



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I- CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

GYDARLLY BATISTA DO NASCIMENTO

**DOR CRÔNICA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM ASSISTENTES
ADMINISTRATIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, UM ESTUDO
CORRELACIONAL.**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

GYDARLLY BATISTA DO NASCIMENTO

**A DOR CRÔNICA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM ASSISTENTES
ADMINISTRATIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, UM ESTUDO
CORRELACIONAL.**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: CLÁUDIA HOLANDA MOREIRA

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

N246d Nascimento, Gydarlly Batista do.
Dor crônica e capacidade para o trabalho em assistentes administrativos de uma instituição pública, um estudo correlacional. [manuscrito] / Gydarlly Batista do Nascimento.– 2011.
48 f.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Ma. Cláudia Holanda Moreira, Departamento de Fisioterapia”.

1. Saúde ocupacional. 2. Dor. 3. Capacidade para o trabalho. I. Título.

21. ed. CDD 613.62

GYDARLLY BATISTA DO NASCIMENTO

**A DOR CRÔNICA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM ASSISTENTES
ADMINISTRATIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, UM ESTUDO
CORRELACIONAL.**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 25/11/2011.

Cláudia Holanda Moreira

Prof^a Ms^a Cláudia Holanda Moreira / UEPB
Orientadora

Diego de Sousa Dantas

Prof. Diego de Sousa Dantas / UFRN
Examinador

Romero Sales Frazão

Prof. Esp. Romero Sales Frazão / FCM
Examinadora

CAMPINA GRANDE – PB

2011

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Gileno João do Nascimento, a minha mãe, Maria Batistas Bezerra do Nascimento, e ao meu irmão, Geslly Batista do Nascimento, pela dedicação, companheirismo, amizade e amor, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me dar força nas horas mais difíceis, e me ensinar que barreiras são feitas para serem superadas.

Ao meu pai Gileno e a minha mãe Maria, por terem me criado com tanto amor, carinho e dedicação, ensinando-me que a educação é a melhor forma para a criação de um verdadeiro cidadão.

Ao meu irmão Geslly, por ser um verdadeiro parceiro, estando sempre do meu lado nas horas mais difíceis e cuidando de mim na ausência dos meus pais.

A todos meus familiares, avôs, avós, tios, tias, primos e primas, pela compreensão nos momentos que tive que me ausentar das reuniões e encontros familiares, devido ao fato de ter que estudar longe de casa.

À professora MS.^a Cláudia Holanda Moreira, pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação, pela dedicação, e por toda sua amizade ao longo do curso, vindo a tornar-se muito mais do que uma simples professora: uma inspiração para a minha vida profissional e pessoal.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB, em especial, Doralúcia, que me “adotou” como seu discípulo nos últimos períodos do curso, tendo contribuído, ao longo desses últimos dois anos, com a minha formação profissional e pessoal.

A amizade de três meninas que se tornaram verdadeiras irmãs durante esses cinco anos de Curso: Emília; Zenóbia e Élis; obrigado por me aturarem e pelo cuidado de irmãs que vocês me deram.

A Rafaela, Aryostennes e Herta, por dividirem comigo toda sua integridade, conhecimento, carinho, compreensão e ajuda durante todo esse curso.

A Helder Carlos e Família, por todo o apoio que me foi dado, e por terem se tornado minha segunda família.

A Markey e Família por todo o carinho, amor e preocupação.

Aos demais colegas de classe pelos bons momentos de amizade que levarei por toda a minha vida.

Aos funcionários da UEPB, em geral, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

O homem de maior valor é aquele capaz de se doar pelas causas que realmente fazem sentido na vida, como amor, amizade, fé e esperança de dias melhores, que certamente se escondem na nossa jornada de vida.

Gydarly Batista

RESUMO

A dor tem várias definições e classificações, porém, é consenso que seja uma sensação subjetiva, o que destaca a necessidade de uma avaliação multidimensional por ser considerada um problema de saúde pública. O estudo teve por objetivo correlacionar a dor crônica com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em assistentes administrativos da Universidade Estadual da Paraíba. Fizeram parte deste estudo 48 assistentes administrativos, a maioria dos quais do sexo masculino (60%), com idade variando entre 23 e 62 anos ($44,1 \pm 10,5$). A dor crônica foi relatada por 54% dos assistentes. O número de locais do corpo foi de $1,57 \pm 0,7$. Pela Escala de Categoria Numérica (ECN) se pôde verificar que a intensidade dolorosa variou de dois a dez, com caráter leve predominante. Entre os aspectos multidimensionais da dor, o aspecto sensorial-discriminativo foi o mais representativo, com dimensão de 81% dos assistentes. A média da capacidade para o trabalho entre os assistentes com dor foi de $41,4 \pm 4,3$; e, entre os sem dor, a média foi de $43,6 \pm 4,5$. Houve correlação entre a ocorrência de dor crônica e o ICT, nas variáveis idade, estado civil, nível educacional, tempo na profissão e renda. A ocorrência de dor crônica foi predominante na região do ombro e membro superior. Embora o ICT tivesse apresentado distribuição percentual diferenciada entre os assistentes com e sem dores crônicas, estatisticamente tal distribuição não representou diferença significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Índice de Capacidade para o Trabalho. Dor.

ABSTRACT

There are numerous different definitions and classifications for pain. However, there's consensus that pain is a subjective experience, which highlights need for a multidimensional evaluation, since it is considered a public health problem. This study aimed to correlate chronic pain with the Work Capacity Index of administrative assistants at Universidade Estadual da Paraíba. Forty-eight administrative assistants comprised the sample, most of them were male (60%), aged between 23-62 years ($44,1 \pm 10,5$). 54% reported experiencing chronic pain. The number of areas affected in the body was $1,57 \pm 0,7$. By the Numerical Category Scale, we could check that pain intensity scores ranged from two to ten (mainly mildly pain). Among the multidimensional aspects of pain, the sensory-discriminative one was the most representative (81%). The average work capacity between workers reporting pain was $41,4 \pm 4,3$, while the one among workers who didn't report pain was $43,6 \pm 4,5$. There was a correlation between the occurrence of chronic pain and the Work Capacity Index (WCI), when it came to age, marital status, educational level, length of employment and income. The upper limb and shoulder area was the predominant site of occurrence. Although the WCI has a different percentage distribution among workers reporting chronic pain or not, there was no statistically significant difference.

KEYWORDS: Occupational Health. Work Capacity Index. Pain.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ocorrência de dor crônica nos assistentes administrativos estudados.....	24
Gráfico 2	Dimensão com maior escore individual no questionário de dor McGill...	29
Gráfico 3	Comparação de trabalhadores sem dor crônica e com dor crônica, para a Capacidade laborativa	30
Gráfico 4	Comparação entre trabalhadores com dor crônica e sem dor crônica, da média obtida por item do ICT	31
Gráfico 5	Correlação entre o ICT e a Idade.....	32
Gráfico 6	Correlação entre o ICT e o Estado Civil	33
Gráfico 7	Correlação entre o ICT e o Nível Educacional.....	34
Gráfico 8	Correlação entre o ICT e a Renda	35
Gráfico 9	Correlação entre o ICT e o Tempo na profissão.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparativo das variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre a amostra e os assistentes administrativos com dor crônica	24/25
Tabela 2	Localização e intensidade da dor crônica nos assistentes administrativos entrevistados.....	26/27
Tabela 3	Palavras mais selecionadas pelos assistentes administrativos, por dimensão, para descrever a dor	28/29
Tabela 4	Correlação entre dor crônica e o Índice de Capacidade para o trabalho..	32

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DORT - Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho

ECN – Escala de Categoria Numérica

IASP - *International Association for Study of Pain*

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

MPQ - *McGill Pain Questionare*

NIH – Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos

QDMcGILL - Questionário de dor McGill

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

WHO – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	SAÚDE DO TRABALHADOR	14
2.2	DOR	16
2.3	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	19
3.2	LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	20
3.3.1	Ficha socioeconômica e ocupacional	20
3.3.2	Diagrama Corporal	21
3.3.3	McGill Pain Questionare (MPQ)	21
3.3.4	Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	22
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	22
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3.6	POSICIONAMENTO ÉTICO	23
4	RESULTADOS E DISCUSÕES	23
5	CONCLUSÕES	35
6	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A	41
	APÊNDICE B	42
	APÊNDICE C	44
	APÊNDICE D	45
	APÊNDICE E	46
	ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalho se destaca por ser um campo, no espaço da saúde pública, que busca explicar o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias presentes nos dias atuais.

Mendes (1991) define a saúde do trabalhador como sendo o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho.

Em geral, há muitas características positivas do trabalho, observando-se que a população de trabalhadores é normalmente mais saudável que a população de não trabalhadores. Há, entretanto, resultados negativos à saúde associados a vários tipos de trabalho os quais podem se manifestar na maioria dos órgãos do corpo (RANNEY, 2000).

Entre os aspectos negativos podem-se citar: exaustão emocional; desânimo; irritabilidade; perturbações do sono; despersonalização; desgaste mental e dor.

Todas as pessoas, em algum momento da vida, sentirão dor, seja ela de causa traumática, infecciosa, neuropática, psicogênica ou idiopática. Segundo Carvalho (2006), a dor pode causar, além de desconforto, dependendo principalmente de sua intensidade, algum ou muito sofrimento para o indivíduo, prejudicando suas atividades habituais como, por exemplo, o trabalho, o sono, o lazer, a sexualidade e a vida social, o que favorece a diminuição da qualidade de vida.

