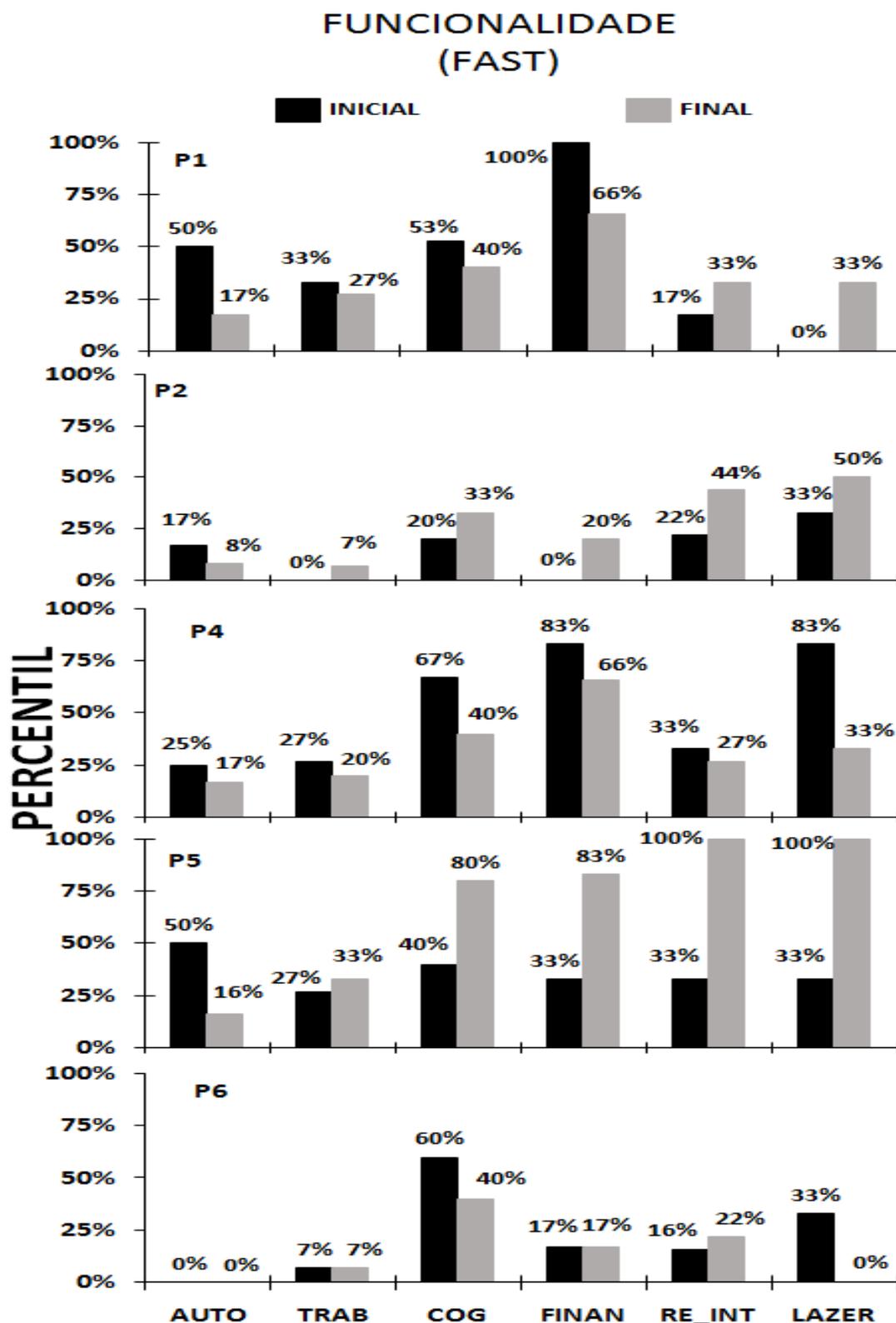


Figura 5 – Percentil obtido nos domínios avaliados na Escala FAST, para todos os participantes, na Avaliação Inicial e ao Final da intervenção. (Legenda: AUTO=autonomia; TRAB=Trabalho; COG=Cognição; FINAN=Financeiro; RE_INT=Relações Interpessoais)

Antes da intervenção, dois participantes indicaram dificuldades funcionais em pelos menos três dos seis domínios (P1 e P4); por outro lado, P2 não apresentou dificuldade funcional para quaisquer dos domínios, com escores baixos variando de 0% a 33%. Três dos participantes (P1, P4 e P6) descreveram dificuldade no domínio da *cognição*, com escores de 53%, 67% e 60%, respectivamente; de fato este o único domínio de cuidado para P6. O Participante P5 também apresentou uma única área de maior dificuldade funcional (*autonomia*). Os maiores escores de dificuldades foram indicados para o domínio *financeiro*, pelos Participantes P1 (100%) e P4 (83%).

Ao final da intervenção, podemos observar que o participante P4 teve um aumento na funcionalidade em todos os seis domínios avaliados; o participante P1 apresentou um aumento pelo quatro deles (*autonomia, trabalho, cognição e financeiro*). O Participante P6 mostrou uma melhora visível no domínio da *cognição* e de *lazer*; nenhum domínio foi indicado, ao final, como tendo valor igual ou maior que 50%. A nova fonte de renda obtida por P1 pode ter contribuído para diminuição das dificuldades relativa ao domínio financeiro e autonomia; entretanto, observamos dificuldades nos horários e relações no trabalho parecem ter contribuído para um aumento nos domínios de *lazer* e *relações interpessoais*, respectivamente.

