



MARIA DA GRAÇA RODRIGUES BÉRZIN



**CARACTERÍSTICAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL,
PRÁTICA CLÍNICA E PERFIL BIOPSISSOCIAL DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS E MÉDICOS QUE ATUAM NA
ÁREA DE DOR OROFACIAL**

**Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do
Título de Doutor em Biologia Buco-Dental,
área de Anatomia.**

Orientador: Prof. Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira

PIRACICABA

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

B463c	Bérzin, Maria da Graça Rodrigues. Características da formação profissional, prática clínica e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial. / Maria da Graça Rodrigues Bérzin. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007. Orientador: José Tadeu Tesseroli de Siqueira. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Formação profissional. 2. Dor orofacial 3. Saúde e qualidade de vida. 4. Condições de trabalho. 5. Stress ocupacional. I. Siqueira, José Tadeu Tesseroli de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (mg/fop)
-------	--

Título em Inglês: Characteristics of the professional formation, clinical practice and biopsychosocial profile of dentists and physicians who work in the area of orofacial pain

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Professional formation. 2. Orofacial pain 3. Health and quality of life. 4. Working conditions. 5. Occupational stress

Área de Concentração: Anatomia

Titulação: Doutor em Biologia Buco-Dental

Banca Examinadora: José Tadeu Tesseroli de Siqueira, Onofre Alves Neto, Cinara Maria Camparis Bussadori, Eduardo Sakai, Eduardo Dias Andrade

Data da Defesa: 04-05-2007

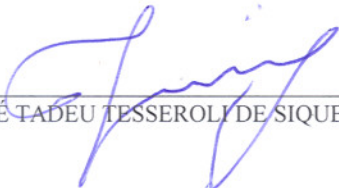
Programa de Pós-Graduação: Biologia Buco-Dental



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



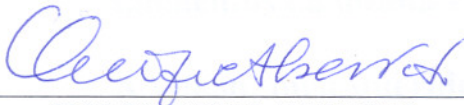
A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de DOUTORADO, em sessão pública realizada em 04 de Maio de 2007, considerou a candidata MARIA DA GRAÇA RODRIGUES BÉRZIN aprovada.



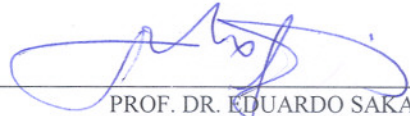
PROF. DR. JOSÉ TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA



PROFa. DRa. CINARA MARIA CAMPARIS BUSSABORI



PROF. DR. ONOFRE ALVES NETO



PROF. DR. EDUARDO SAKAI



PROF. DR. EDUARDO DIAS DE ANDRADE

200734481

Folha de aprovação

“Que luz é aquela na margem?”

Rabindranath Tagore

À Irma, minha mãe amiga, pelo amor incondicional e exemplo de pessoa forte que me inspira, ilumina e consola em todos os momentos da minha vida.

A Olicio, meu querido pai, pelo seu amor e exemplo de força e coragem para enfrentar as piores dores, sem nunca perder o otimismo e bom humor.

Dedico este trabalho.

In memoriam

*“Viver no coração daqueles que deixamos:
isso não é morrer”*

Goeth

**A Carlos Alberto Rodrigues, meu
inesquecível irmão, pelo seu amor,
confiança e apoio amigo de todas as horas
de sua vida.**

**À Lilia Adamson Bérzin e Arvídio Luchs
Bérzin, autores da preciosa obra chamada
Fausto, que a tantos ensina e cativa.**

Dedico este trabalho.

*“Vossos filhos não são vossos filhos...
São filhos e filhas do desejo da Vida por si
mesma...”*

Khalil Gibran

**Aos jovens Reynaldo e Carlos Alberto,
amados sobrinhos, hoje filhos, pessoas
carinhosas e dedicadas que perpetuam
nossa família.**

**Ao querido Janis, pessoa brilhante e
carismática, cujo obstinado amor, fez por
resgatar a saga dos Luchs Bérzins em terra
distante.**

Dedico este trabalho

Dedicatória Especial (Prof. Dr Fausto Bérzin)

*“Contigo aprendi
Que existem novas e melhores emoções
Contigo aprendi
A conhecer um mundo novo de ilusões*

*Aprendi
Que a semana já tem mais de sete dias
Fazer maiores minhas poucas alegrias
E ser feliz eu contigo aprendi*

*Contigo aprendi
Que existe luz na noite mais escura
Contigo aprendi
Que em tudo existe um pouco de ternura*

*Aprendi
Que pode um beijo ser mais doce e mais profundo
Que posso ir amanhã mesmo desse mundo
As coisas boas eu contigo já vivi*

*E contigo aprendi
Que eu nasci no dia em que te conheci” (Moacyr Franco)*

Querido amor,
Foram tantas as dificuldades...e você sempre ao meu lado,
amorosa e pacientemente me apoiando, esperando,
encorajando, valorizando, fazendo comidinha, cuidando de
mim... e consegui!

Obrigada por tudo, principalmente por me ensinar, com seu
exemplo, a lição mais importante que um professor pode
ensinar a alguém: procurar sempre ser uma pessoa melhor...

Poder contar com seu amor, amizade e companhia tem sido
um dos maiores prêmios da minha vida. E que seja por
muitos anos, pois, ainda tenho muito a aprender...

A você, o melhor do meu amor e uma profunda e eterna
gratidão.

Sua esposa Graça

“O sofrimento humano e as percepções de dor precisam ser humanizadas, mas, sem comunicação não há humanização, pois, esta depende da capacidade de falar e de ouvir e do diálogo com os nossos semelhantes”

Maurílio Oliveira Martins

A todos os cirurgiões-dentistas e médicos que se dedicam ao difícil trabalho de atender pessoas com dor.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. José Tadeu Tesserolli de Siqueira, querido orientador, que em meio a tantas solicitações e compromissos, numa atitude corajosa e de desprendimento, me aceitou como sua orientada. Muito me honrou poder contar com um orientador, notadamente referência nacional e internacional em dor orofacial. Por isso muito citado neste trabalho. Sua orientação enriqueceu este trabalho e com certeza deu credibilidade a este estudo, abrindo muitas portas e incentivando com isso a valiosa participação de conceituados profissionais da área de dor orofacial. Que possamos continuar desenvolvendo juntos novos estudos sobre essa apaixonante área de dor.

Ao Prof. Marcelo Correa Alves, da ESALQ/USP, querido amigo Siri, pela fundamental participação neste trabalho, desde sua concepção inicial, auxiliando no delineamento da pesquisa, elaboração e validação dos instrumentos, processamento dos dados coletados até a análise estatística dos resultados. Poder contar com sua pronta disponibilidade, seu olhar cuidadoso, preciso e espírito científico acurado, foi de um valor inestimável para a realização deste trabalho. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP) que me acolheu e possibilitou empreender estudos sobre Psicologia Aplicada à Dor Orofacial.

Ao Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental, na pessoa de seu Coordenador, Prof. Dr Fausto Bérzin, que valorizando e adotando efetivamente a moderna abordagem interdisciplinar em saúde, aceita e promove entre seus alunos, profissionais oriundos das mais variadas áreas do conhecimento.

À Érica A. Pinho Sinhoreti, secretária dos Cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP, pela colaboração, auxiliando nos procedimentos acadêmicos formais.

Às Diretorias da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED); Academia Brasileira de Fisiopatologia Crânio-Oro-Cervical (ABFCOC); Sociedade Brasileira de Dor Orofacial (SOBRAD) e Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) que reconheceram a importância deste estudo e numa atitude positiva e colaboradora, facilitaram o acesso aos seus membros ativos, viabilizando a execução desta pesquisa.

Aos voluntários desta pesquisa, profissionais notáveis, dedicados e colaboradores que de muitas formas têm me ensinado sobre dor em seus livros e artigos. A lição desta vez foi: como é difícil e apaixonante trabalhar na área de dor.