A palavra dor deriva da palavra latina *dolor*, que significa sofrimento (FRUTUOSO, 2006). Para Silva e Ribeiro-Filho (2006) a dor pode ser descrita como uma resposta fisiológica normal, predita e de ordem sensorial, decorrente de um estímulo mecânico, térmico ou químico associado a cirurgias, traumas ou doenças agudas. Nesse sentido, McCaffery (1997) afirma que a dor é tudo aquilo que a pessoa alega ser, mediante suas percepções sensoriais, e existe todas as vezes em que o paciente diz que há.

Segundo a *International Association for Study of Pain* (IASP), a dor é definida como sendo uma experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada à lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos dessa lesão, sendo experienciada por quase todas as pessoas, “Além de ser, geralmente, o motivo que as leva a procurar o sistema de saúde” (CARVALHO, 1999).

Em virtude do fato de que os impactos da dor na saúde do trabalhador o levam à diminuição da produção e aumento do absenteísmo, é importante conhecer o quanto a dor interfere na capacidade laboral do indivíduo com dor.

Para Ilmarinen (2001), a capacidade para o trabalho diz respeito à capacidade que o operário tem para executar suas atribuições em função das exigências laborais, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais, representando uma medida do envelhecimento, sendo resultado de um processo dinâmico entre recursos do indivíduo em relação ao seu labor, que sofre influência de diversos fatores, como aspectos sociodemográficos, estilo de vida, processo de envelhecimento e exigências do trabalho.

A partir disso, este estudo busca correlacionar a dor crônica com o índice de capacidade para o trabalho em assistentes administrativos de uma instituição pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Adiante serão discutidos os aspectos teóricos afetos à saúde do trabalhador, à dor e à capacidade para o trabalho.

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

A situação de trabalho pode ser definida como um conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente laborativo; os aspectos técnicos; a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão destas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações inter-pessoais (SELIGMANN-SILVA,1994).

Para Frutuoso (2006) situações de trabalho que englobam dificuldades de relação com chefia, inadequação dos turnos da jornada de trabalho, das condições físicas do ambiente (temperatura, ventilação, configurações espaciais etc), contribuem para o adoecimento físico e/ou psicológico do trabalhador.

Segundo Maciel (2006) O trabalho tem um papel importante na vida do homem, pois, além de ser fonte do seu sustento, é onde este pode sentir-se útil, produtivo e valorizado, tendo sua auto-estima elevada, passando a contar com a possibilidade concreta de auto-realização. Entretanto, quando realizado sob condições inadequadas, o trabalho pode ser nocivo, prejudicando a saúde, provocando doenças, levando à inatividade, encurtando a vida e até causando a morte.

De acordo com Mendes e Dias (1999) os trabalhadores poderão adoecer ou morrer por causas específicas do trabalho, seja pela profissão que exercem, pelo emprego que têm, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado.

No trabalho, o sistema osteomuscular sofre a atuação de uma ampla variedade de fatores; Dependendo da força e duração, esses fatores de estresse podem levar a alterações na saúde osteomuscular (RANNEY, 2000).

Maciel (2006) ainda afirma que, neste contexto, os distúrbios osteomusculares ocupacionais vêm crescendo de forma preocupante, visto que, em todo o mundo, a prevalência desta patologia vem atingindo proporções epidêmicas.

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

“No que concerne à ocorrência de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho, essa, em grande medida é determinada pela forma de produção imposta e pelas condições físicas ao ambiente em que o trabalho é executado” (FRUTUOSO, 2006).

Para Iida (2005) além das exigências da tarefa, muitas vezes, o trabalhador assume posturas inadequadas devido à má projeção de máquinas, equipamentos e posto de trabalho, que, se forem mantidas por muito tempo, podem provocar, além das dores corporais, a fadiga, doenças ocupacionais e absenteísmo. As síndromes dolorosas decorrentes do trabalho, para Oliveira (2000) incluem: cefaleias; lombalgias; lombociáticas e DORT.

Frutuoso (2006) acrescenta que uma visão negativa do trabalho por parte do trabalhador pode potencializar o adoecimento. Dejours (1994) expõe que extensas jornadas ou o trabalho em turnos alternados provocam irritabilidade e desânimo, desencadeando problemas de relacionamento do convívio familiar, o que favorece o aparecimento de síndromes dolorosas.

2.2 DOR

Os caminhos percorridos pelo estímulo doloroso no sistema nervoso são denominados de vias da dor, descritas por Cohen (2001), Delisa (2002) e Stokes (2003) como sendo vias ascendentes da medula espinhal até o encéfalo, pelo tracto espinotalâmico antero-lateral, formada por axônios de neurônios de segunda a terceira ordens situados no corno posterior, do lado oposto ao da medula espinhal. Esses neurônios recebem impulsos sinápticos das aferências nociceptivas de primeira ordem que entram na medula espinhal através das raízes dorsais e dos ramos simpáticos. Também recebem aferências de diversas outras fontes, ficando claro que um grau considerável de integração é realizado neste estágio inicial da transmissão de informações nociceptivas.

Nos centros cerebrais, onde a nocicepção encontra um fundo de circunstâncias e cultura, memórias e estados afetivos, emocionais e motivacionais, torna-se uma dor com múltiplas facetas. O cérebro modula a dor ao longo das vias que descendem ao centro da nocicepção no corno dorsal da medula espinhal (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Cohen (2001) e Stokes (2003) afirmam que a abordagem multidimensional da dor é fundamentada pela Teoria do Portal que, através da modulação realizada pela medula espinhal, sistema nervoso central e hipotálamo, permite ou bloqueia a transmissão de estímulos dolorosos. “Somando-se a esses fatores fisiológicos, os fatores psicológicos também exercem importante papel na instalação e manutenção da sensação dolorosa” (FRUTUOSO, 2006).

No seu estudo, Silva e Ribeiro-filho (2006) fazem uma distinção entre nocicepção, definida como o sinal fisiológico que alerta o sistema nervoso a um estímulo nociceptivo ou capaz de lesionar os tecidos, e dor, a qual é a percepção sensorial do estímulo nociceptivo.

Por sua vez, dor causa sofrimento e respostas comportamentais, fisiológicas e biológicas. Sofrimento é a reação afetiva ou emocional à dor, ao passo que comportamentos de dor são as respostas comportamentais observáveis do indivíduo que está experienciando a dor (DANTAS E MOREIRA, 2009).

Existem diferentes taxonomias para as síndromes dolorosas, podendo ser classificadas de acordo com a natureza dos órgãos ou estruturas acometidas, conforme a duração do quadro álgico. Para Teixeira (1999), a dor, baseando-se na duração do quadro álgico, pode ser classificada em aguda, crônica ou episódica, contudo não há um consenso no tempo de duração da dor crônica.

Em relação à dor crônica, Teixeira (1999) não especifica o prazo de instalação, advogando que dor crônica é aquela que persiste mais que o tempo necessário para a cura, a qual gera estresse físico e emocional, acarretando problemas econômicos e sociais ou incapacidade funcional porque compromete as atividades físicas e a vida afetiva. Para Cruz (2001) dor crônica é aquela com duração igual ou superior a quatro meses.

Entretanto, o conceito utilizado nesta pesquisa se baseia nos estudos de *Prentice* (2004), *Scopel et al* (2007) e na *Classification of Chronic Pain*, que consideram como dor crônica aquela que persiste por mais de seis meses.

Embora a dor seja altamente subjetiva, o entendimento de seus mecanismos e/ou processos, bem como o desenvolvimento de instrumentos para avaliar e mensurar confiavelmente a percepção de dor, são essenciais para melhor controlá-la e manejá-la, diminuindo seus impactos sobre a saúde do trabalhador (DANTAS E MOREIRA, 2009).

Tentativas para entender e quantificar a dor enfrentam dificuldades na óbvia associação da sensação desta a um conjunto variado de fatores emocionais, motivacionais, culturais, raciais e de gênero, o que induz à conclusão de que, por consequência, a dor constitui um fenômeno intrigante e enigmático (DANTAS E MOREIRA, 2009).

De fato, de um lado, argumenta-se que a dor, especialmente a crônica, não é corretamente tratada e documentada, por causa de sua inadequada avaliação inicial (especificamente dos limiares de detecção e de tolerância), tanto por parte dos clínicos quanto por parte dos cuidadores (SILVA E RIBEIRO-FILHO, 2006).

Por outro lado, a tolerância de nossa cultura para algum grau de dor é relativamente alta, e as queixas são, usualmente, vistas como fraquezas. Para Silva e Ribeiro-Filho (2006), parece também haver um limiar-mental, além do sensorial, que pode ser, talvez, expresso como: “não pergunte, nada diga”, e nossa tolerância para aqueles que “se queixam muito” é limitada. Portanto, o problema crucial consiste em avaliar o limiar-mental, e não apenas a dor, considerada isoladamente.