DISCUSSÃO

Inicialmente, o objetivo deste estudo era realizar a replicação do procedimento em grupo utilizado por Nash et al. (2004), envolvendo pacientes com diferentes transtornos dolorosos. No entanto, devido ao número de interessados em participar do estudo e da dificuldade em encontrar horários em comum para a participação em grupo foi proposto uma intervenção individual, mantendo, no entanto, o formato da intervenção e avaliação do estudo replicado. Desta forma, a estrutura proposta a fim de avaliar se os resultados

obtidos com este procedimento tiveram como diferenças de implementação mais visíveis: 1) a população alvo; 2) o formato do atendimento (individual); 3) o número de sessões (12 em vez das 10 propostas no estudo original; e, 4) e o tempo de duração de cada sessão (1 hora cada).

Como no Estudo de Nash (2004), os resultados se mostraram promissores no que concerne aos indicadores de dor. Nas medidas utilizadas, foram obtidos resultados positivos sobre a percepção da intensidade da dor. Replicando os resultados originais, foram observados ganhos visíveis nos indicadores de saúde mental e na qualidade de vida, para pelo menos três (P4, P5 e P6) dos participantes.

A avaliação da percepção do funcionamento no trabalho foi muito proximamente correlacionada com a vivência dolorosa, replicando outros resultados observados na literatura (Wadell *et al.*, 2001; Aronsson *et al.*, 2000). Episódios de crises dolorosas foram significativamente relacionados à percepção de perdas na realização das atividades laborais (Landy *et al.*, 2011). Além disto, como descrito em outros estudos (Godoy 2001; Sala *et al.*, 2009), no processo de intervenção foi possível observar afastamento oficial das funções por questões relativas à saúde, além de perdas de dias de trabalho, por crises dolorosas. Naturalmente, não é possível afirmar com os resultados obtidos, a relação causal entre os dois. Entretanto, considerando as condições observadas durante os atendimentos é possível pressupor que as duas variáveis tenham uma interação funcional nas duas direções, a saber: processos biológicos dolorosos podem produzir mudanças de funcionamento que inviabilizam a qualidade do trabalho; por outro lado, estressores ocupacionais podem agir como gatilhos que iniciam ou intensificam respostas biológicas de dor. De fato, relatos frequentes de fatores estressores no trabalho (ex. relações com colegas e chefes; rotinas de atividades relativas a estágios e matriculas; entre outros) foram observados como gatilhos de aumento nas dores de todas as participantes,

independente do transtorno doloroso diagnosticado. Este resultado tem aparecido de forma consistente na literatura da área (Santos *et al.*, 2014; Sauro *et al.*, 2009; Thieme, *et al.*, 2004).

Replicando resultados da literatura, os resultados obtidos na avaliação inicial mostraram que os participantes apresentaram indicadores de cuidado de saúde no que concerne à depressão (Pimenta, *et al.*, 2000; Castro *et al.*, 2006; Haggman, *et al.*, 2004), ansiedade (Castro, *et al.*, 2006; Keogh, *et al.*, 2006) e estresse (Portnoi, 1999; Sauro, *et al.*, 2009). Perdas também foram observadas nos indicadores de Qualidade de vida e Funcionalidade (Teixeira, *et al.*, 1999; White, *et al.*, 1999). A intervenção, embora breve, mostrou resultados satisfatórios em todos os indicadores de saúde mental e qualidade de vida observados, embora com impacto diferente para cada um dos participantes. É interessante notar que, nas diversas medidas de avaliação, os indicadores de diminuição da percepção da dor e de melhora nos indicadores dos instrumentos psicodiagnósticos foram relacionados, na grande maioria das vezes, com o início da implementação da intervenção. Estes resultados de ganho com a intervenção replicaram aqueles descritos no estudo original (Nash *et al.*, 2004) mas, também outros programas de intervenções que utilizaram as técnicas propostas no presente trabalho (Campbell, *et al.*, 2000; Jones, *et al.*, 2003; Queiroz, *et al.*, 2007; Rains, *et al.*, 2005; Sandor, 1974). Este cenário corrobora fortemente a visão que o cuidado com a dor crônica, para ser efetivo, deve envolver procedimentos que cuidem de aspectos gerais do comportamento, cognição e afetividade do portador; as intervenções medicamentosas, embora necessárias e importantes, não parecem ser suficientes para dar conta de todas as dimensões complexas envolvidas no impacto da vivência com a dor (Forsythe, 1977; Keefer, 1984).

No exame geral de funcionalidade, os participantes apresentam maior dificuldade, na avaliação inicial, nos domínios lazer, finanças e cognição; e na avaliação final

cognição, finanças e relacionamento interpessoais. Estes resultados diferem da literatura, que pontua uma perda maior de funcionalidade física e habilidades relativas ao seu trabalho (White, et al., 1999); em especial o domínio do trabalho não foi significativamente afetado. É importante salientar que todas as participantes são funcionárias concursadas, com estabilidade de emprego e este pode ser uma variável a ser considerada. Araújo (2012) referiu-se às mudanças de conjunturas econômicas, que levam os funcionários a trabalhar cada vez mais, mesmo estando doente, devido ao medo da perda do trabalho como um dos fatores que levam o trabalhador a adoecer. Ao analisar o contexto dos participantes do presente estudo, pode-se concluir que este fator não apresenta grande influência para esta população específica.