À Kênia Aiandra Silva Costa, minha jovem e animada assistente, com quem tive a felicidade de poder contar em todos os momentos desta difícil e estimulante empreitada. Sua solidariedade, constante empenho, dedicação e acuidade na atenção às normas de um trabalho científico foram preciosas. Você é uma verdadeira parceira deste trabalho. Grata por tudo.

À Mirian Hikedo Nagae, pela amizade e sempre pronta disponibilidade para ajudar de muitas formas, me acolhendo em sua casa, pesquisando em bibliotecas, transportando material, fazendo contatos e coletando dados, minha profunda gratidão.

Aos colegas Stela Wilhelmsen, Inês Czapski Dellape, Liége Maria Ferreira, Maria Júlia Coelho Ferraz, Eduardo Grossmann, Cinara Camparis Bussadori, Eduardo Sakai e Fabiane Sakai que, além de voluntários desta pesquisa, colaboraram na difícil tarefa de coleta dos dados, minha profunda gratidão a todos.

A todas as pessoas que de alguma maneira colaboraram para a execução deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Empenhados na arte de prevenir e curar doenças, estes profissionais nem sempre têm a noção do seu próprio adoecer no trabalho”

Souza & Silva (2002)

RESUMO

O estudo investigou características da formação profissional, prática clínica e o perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial. A partir de delineamento estratificado foram selecionados, por sorteio, 150 voluntários sendo 87 da área odontológica e 63 da área médica, provenientes de várias regiões do país. Os critérios para inclusão na amostra foram: ser membro ativo de uma das seguintes sociedades: SBED, SOBRAD, SBCe e ABFCOC; possuir título de especialista em DTM/DOF pelo Conselho Federal de Odontologia ou possuir experiência clínica na área de dor orofacial. Os instrumentos utilizados foram: 1) Formulário de Pesquisa, elaborado pelo pesquisador; 2) Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e 3) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL). Os dados foram digitados em software especialmente desenvolvido para a pesquisa em Visual Basic, versão 6.0, DOF/Data e analisados estatisticamente através do sistema SAS que calculou os testes Qui-quadrado e t de Student, com nível de significância de 5%. Os resultados mostraram que os dois grupos de voluntários apresentam indicadores de deficiências na formação acadêmica, excessivamente tecnicista, para atuar na área de dor. A análise da prática clínica revelou que a maioria dos voluntários reconhece a necessidade de melhorar seus conhecimentos teórico-técnicos na área de dor, declara dificuldades na prescrição de medicamentos e manejo do comportamento do paciente com dor orofacial crônica. Apesar do sentimento de realização profissional, são reveladas condições de trabalho desfavoráveis como carga horária de trabalho excessiva, sobrecarga física e mental e necessidade de vários empregos. Apesar da auto-avaliação positiva sobre condições de saúde e qualidade de vida dos voluntários, constatou-se alta prevalência de sobrepeso, dores crônicas, em especial lombalgia e cervicalgia, consumo de bebida alcoólica e medicamentos para dormir, dificuldade de memória, sensação de cansaço, depressão, ansiedade e irritabilidade constante. O trabalho aponta para a necessidade de se humanizar a formação profissional de cirurgiões-dentistas e médicos, tanto no que se refere às relações com o paciente com dor, como na assistência às dificuldades psicossociais desses profissionais. Ressalta ainda a importância da melhoria em seu estilo de vida e maior cuidado com a própria saúde física e psicológica.

ABSTRACT

This study investigated the characteristics of professional training, clinical practice and the biopsychosocial profile of dentists and physicians who treat orofacial pain. Based on a stratified design, 150 volunteers were selected at random, where 87 were from dentistry and 63 from medicine, coming from various regions of the country. The criteria for inclusion in the sample were: being an active member of SBED, SOBRAD, SBCe or ABFCOC; possessing the title of specialist in DTM/DOF by the Conselho Federal de Odontologia (Brazil's National Council on Dentistry) or possessing clinical experience in the area of orofacial pain. The instruments utilized were: 1) Research Form, elaborated by the investigator; 2) Questionnaire for Evaluation of Quality of Life (WHOQOL-BREF) and 3) Inventory of Stress Symptoms in Adults of LIPP (ISSL). The data were entered in a computer program especially developed for this research in Visual Basic, version 6.0, DOF/Data, and were submitted to statistical analyses using the SAS system which carried out a chi-squared test and Student t-test, at the 5% level of significance. The results indicate that the two groups of volunteers show indicators of deficiencies in academic training, being excessively technical, to practice in the area of pain. An analysis of clinical practice reveals that the majority of the volunteers recognize the need to improve their theoretical-technical understanding of the area of pain, admit difficulties in prescribing medications and in managing the behavior of the patient with chronic orofacial pain. Despite the feeling of professional achievement, unfavorable work conditions are apparent, such as excessive workload, being physically and mentally overworked and the need for several jobs. Despite a positive self-evaluation about health conditions and quality of life of the volunteers, a high prevalence was found for overweight, chronic pain – especially lower back and neck pain, use of alcoholic beverages and medications to sleep, difficulty with memory, depression, anxiety, feeling constantly tired and irritable. This study points to the need to humanize the professional training of oral surgeons and physicians, not only with respect to relationships with the patient with pain, but also in helping with the psychosocial problems of these professionals. Emphasize here also for such healthcare professionals is the importance of improving one's lifestyle and taking better care of one's own physical and psychological health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABFCOC	Academia Brasileira de Fisiopatologia Crânio-Oro-Cervical
ATM	Articulação temporomandibular
CD	Cirurgião Dentista
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DTM	Disfunção Temporomandibular
IASP	International Association for the Study of Pain
IMC	Índice de Massa Corporal
INBRAP	Instituto Brasileiro de Pesquisa
ISSL	Inventário de Stress para Adultos de Lipp
N	Universo Amostral
n	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAS	Statistical Analysis System
SBCe	Sociedade Brasileira de Cefaléia
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SOBRAD	Sociedade Brasileira de Dor Orofacial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization
CFM	Conselho Federal de Medicina

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos voluntários em relação às Sociedades às quais são filiados, CD com título de especialista em DTM/DOF e Médicos que atuam clinicamente na área de DOF	35
Figura 2	Classificação e média de IMC dos voluntários, de acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).	54
Figura 3	Prevalência de estresse de CD e Médicos, de acordo com o ISSL. Teste Qui-quadrado (p: 0,4386)	63
Figura 4	Prevalência das fases de estresse de CD e Médicos, de acordo com o ISSL	64
Figura 5	Quantificação dos sintomas físicos e psíquicos predominantes em CD e Médicos com estresse, de acordo com o ISSL	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Composição da amostra estratificada de acordo com o número de membros da SBED, SOBRAD, SBCe e ABFCOC e com inclusão de CD especialistas em DTM/DOF e Médicos com experiência em DOF	35
Tabela 2	Resultados da análise de dados sócio-demográficos da amostra e por atividade profissional. Frequências e proporções de variáveis nominais (profissão, sexo, estado civil) e ordinais (faixa etária e classes de números de filhos) são testadas através do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Variáveis racionais (idade média, IMC e número de filhos) têm as médias e o desvio-padrão comparados através do teste t de student, com nível de significância de 5%. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras	37
Tabela 3	Quantificação dos voluntários e identificação das cidades nas quais atuam na área de DOF por Estado e regiões do Brasil	39
Tabela 4	Caracterização da formação acadêmica da amostra por profissão, tempo de exercício profissional e atuação na área de dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	40
Tabela 5	Resultado da auto-avaliação da motivação para o trabalho na área e conhecimentos teórico-técnicos em dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	41
Tabela 6	Períodos da formação acadêmica em que os voluntários tomaram contato mais aprofundado com o tema dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	42
Tabela 7	Quantificação dos meios de aprendizado sobre dor utilizados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	43
Tabela 8	Frequência de disciplinas da graduação que abordam o tema dor declaradas por CD e Médicos	44
Tabela 9	Frequência de disciplinas da graduação que abordam o tema dor	44
Tabela 10	Número de referências a temas ligados à dor citados pelos voluntários	45