A percepção de dor é caracterizada como uma complexa experiência multidimensional a qual varia, quer na qualidade e intensidade sensoriais, quer nas suas características afetivas e motivacionais. Silva e Ribeiro-Filho (2006), consideram a dor como uma experiência descrita em termos de atributos sensoriais, motivacionais e cognitivos e muitas vezes com sequelas emocionais, daí, a utilidade das escalas multidimensionais e psicofísicas de dor.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH) *apud* Silva e Ribeiro-Filho (2006), 100 milhões de pessoas naquele país sofrem de dor crônica, custando aproximadamente U\$80 bilhões de dólares anuais a serem gastos em cuidados, bem como em

perda de dias e horas de trabalho. A dor explica mais de 80% de todas as visitas aos médicos. Certas condições dolorosas são endêmicas: 70% daqueles acometidos de câncer sentem dor, e, nos Estados Unidos, 157 milhões de dias de trabalho são perdidos a cada ano por causa de enxaqueca. Globalmente, a dor acomete pessoas em proporções assustadoras. A organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em 11 de outubro de 2004, estabeleceu qual seria o dia mundial da dor. Na mesma reunião, a IASP apresentou novos dados que alertam o fato de que uma, em cada cinco pessoas no mundo, em qualquer momento, sofre dor crônica classificada como de moderada a severa.

A dor crônica, no Brasil, também ocupa proporções alarmantes, prova disso é o estudo realizado por Kreling (2006) na região Sul do Brasil, no qual se constatou que 61,4% de trabalhadores da área administrativa apresentavam dor crônica, e os principais locais referenciados foram a cabeça, a face e a boca (26,7%), seguidos pela região lombar e sacra (19,4%). Em outro estudo, também com trabalhadores da área administrativa do setor público, Dantas e Moreira (2009) verificaram uma ocorrência de 60% da dor crônica entre os trabalhadores.

2.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A partir dos anos 1980, com o processo de envelhecimento da população trabalhadora em um contexto de reestruturação produtiva, as questões relativas ao envelhecimento funcional vêm constituindo uma prioridade no campo da saúde do trabalhador. A capacidade para o trabalho tornou-se um importante indicador por abarcar aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições do trabalho (DANTAS E MOREIRA, 2009).

Conforme Ilmarinen (2001) a capacidade para o trabalho diz respeito à capacidade que o trabalhador tem para executar seu trabalho em função das exigências do trabalho, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais, representando uma medida do envelhecimento, sendo resultado de um processo dinâmico entre recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, que sofre influência de diversos fatores, como aspectos sociodemográficos, estilo de vida, processo de envelhecimento e exigências do trabalho. Dessa forma, o processo doloroso, pode acarretar impactos diretos na capacidade laborativa.

Por ser uma variável subjetiva e de grande complexidade de mensuração, é necessário que a avaliação da capacidade de trabalho esteja baseada em dados obtidos a partir de diferentes fontes, incluindo-se, nessas, o próprio trabalhador

A noção que o indivíduo tem de sua capacidade para o trabalho pode trazer elementos relevantes à configuração final da avaliação.

Tuomi et al (1991) propuseram um protocolo de avaliação, o índice de capacidade para o trabalho (ICT), resultado de pesquisas amplas na Finlândia, destinadas aos serviços de saúde ocupacional. Sendo o ICT, conceituado pelos autores como

Quão bem está ou estará um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais.

Segundo *Kujala et al* apud *Martinez, Latorre e Fischer* (2009), este questionário foi elaborado a partir de estudos realizados na Finlândia, com acompanhamento de uma coorte de trabalhadores de 1981 a 1992, em pesquisas sobre capacidade para o trabalho com base no modelo teórico estresse-desgaste. Neste modelo, o desgaste resultante das cargas físicas e mentais do trabalho, mediado por características do trabalhador, pode gerar diminuição da capacidade para o trabalho e desencadeamento de doenças.

Esses estudos permitiram consolidar a base teórica sobre os principais determinantes, consequências e medidas de intervenção relativos à capacidade para o trabalho e embasar a estruturação do ICT, que possibilita avaliar e detectar precocemente alterações e subsidiar informações direcionando medidas preventivas.

No Brasil, os estudos sobre capacidade para o trabalho se iniciaram após a tradução e adaptação do questionário ICT para uso no país, que ocorreu no final da década de 1990 (*MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009*). Foram feitas algumas alterações no texto do instrumento visando a garantir o entendimento das questões e poderia ser auto-aplicável desde que a escolaridade mínima fosse a quarta série do ensino fundamental. Essa versão brasileira é encontrada em *Tuomi et al* (2005).

3 METODOLOGIA

Seccionou-se a abordagem metodológica segundo os critérios de Caracterização do Estudo, local da pesquisa, instrumentos de coleta de dados, procedimentos de coleta, análises de dados e posicionamento ético.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal, correlacional, que foi iniciado em agosto de 2009, estendendo-se a julho de 2010.

3.2 LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com 48 assistentes administrativos da Universidade Estadual da Paraíba, que exercem suas funções nos cursos de graduação do Campus I.

A escolha dos assistentes administrativos se justifica pela suscetibilidade às síndromes dolorosas, oriundas do caráter repetitivo da função.

A amostra foi composta seguindo-se uma estratégia acidental, definida por acessibilidade aos sujeitos; os participantes foram incluídos ou excluídos, com base nos seguintes critérios abaixo relacionados:

Critério de Inclusão: Foram incluídos, na pesquisa, todos os assistentes administrativos que estavam no exercício da função e que concordaram em participar da pesquisa; e

Critério de Exclusão: Foram excluídos aqueles que estavam ausentes das atividades laborais no período de coleta de dados ou que se recusaram a participar do estudo.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para empreender-se a coleta de dados, utilizaram-se a ficha **socioeconômica e ocupacional**, o **Diagrama Corporal**, a **escala multidimensional *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)**, e o **Índice de Capacidade para o Trabalho**, o qual visa a estabelecer o acompanhamento dos servidores municipais em relação a sua capacidade para o trabalho.

3.3.1 Ficha Socioeconômica e Ocupacional

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de caracterizar a amostra e coletar dados relevantes para a pesquisa. Nesta ficha estão sendo privilegiados itens como: sexo; idade; estado civil; nível educacional; lateralidade e renda; e dados ocupacionais a exemplo de: atividade desenvolvida; carga horária diária e semanal de trabalho e outras ocupações.

No final dessa ficha, o participante é questionado sobre se possui alguma dor que persiste há mais de seis meses, caracterizando assim a dor crônica (IASP, 2008; PRENTICE, 2004; SCOPEL et al 2007), com o intuito de fazer uma triagem, uma vez que só responderão à segunda parte do protocolo os que derem resposta afirmativa à questão.

A segunda parte do protocolo é composta pelos seguintes testes: **o Diagrama Corporal; e o McGill Pain Questionare (MPQ).**

3.3.2 Diagrama Corporal

O assistente administrativo faz uso de um diagrama corporal, no qual deve indicar, com símbolos específicos para cada intensidade, a região em que sente dor com duração igual ou superior há seis meses.

3.3.3 McGill Pain Questionare (MPQ)

Foi utilizada a versão traduzida, por Pimenta e Teixeira (1996), do *McGill Pain Questionare* (MPQ); trata-se de uma escala multidimensional, utilizada em todo o mundo, “que fornece medidas quantitativas da dor, passíveis de tratamento estatístico e permite comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso” (PIMENTA, 1996).

O MPQ, que já foi traduzido para várias línguas como o italiano, alemão, espanhol, dinamarquês, inglês e português, é composto por 78 descritores ou palavras sobre a dor, divididos em 20 subgrupos e 4 grupos maiores: sensorial-discriminativo; afetivo-emocional; cognitivo-avaliativo e miscelânea.

O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por dois a seis descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor há um correspondente número que indica sua intensidade.

A partir do questionário de McGill, pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é

78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo; afetivo; avaliativo e subgrupo de miscelânea.

3.3.4 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi desenvolvido pelos pesquisadores Tuomi, Ilmarinen, Jankola, Katajarinne & Tulkki, do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, através de pesquisas realizadas na década de 80, para acompanhamento de servidores municipais em processo de envelhecimento.

O ICT “revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho e pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho” (TUOMI, 1997).

Esse questionário é composto por sete itens: 1 – Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida; 2 – Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho; 3 – Número atual de doenças diagnosticadas por médico; 4 – Perda estimada para o trabalho devido às doenças; 5 – Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses); 6 – Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos; 7 – Recursos mentais (integrado por dez questões), nos quais, em seu cálculo, são utilizados os valores anotados, em algumas questões, e, para outras, um escore, mediante as pontuações obtidas nas respostas.

Após o somatório do ICT, pode-se estratificar o índice de capacidade do trabalhador em quatro níveis: Baixo (7-27 pontos), o qual indica a necessidade de se restaurar a capacidade para o trabalho; Moderado (28-36 pontos) e Bom (37-43 pontos), o qual indica a capacidade de que pode ser melhorada; e Ótimo (44-49 pontos), o qual mostra que a capacidade deve ser mantida, uma vez que se encontra em patamares satisfatórios.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa se iniciou com a realização de visitas às secretarias dos cursos e das coordenações para se estabelecer contatos com os responsáveis imediatos, a fim de fornecer informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como discutir alternativas para operacionalizar a coleta dos dados. Tais visitas permitiram conceber uma visão importante e mais apropriada do local de trabalho dos participantes e da realidade cotidiana por eles

vivenciada. A aplicação propriamente dita dos instrumentos foi sendo programada de acordo com a disponibilidade de local, dentro das conveniências de horário e tempo dos participantes. O instrumento para a coleta dos dados foi aplicado pelos discentes, de maneira individual, no próprio posto de trabalho do entrevistado, sendo gasto, em média, quinze minutos para a aplicação daquele.