A participante P4 parece ter tido os maiores ganhos nos fatores avaliados da intervenção. Apesar de seus índices serem os mais baixos entre todas as participantes no início da intervenção, seus índices de ansiedade, depressão e estresse deixaram de ser indicadores de necessidade de cuidados e sua qualidade de vida ultrapassou a linha média (50 pontos) em todos os domínios, chegando na casa dos 70 no domínio psicológico. Foi também a participante com maior número de áreas impactadas na avaliação realizada pela escala FAST na avaliação inicial.

É interessante observar que a participante P1 embora não tenha tido indicadores representativos de mudanças, apresentou ganhos de funcionalidade, mesmo com perda visível na qualidade de vida. Entretanto, é importante salientar que a participante havia se divorciado e mudado para a cidade atual há relativamente pouco tempo. Sendo assim estava, no início da intervenção, com dificuldades bastante críticas no que concerne ao dinheiro, sustento próprio e grupo de apoio social. Para resolver estas dificuldades ela procurou uma nova fonte de renda, fora das condições atuais. Embora esta nova atividade tenha permitido uma melhor organização financeira e de autonomia da participante,

podemos observar uma queda visível na qualidade de vida e manutenção dos indicadores de estresse, por toda a condição. Estando numa cidade nova, várias dificuldades são apresentadas no que diz respeito a lazer e redes sociais.

Após o encerramento da coleta de dados para esta pesquisa as participantes P2 e P5 solicitaram a manutenção do acompanhamento psicológico pela pesquisadora, visto que ainda apresentavam fortes demandas. Esta mudança implicava em impacto no delineamento, uma vez que levava a impossibilidade de uma medida fidedigna de *follow up*. Entretanto, considerando as demandas urgentes e delicadas destas participantes, a pesquisadora e orientadora decidiram atender aos pedidos, ampliando o convite para os outros participantes, continuidade com a pesquisadora ou com estagiário de clínica que estivesse sendo supervisionado pela orientadora da pesquisadora deste trabalho. A participante P1 queria continuar mas, afirmou estar com dificuldades em encontrar horários em função da carga de trabalho.

Considerando os resultados da percepção da dor, parece haver indicadores que o treino de enfrentamento do estresse, em particular, o treino em Habilidades Sociais, representou mudanças visíveis para os três participantes cujo o registro envolveu esta fase da intervenção. Todos os participantes descreveram relações sociais estressoras, sendo dado ênfase na intervenção para aquelas relativas às condições de trabalho. Contudo, não podemos descartar um eventual efeito de ordem. Não é possível dizer que este foi o módulo crítico ou se houve um efeito cumulativo de ganhos relativo aos módulos antecedentes, em particular, no módulo que introduziu técnicas de relaxamento. Seria interessante, em estudos posteriores, conduzir uma investigação que permite examinar mais diretamente o efeito de ordem, ou seja, participantes que iniciem como módulo de enfrentamento e somente na sequência sejam treinadas na condição do módulo 2.

As condições de registro diário foram bastante interessantes na medida que possibilitaram, quanto realizada, uma visão bastante ampla da vivência com a dor e no trabalho em todo o processo. Contudo, esta parece ser uma medida onerosa para o cliente. Os registros durante a linha de base foram particularmente efetivos em função do contato estabelecido por telefone pela pesquisadora. Durante a intervenção, contudo, alguns participantes informaram que o registro era bastante oneroso para seu dia a dia. A Participante P1 parou de registrar quando iniciou suas novas jornadas laborais. Para a participante P6, o registro competia com diversas atividades relativas ao trabalho e a vida acadêmica; além disto, nas fases nas quais as crises de enxaqueca estavam sob relativo controle, não parecia ser motivador manter um registro diário destes episódios. Embora os outros três participantes não tenham feito registros diários, eles se mantiveram registrando de quatro a sete vezes por semana, o que possibilitou o acompanhamento e análise desenvolvido. Em estudos posteriores, prevendo as dificuldades deste registro, valeria a pena incorporar, nas avaliações iniciais e finais, instrumentos de avaliação da dor mais globais.

Embora os resultados não sejam conclusivos, no geral parecem indicar que um Programa de Intervenção para a dor, com os componentes utilizados, pode ser de interesse para aqueles que trabalham no contexto da saúde do trabalhador ou nas condições de clínica em geral. Faz-se necessário, ainda, investigarmos a possibilidade de sua implementação em grupo, com medidas de *follow up* que permitam ver os ganhos para além das condições da intervenção.

REFERÊNCIA

- Ahles, T. A., Yunus, M. B., & Mais, A. T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain*, 29, 105-111.
- Almeida, O. M. M. S. (2003). A resposta neurofisiológica ao stress. Em M.E.N. Lipp(Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*(pp. 26-30) São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. 5ª Edição. Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association.(1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 4)*. 4a. edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, T.B., Souza, M.G.C, Simões M.P.C., Andrade F.B. (2008). Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica*.18, pp. 166-171.
- Angellotti, G. & Fortes, M. (2007). A terapia Cognitiva e comportamental no tratamento da dor crônica. Em Angellotti, G. (org.). *Terapia Cognitiva-Comportamental no tratamento da dor* (pp 33-53). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Angellotti, G. (2001) Tratamento da dor Crônica. In: Rangé, B.*Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp 535-545). Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, J. P.(2012). Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior. Dissertação Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I, Keck, P. E, Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hesse, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, pp 1219-1225.

- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. Na empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, pp 502-509.
- Barboza, D.B., Soler, Z.A.S.G. (2003). Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11, pp 177-183.
- Bedrikow, R. (2008). Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica. Dissertação de Mestrado defendida junto ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Bock, A. M. B.; Furtado, O.; Teixeira, M. L. T. (2002). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13a. ed. São Paulo: Saraiva.
- Bonifazi, M., Suman, A. L., Cambiaggi, C., Felici, A., Grasso, G., Lodi, L., et al. (2006). Changes in salivary cortisol and corticosteroid receptor- α mRNA expression following a 3-week multidisciplinary treatment program in patients with fibromyalgia. *Psychoneuroendocrinology*, 31, pp 1076-1086.
- Cabinet Office. (2005) Analysis of sickness absence in the civil service – 2005. http://www.civilservice.gov.uk/management/occupational_health/publications/index.asp (acessado em 12/Jul/2013).
- Calderero, A. R. L.; Miasso, A. I.; Corradi-Webster, C. M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (1),pp 51-62.
- Campbell, J.K., Penzien, D.B., Wall, E.M. (2000). Evidence-based guidelines for migraine headaches: behavioral and physical treatments. Disponível em: <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf>.

- Castro, M.M.C., Quaratini, L.; Batista-Neves, S.; Kraychete, D.C.; Daltro, C.; Miranda-Scippa, A.(2006).Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 56 (5),pp 470-477.
- Castro, P. C., Driusso, P., & Oishi, J.. (2014). Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 63-67. Retrieved October 04, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100063&lng=en&tlng=en. 10.1590/S0034-8910.2014048004783.
- Cavalcante, A.B., Sauer, J.F., Chalot, S.D., Assumpção, A., Lage, L.V., Matsutani, L.A., & Marques, A.P. (2006). A prevalência de Fibromialgia: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (1), pp 40-48.
- Couto, H.A.(1987). Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença. *Temas de Saúde Ocupacional*.Belo Horizonte, pp 9-34.
- Crofford, L. J., Pillemer, S. R., Kalogeras, K. T., Cash, J. M., Michelson, D., Kling, M. A., et al. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology*, 37, pp 1583-1592.
- Crofford, L. J., Young, E., Engleberg, N. C., Korszun, A., Brucksch, C. B., McClure, L. A., et al. (2004). Basal circadian and pulsatile ACTH and cortisol secretion in patients with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Brain Behavioral Immunization*, 18, pp 314-325.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em Português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fleck, M. P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), pp 178-183.
- Godoy, S. C. B.(2001).*Absenteísmo - doença entre funcionários de um hospital universitário*. Belo Horizonte: UFMG. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Goldenberg, E. (2005)*O coração sente, o corpo dói – Como reconhecer e tratar a Fibromialgia*. São Paulo: Atheneu.
- Gosselin, E., Lemyre, L., Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18 (1), pp 75-86.
- Gunnar, M. &Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, pp 145-173.
- Evans, R., Mathew, N. (2000). *Handbook of Headache*. EUA. Lippincott William and Wilkins.
- Fordyce, W E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: C. V Mosby.
- Guimarães R.S.O. (2005)*O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar*Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de SaúdePública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.Rio de Janeiro, Brasil
- Haggmann, S., Maher, C., Refshauge, K. (2004). Screening For Symptoms of Depression By Physical Therapists Managing Low Back Pain. *Physical Therapy*, 84(12), pp 1157-1166

- Harrison, D. A., & Martocchio, J. J. (1998). A time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of Management*, 24, pp 305–350.
- Holtorf, K. (2008). Diagnosis and treatment of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis dysfunction in patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia (FM). *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 14(3), 59-88.
- IASP (1994). *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2 ed. Seattle
- Johns, G. (1997). Contemporary research on absence from work: Correlates, causes, and consequences. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 12, pp 115–174.
- Johns, G. (2008). Absenteeism and presenteeism: Not at work or not working well. In C. L. Cooper, & J. Barling (Eds.), *The Sage handbook of organizational behavior* (1) pp. 160–177. London: Sage.
- Johns, G. (2009). Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being. In S. Cartwright & C. L. Cooper (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 7–30). Oxford: Oxford University Press.
- Johns, G. (2010) Presenteeism in the Workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, pp 519-542. Doi: 10.1037/a0025153
- Jones, D.L., Tanigawa, T., & Weiss, S.M. (2003). Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan. *Journal of Occupational Health*, 45, pp 1-7.
- Keefe, F.J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), pp. 896-911.

- Keogh, E., McCracken, L. M., Eccleston, C., 2005. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114 (1-2), pp.37-46.
- Krymchantowski, A. V., Moreira Filho, P. F. (1999). Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq. Neuro-Psiquiatria*. 57 (2),pp.513-519.
- Landy, S.H., Runken, M.C., Bell, C.F. Higbie, R.L. & Haskins, L.S. (2011). Assessing the impact of migraine onset on work productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53 (1), pp. 74-81.
- Linares, M.C.U., Pérez, I.R., Pérez, M.J.B., Lima, A.O.L., & Castaño, J.P. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Espanhola de Salud Pública*, 79 (6), pp. 683-697.
- Lacroix, G; Brouard, M. (2011). Work Absenteeism Due to a Chronic Disease. *Cirano Working Papers*pp. 2011-2033.
- Leonardi, M, Steiner, T.J., Scher, A.T. & Lipton, R.B. (2005). The global burden of migraine: Measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).*Journal of Headache and Pain*, 6, 429-440.
- Lipp, M. E. N. (1997). *Relaxamento para todos: Controle do Stress*. Campinas, SP: Papirus.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp(ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Lipp, M. E. N.; Malagris; L. E. N.; Novais, L. E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone
- Maltez, J. A. Absentismo. São Paulo, 2003. Disponível em: www.maltez.info/respublica/topicos/aaetraa/absentismo.htm . Consultado em 11/07/2013