Tabela 11	Distribuição da frequência de dor crônica e tipos de dores mais frequentes, citados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	47
Tabela 12	Quantificação do estilo de trabalho e principais dificuldades indicadas pelos voluntários	48
Tabela 13	Quantificação dos aspectos importantes para o trabalho na área de dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	49
Tabela 14	Quantificação dos métodos para mensuração da dor utilizados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras	50
Tabela 15	Condições de trabalho dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	51
Tabela 16	Auto-avaliação das condições de trabalho dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	52
Tabela 17	Auto-avaliação sobre condição geral de saúde dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras	53
Tabela 18	Hábitos descritos pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	55
Tabela 19	Quantificação das horas de sono, auto-avaliação da qualidade do sono e medicamentos para dormir. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	56
Tabela 20	Características das dores crônicas experimentadas pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	57
Tabela 21	Localização das dores crônicas declaradas pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	58
Tabela 22	Prevalência de doenças crônicas declaradas pelos voluntários	59
Tabela 23	Quantificação dos tipos de medicamentos mais consumidos pelos voluntários	59
Tabela 24	Auto-avaliação da qualidade de vida dos voluntários	60
Tabela 25	Auto-avaliação das relações interpessoais dos voluntários	61

Tabela 26	Descrição das atividades de lazer preferidas pelos voluntários	62
Tabela 27	Quantificação das características de personalidade dos voluntários e procura por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico	62
Tabela 28	Prevalência de sintomas psicológicos de CDs e Médicos com estresse, de acordo com o ISSL	65
Tabela 29	Prevalência de sintomas físicos de CD e Médicos, com estresse, de acordo com o ISSL	66
Tabela 30	Média e desvio-padrão dos escores 0-100 dos domínios definidos para análise do WHOQOL. Médias com letras iguais não diferem entre si em um mesmo domínio pelo teste t de Student, com nível de significância de 5%. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	67
Tabela 31	Prevalência de indicadores de qualidade de vida e condições de saúde de CD e Médicos, de acordo com o WHOQOL-BREF. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	68
Tabela 32	Prevalência de sentimentos negativos em CD e Médicos, de acordo com o WHOQOL-BREF (domínio psicológico). Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado	69

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DA LITERATURA	07
2.1 O que é dor?	07
2.2 Dor Crônica	10
2.3 Dor Orofacial	11
2.4 Formação técnica em Dor	13
2.5 Estresse no trabalho	16
2.6 Avaliação biopsicossocial	20
2.7 Pesquisa Qualitativa e Avaliação Psicológica	23
2.8 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)	24
2.9 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	25
3. PROPOSIÇÃO	29
4. MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1 Instrumentos	31
4.2 Critérios de Inclusão	32
4.3 Critério de exclusão	32
4.4 Composição da amostra	32
4.5 Coleta de dados	34
4.6 Digitação dos dados	36
4.7 Análise dos dados	36
5. RESULTADOS	37
5.1 Dados Sócio-demográficos	37
5.2 Formação profissional	40
5.2.1 Formação Acadêmica	40
5.2.2 Auto-avaliação de conhecimentos teórico-técnicos na área de dor	41
5.2.3 Meios de aprendizado sobre dor	42
5.2.4 Abordagem do tema dor nos cursos de graduação	44
5.2.5 Temas ligados à dor estudados ao longo da carreira profissional	45

5.3 Prática profissional na área de dor	47
5.3.1 Assistência à dor crônica	47
5.3.2 Abordagem técnica de trabalho	48
5.3.3 Métodos para mensuração da dor	50
5.4 Condições de trabalho	51
5.4.1 Descrição das condições de trabalho	51
5.4.2 Auto-avaliação das condições de trabalho	52
5.5 Perfil Biológico	53
5.5.1 Auto-avaliação sobre condições de saúde	53
5.5.2 Peso corporal	54
5.5.3 Hábitos	55
5.5.4 Características do Sono	56
5.5.5 Dores crônicas	57
5.5.6 Doenças crônicas	59
5.5.7 Consumo de medicamentos	59
5.6 Perfil Psicossocial	60
5.6.1 Qualidade de vida	60
5.6.2 Relações interpessoais	60
5.6.3 Atividades de lazer	61
5.7 Perfil Psicológico	62
5.7.1 Inventário de Avaliação de Stress para Adulto de Lipp (ISSL)	63
5.7.2 Nível de Stress	63
5.7.3 Fases do Estresse	64
5.7.4 Sintomas psicológicos	65
5.7.5 Sintomas físicos	66
5.8 WHOQOL – BREF (versão em português)	67
6. DISCUSSÃO	71
6.1 Dados sócio-demográficos	71
6.2 Formação profissional	72
6.3 Prática clínica na área de dor	76

6.4 Condições de trabalho	78
6.5 Perfil biopsicossocial	80
6.6 Considerações finais	86
7. CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

*“Estou certo de que o principal objetivo
da ciência é o de aliviar as penas da
existência humana”.*
Bertold Brecht

A prevalência da dor orofacial (DOF) tem aumentado progressivamente em nosso meio. Por isso, atualmente é considerada um importante problema de saúde pública (Carlson *et al.*, 1998; Góes, 2006). Trata-se de um conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e face, própria da área odontológica. Representa uma interface entre a odontologia e medicina. Inclui as odontalgias, as disfunções temporomandibulares (DTM), as neuralgias, alguns tipos de cefaléias e outros quadros dolorosos (Siqueira, 2001; McNeill & Dubner, 2002).

De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) mais de 10 milhões de pessoas no Brasil são acometidas por algum tipo de dor orofacial (DOF) (Jornal DOR da SBED, 2005).

Dentre elas uma das mais prevalentes, as disfunções temporomandibulares, que provocam dores crônicas na região da cabeça, articulações temporomandibulares (ATM), músculos mastigatórios, região sub-occipital e musculatura supra-escapular atingem cerca de 6,00% da população brasileira (Siqueira, 2005).

São alterações músculo-esqueléticas, de difícil diagnóstico, pela extensa e diversificada sintomatologia, etiologia complexa, multifatorial, com forte presença de componentes emocionais e de grande impacto sobre a vida cotidiana do paciente (Oliveira *et al.*, 2003; Seligman, 2006). Por isso representam, juntamente com outras dores orofaciais não odontogênicas, verdadeiros desafios para os profissionais de saúde que atuam na área (Widmer, 2002).

A literatura sobre DOF traz muitas informações sobre o atendimento clínico de pacientes que apresentam diagnóstico de cefaléia, bastante prevalente em pacientes com DTM.

A própria Headache Society, através de seu Comitê Internacional de Taxonomia das Cefaléias, refere algumas condições bucais como as DTM, bruxismo e

outros hábitos orais, associados a alguns tipos de cefaléia como a tensional (Rabello, 1999; Rabello, 2001; Góes *et al.*, 2006; McNeill & Dubner, 2002).

Além disso, vale lembrar que, muito além dos estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso toda dor, especialmente aquela que perdura, deve ser entendida com uma experiência humana de sofrimento, carregada de significações individuais e verdadeiros conflitos cognitivos e emocionais, expressos por meio de padrões de comportamento particulares e complexos, que precisam ser considerados e compreendidos pelos profissionais de saúde, o que torna sua abordagem diagnóstica e terapêutica ainda mais difícil (Okeson, 1998; Santos, 2005).

Questões como o grau de dependência e adaptação à dor, ganhos secundários, estímulos ambientais familiares e/ou profissionais desfavoráveis, que perpetuam a dor, são alguns exemplos de problemas com os quais tanto pacientes como profissionais de saúde se deparam durante os tratamentos da dor (Seger, 1998; Bergel, 2005).

Aliás, a própria natureza complexa da dor, com toda sua subjetividade de experiência, dificuldade de mensuração, a grande diversidade de sinais e sintomas e os inúmeros fatores etiológicos, por si só já impõem dificuldades ao clínico (IASP, 1986; OMS, 1993; Bergel, 2005).

Tais dificuldades podem, entre outros fatores, explicar os altos índices de recidivas, o agravamento de quadros clínicos, aumento desnecessário de sofrimento físico e emocional do paciente que, além de tudo ainda sofre com sérios prejuízos sociais e financeiros (Okeson, 1998; Bérzin, 2004).