Para evitar prováveis dificuldades dos trabalhadores de eleger a intensidade de sua dor por meio das palavras disponíveis, devido a uma dificuldade de interpretação de algumas palavras, a Escala de Categoria Numérica (NRS), passou a ser utilizada juntamente com o diagrama corporal para dar mais fidedignidade à avaliação.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por Estatística Descritiva e Inferencial, por meio do programa *Bioestat 5.0*, considerando-se, como nível de significância para os dados, quando $p < 0,05$.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO

A pesquisa se realizou com base nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país. Desse modo, é solicitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes. A pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a referida resolução, “deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade” (BRASIL, 2000).

Aos participantes foram fornecidas as seguintes informações: o objetivo do estudo, a importância da sua contribuição para a pesquisa, a garantia do anonimato, a forma como se deu a coleta de dados, a fidelidade com que os dados serão tratados e o direito à autonomia.

A pesquisa foi iniciada após aprovação fornecida, por escrito, pela instituição e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, que ocorreu em 09 de novembro de 2009.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, mostra que dentre os 48 os assistentes administrativos da UEPB estudados, 26 deles (54%) relataram sentir dor há mais de seis meses, ou seja, dor crônica,

dados que destacam a alta ocorrência de dores crônicas em indivíduos não relacionados aos serviços de saúde (Gráfico 1).



GRÁFICO 1 – Ocorrência de dor crônica nos assistentes administrativos estudados

Fonte: Nascimento, 2010.

A partir dos dados coletados, a dor crônica em assistentes administrativos se caracteriza por atingir igualmente mulheres e homens (50%), destros (88%), trabalhadores na faixa etária dos 40 aos 49 anos (46%), casados (54%), com nível superior incompleto (35%), com um a nove anos de experiência profissional (38%), que trabalham, a maior parte do tempo, sentado (58%) (Tabela 1).

Na data da aplicação dos questionários, doze assistentes administrativos apresentavam dor e, destes, três não apresentaram dores crônicas, o que demonstra que estes podem ser candidatos as dores crônicas.

Doze assistentes administrativos possuem outro emprego, dentre as profissões cinco são professores, quatro são assistentes administrativos em outro local, um fisioterapeuta, um marceneiro e um vigilante.

TABELA 1 – Comparativo das variáveis socioeconômicas e ocupacionais entre a amostra e os assistentes administrativos com dor crônica

Variáveis sociodemográficas e ocupacionais	AMOSTRA TOTAL n=48		AMOSTRA COM DOR CRÔNICA n=26	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Sexo				
Masculino	29	60%	13	50%
Feminino	19	40%	13	50%
Idade				
20-29 anos	16	33%	6	23%
30-39 anos	3	6%	1	4%
40-49 anos	20	42%	12	46%
50 ou mais	9	19%	7	27%

TABELA 1 – Comparativo das variáveis socioeconômicas e ocupacionais entre a amostra e os assistentes administrativos com dor crônica

Variáveis sociodemográficas e ocupacionais	AMOSTRA TOTAL n=48		AMOSTRA COM DOR CRÔNICA n=26	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Lateralidade				
Direita	43	90%	23	88%
Esquerda	5	10%	3	12%
Estado Civil				
Solteiro	16	33%	9	34%
Casado	27	56%	14	54%
Divorciado	4	8%	2	8%
Viúvo	1	2%	1	4%
Nível Educacional				
Nível Médio Completo	7	15%	6	23%
Nível Superior Incompleto	17	35%	9	35%
Nível Superior Completo	15	8%	9	31%
Nível Pós-graduação Completo	9	19%	8	11%
Tempo na Profissão				
1-9 anos	20	42%	10	38%
10-19 anos	6	12%	4	15%
20-29 anos	12	25%	7	27%
30 anos ou mais	10	21%	8	31%
Carga Horária Semanal				
20 - 29 horas	2	4%	1	4%
30-39 horas	3	6%	2	8%
40 OU + horas	43	90%	23	88%
Posição predominante durante o trabalho				
Sentado	30	62%	15	58%
Sentado e em pé por tempos iguais	18	38%	11	42%
Renda				
R\$ 0-999	4	8%	3	11%
R\$ 1000-1999	15	32%	6	23%
R\$ 2000-2999	14	29%	8	31%
R\$ 3000-3999	8	17%	6	23%
R\$ 4000-4999	2	4%	0	-
R\$ 5000 ou mais	2	4%	2	8%
Não Responderam	3	6%	1	4%

Fonte: NASCIMENTO, 2010.

A ocorrência de dor crônica verificada nos trabalhadores corrobora com os estudos de Kreling (2006), que verificou uma prevalência da dor crônica de 61,4% em trabalhadores, e os de Panazzolo *et al* (2007), que observaram uma ocorrência de 67,7% em idosos não ligados a serviços de saúde. Outros estudos constataram ocorrência maiores de dor crônica em populações relacionadas aos serviços de saúde, a exemplo de Holtz e Stechman Neto (2008), que observaram uma prevalência de 75% nos participantes.

Em relação à carga horária semanal, a dor crônica se fez mais presente naqueles que apresentavam carga horária de 40 ou mais horas (88%).

Quando analisada a idade e a ocorrência de dor, observou-se que o relato de dor foi crescente à medida em que se aumentou a idade (até os 49 anos). Outro fator importante é que o relato de dor apareceu em assistentes administrativos que apresentaram uma experiência

mínima de um ano de profissão, porém com maior expressividade nos assistentes administrativos com menos de nove anos de profissão.

Com relação à idade a média foi de $39,5 \pm 11,5$, o tempo médio na profissão foi de 16 anos $\pm 12,3$. A amostra pelo teste de *Shapiro-Wilk*, apresentou-se homogênea com $p < 0,01$ ($p = 0,0089$).

Na comparação do perfil socioeconômico dos assistentes administrativos com a dor crônica e a amostra total, observou-se que não há grandes diferenças. Apenas um fato, que deve ser destacado, é o relato por igual de dor crônica no sexo feminino e masculino, dado que se opõem ao encontrado por Verhaak *et al* (1998) que, após revisão de nove estudos sobre prevalência de dor crônica, observou que, em dois deles, a frequência de ocorrência da dor crônica era igual para homens e mulheres e, em sete (a maioria), a dor era mais frequente em mulheres, em nenhum dos estudos ocorrendo maior relato em homens.

À medida em que aumentava a idade dos assistentes administrativos, o percentual de ocorrência da dor crônica também aumentava, porém, isso até os 49 anos, regredindo no grupo de trabalhadores com mais de 50 anos. Para Santos *et al* (2006), nessa faixa etária, acima dos 60 anos, ocorre um menor relato da dor, oriundas das alterações do sistema sensorio-motor, característico do envelhecimento, que levam, conseqüentemente, a discrepâncias na discriminação têmporo-espacial sensitiva, e diminuição das reações neurovegetativas, neuroendócrinas, psíquicas, motoras e adaptativas.

A dor crônica foi referida pela maioria dos assistentes administrativos (54%) em apenas um local, e a média de locais foi de $1,57 \pm 0,7$. O local mais referido foi o ombro e o membro superior (29%), seguido pelos membros inferiores (22%) e a intensidade média de dor por assistentes administrativos, variou de dor leve a dor insuportável pelo diagrama corporal, sendo a dor leve a mais referida (42%) (Tabela 2). Quanto aos demais grupos, 35% relataram dor moderada, 19% severa e 4% insuportável.

TABELA 2 – Localização e intensidade da dor crônica nos assistentes administrativos entrevistados.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Número de Locais		
1	14	54%
2	9	35%
3	3	11%
Locais		

TABELA 2 – Localização e intensidade da dor crônica nos assistentes administrativos entrevistados.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Região cervical	7	17%
Região torácica	4	10%
Região Lombar, sacral e cóccix	5	12%
Ombro e Membro Superior	12	29%
Membros inferiores	9	22%
Intensidade pelo Diagrama Corporal e ECA.		
1 a 3– Dor Leve	11	42%
4 a 6 – Dor Moderada	9	35%
7a 8 – Dor Severa	5	19%
9 a10 – Dor insuportável	1	4%

Fonte: Nascimento, 2010.

O percentual de referência de apenas um local de dor é semelhante aos estudos de Kreling (2006) nos quais, dos 505 trabalhadores estudados, 66% destes relataram sentir dor por mais de seis meses e referiram possuir somente um local de dor, apresentando 1,32 pontos dolorosos pelo corpo, como média. Ainda em relação a este estudo, os locais de referência de dor são diferentes, pois, no estudo desse autor, o local sede mais citado foi a Cabeça, face e boca (26,7%), seguido pela coluna lombar (19,4%).

A dor na população estudada foi presente em assistentes administrativos que possuíam, no mínimo, um ano de profissão, evidenciando que, possivelmente, o trabalho esteja contribuindo para essa experiência dolorosa. Correlacionando-se a função desempenhada pelos trabalhadores e o ambiente de trabalho observado durante as visitas, conjectura-se que o maior relato de dor no ombro e membros superiores, seja oriundo da constante utilização destes seguimentos para o desempenho da atividade de secretariado e da inadequação do projeto ergonômico do mobiliário, que não permite a manutenção do trabalhador em postura adequada, exigindo que o assistente administrativo permaneça, por um longo período de tempo, com a articulação do ombro e dos membros superiores em extensão, para melhor visualização e manuseio, quer seja do monitor, quer seja dos objetos sobre a mesa de trabalho.

Punnet e Bergqvist (1999) argumentam que um projeto inadequado de postos de trabalho, uso contínuo do computador durante todo o dia e o trabalho repetitivo de digitação, estejam associados a um aumento do risco de desenvolvimento de sintomas dolorosos nos membros superiores. Tem sido demonstrado, também, que os distúrbios osteomusculares

associados ao uso do mouse de computador estão aumentando (TITTIRANONDA ET AL, 1999).