- Martins, M. & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guillard & N.C. Aguirre, *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*. 18, 238-248.
- Martinez, J.E., Ferraz, M.B., Fontana, A.M., & Atra, E. (1995). Psychological aspects of brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (2), pp. 167-174.
- Mercante, J.P.P., et al.(2005). Depression in chronic migraine, severity and clinical features. *Arq. Neuro-Psiquiatria*.63(2), pp 217-220.
- Mercante, J.P.P., et al. (2007). Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. *Arquivo Neuro-psiquiatria*. 65(3), 880-884.
- Meyer-Lindenberg, A., & Gallhofer, B. (1998). Somatized depression as a sub group of fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57(2), pp.92-93
- Ministério da Previdência Social. (2014). Os Pagamentos de Benefícios da Seguridade Social e a Distribuição Intermunicipal de Renda. *Informes de Previdência Social*, 26(8)
- http://www.previdencia.gov.br/wpcontent/uploads/2014/10/ret_web_Informe_ago_sto_2014.pdf.
- Moreira, J. & Gercina, C. (2014). *As doenças que mais dão afastamento no INSS*. <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/09/1520341-veja-as-doencas-que-mais-dao-afastamento-no-inss.shtml>.
- Moura, G.M.S.S.de. (1992). O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2 (1), 167-179
- Nash, J.M., Park, E., Walker, B.B., Gordon, N., & Nicholson, R.A. (2004). Cognitive-Behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine*, 5 (2), 178-186.

- Okifuji, A., Turk, D.C. (2002). Stress and Psychophysiological Dysregulation in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 27 (2), pp. 129-141
- Pae, C. U., Prakash, S. M., Marks, D. M., Krulewicz, S., Peindl, P. M., Mannelli, P., et al. (2009). History of depressive and/or anxiety disorders as a predictor of treatment response: A post hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebocontrolled trial of paroxetine controlled release in patients with fibromyalgia. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 996-1002.
- Pagano, T., Matsutani, L.A., Ferreira, E.A.G., Marques, A.P., & Pereira, C.A.B. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal (Revista Paulista de Medicina)*, 122 (6), 253-258.
- Penzien, D.B., Andrasik, F., Freidenberg, B.M, e colaboradores (2005). Guidelines for Trials of behavioral treatments for recurrent headache. *Headache*. 45, S109-S131.
- Penzien, D.B., Rains, J.C., Lipchik, G.L., Nicholson, R.A., Lake, A.E., & Hursey, K.G. (2005). Future directions in Behavioral Headache research: applications for an evolving health care environment. *Headache*, 54, pp. 526-534
- Pereira, F. M., Tratamento Cognitivo-Comportamental da enxaqueca. In: G. Angellotti, (2007) *Terapia Cognitiva-Comportamental no tratamento da dor* (pp 33-53). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pimenta, C. A. M.; Koizumi, M. S.; Teixeira, M. J. (2000). Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 34 (1), 76-83.
- Portnoi, A.G. (1999). *Dor, stresse e coping: grupos operativos em doentes de fibromialgia*. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo,
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. (2012). Portaria N°1083, de 02 de outubro de 2012. *Ministério da Saúde*.

- Pryse-Phillips, W., Findlay, H., Tugwell, P., Edmeads, J., Murray, T., Nelson, R., A. (1992). Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *The Canadian journal of neurological sciences* .19, pp.333–339.
- Queiroz, M.A.M. (2009). Psicoterapia comportamental e fibromialgia: alvos para intervenção psicológica. Santo André, São Paulo, Esetec.
- Queiroz, M.A.M. & Vandenberghe, L.M.A. (2007). A intervenção psicológica em portadores de fibromialgia. *Revista Dor*, 8, 1103-1112.
- Quick, T.C. & Lapertosa, J.B. (1982). Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 18, 65-70.
- Rains, J.C, Penzien, D.B. & McCrory, D.C. (2005). Behavioral Headache treatment: review of the literature and Methodology critique. *Headache*. 45, S91-S108.
- Reis, M.J.D. & Rabelo, L. Z. (2010) Fibromialgia e estresse: explorando relações. *Temas em Psicologia*. 18 (2), pp.399-414.
- Rossetti, M.O.; Ehlers, D.M.; Guntert, I.B.; Sá Leme, I.F.A.; Rabelo, I.S.; Tosi, S.M.V.D.; Pacanaro, S.V.; Barrionuevo, V.L. (2008). O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de terapias cognitivas*, 4(2).
- Sala, A.; Carro, A. R. L.; Correa, A. N.; Seixas, P. H. A. (2009). Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10), pp. 2168-2178.
- Sandor, P. (1974) *Técnicas de Relaxamento*. São Paulo, Vetor.
- Santos, I.S., Griep, R.H.; Alves, M.G.M.; Goulart, A.C; Lotufo, P.A.; Barreto, S.M.; Chor, D.; Benseñor, I.M. (2014). Job stress is associated with migraine in current workers:

- The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *European Journal of Pain*, 18 (9), Article first published online: 3 APR 2014
- Sauro, K.M. & Becker, W.J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache*, 51, 1378-1386.
- Senna, E.R., Barros, A.L, Silva E.O., Costa, I.F., Pereira, L.V.B., Ciconelli, R.M., & Ferraz, M.B. (2004) Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *Journal of Rheumatology*, 31 (3), pp.594-597.
- Schramm S., Moebus. S, Lehmann, N., Gallis, U., Obermann, M., Bock, E., Yoon, M. Diener, H.; Katsarava, Z. (2014) Association between Stress and Headache Frequency. *Neurology*, 82 (10).
- Silva, D.M.P.P., Marziale M.H.P. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enfermagem*, 8, 44-51.
- Silva, D.S., Rocha, E.P., & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), p335-343.
- Sokolov, E. N. (1963), *Perception and the conditioned reflex*. New York: Macmillan.
- Souza L.F.Q. (2007) *Absenteísmo no serviço público*. Jus Navigandi, Teresina, Nov 26 acesso em 27 Jul 2013. 11(1243). Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/-9204>.
- Teixeira, M. J., Figueiró, J.A.B., Yeng, L.T., & Pimenta, C.A.M. (1999). *Tratamento multidisciplinar do doente com dor*. Em M.M.M.J. Carvalho (org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Editora Summus. 87-91.
- Thieme, K., Turk, D.C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837-844.