A questão da formação profissional na área de dor é bastante referida na literatura. Do ponto de vista acadêmico, ressaltam-se as deficiências curriculares, tanto na formação médica como odontológica, que não aborda teoricamente o assunto em toda sua extensão e complexidade (Pimenta *et al.*, 2001; Carvalho, 1999; Camparis & Cardoso Jr., 2002; Luz, 2002; Teixeira *et al.*, 2004; Siqueira, 2004; Pimenta *et al.* 2005).

O mesmo pode-se dizer quanto ao treinamento técnico dos futuros profissionais na prática do diagnóstico e tratamento de muitos quadros que compõem as chamadas dores orofaciais (Widmer, 2002; Siqueira, 2004).

Os sinais de deficiência na formação acadêmica e profissional são evidenciados por uma visão fragmentada da dor, com enfoque excessivo nas especialidades, dificuldades na prática de diagnóstico diferencial e na percepção da dor crônica como um fenômeno complexo, utilização empírica de medicamentos, falta de informação a respeito de métodos e cuidados apropriados destinados ao paciente com dor que consideram conceitos importantes como prevenção e interdisciplinaridade (Yeng & Teixeira, 2005).

A ênfase excessivamente tecnicista atribuída ao trabalho em dor, observada na formação do cirurgião-dentista (CD) e do médico em detrimento de uma abordagem humanista, é outro aspecto da deficiência da formação profissional apontado por alguns autores (Turk, 1993; Siqueira, 2004; Bergel, 2005).

Além disso, devem ser incluídas as inúmeras dificuldades e barreiras na relação entre profissionais e pacientes que experimentam quadros dolorosos (Greene, 2002; Teixeira, 2003).

O ensino médico e odontológico, entretanto, não tem priorizado questões relativas à relação profissional-paciente (Turk, 1993; Siqueira, 2004; Grosseman & Patrício, 2004; Balint, 2005; Bergel, 2005).

A tarefa de tratar pacientes com dor especialmente crônica sob um enfoque humanista, pressupõe uma condição especial por parte do clínico para lidar com o mundo de significações pessoais de seu paciente, através do estabelecimento de um verdadeiro processo de relação interpessoal que valoriza a empatia, possibilita a comunicação verbal e não-verbal com o mesmo e seus familiares e que oferece disponibilidade interna e de tempo para dedicar-se a ele. Tais condições estimulam a formação de um vínculo afetivo entre ambos, o que contribui positivamente para o trabalho clínico (Seger, 1998; Kovács, 2001; Pini, 2003; Bérzin, 2004; Martins, 2004).

Da mesma forma, a rotina diária de trabalho que mantém o profissional de saúde em constante contato com o sofrimento de pessoas, também representa uma experiência humana, cheia de significações que põe à prova não apenas suas qualificações técnicas, mas, toda sua estrutura cognitiva e emocional.

Durante a formação médica, vários processos psíquicos podem ser observados entre os estudantes, desde os primeiros anos da graduação. À medida que experimentam, ao

final do curso, um convívio mais estreito com o sofrimento dos pacientes, nota-se uma aparente diminuição da preocupação com os sintomas dolorosos desses pacientes. Seus antigos temores e pequenos sintomas físicos, típicos do início do curso, progressivamente dão lugar a uma aparente despreocupação com sua própria saúde e a um desinteresse pelo próprio corpo em decorrência de um sentimento onipotente de invulnerabilidade (Hoirish, 1976).

As mudanças nos sentimentos e atitudes, no entanto, não são bem percebidas pelos estudantes que “ao longo do curso desenvolvem uma caracteropatia profissional, expressa por esfriamento afetivo e atitudes céticas quanto aos relacionamentos humanos que necessitam estabelecer particularmente com os pacientes” (Avancini & Jorge, 2000).

Além de tudo isso, algumas condições desfavoráveis de trabalho do CD e do médico como excesso de carga horária, impossibilidade de seguimento dos estudos, necessidade de vários empregos, falta de reconhecimento profissional, pressão por produção, insatisfação com a remuneração, problemas de relacionamento com equipe de trabalho e outras, também podem agravar o cenário de dificuldades experimentadas pelos profissionais (Campos *et al.*, 2004).

Por isso, nos últimos anos tem-se dado atenção cada vez maior à questão do impacto físico e emocional que algumas profissões exercem sobre as pessoas que as praticam, especialmente aquelas de natureza assistencial que envolvem relações interpessoais prolongadas, como CD e médicos que exercem atividades clínicas na área de dor.

Os efeitos desse impacto podem manifestar-se na forma de um desgaste emocional associado a dificuldades de ordem psicossocial, que pode evoluir, ao longo do tempo, para um desequilíbrio crônico na saúde física e mental. A esse conjunto de sintomas, Freudenberg (1974) denominou Síndrome de Burnout, condição que acomete muitos profissionais da área de saúde, especialmente os que atuam na área de dor. Além de representar muito sofrimento pessoal e familiar, o problema pode prejudicar a motivação e o desempenho profissional, repercutindo negativamente na qualidade dos serviços assistenciais (Freudenberg, 1974; Jackson, 1999; Benevides-Pereira, 2002; Guimarães & Cardoso, 2004; Campos *et al.*, 2004).

A odontologia e a medicina são profissões que possuem inúmeros fatores que podem levar o profissional a desenvolver a Síndrome de Burnout. No entanto, esse assunto ainda é pouco estudado no Brasil. Por isso, muitos profissionais dessas áreas ainda desconhecem a síndrome (Romero *et al.*, 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Apesar de a literatura ser rica em referências sobre o estresse profissional de CD e médicos, muito pouco se fala sobre a necessidade de se cuidar dos cuidadores que atuam na área de dor em geral

Portanto, em face do aumento progressivo da prevalência da DOF em nosso meio e suas repercussões negativas sobre a vida das pessoas, das deficiências da formação acadêmica dos profissionais de saúde que atuam na área de dor, das dificuldades observadas em sua rotina de trabalho e da carência de estudos sobre essa população de profissionais, decidiu-se investigar de forma quantitativa e qualitativa as características da formação teórico-técnica, da prática clínica e o perfil biopsicossocial de CD e médicos que trabalham na área de DOF.

A formação profissional dos voluntários foi estudada a partir de dados sobre a formação acadêmica, tempo de exercício profissional e de atuação clínica na área de dor.

Inicialmente são apresentados dados sócio-demográficos relativos a gênero, idade, faixa etária, estado civil, número de filhos, IMC médio e distribuição geográfica por região, estado e cidades nas quais atuam os voluntários.

A formação acadêmica diz respeito ao tipo de instituição em que os voluntários realizaram a graduação e pós-graduação, tempo de exercício profissional e de atuação na área de dor.

Conhecimentos teórico-técnicos na área de dor foram avaliados a partir da abordagem do tema dor durante a graduação, períodos da formação profissional em que os voluntários tomaram contato mais aprofundado com o tema dor, informações sobre participação em eventos científicos na área como, cursos, congressos, simpósios, encontros e estágios e principais temas sobre dor estudados ao longo da carreira.

Além disso, foi solicitada aos voluntários uma auto-avaliação sobre a motivação pessoal para o trabalho na área, seus conhecimentos teórico-técnicos, os meios de aprendizado sobre dor, como se deu a abordagem do tema dor, durante o curso de

graduação e os principais temas sobre o assunto, estudados tanto na graduação como ao longo da carreira profissional.

A prática profissional na área de dor foi investigada a partir da prevalência dos tipos de dor mais tratados pelos voluntários, abordagem técnica de trabalho, métodos empregados para mensuração da dor, aspectos importantes para o trabalho com dor e principais dificuldades encontradas no dia a dia da prática clínica.

O estudo sobre as condições gerais de trabalho dos voluntários enfocou a carga horária de trabalho, número e tipo de emprego, trabalho em finais de semana, ambiente de trabalho, realização profissional, satisfação com remuneração e principais queixas do dia a dia do trabalho.