Considerando que boa parte dos assistentes administrativos passam um bom tempo sentados, suscita-se a hipótese de que haveria uma maior ocorrência da dor na região cervical, torácica e lombosacroccígea. Considerando-se, entretanto, o nível educacional da amostra (35% detém nível superior incompleto), acredita-se que – como consequência da ampla divulgação sobre as patologias dessas regiões e sobre as formas de prevenção nos meios de comunicação e no próprio âmbito de trabalho –, os administrativos já venham se cuidando e adotando medidas preventivas neste sentido, o que talvez sirva para diminuir a ocorrência de dores nesses locais.

A dor leve, obtida como mais referida, corrobora com os estudos de Dellaroza; Pimenta; Matsuo (2007), no qual a intensidade mais relatada com (50%) foi a dor leve.

Uma das vantagens da escala multidimensional pelo QDMcGILL é listar os termos mais utilizados para descrever a dor e, dessa forma, traçar um padrão descritivo para a dor, o que, após consolidação em populações maiores, irá ajudar tanto em pesquisas, quanto no atendimento dos pacientes com dor.

Na tabela 3, são apresentadas as palavras mais citadas, por grupos, pelos assistentes administrativos para descrever a dor. As palavras mais utilizadas foram: na dimensão sensorial (latejante por 58%), na afetiva (cansativa por 58%), na avaliativa (que incomoda por 54%) e na miscelânea (aborrecida por 46%).

TABELA 3 –: Palavras mais selecionadas pelos assistentes administrativos, por dimensão, para descrever a dor

Descritores	Frequência	Porcentagem
Sensorial		
Grupo 1- Latejante	15	58%
Grupo 2 - Pontada	14	54%
Grupo 3 - Agulhada	11	42%
Grupo 4 - Fina	14	54%
Grupo 5 – Aperto	6	23%
Grupo 6 – Fisgada	6	23%
Grupo 7 – Queima	9	35%
Grupo 8 – Ardor	7	27%
Grupo 9 – Dolorida	9	35%
Grupo 10 – sensível	7	27%
Afetivo		
Grupo 11 – Cansativa	15	58%
Grupo 12 – Enjoada	12	46%
Grupo 13 - Amedrontadora	7	27%
Grupo 14 – Castigante	8	31%
Grupo 15 – Miserável	6	23%

TABELA 3 –: Palavras mais selecionadas pelos assistentes administrativos, por dimensão, para descrever a dor

Descritores	Frequência	Porcentagem
Avaliativo		
Grupo 16 – Que incomoda	14	54%
Miscelânea		
Grupo 17 – Penetra	6	23%
Grupo 18 – Repuxa	5	19%
Grupo 19 - Fria	5	19%
Grupo 20 –Aborrecida	12	46%

Fonte: Nascimento, 2010.

Segundo Silva e Ribeiro-Filho (2006), o questionário McGill de dor foi primariamente concebido por Melzac em 1983, com o propósito de fornecer uma avaliação global da dor. Devido a sua ampla aceitação, o instrumento já foi validado para várias línguas, entre elas o português e atualmente configura-se como um instrumento fidedigno, válido, sensível e preciso.

Com relação ao padrão descritivo da dor pode-se dizer que, de maneira geral, a dor foi descrita como “fina”, “latejante”, “cansativa”, “enjoada”, “que incomoda” e “aborrecida”. Esse padrão se assemelha, em muito, aos descritores ao padrão observado no estudo realizado por Oliveira *et al* (2000) com os pacientes portadores de dores músculo-esqueléticas atendidos na Liga da Dor da faculdade de Medicina da USP, entre os anos de 1996 e 1999.

Quando se analisam os escores individuais, pode-se observar que, na maioria dos indivíduos, a dimensão sensorial-discriminativa foi a de maior valor em 81% e a afetivo-emocional prevaleceu em 19% (GRÁFICO 2).

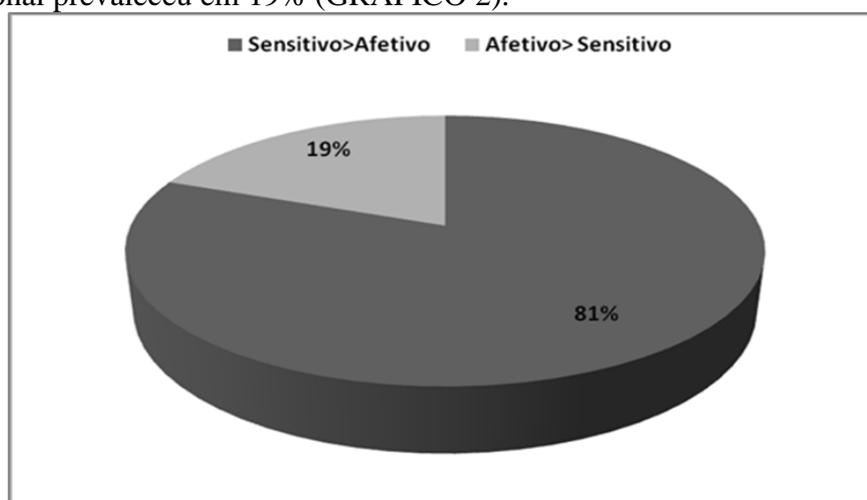


GRÁFICO 2 – Dimensão com maior escore individual no questionário de dor McGill

Fonte: Nascimento, 2010.

Para Melzac (1983), o QDMcGILL avalia a dor em três dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa. Seguindo essa linha na maioria dos assistentes administrativos, a dimensão sensorial foi a que apresentou maiores escores, destacando que as propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor são mais presentes na experiência dolorosa do que a

tensão, medo, temor, receio e respostas neurovegetativas, fato que não exclui as propriedades afetivas na percepção da dor que é, sem dúvidas, uma experiência subjetiva, a julgar pela própria definição sugerida por McCaffery (1997):

A Dor é tudo aquilo que a pessoa experienciando diz que é e existe todas as vezes que a pessoa diz que existe.

Um dado que reforça essa subjetividade é o de a dimensão afetiva ter sido predominante em 19% dos indivíduos.

Com relação ao Índice de Capacidade para o Trabalho, foi realizada uma análise comparativa entre os trabalhadores com queixa dolorosa crônica, e os que não a possuíam. Os achados nos mostram que um maior percentual (59%) dos trabalhadores sem queixa dolorosa possuem uma ótima capacidade para o trabalho, em contrapartida, a maioria (61%) dos que possuem dores crônicas apresentam boa capacidade para o trabalho, o que mostra uma diminuição desse índice com a ocorrência de dores crônicas.

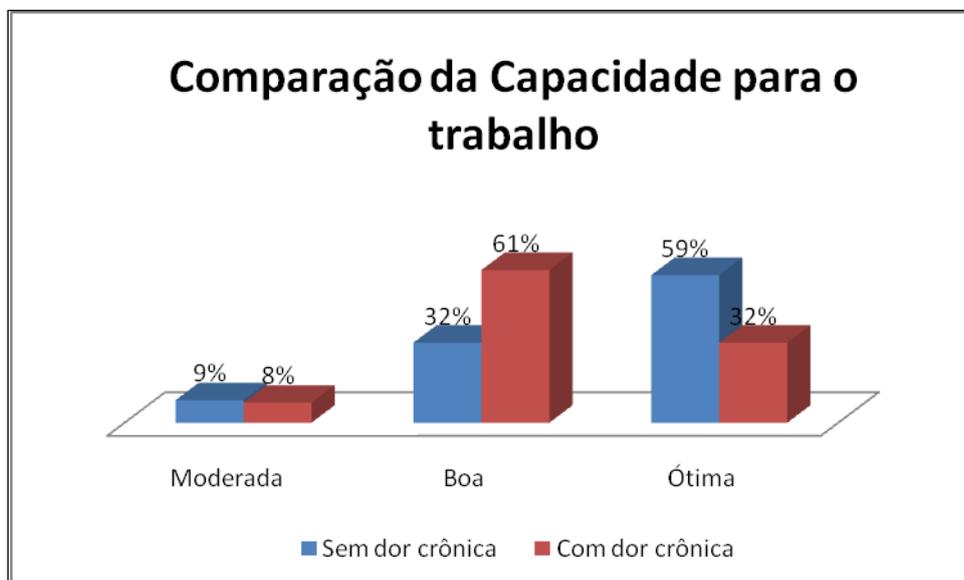


GRÁFICO 3 – Comparação de assistentes administrativos Sem dor crônica e Com dor crônica, para Capacidade para o Trabalho.

Fonte: Nascimento, 2010.

A média da capacidade para o trabalho entre os assistentes administrativos com dor foi de $41,4 \pm 4,3$, ao passo que, entre os que não sentem dor, a média foi de $43,6 \pm 4,5$.

Quando observada a comparação com os valores médios para cada item do índice de capacidade para o trabalho, pode-se perceber que os assistentes administrativos sem dores apresentaram maiores escores nos itens I, II, III, V e escore total, que representam, respectivamente, a capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida; capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho; número atual de doenças diagnosticadas por médico e números de faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses). Já os trabalhadores com dores crônicas apresentaram maiores escores nos itens IV,

VI, e escores iguais no item VII, que se referem, respectivamente, à perda estimada para o trabalho devido às doenças; prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos e recursos mentais (GRÁFICO 4).