- Van Houndenhove, B., Egle, U., & Luyten, P. (2005). The Role of Life Stress in Fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7, 365-370.
- Vandenberghe, L (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), pp. 47-54
- Vicent, M.Rodrigues AJ, Oliveira GV, Souza KF,Doi LM, Rocha MBL, *et al.*(1998). Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. *Arquivos de Neuropsiquiatria*.56 (4), 734-743.
- Wadell, G &Burton A.K. (2001) Occupational health guidelines for the management of the low back pain at work: evidence review. *Occupational Medicine*. 51 (2), 124-135
- White, K.P., Speechley, M., Harth, M., &Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheumatology* 42 (1), pp.76-83.
- Wolfe, F., Smythe, H.A.A., Yunus, M.B., Bennett, A.M., Bombardier, C.E., & Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A vivência com a dor crônica introduz um significativo de sofrimento ao portador, afetando a vida pessoal, o trabalho e a qualidade de vida em geral. Além do sofrimento físico, a dor constante proporciona um razoável grau de sofrimento psicológico ao: afetar a capacidade diária de funcionamento nos cuidados da casa e do trabalho, impedir a participação em atividades de lazer e esportes, favorecer sentimentos de baixa autoestima,

construir um sentimento constante de fadiga e cansaço, produzir problemas de memória e dificuldade de concentração, aumentar a vulnerabilidade ao estresse, à depressão e à ansiedade, entre outros. Sendo assim, pesquisas sobre procedimentos no tratamento em saúde sobre as condições que minimizem os danos sofridos decorrentes da dor crônica têm se mostrado desejáveis e incentivadas.

Você foi selecionado por ser portador de dor crônica e ser funcionário da Universidade Federal de São Carlos, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **Avaliação e intervenção em transtornos em dores crônicas em trabalhadores**. Este trabalho busca oferecer e avaliar os efeitos de uma intervenção em psicoterapia, utilizando técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais, para o tratamento da dor crônica. Além disto, este grupo será uma oportunidade para entendermos de forma completa e significativa as condições de trabalho, saúde, qualidade de vida e problemas gerais do nosso servidor que sofre de dor crônica; para tanto, serão aplicados, em diferentes momentos, instrumentos de avaliação psicológica e análise de registros pessoais sobre a vivência com a dor. A intervenção em si constará de um sessão psicoeducativas que tem como objetivo oferecer informações e técnicas que possam ajudá-lo a eliminar ou diminuir a frequência e/ou intensidade da dor. Ocorrerá em 12 sessões, cada uma com uma hora de duração. Além disto, encontros individuais periódicos, de aproximadamente uma hora, serão agendados para avaliação clínica e pessoais das atividades desenvolvidas. Todas as atividades relativas à pesquisa serão realizadas no departamento de psicologia da universidade.

Durante o atendimento em grupo, individual, ou no preenchimento dos instrumentos de avaliação, você irá possivelmente falar de aspectos sensíveis e possivelmente estressores, que podem produzir momentos de sofrimento, de revivência de perdas e níveis relativos de ansiedade; além disto, você pode se sentir constrangido ou incomodado de abordar dificuldades e problemas relativos ao seu trabalho, considerando o local e natureza da intervenção. Caso isto aconteça em algum momento da pesquisa, você pode interromper a participação e construir uma condição de mais conforto na sessão. Além disto, há a possibilidade de solicitar uma sessão privada, caso queira informar ou solicitar apoio em uma condição particularmente delicada e dolorosa. Com relação aos procedimentos utilizados, gostaríamos de informar que todos selecionados para a intervenção foram amplamente testados e aprovados para uso, não existindo na literatura registro de danos físicos produzidos pelos mesmos.

As sessões serão registradas em mídia digital para garantir que as condições sejam melhores avaliadas e que o orientador possa acompanhar e supervisionar cada caso. Entretanto, todas as informações fornecidas, instrumentos utilizados, conteúdos da sessão e registros em geral **serão de acesso exclusivo dos psicólogos responsáveis pela pesquisa**. Será mantido em local privado e seguro, não acessível a outros participantes ou servidores da empresa; o mesmo se aplica aos instrumentos e registro pessoais realizados. Todas as informações serão sigilosas e você poderá, a qualquer momento, solicitar informações ou esclarecimentos de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa. Sua participação não é obrigatória; caso você se decida a participar, poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer tipo em sua relação com o pesquisador, na continuidade do seu tratamento na equipe de saúde da empresa ou no seu setor de trabalho.

Não haverá custos financeiros ou materiais por participar da pesquisa. Uma cópia deste documento ficará com você e outra com os pesquisadores responsáveis. Todas as divulgações públicas dos resultados irão apresentar majoritariamente análises de grupo, garantindo que as descrições não possibilite identificar informações pessoais de cada indivíduo. Ao final da coleta, caso seja solicitado pelos participantes, estes resultados de grupo poderão ser divulgados para os participantes na forma de Boletim Impresso ou de Palestra Institucional.