O perfil biológico dos voluntários foi descrito a partir de auto-avaliação sobre as condições gerais de saúde, peso corporal, prática de atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, características do sono, condições álgicas, doenças crônicas e consumo de medicamentos. O estudo do perfil psicossocial foi orientado por indicadores de qualidade de vida, relações afetivas e sociais e práticas de lazer. O perfil psicológico foi descrito a partir da prevalência das características de personalidade, nível de estresse e sintomas predominantes.

Este trabalho objetivou conhecer um pouco da história e da vida atual desses profissionais sob um olhar biopsicossocial que possibilita uma visão mais integrada das peculiaridades de sua prática profissional na área de dor. Revela ainda condições gerais de vida e as marcas provocadas pelas experiências vividas, que permitem compreender melhor suas dificuldades e necessidades. Ao lançar luz sobre esse cenário, espera-se encontrar algumas respostas para a importante e polêmica pergunta: Por que se trata tão mal a dor no Brasil?

2 REVISÃO DA LITERATURA

“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”

William Osler (1849)

A vasta literatura sobre dor reflete o antigo e constante interesse do homem pelo assunto. Nos últimos anos, o tema tem sido objeto de muitos estudos científicos que tratam o tema sob vários enfoques. São apresentadas neste trabalho algumas considerações sobre o conceito de dor em geral, dor crônica, DOF, formação profissional em dor, dificuldades inerentes à prática profissional na área de dor, algumas características pessoais dos profissionais que trabalham na área de dor, a questão da pesquisa quantitativa e qualitativa e dos métodos de avaliação psicológica.

2.1 O que é dor?

A grande intimidade existente entre o homem e a dor torna particularmente difícil uma conceituação precisa do assunto. Mesmo sendo um fenômeno universal, tão extensamente presente na vida das pessoas, pode-se dizer que ainda paira uma sensação de desconhecimento a seu respeito (Berlinck, 1999).

Muitas teorias sobre dor têm sido acumuladas ao longo dos séculos e, com elas, muitas controvérsias (Bonica, 1990; Teixeira & Okada, 2003).

Por anos predominaram teorias sobre dor, com caráter puramente organicista. Porém, foi somente a partir da segunda metade do século XX, mais precisamente década de 50, que a dor passou a ser entendida como um fenômeno multidimensional, adquirindo assim, uma conotação biopsicossocial. Com isso, tornou-se possível uma melhor compreensão acerca da neuranatomia e neurofisiologia da dor, seus componentes psicológicos, mecanismos modulatórios, sintomatologia clínica e comportamento doloroso (Guimarães, 1999).

Sociedades médicas relacionadas à dor foram surgindo no mundo todo, nos últimos 30 anos. Porém, foi com a fundação da International Association for the Study of Pain (IASP) por Bonica que, a partir de 1975, muitos estudos sobre o assunto passaram a ser publicados em revistas especializadas (IASP, 1986).

Sabe-se hoje que a dor é um fenômeno de natureza complexa, cuja expressão se reveste de subjetividade, de difícil mensuração, que se manifesta clinicamente a partir de uma grande diversidade de maneiras, podendo apresentar inúmeros fatores causais (Angelotti, 2002; Sardá Jr. & Cruz, 2002). Seus modos de expressão, bem como seu significado, variam entre as diferentes culturas e entre indivíduos, apesar das semelhanças anatômicas e fisiológicas.

A definição proposta pela IASP é considerada atualmente uma das mais aceitas pela comunidade científica e pelos clínicos: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (IASP, 1986).

De acordo com esta definição, a experiência da dor vai além da existência de estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso. Ela representa um tipo e significado particular de experiência humana chamada sofrimento que, por sua vez, é expresso por meio de sinais objetivos de comportamento que precisam ser considerados e compreendidos (Okeson, 1998; Main & Watson, 1999; Santos, 2005).

Além de ser um indicador de algo que não vai bem no corpo, a dor possui um forte componente motivacional, responsável pelos reflexos de defesa ante os agentes nociceptivos (McNeill & Dubner, 2002). Além disso, a experiência da dor estimula o processo de organização do psiquismo (Guimarães, 1999).

A intensidade e as características da dor podem variar de acordo com estímulos externos e internos, como atividade hormonal, física e mental, afecções sistêmicas e condições climáticas (Teixeira, 2003).

A dor tem sido classificada de inúmeras maneiras. Uma delas propõe uma classificação segundo seu tempo de duração. De acordo com o Comitê de Taxonomia da IASP, existem três categorias temporais de dor: 1) duração de menos de 1 mês; 2) duração de 1 a 6 meses e 3) duração de mais de 6 meses (Yang & Teixeira, 2005).

No entanto, segundo alguns autores, a definição de dor, segundo o critério de duração podem criar dificuldades. A literatura aponta diferentes intervalos de tempo para definir tanto uma como outra (Mielman, 1989).

Turk & Melzack (1992) propõem uma classificação com propósito didático, que considera a duração da dor como critério referencial. Segundo esses autores a dor pode ser: aguda, crônica e recorrente.

A dor aguda alerta para a ocorrência de lesões teciduais e pode resultar de processos inflamatórios ou traumáticos, neuropatias, isquemias, neoplasias ou outros. Desaparece com a supressão do processo causal. Pode classificar-se em somática, neuropática e psicogênica. As dores somática e neuropática podem originar-se de lesões tegumentares, sub-tegumentares e profundas (vísceras, aparelho locomotor, estruturas nervosas). A dor psicogênica manifesta-se quando há escassez de dados clínicos etiológicos podendo ser secundária a distúrbios psiquiátricos como os transtornos somatoformes (Teixeira & Valverde Filho, 2003; OMS, 1993).

Quando a dor persiste por apenas alguns dias ou semanas, em decorrência de alguma lesão traumática, forçando o indivíduo a poupar a região lesada do risco de dano adicional, ou seja, desempenhando uma função protetora, é chamada de dor persistente. Alguns autores, entretanto, não a distinguem da dor crônica (Mc Neill & Dubner, 2002).

A dor crônica é aquela que persiste além do tempo previsto para a cura da lesão ou decorre de processos patológicos crônicos. Pode durar meses ou anos. É uma dor vaga ou mal delimitada e pode ser decorrente ou agravada por fatores estressantes ambientais ou psicopatológicos (Teixeira, 1999).

Quando a dor se torna persistente ou crônica, as pessoas podem experimentar altos níveis de estresse, muitas vezes insuportáveis, podendo produzir graves conseqüências sobre o psiquismo e a sua vida como um todo. Causa um impacto negativo sobre a doença e sua recuperação. Além disso, pode transformar-se na própria doença. O sofrimento pela dor é uma porta de entrada para muitos distúrbios físicos e psíquicos (Teixeira, 1999).

Segundo Loduca (2001), o sofrimento imposto pela dor pode ser entendido sob três enfoques. O existencial, quando a dor representa uma ameaça ou impedimento à realização de um projeto de vida. Circunstancial, quando a dor estimula sentimentos de ameaça por situações externas como exames, relações com a equipe de saúde e iatrogenia. Finalmente, o sofrimento pela dor pode evocar experiências pré-existentes, exacerbando conflitos emocionais ou familiares anteriores.

2.2 Dor Crônica

Apesar dos notáveis avanços tecnológicos e do melhor entendimento sobre esse complexo fenômeno que é a dor, observados nas últimas décadas e que muito têm contribuído para o seu diagnóstico e tratamento, constata-se atualmente em nosso meio, um aumento progressivo na prevalência da dor crônica, considerada hoje um importante problema de saúde pública (Carlson *et al.*, 1998; Góes, 2006).

De um modo geral, muitos fatores podem contribuir de alguma forma para isso. O próprio desenvolvimento de recursos diagnósticos e terapêuticos tem permitido o aumento da longevidade e a sobrevida de muitas pessoas portadoras de doenças graves, até há pouco considerada fatais. Por outro lado, constata-se que, embora as pessoas vivam mais anos, elas não têm tido necessariamente uma qualidade de vida melhor. A dor crônica na velhice aumenta a cada dia (Márquez & Sousa, 2003).