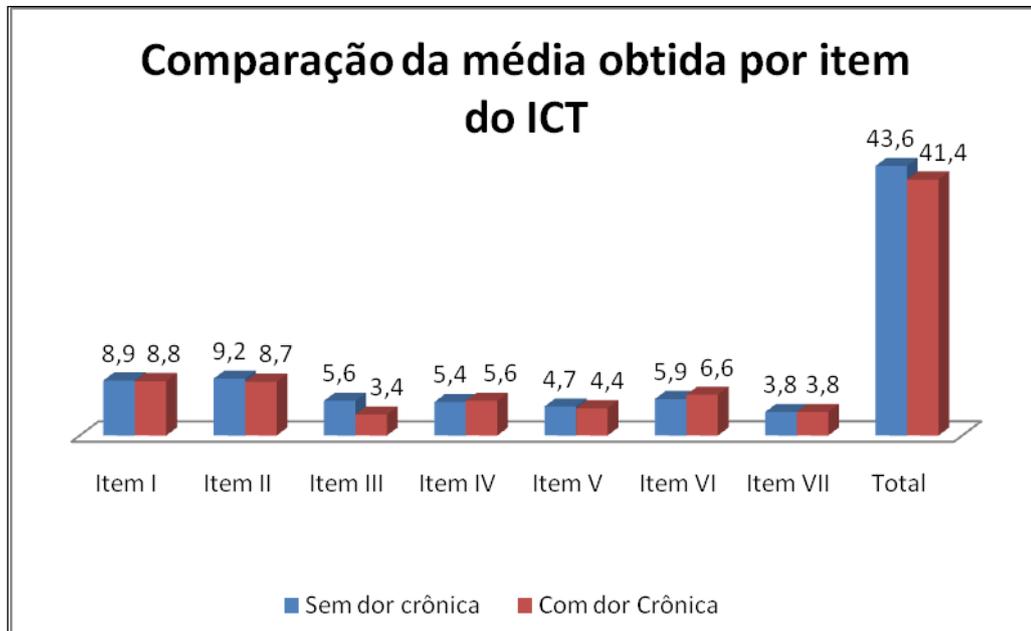


GRÁFICO 4 – Comparação entre assistentes administrativos Com dor Crônica e Sem dor Crônica, da média obtida por Item do ICT.

Fonte: Nascimento, 2010.

Uma análise da distribuição percentual dos trabalhadores com e sem dores por categoria de capacidade para o trabalho, mostrou que os trabalhadores com dores possuem uma diminuição da capacidade para o trabalho, porém, quando aplicada a estatística inferencial essa se mostrou com um erro amostral superior a 0,05, o que torna o dado sem significância estatística.

Houve a ocorrência de um maior número de doenças crônicas relatadas e um maior número de faltas ao trabalho por doenças, nos assistentes administrativos que não possuem dores crônicas, mostrando que não só as dores crônicas alteram a capacidade para o trabalho e sozinhas não respondem pelo absenteísmo no trabalho, para a amostra estudada. Além disso, entre os assistentes administrativos que possuem dores crônicas houve um melhor prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui há dois anos, na percepção dos próprios trabalhadores.

Com o intuito de contribuir para o entendimento dos fatores que se relacionam com o Índice de Capacidade para o Trabalho foi realizada uma estatística correlacional, por meio do teste de Correlação de Pearson, entre os escores obtidos no ICT e algumas das variáveis.

Através da tabela 4, pode-se perceber que, dentre as variáveis analisadas, não se verificou correlação entre a ocorrência de dor crônica e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), sexo, carga horária semanal de trabalho, ter outro emprego e posição predominante no trabalho, porém, as variáveis idade, estado civil, escolaridade, tempo na profissão e renda apresentaram correlação negativa, o que significa que essas variáveis são inversamente proporcionais ao ICT, e, à medida em que elas crescem, o ICT decresce.

TABELA 4 – Correlação entre Dor Crônica e o Índice de Capacidade para o Trabalho

Variáveis analisadas	Coefficiente de correlação (r)	Grau de correlação	Erro amostral (p)
ICT e sexo	-0,25	Fraco	0,080
ICT e idade	-0,44	Moderado	0,002*
ICT e est. Civil	-0,36	Moderado	0,012*
ICT e nível educacional	-0,30	Moderado	0,040*
ICT e posição de trabalho	0,20	Fraco	0,089
ICT e outro emprego	0,18	Fraco	0,220
ICT e CH	-0,14	Fraco	0,340
ICT e ocorrência de dor crônica	0,24	Fraco	0,090
ICT e tempo na profissão	-0,41	Moderado	0,003*
ICT e renda	-0,32	Moderado	0,030*

Fonte: NASCIMENTO, 2010.

Nota: *Correlações com significância ($p < 0,05$)

Abaixo estão os gráficos sobre a correlação; eles servem para mostrar a dispersão dos dados e apresenta a curva de correlação.

O gráfico ICT x Idade apresenta uma parábola decrescente, a partir da qual se pode avaliar que os melhores escores para o ICT se situam na faixa etária de 30-40 anos.

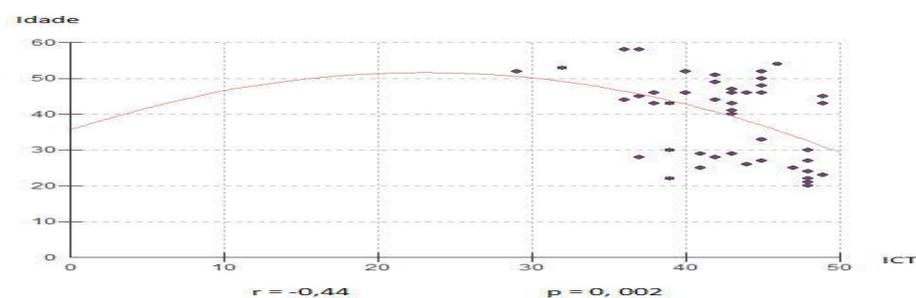


GRÁFICO 5: Correlação entre o ICT e a Idade Fonte: NASCIMENTO, 2010.

Conjectura-se que esse fato está relacionado a um maior grau de experiências desses assistentes administrativos, no que diz respeito, não só ao trabalho, como também as demais atividades exercidas por eles, os tornando mais capazes e motivados a resolução das problemáticas do trabalho.

No gráfico ICT X estado civil, os valores do eixo X correspondem aos diferentes estados sendo 1= solteiro, 2= casado, 3= divorciado e 4= viúvo. A curva de correlação mostra que a maior capacidade para o trabalho está correlacionada com os indivíduos solteiros, seguidos por viúvos, casados e divorciados.

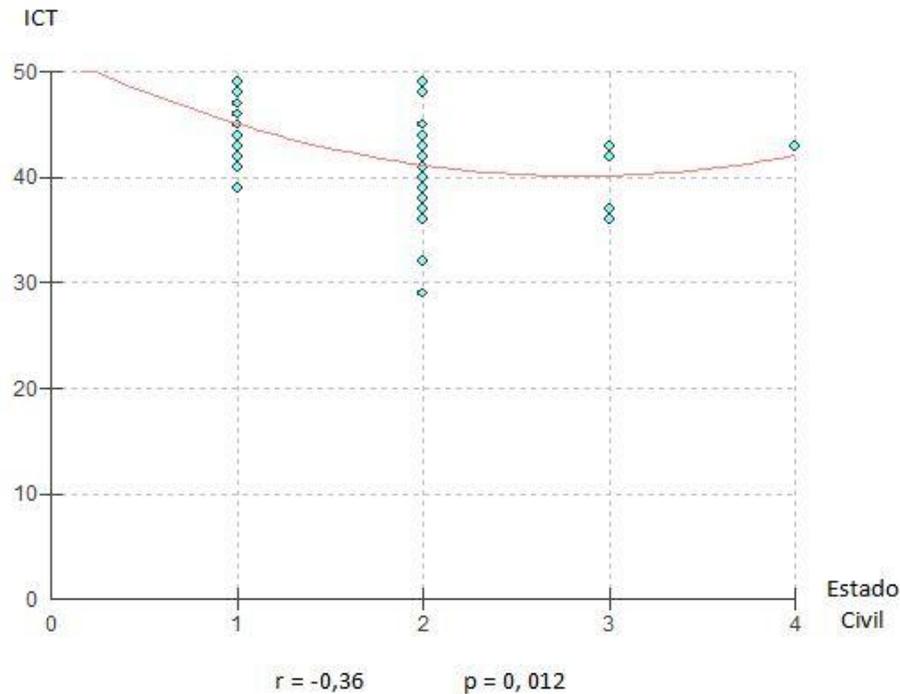


GRÁFICO 6 – Correlação entre o ICT e o Estado Civil.

Fonte: NASCIMENTO, 2010.

A sobrecarga da vida matrimonial ou os impactos de uma separação podem trazer reflexos negativos à vida profissional dessas pessoas, fatores este que podem explicar o porquê do contexto apresentado.

Para aplicação do teste de correlação, o nível educacional foi enumerado de modo crescente com: sendo 1= Ensino médio, 2= Ensino superior incompleto, 3= Ensino superior completo, 4 = Pós-graduação incompleta e 5 = Pós-graduação completa. Nesse caso, a curva decresce à medida em que o nível educacional aumenta, indicando-se a redução da capacidade para o trabalho.