Dúvidas, reclamações ou denúncias sobre o projeto poderão ser endereçadas diretamente à pesquisadora (Bárbara Kolstok Monteiro), à orientadora (Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis) ou ao Comitês de Ética institucional, nos contatos apresentados abaixo.

Eu _____, portador(a) do R.G. n _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações necessárias, e ciente dos meus direitos apresentados acima declaro, assinando em duas vias e ficando com uma delas concordo em participar do trabalho de pesquisa **Avaliação e intervenção em transtornos em dores crônicas em trabalhadores**. Ciente das condições e termos apresentados acima, reafirmo que:

- estou informado (a) e esclarecido(a) acerca dos objetivos e procedimento da pesquisa;
- estou ciente que minha identidade será mantida em sigilo, sendo qualquer material envolvido de acesso restrito aos pesquisadores; este sigilo deve ser mantido mesmo em eventuais divulgações para fins científicos (ex. apresentações em congressos, publicações, entre outros)
- entendo que poderei desistir de minha participação a qualquer momento, sem nenhum ônus;
- Autorizo o registro em multimídia digital para acesso exclusivo dos pesquisadores, sendo informado que o material será mantido em local seguro, preservando o sigilo das informações e a identidade dos participantes;

Agradecemos antecipadamente sua participação e nos colocamos a disposição para esclarecimentos.

São Carlos, ____/____/_____
Assinatura do (a) participante

Barbara Kolstok Monteiro
Fone: (19) 92146279

Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis
Fone: (16) 3351 8457

CONTATO PARA INFORMAÇÕES E DENÚNCIAS		
Responsáveis pela pesquisa Barbara Kolstok Monteiro Mestranda pesquisadora responsável Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi)/CECH UFSCar/São Carlos, Sp (019) 92146278 barbarakmpsico@gmail.com	Responsáveis pela pesquisa Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi)/CECH UFSCar/São Carlos/SP (016) 3351-8457/9991-0399 jesus-reis@uol.com.br	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos Via Washington Luís, Km 235, Cx Postal 676, Monjolinho, São Carlos, SP 13565-905 Fone: (016) 3351-9693 FAX: (016)3361-3176 E-mail: propg@power.ufscar.br

c. Como interfere nas suas atividades diárias?

d. Tratamentos anteriores (cirurgias? internações?)

2. Medicamentos de uso diário ou com consumo semanal (com ou sem prescrição médica):

Medicamento	mg	Prescrição Médica	Posologia	Horário

3. Aspectos clínicos: Marque com um X na lista abaixo as patologias que apresenta no momento.

Patologia	Atualmente	Patologia	Atualmente
Hipertensão arterial		Complicações cardiovasculares	
Diabetes		AVC	
Osteoporose		LER	
Artropatias		Fibromialgia	
Gastrite		Outras	
Úlcera			

Observações (outras medicações):

4. Sono

a. Em média, quantas horas tem de sono por dia? _____

b. Como você avalia o seu sono atualmente? () Bom () Mais ou Menos () Ruim

c. Você acorda cansado, com a sensação de não ter dormido bem? () Não () Sim

d. Se não está satisfatório, qual a mudança? _____

e. Há quanto tempo percebe a mudança? _____

f. A que atribui a mudança? _____

5. Você já teve alguma crise de depressão ou de ansiedade muito intensa? () Sim () Não.
Se Sim, responda quando e por que?

6. Você já fez algum tratamento psiquiátrico/psicológico/neurológico? () Sim () Não.
Se Sim, responda quando e por que?

7. Você já tomou alguma medicação para depressão, para ansiedade ou *sonífero*?
Se Sim, responda quando.

IV. INDICADORES SOCIOECONOMICOS

1. Mora sozinho? Não () Sim ()

2. Quantas pessoas moram com você? _____

3. Quem mora na sua casa? Quem você considera que faz parte de sua família?					
Nome	Grau de Parentesco/Relação	Sexo	Idade	Ocupação	Pessoa considerada como parte da família

4. Tipo de localidade: () Urbana () Rural

5. Número de Cômodos: _____

V. Indicador Econômico Brasil da ABEP

INFORME SE NA SUA CASA PODE SER ENCONTRADO OS OBJETOS DESCRITOS ABAIXO, INDICANDO A QUANTIDADE.

Item a ser computado	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo/DVD					
Geladeira					

Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
--	--	--	--	--	--

Qual o grau de instrução do Chefe da sua Família?

1. () Analfabeto/ Primário Incompleto
2. () Primário Completo/Ginásial Incompleto
3. () Ginásial Completo/ Colegial Incompleto
4. () Colegial Completo/ Superior Incompleto
5. () Superior Completo

13. Renda ¹

1. Qual a sua renda individual total?

- () Nenhuma
 () Menos de um Salário Mínimo
 () Um Salário Mínimo
 () Mais de um Salário Mínimo – Aproximadamente quantos? _____
 () Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

2. Qual a sua renda familiar?

- () Nenhuma
 () Menos de um Salário Mínimo
 () Um Salário Mínimo
 () Mais de um Salário Mínimo – Aproximadamente quantos? _____
 () Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Medidas de Peso e Pressão Arterial.

Altura do Paciente: _____

Data Medida	Peso	IMC	Medida da Cintura	Gordura	hID	

Anexo 3

Nome:

Idade:

Diagnóstico:

Medicação:

Data:

Sexo:

Estado clínico:

Tempo: min

¹ Considerar o referencial no Valor atual do Salário Mínimo.