Quando se trata da dor pós-cirúrgica também se constata que, apesar do grande desenvolvimento no campo da fisiopatologia da dor e da farmacologia antálgica, ainda se observam deficiências na prática do controle da dor. Observa-se ainda, entre cirurgiões uma falta de conhecimento acerca de dosagens e duração dos efeitos de analgésicos, preocupações infundadas sobre dependência, depressão respiratória, além da percepção, hoje superada, de que a dor é uma experiência inevitável e que precisa ser suportada estoicamente (Okeson, 1998; Cavalcanti *et al.*, 2000; Teixeira & Valverde Filho, 2003). O mesmo se pode afirmar a respeito dos métodos de controle da dor oncológica, considerada por muitos estudiosos e clínicos como sub-tratada, acarretando num sofrimento desnecessário aos doentes e familiares (Kovács, 2001).

O aumento da longevidade e da sobrevida de pessoas portadoras de doenças, anteriormente consideradas fatais, as modificações no ambiente físico, nem sempre ergonômico, a piora nos hábitos de vida como má alimentação que, juntamente com o sedentarismo respondem pela alta prevalência da obesidade em nosso meio e conseqüentemente da dor. Isso tudo, sem contar com o estresse, condição presente no cotidiano da vida de tantas pessoas (Bérzin, 1999).

Carga horária de trabalho excessiva, competitividade profissional, dificuldades econômicas e familiares, falta de lazer, solidão afetiva e tantas outras condições

estressantes da vida moderna, também oferecem a sua contribuição para aumentar os índices de dor crônica. Portadores de DTM, por exemplo, referem com frequência este cenário, como estilo de vida habitual (Bérzin, 2004).

Muitas são as consequências negativas que a dor crônica exerce sobre o psiquismo e a qualidade de vida das pessoas (Loduca, 2005). Pode desencadear, por exemplo, sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, irritabilidade, tristeza e desconfiança. Restringe a atividade física, dificulta o convívio familiar e social, altera a percepção corporal, prejudica os recursos emocionais e cognitivos, inibe o apetite sexual, compromete a auto-estima, aumenta o sentimento de rejeição social e profissional, altera o sistema de crenças e gera preocupações em relação ao futuro. Além disso, piora a qualidade do sono, agravando a condição geral de saúde que, por sua vez, compromete a percepção e o manejo da dor, além de agravar doenças pré-existentes e reduzir a imunidade do organismo.

Por conta de tantas condições desfavoráveis que afetam, de muitas maneiras, a vida e o psiquismo do portador de dor crônica, sua abordagem diagnóstica e terapêutica nem sempre é fácil. Isso é particularmente observado na clínica das DTM. (Pallegama *et al.*, 2005).

2.3 Dor Orofacial

Denomina-se DOF o conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e face própria, porém, não exclusiva da área odontológica. Inclui a dor de dente, as disfunções DTM, neuralgias, alguns tipos de cefaléias e outros quadros dolorosos (Siqueira, 2001).

Apesar do grande desenvolvimento de pesquisas na área, muitos aspectos da DOF ainda não foram esclarecidos. Há muitas dúvidas sobre a fisiopatologia das dores crônicas em geral, seu controle e interações medicamentosas.

A forte presença de fatores emocionais tanto na etiologia como na manutenção de alguns quadros, como as DTM, tem sido apontada por clínicos de diversas áreas da saúde que atuam na área de dor (Carniel, 2001).

No entanto, apesar dos prejuízos causados por problemas emocionais sobre a vida das pessoas, observa-se na prática clínica que muitas delas não aderem à terapêutica

psicológica (Carniel, 2001). Essa resistência em reconhecer a presença de aspectos emocionais na etiologia e agravamento de muitas doenças, partilhada inclusive por alguns clínicos, leva ambos a priorizar terapêuticas físicas, na tentativa de aliviar seu sofrimento. Tal conduta pode explicar a ocorrência de casos de insucesso e recidivas.

A longa convivência com a dor pode estimular no paciente conflitos cognitivos e emocionais que determinam diferentes padrões de comportamento que, por sua vez, dificultam e até mesmo inviabilizam o tratamento (Loduca, 2001).

Tal como no adoecer, a vivência da dor crônica pode levar o paciente a experimentar um processo de regressão a um tempo precoce de sua vida, chamado narcisismo, no qual predomina um modo de funcionamento psíquico caracterizado pela presença de sentimentos ligados a vivências de desamparo, medo, necessidade de ser cuidado por alguém com capacidade de empatia e poder de proteção, tal como a mãe ou sua substituta. A emergência de tais emoções desencadeia muita angústia no próprio paciente que, ao mesmo tempo pode reconhecer sua condição de pessoa adulta, com capacidade de autonomia, até o momento em que é atingido por seus sintomas ou doença, o que pode abalar sua auto-imagem e criar a necessidade de cuidados para resgatá-la. Essa tentativa, muitas vezes desesperada, de resgate da auto-estima por parte do paciente e seus familiares pode-se manifestar na forma de exigências ansiosas para com o profissional de saúde. (Rios, 2006).

Esses processos são, na maioria das vezes, inconscientes por parte do paciente que repete, junto ao seu profissional cuidador, padrões de vinculação afetiva primária. Por sua vez, os componentes pessoais e inconscientes do profissional da saúde também são decisivos na determinação da qualidade humana dessa relação. São estes, pois, os ingredientes particulares e mais importantes que compõem a chamada relação profissional – paciente que vai muito além da oferta de conhecimentos teóricos, procedimentos técnicos e conduta ética (Amaral, 1999; Pini, 2003).

Por isso, o primeiro passo em direção a uma terapêutica eficaz de quadros dolorosos crônicos é considerar a relação empática entre profissional e paciente como a primeira e talvez mais importante ferramenta de trabalho. Relação esta, que não deve ser estabelecida prioritariamente entre sintoma e técnica. Deve, acima de tudo significar um

encontro humanizado entre duas pessoas: por um lado aquela que adoece e sofre e por outro, a que se sensibiliza e cuida (Pini, 2003; Bérzin, 2004; Banja, 2006). Vale aqui lembrar a afirmação de Bellodi (2004), ao se referir à questão da formação médica: “O mundo humano é o mundo dos significados”.

O ensino médico e odontológico, entretanto, não tem priorizado questões relativas à relação profissional-paciente (Grosseman & Patrício, 2004; Balint, 2005). A grande maioria dos médicos e CD ignora o significado dos conceitos de transferência e contra-transferência psicológica, fenômeno inevitável presente na dinâmica de todo ato clínico (Tractenberg, 2006).

Há mais de 50 anos, a dor vem sendo analisada sob o conceito da interdisciplinaridade. A etiologia da dor passou assim a ser vista sob um enfoque biopsicossocial. Por isso, alguns autores modernos preconizam não apenas uma abordagem interdisciplinar, mas, também individualizada no tratamento do paciente (Boever & Steenks, 1996; Teixeira, 1997; Barbosa *et al.*, 1997; Bérzin, 1999; Siqueira, 2004; Yang & Teixeira, 2004; Pereira & Silva, 2004).

Neste caso então, a questão da relação terapêutica, reveste-se ainda de mais importância. A equipe de trabalho deve ser realmente interdisciplinar e atuar de forma harmônica em relação às necessidades clínicas do paciente que, por sua vez, deve sentir-se como parte dela, participando de maneira ativa do seu tratamento. Convém lembrar que o paciente, apesar de estar sofrendo, pode e deve ser estimulado e encorajado a utilizar seus recursos cognitivos e comportamentais de enfrentamento de seus problemas (Portnoi, 2003).

2.4 Formação Técnica em Dor

A questão da formação profissional na área de dor é bastante referida na literatura. Do ponto de vista acadêmico, ressaltam-se as deficiências curriculares, tanto na formação médica como odontológica, que não abordam teoricamente o assunto em toda sua extensão e complexidade (Carvalho, 1999; Luz, 2002; Teixeira *et al.*, 2004; Pimenta *et al.*, 2005). O mesmo pode-se dizer quanto ao treinamento técnico dos futuros profissionais na

prática do diagnóstico e tratamento de muitos quadros que compõem as chamadas dores orofaciais (Widmer, 2002; Siqueira, 2004).