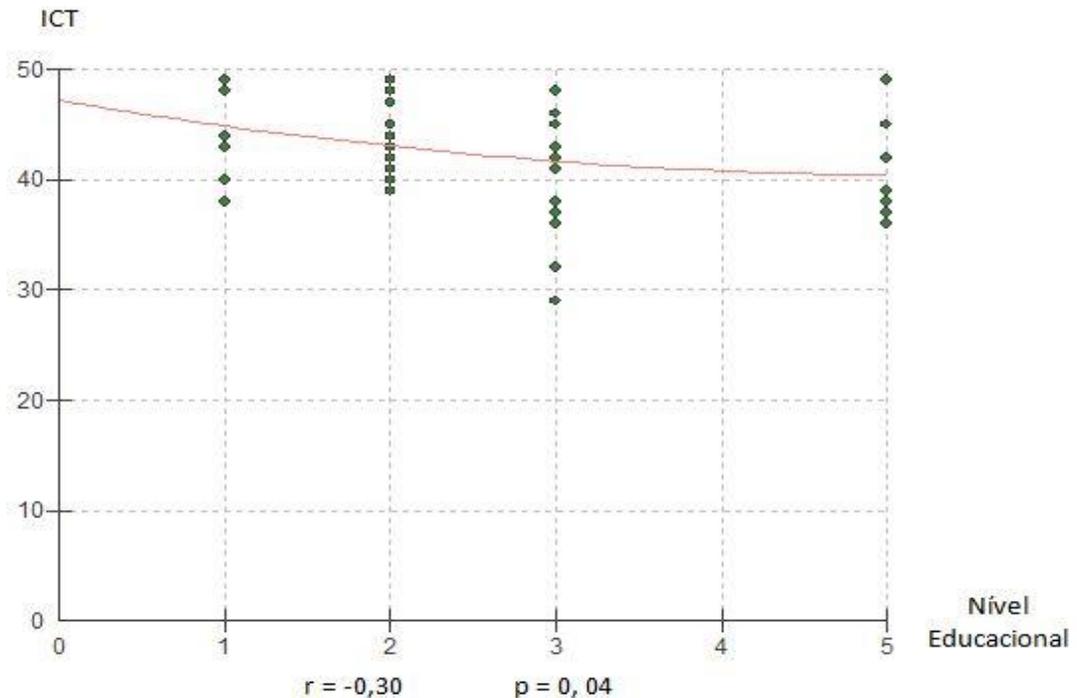


GRÁFICO 7 – Correlação entre o ICT e o Nível de Educacional.

Fonte: NASCIMENTO, 2010.

O distanciamento entre a atividade desempenhada, que é uma atividade técnica, e a sua formação acadêmica que, em muitos casos, foi a pós-graduação, seja o reflexo desse resultado. Essa observação pôde ser feita a partir de relatos dos assistentes administrativos que, apesar do distanciamento, optaram por continuar na função devido aos proventos recebidos.

O gráfico ICT X Renda (gráfico 8) mostra um decréscimo quase linear entre as variáveis. Este resultado desperta para um novo fenômeno que deve ser investigado em relação fato de que a capacidade para o trabalho é inversamente proporcional à renda auferida.

O gráfico ICT X tempo na profissão, (gráfico 9) também apresenta uma correlação negativa, mostrando que, quanto maior o tempo na profissão, menor é a capacidade para o trabalho. No ICT para o trabalho, os índices de maior capacidade para o trabalho situam-se próximos a 10 anos na profissão, na faixa entre 5 e 15 anos.

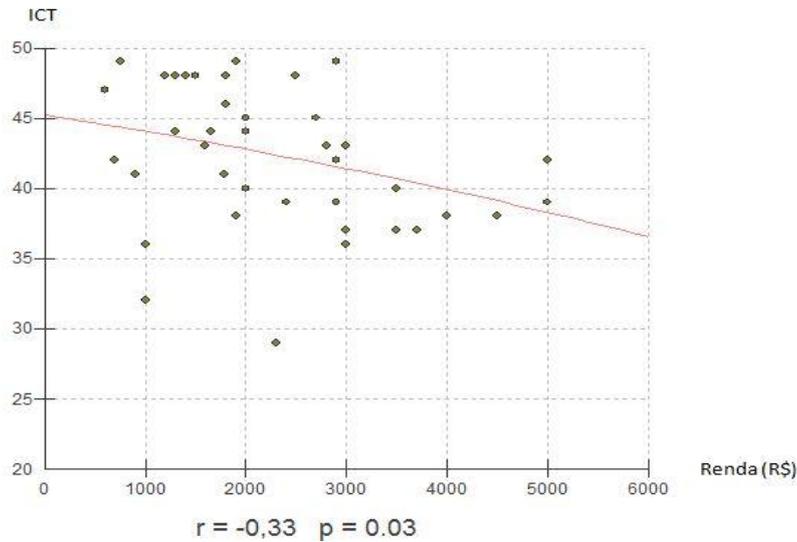


Gráfico 8 – Correlação entre o ICT e a Renda
Fonte: NASCIMENTO, 2010

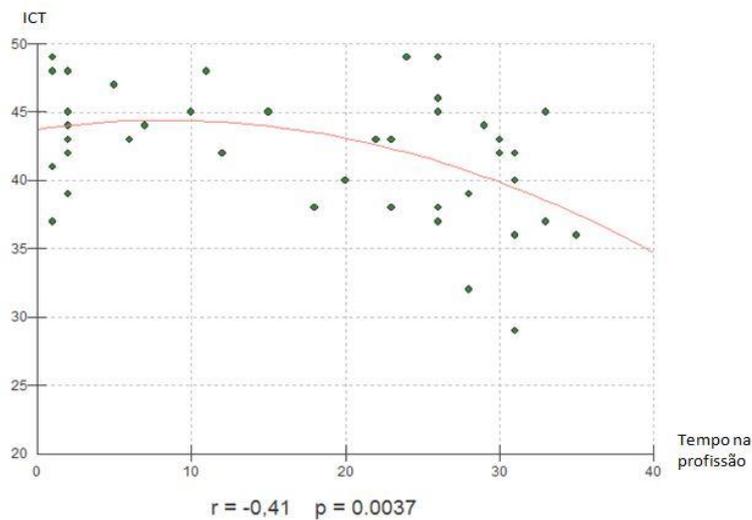


GRÁFICO 9 – Correlação entre o ICT e o Tempo na Profissão.
Fonte: NASCIMENTO, 2010

Conjectura-se que essa diminuição ocorra em virtude das condições de trabalho, quais sejam: técnicas; organizacionais ou ambientais, além das características morfológicas do assistente administrativo.

5 CONCLUSÕES

A amostra estudada apresentou boa homogeneidade, uma vez que os dados finais foram quase semelhantes aos parciais. A dor crônica apresentou relevante índice de ocorrência entre os trabalhadores assistentes administrativos da Universidade Estadual da Paraíba (54%).

A principal região de localização da dor é a região do ombro e membros superiores (29%). A intensidade dolorosa mais incidente é a leve (42%). Embora o componente sensorial-discriminativo seja o mais predominante (81%) na expressão dolorosa, o componente afetivo-motivacional apresenta valores consideráveis (19%).

A mensuração da dor ou avaliação multidimensional, mediante a aplicação do questionário da dor de McGill, por exemplo, deve ser priorizada, pois além de apresentar a mensuração em escala de intensidade numérica e indicar a localização da dor, facilita a compreensão desse fenômeno complexo e subjetivo em suas três dimensões. A limitação do trabalho fica evidenciada na deficiência de correlação clínica com os descritores utilizados, o que poderia ser sanado por uma avaliação musculoesquelética associada à aplicação do questionário.

O ICT, embora apresente distribuição percentual diferenciada entre os assistentes administrativos com e sem dores crônicas, estatisticamente não houve diferença significativa. Contudo, outras variáveis, a exemplo da idade, estado civil, nível educacional renda e tempo na profissão, apresentaram correlação com o ICT.

Este estudo fortalece a necessidade de aplicação de uma política de atenção à saúde do trabalhador, garantindo uma melhor resolutividade e contribuindo para a melhoria das condições de trabalho dos assistentes administrativos desta instituição pública.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda e SOUSA, Fatima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14 n. 2, março-abril, 2006.

BEIRÃO, H. J.; SILVA N. C. Lesões Musculoligamentos Relacionados ao Trabalho. In: VIEIRA, S. I. **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1999. p.428-468. v.VI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução CNS 196/96 e outras). Brasília, DF, 2000.

CARVALHO, M. M. M. J. *Prefácio*. In: _____(Org.)**Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus,1999. p. 7-8.

COHEN, Helen. **Neurociência para fisioterapeutas, incluindo correlações clínicas**. 2ª Ed. São paulo: manole, 2001.

CRUZ, R. M.**Psicodiagnóstico das síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho**.2001.Tese (doutorado). Programa de pós-graduação em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2001.

DANTAS, D. S.; MOREIRA, C. H.. **Mensuração da dor crônica em assistentes administrativo, com o questionário da dor de McGill**. In: Anais do I encontro Nordestino de Neurociências, Campina Grande: Asa Eventos, 2009.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth & JAYET, Christiam. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELISA, Joel A. **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. 1ª Ed. São Paulo: manole, 2002.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MATSUO,Tiemi. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 5, p.1151-1160, maio, 2007.

FRUTUOSO, Joselma Tavares. **Mensuração de aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho**, 2006. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. São Paulo: artmed, 2003. 4ª ed.

HOLTZ, Vanessa Vicentini; STECHMAN NETO, José Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. **Rev. Dor**, v. 9 n. 2, Abr/Mai/Jun, 2008.