Anexo 3

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)**Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?**

Por favor, pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade.

Para responder utilize a seguinte escala: **(0): nenhuma, (1): pouca, (2): bastante ou (3)muita.**

AUTONOMIA	
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0) (1) (2) (3)
2. Morar sozinho	(0) (1) (2) (3)
3. Fazer as compras de casa	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	(0) (1) (2) (3)
TRABALHO	
5. Realizar um trabalho remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário	(0) (1) (2) (3)
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0) (1) (2) (3)
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0) (1) (2) (3)
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	(0) (1) (2) (3)
COGNIÇÃO	
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	(0) (1) (2) (3)
11. Fazer cálculos mentais	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adequadamente os problemas	(0) (1) (2) (3)
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender uma nova informação	(0) (1) (2) (3)
FINANÇAS	
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0) (1) (2) (3)
16. Fazer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
17. Manter uma amizade	(0) (1) (2) (3)
18. Participar de atividades sociais	(0) (1) (2) (3)
19. Dar-se bem com pessoas a sua volta	(0) (1) (2) (3)
20. Convivência familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relações sexuais satisfatórias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender os próprios interesses	(0) (1) (2) (3)
LAZER	
23. Praticar esporte ou exercícios	(0) (1) (2) (3)
24. Ter atividades de lazer	(0) (1) (2) (3)

Anexo 4

AVALIAÇÃO DIÁRIA DA INTENSIDADE DA DOR			
ANTES DE DORMIR, AVALIE O SEU DIA E REGISTRE QUANDO SENTIU A MAIOR DOR, ONDE E COMO ACONTECEU. TAMBÉM AVALIE O QUANTO INTERFERIU EM SEU TRABALHO			
Dia	Escala de dor	Descrever condições relacionadas a dor	Descrever condições relacionadas ao trabalho, QUANTO INTERFERIU EM SEU TRABALHO
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
/-/	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10		1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Nome:

Data:

QUALIDADE NO SONO, AVALIAÇÃO DOR E INFLUÊNCIA NO TRABALHO

PREZADO,

O SONO É ESSENCIAL PARA A SAÚDE FÍSICA E MENTAL. QUALQUER MEDICAÇÃO E ROTINA DE CUIDADOS EM SAÚDE TERÁ MELHOR RESULTADO QUANDO TEMOS UMA ROTINA DE SONO FREQUENTE, COM QUALIDADE.

A CONVIVÊNCIA COM A DOR CRÔNICA TEM COMO UM DOS PRODUTOS USUALMENTE DEBILITANTES, UMA ALTERAÇÃO NA QUALIDADE DO SONO.

PARA AVALIARMOS COM MAIS CLAREZA A FREQUÊNCIA E INTENSIDADE DAS OCORRÊNCIAS DOS EPISÓDIOS DE DOR, O QUANTO ISTO INTERFERE EM SEU TRABALHO E COMO TEM É SUA ROTINA DE SONO, SOLICITAMOS QUE FAÇA UM REGISTRO DIÁRIO DESTAS CONDIÇÕES DURANTE A SEMANA.

ESTAS MEDIDAS SÃO ESSENCIAIS PARA PODERMOS COMPREENDER ALGUNS DOS IMPACTOS DA DOR CRÔNICA EM SUA QUALIDADE DE VIDA

BOM TRABALHO E BOM SONO!!!

Anexo 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

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

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM TRANSTORNOS DE DORES CRÔNICAS EM TRABALHADORES

Pesquisador: Bárbara Kolstok Monteiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03822012.5.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 181.482

Data da Relatoria: 12/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo experimental e visa a implementação de um protocolo de intervenção psicoeducativa e o uso de técnicas comportamentais para manejo da ansiedade e estresse em um grupo de funcionários de uma empresa metalúrgica que já estão em seguimento por dores crônicas e são atendidos na própria empresa.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo apresentado foi: avaliar se um protocolo de intervenção psicoeducativa e o uso de técnicas comportamentais para manejo da ansiedade e estresse teriam impactos similares em pelo menos duas dimensões (aspectos específicos da saúde e indicadores de produtividade e qualidade nas atividades ocupacionais).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa no Protocolo de Pesquisa que os procedimentos a serem utilizados já foram amplamente testados e aprovados para uso. Quanto aos riscos, aponta que tópicos dolorosos possam produzir momentos de sofrimento, de revivência de perdas, de níveis relativos de ansiedade. Relata que o paciente será informado da possibilidade de solicitar uma sessão privada de atendimento psicológico, caso queira informar ou solicitar apoio em uma condição particularmente delicada e dolorosa. Entretanto, não há menção quanto a outros riscos tais como o eventual constrangimento de responder questões relativas ao seu emprego/função. Quanto aos benefícios, aponta que poderá haver eventuais ganhos produzidos pelos processos terapêuticos de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



intervenção além de benefícios indiretos como o ganho de conhecimentos técnicos neste assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória (Folha de Rosto e TCLE) foram apresentados. Também está anexado ao processo um documento por parte da empresa que emprega os trabalhadores participantes na pesquisa autorizando a mesma desde que não haja impacto significativo nas atividades laborais dos mesmos. Houve a revisão do TCLE quanto aos erros apontados previamente.

Recomendações:

Recomenda-se ao pesquisador que se atente para que a realização da pesquisa não prejudique as atividades laborais dos participantes junto à empresa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SAO CARLOS, 26 de Dezembro de 2012

Assinador por:

Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br