A falta de informação por parte dos clínicos a respeito das diferenças entre dor aguda e dor crônica, métodos de mensuração da dor e sobre os cuidados apropriados destinados ao paciente com dor, contribuem para as dificuldades diagnósticas e terapêuticas das dores orofaciais. Além disso, observa-se uma visão fragmentada da dor com ênfase nas especialidades médicas e odontológicas, além da insistência na utilização empírica de medicamentos (tipos dosagens e intervalos inadequados) (Wilson *et al.*, 1992; Okeson, 1998; Yang *et al.*, 2001; Teixeira, 2003; Yang & Teixeira, 2004).

Enfim, a ênfase excessivamente tecnicista atribuída ao trabalho em dor, em detrimento de uma abordagem humanista é outro aspecto da deficiência da formação profissional apontado por alguns autores (Turk, 1993; Siqueira, 2004; Bergel, 2005).

O médico com frequência é exposto a situações que podem mobilizar intensas vivências emocionais. Avancini & Jorge (2000), num estudo sobre sentimentos, atitudes e convicções perante as doenças em estudantes de medicina, através do questionário Escalas de Atitude Perante a Doença (EAPD) constataram uma progressiva diminuição da preocupação com os sintomas dolorosos do paciente à medida que os mesmos se aproximam do final do curso, ou seja, quando o convívio com o sofrimento dos doentes se torna mais estreito.

Hoirish (1976), afirma que “a profissionalização médica cristaliza a divisão saúde-doença, sendo a doença no doente e a saúde no médico”. As preocupações e temores, como os episódios hipocondríacos sem gravidade, observados entre os estudantes no início do curso, progressivamente dão lugar a uma despreocupação com sua própria saúde e a um desinteresse pelo próprio corpo em decorrência de um sentimento onipotente de invulnerabilidade. As mudanças nos sentimentos e atitudes, no entanto, não são bem percebidas pelos estudantes que “ao longo do curso desenvolvem uma caracteropatia profissional, expressa por esfriamento afetivo e atitudes céticas quanto aos relacionamentos humanos que necessitam estabelecer, particularmente com os pacientes” (Avancini & Jorge, 2000).

Porém, vale lembrar que alguns requisitos pessoais e profissionais são considerados necessários e podem contribuir para uma atuação clínica mais adequada e eficaz daqueles que atuam na área de dor (Amaral, 1999; Pini, 2003).

A boa formação acadêmica é importante pelo suporte teórico-técnico necessário e permite ao profissional não se prender a estereótipos, devendo ajudá-lo inclusive, a ser tolerante e humilde ao deparar-se com situações de conhecimento científico e clínico pouco esclarecido e dominado.

Já, do ponto de vista pessoal, espera-se que ele seja capaz de suportar frustrações, criar vínculo positivo com o paciente, apesar de suas resistências e por vezes desconfiança. Enfim, ter capacidade de empatia, de suportar e conviver com as várias formas de sofrimento, sem nunca perder de vista um importante e simples gesto de “ouvir o paciente”, para que ele, em meio aos seus infortúnios, possa ao menos ser poupado de experimentar uma das piores dores que é a de não ser compreendido e respeitado como pessoa (Bérzin, 2004).

Algumas pesquisas têm mostrado que, sob a óptica de pacientes portadores de dor e de doenças graves em estado avançado e de seus familiares, algumas atitudes profissionais como o suporte emocional e a capacidade de comunicação, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados (Curtis *et al.*, 2001; Martins, 2004). Além disso, ressalta-se a importância da atitude ética por parte dos profissionais de saúde, que deve sempre nortear sua prática clínica.

A partir dos anos 90, a ética tem sido um tema sempre em pauta na literatura. No campo da saúde, as questões da ética aplicada, denominada bioética, procuram contribuir na busca de respostas equilibradas para os dilemas que constantemente se apresentam no relacionamento entre pacientes, profissionais, ciência e Estado (Batista et al, 2005; Finkler, 2006).

Princípios como beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e à justiça, propostos por Beauchamp e Childress, em 1979, são apontados por vários autores como pontos essenciais que devem nortear a prática dos profissionais de saúde, visando a preservação da dignidade humana (Gabrielli, 2001; Udelsmann, 2006).

Sob essa óptica, questões como a necessidade de reestruturação da formação acadêmica e produção científica que refletem diretamente sobre a atuação profissional têm sido motivo de análise e reflexão.

A Resolução 04/1982 do Conselho Federal de Educação determinou a inclusão da disciplina Psicologia no currículo mínimo do curso de Odontologia. No entanto, o CD, via de regra, não demonstra estar preparado para entender e manejar as manifestações emocionais presentes no comportamento do paciente. A dificuldade envolve, inclusive, o manejo da sua própria conduta profissional (Camparis & Cardoso Jr., 2002)

Kulich *et al.* (1998) apontam três categorias de qualificação profissional importantes para o bom desempenho do odontologista: habilidades interpessoais, clínicas e intrapessoais (autoconfiança, tolerância ao stress e capacidade administrativa). Ressaltam também as deficiências no currículo acadêmico do dentista, que não enfocam os aspectos necessários ao desenvolvimento da maioria das referidas qualificações profissionais.

Fatores econômicos como o alto custo da formação técnica e custos em investimentos para iniciar a prática profissional, condições de trabalho desfavoráveis, além das deficiências no currículo acadêmico, que não abordam adequadamente o tema dor e a importância da relação profissional-paciente são apontados por Wasoski (1995). O autor também ressalta a importância de algumas medidas como o engajamento em organizações de classe locais e nacionais que podem ajudar a melhorar a prática e o ambiente profissional, além de paradas frequentes e exercícios de relaxamento, que podem minimizar o nível de estresse.

2.5 Estresse no trabalho

A presença do estresse em profissionais de saúde tem sido um problema muito abordado pela literatura. Trata-se de um fenômeno bastante complexo, de natureza multifatorial, que acomete um número cada vez maior de pessoas. O assunto é estudado a partir de diferentes enfoques e instrumentos.

Alguns autores como Souza & Silva (2002) referem um perfil de personalidade, denominado Personalidade Tipo I, que se caracteriza pela presença de alguns traços como motivação, entusiasmo, idealismo, dedicação ao trabalho, perfeccionismo e propensão à

ansiedade. São pessoas cujo estilo de vida se caracteriza por competitividade, luta por realização profissional, pressa, inquietação, vigilância, tensão muscular e sentimento de estar sob pressão o tempo todo. Esse conjunto de características predispõe ao estresse e a outros tipos de problemas. Jackson, já em 1999, ao abordar o problema do estresse em médicos anesthesiologistas, mencionava o perfil da personalidade Tipo I presente neste grupo de profissionais.

Freudenberger (1974) introduziu o conceito de “Síndrome de Burnout” para designar um estado de estresse presente em situações de trabalho. Este assunto há anos tem sido citado na literatura (Freudenberger, 1974; Gardner & Hall, 1981; McCue, 1982).

Trata-se de um estado de desgaste emocional associado à prática profissional que pode ocorrer pela cronificação de um processo de estresse. Sua prevalência é maior entre profissionais de saúde que experimentam em sua rotina de trabalho condições de sobrecarga emocional como enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas, e também profissionais de outras áreas como professores, policiais e pilotos (Campos *et al.*, 2004).

A Síndrome tem sido descrita como um fenômeno multidimensional, também entendido como uma forma de estresse no trabalho, embora as duas condições sejam diferenciadas por alguns autores, como Hart (1982). Trata-se de um processo lento que leva semanas, meses e até anos para se manifestar.

São três as dimensões do Burnout: exaustão emocional, despersonalização ou desumanização e diminuição da realização pessoal.

Os sintomas que caracterizam a síndrome são classificados em quatro categorias: físicos, psíquicos, emocionais e comportamentais e se expressam por algumas manifestações descritas a seguir.