IASP. International association for study of pain. **PAIN**. Disponível em: <www.iasp-pain.org> Acesso em: 15/05/2008

IIDA, Itiro. **Ergonomia Projeto e produção**. São Paulo: Edgar Blucher, 2005. 2ª ed.

ILMARINEN, J. Aging and work. **Occup Environ Med**. v. 58, p. 546-52, 2001

KATZ, J.; MELZACK, R. Measurement of pain. **Surgical clinics of north America**. v. 79 n. 2, apr, 1999.

KATZ, J.; MELZACK, R. Measurement of pain. **Surgical clinics of north America**. v. 79 n. 2, apr, 1999.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro & PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. Prevalence of chronic pain in adult workers. **Rev Bras Enferm** v.59 n°.4 p.509-13, jul-ago; 2006.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; FERNANDES, Mariana Barros and MEDEIROS, Luciana Souto. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2006, vol.9, n.1,

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev Saúde Pública** v. 43, n. 3, p.525-32, 2009.

MEIRA, L. F. **Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba** [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica. Curitiba, Universidade Federal do Paraná, 2004.

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

_____. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde públ.**, S.Paulo,v. 25:p 341-9, 1991.

MCCAFFERY, M; FERREL, B. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? **J Pain Symptom Manage**. v. 14 n. 3, sep, 1997.

OLIVEIRA, J T. Aspectos comportamentais da síndrome de dor crônica. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.58 n. 2-A, p. 360-65, 2000.

PANAZZOLO, Danilo et al Dor crônica em idosos moradores do conjunto cabo frio, cidade de londrina/pr . **Rev. Dor** v. 8 n. 3, jul/ago/set, 2007.

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

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos & TEIXERA, Manoel Jacobsen. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev.Esc.Enf. USP** v.30 n°. 3 p.473-83, dez, 1996.

PRENTICE, William E. **Modalidades terapêuticas para fisioterapeutas**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUNNET, L. & BERGQVIST, U. **Musculoskeletal disorders in visual display unit work: gender and work demands**. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, Vol. 14, n.1, p.113-124. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus, 1999.

RANNEY, D. Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho. São Paulo: ROCA, 2000.

ROSSELTO, E G et al Epidemiologia da dor em crianças, adultos e idosos – análise e crítica. **Arq. Neurocir.** v. 18 p. 213-24, 1999.

SANTOS, C C et al Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta fsiatr** v. 13 n. 2, 2006.

SCOPEL, Evânea et al Medidas de Avaliação da dor. **Revista Digital - Buenos Aires** v. 11 n. 105, fev-2007.

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

SILVA; José Aparecido da; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. **Avaliação e Mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: Funpec-editora, 2006.

SOUSA, Fatima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-am Enfermagem** v. 10 n. 3, maio-junho, 2002.

STOKES, MARIA. Neurofisiologia para fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2003.

TEIXERA, Manoel Jacobsen. Fisiopatologia da dor. In: CARVALHO, M. M. J. (Org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p. 47-76.

TITTIRANONDA, P.; BURASTERO, S.; REMPEL, D. Risk factor for musculoskeletal disorders among computer users. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, Vol. 14, n.1, p.17-38. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus, 1999.

TUOMI, K et al Work load and individual factors affecting work disability among aging municipal employees. Scand J Work Environ Health. v. 17, p. 94-8, 1991.

TUOMI, K et al Work Ability Index. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1997.

VERHAAK; P F M. et al Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. Pain s. 77, p.231-9, 1998.

TUOMI, K et al Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE DOR DE MCGILL

ALGUMAS PALAVRAS ABAIXO (AS QUAIS LHE SERÃO LIDAS) PODEM DESCREVER A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS DELAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO: AQUELA QUE FOR MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-aterroizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estrapalha				5-torturante

APÊNDICE B – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Por favor, responda, cuidadosamente, todas as questões, assinalando a alternativa que você acha que melhor reflete a sua dor. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

1.

Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
--	------------------------

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

Muito boa () 5 Boa () 4 Moderada () 3 Baixa () 2 Muito baixa () 1

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).

Muito boa () 5 Boa () 4 Moderada () 3 Baixa () 2 Muito baixa () 1

4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Acometimento	Em minha opinião	Diagnóstico	
Lesão nas costas.			respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).
Lesão nos braços/mãos			Bronquite crônica.
Lesão nas pernas/pés			Sinusite crônica.
Lesão em outras partes do corpo.			Asma
Doença na parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes			Enfisema
Lesão nas costas.			Tuberculose Pulmonar
Dor nas costas que irradia para a perna (ciática).			Outra doença respiratória Qual?
Doença na parte inferior das costas com dores frequentes.			Distúrbio emocional severo (Depressão)
Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.			Distúrbio emocional leve (Insônia, tensão, ansiedade, depressão leve)
Artrite reumatoide			Problema ou diminuição na audição
Outra doença músculo esquelética. Qual?			Doença ou lesão da visão (não assinale se usa apenas óculos de grau ou lentes de contato). Problema ou diminuição na audição.
Hipertensão arterial (pressão alta)			Acometimento
Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (<i>angina pectoris</i>)			Em minha opinião
Infarto do miocárdio, trombose coronariana			Diagnóstico
Insuficiência cardíaca			Doença ou lesão da visão (não assinale se usa apenas óculos de grau ou lentes de contato).
Outra doença cardiovascular. Qual?			Doença neurológica (Acidente Vascular Encefálico “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).
Infecções repetidas no trato			Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido.
			Pedras ou doença na vesícula biliar.
			Doença do pâncreas ou do fígado.
			Úlcera gástrica ou duodenal.
			Gastrite ou irritação duodenal.
			Colite ou irritação do cólon

Outra doença digestiva. Qual?		
Infecção das vias urinárias		
Doença dos rins.		
Doença nos genitais e aparelho reprodutor (próstata ou problema nas trompas).		
Outra doença geniturinária.		
Alergia ou eczema.		
Outra erupção. Qual?		
Outra doença da pele		
Tumor benigno		
Tumor maligno (câncer). Onde?		
Obesidade		
Diabetes		
Bócio ou outra doença da tireoide.		
Outra doença endócrina ou metabólica.		
Anemia.		
Outra doença do sangue. Qual?		
Defeito de nascimento.		
Outro problema ou doença. Qual?		

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta).

- Não há impedimento/ eu não tenho doenças ()6
- Eu sou capaz de fazer o meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas ()5
- Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho ()4

- Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho ()3

- Por causa da minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial ()2

- Em minha opinião estou totalmente incapacitado de trabalhar. ()1

6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

Nenhum ()5 Até 9 dias ()4 De 10 a 24 dias ()3

De 25 a 99 dias ()2 De 100 a 365 dias ()1

7. considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

É impossível ()1 Não estou muito certo ()4

Bastante provável ()7

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre ()4 Quase sempre ()3

Às vezes ()2 Raramente ()1 Nunca ()0

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre ()4 Quase sempre ()3

Às vezes ()2 Raramente ()1 Nunca ()0

10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente ()4 Quase sempre ()3

Às vezes ()2 Raramente ()1 Nunca ()0

APÊNDICE C - Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Pesquisa: “DOR CRÔNICA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, UM ESTUDO CORRELACIONAL”

Eu, Eliane Nóbrega Vasconcelos, Chefe do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Por ser verdade, assino abaixo;

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Profª Eliane Nóbrega Vasconcelos

APÊNDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável**TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“DOR CRÔNICA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, UM ESTUDO CORRELACIONAL”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgadas pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e à Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Prof^a Claudia Holanda Moreira

Orientadora

Gydarlly Batista Do Nascimento

Orientando

APÊNDICE E – Declaração de Propriedade de Informação

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE INFORMAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não.

Campina Grande, ___/___/2011.

Prof^a Claudia Holanda Moreira

ANEXOS

ANEXO: Protocolo de Pesquisa _____

Ficha Socioeconômica e Ocupacional

1. Sexo() M () F 2. Idade _____ anos
3. Lateralidade () Destro (...) Canhoto (...) ambidestro
4. Estado Civil Atual
() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
5. Nível Educacional – assinalar o nível mais alto
()1º grau incompleto ()1º grau completo ()2º grau incompleto
()2º grau completo ()3º grau incompleto ()3º grau completo
(...) Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa
6. Tempo de trabalho na profissão? _____
7. Carga horária semanal total de trabalho? _____
8. Você tem outro emprego?(...) Sim () Não
Se SIM, qual a função desempenhada? _____
9. Durante a execução do seu trabalho, quais as posições adotadas por você:
(...) sentada, a maior parte do tempo () em pé, a maior parte do tempo
(...) sentada e em pé, por iguais períodos de tempo
10. Renda mensal: _____
11. Você está sentindo alguma dor hoje? () Sim () Não
12. Você está sentindo alguma dor que surgiu em tempo igual ou superior a seis meses?
(...) Sim(...) Não

Se você respondeu **Não**, na questão nº. 12, a coleta de dados terminou. Muito obrigado pela colaboração.

Se você respondeu **Sim**, na questão nº. 12, por favor responda a segunda parte do questionário

II parte – Diagrama Corporal

ATENÇÃO: A segunda parte só deverá ser respondida, se você respondeu sim na 12ª questão.

13. Com base na legenda abaixo, assinale com o símbolo adequado a(s) região(ões), onde você sente dor há mais de 6 (seis) meses.

X – Dor leve O – Dor Moderada • – Dor severa ■ - Dor insuportável