Sintomas físicos: fadiga constante; distúrbios do sono; sudorese; sinais precordiais e palpitações; cefaléias; dores crônicas; distúrbios gastrintestinais; redução da imunidade; distúrbios dermatológicos e face tensa ou deprimida.

Sintomas psíquicos: redução da memória, concentração, capacidade de decisão e iniciativa; pensamento obsessivo (tensão mental); ideação fantasiosa; manifestações paranóides (idéias de injustiça e incompreensão).

Sintomas emocionais: desânimo; tristeza; ansiedade; depressão reativa; pessimismo; redução da auto-estima (auto-depreciação, falta de confiança); sentimentos de culpa, de vazio, impotência, impaciência e irritação.

Sintomas comportamentais: desinteresse pelo trabalho e lazer; resistência em aceitar situações novas; preferência pela rotina; rigidez de comportamento (falta de flexibilidade); inibição de comportamento; absenteísmo no trabalho; isolamento social e profissional; comportamento negligente; tabagismo; consumo de álcool e outras drogas e conduta onipotente (Benevides Pereira, 2002; Guimarães & Grubbs, 2004).

A odontologia e a medicina são profissões que possuem inúmeros fatores que podem levar o profissional a desenvolver a Síndrome de Burnout, assunto ainda pouco estudado no Brasil (França, 1987).

Porém, é conhecida a displicência com que os profissionais de saúde, especialmente médicos, tradicionalmente pacientes difíceis, cuidam da própria saúde física e mental, vivem no limite do estresse, adiam as próprias decisões terapêuticas, medicam-se erradamente e só procuram ajuda em situações extremas (Ismael, 2005).

Por esta e outras razões, muitos profissionais dessas áreas ainda desconhecem a síndrome de Burnout ou não dedicam muita atenção ao assunto (Romero *et al.*, 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Murtomaa *et al.* (1990) da Universidade de Helsink, analisaram a relação entre Síndrome de Burnout, condições de ambiente físico e a natureza do trabalho em CD. Constataram que a maioria deles experimenta dor e fadiga psicológica temporária associada ao trabalho com pacientes. Além disso, foram apontados como aspectos significativos, a insatisfação na relação com pacientes, problemas relativos ao ambiente físico e má postura no trabalho.

Rodrigues (1998) já descrevia como sintoma de Burnout em médicos, a prática de fazer consultas rápidas, depreciativas e evitação do contato visual com o paciente.

Nogueira-Martins (1999) refere algumas características de Burnout em médicos. Ressalta nesses profissionais a existência de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos que leva a um afastamento no contato com paciente e familiar; comportamento de isolamento social, negação ou minimização de problemas profissionais,

evitando com isso, inclusive, reflexões sobre o exercício profissional, “humor negro” e irônico, como expressão de má adaptação às dificuldades profissionais e tendência de se automedicar e de se auto-tratar.

Fiorito *et al.* (2006) desenvolveram um estudo sobre estresse utilizando o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) entre médicos que atuam em rede pública hospitalar. Encontraram 57,00% de médicos com diagnóstico positivo para estresse, sendo que 46,00% deles em fase de resistência e 54,00% em fase de quase-exaustão. Referem ainda 69,00% de médicos portadores de sintomas psicológicos de estresse.

Um estudo randomizado, conduzido por Myers & Myers (2004) investigou o stress geral, no trabalho e a saúde em mais de 2400 CD do Reino Unido. Os resultados mostraram uma correlação significativamente alta entre stress e alguns fatores associados ao trabalho, como deficiências na relação dentista-paciente, pressões do tempo e carga horária, problemas técnicos e de equipe, insatisfação no trabalho e na vida, consumo de álcool, obesidade, tensão e depressão.

Além de todos os problemas citados, convém lembrar ainda um fator que tem contribuído para aumentar o estresse principalmente de médicos que é o aumento no número de denúncias judiciais e no âmbito ético-profissional.

O número de denúncias contra médicos no estado de São Paulo cresceu 130% em dez anos e a média diária de queixas só fez aumentar no ano passado. Segundo pesquisa realizada por Krikor Boyaciyan, diretor do Conselho Regional de Medicina do Estado (Cremesp), em sua tese de doutorado defendida na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o aumento ocorreu entre 1994 e 2004, passando de 4 para mais de 9 denúncias diárias; em 2005, a média de queixas cresceu ainda mais: 12 por dia. Um dos fatores atribuídos à conduta questionada pelos pacientes é a quantidade elevada de horas trabalhadas por médicos em início de carreira, aliada às condições hospitalares nem sempre adequadas (Oliveira, 2006).

2.6 Avaliação biopsicossocial

Para Figueiró *et al.* (2005), não basta aos profissionais que atuam na área, compreender a dor do paciente, mas sim, a pessoa do paciente como um todo. “Não existe apenas a compreensão da dor de alguém, mas a compreensão de alguém, do que a pessoa percebe e sente e de como lida com o que sente”.

O enfoque biopsicossocial possibilita a percepção do homem como um todo. É a partir de suas potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que ele enfrenta o cotidiano de sua vida nas mais diferentes situações (Pereira & Silva, 2004).

O nível biológico é constituído de suas características físicas, herdadas ou adquiridas. Envolve o metabolismo, resistências e vulnerabilidades dos órgãos e sistemas. O nível psicológico refere-se aos processos afetivos, emocionais e cognitivos que definem a personalidade, o modo de percepção e o tipo de vivência particular que cada pessoa experimenta na vida. O nível social indica os valores, crenças e papéis desempenhados pelo homem nas mais diferentes situações. A dimensão social também inclui o meio ambiente e a localização geográfica (França, 1996).

A interligação de cada uma dessas dimensões permite que se compreenda melhor as pessoas, suas experiências, seu comportamento e o padrão de sua qualidade de vida. O modo como se processa essa interligação de experiências humanas é muito particular, varia de pessoa para pessoa, em função das diferentes representações e significados que essas experiências representam para cada um. A lente através da qual as pessoas atribuem significados às suas mais diferentes experiências é sempre afetiva.

Ballone *et al.* (2002) descreve bem o processo vivencial das experiências humanas: “Cada pessoa tem sua lente afetiva, ou seja, sua própria tonalidade afetiva, portanto, cada um valoriza a seu modo os fatos que lhe sucedem. Podem ser percebidos com mais animação, empolgação, desinteresse, insegurança, ou com confiança, prazer, ânimo e assim por diante, dependendo da tonalidade afetiva de cada um. Portanto, objetivamente falando, os fatos em si não querem dizer muita coisa, mas, as vivências sim”.

Tais conceitos parecem bastante importantes e precisam ser considerados, quando se tem por objetivo procurar entender mais profundamente o modo como as pessoas se comportam, seus potenciais e dificuldades em diferentes situações. Isso vale tanto para

aquele que padece de dor como para pessoas que se ocupam em tratar pessoas com dor. E este é o foco do presente trabalho: entender melhor a vivência dos profissionais que trabalham nessa difícil área que é a DOF.

O conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) tem sido bastante estudado nos últimos anos. Muitos autores ressaltam o caráter complexo desse fenômeno, que pode ser explicado a partir de diferentes enfoques. Um dos mais importantes parece ser o proposto por Pereira (2004), que considera a qualidade de vida no trabalho possível apenas àquelas pessoas que tem como forma de vida o respeito ao próximo e a si mesmo, sendo capaz de criar um ambiente humanizado, representado pela melhoria nas relações interpessoais.

O conceito de sedentarismo é bastante polêmico na literatura. De acordo com a OMS, o critério de exclusão da condição de sedentarismo é a prática semanal de atividade física durante 150 minutos ou 5 vezes de 30 minutos. Ramos *et al.* (2006) apontam 83,50% de sedentarismo em profissionais de saúde. São considerados sedentários, segundo esses autores, indivíduos que praticam atividade física numa frequência inferior a 4 vezes por semana e duração mínima de 30 minutos.

Um assunto bastante referido na literatura trata das experiências dolorosas vivenciadas por médicos e dentistas em sua prática clínica.

A alta prevalência de dor lombar presente em médicos, CD e enfermeiros tem sido referida em vários estudos. Predominam a dor lombar aguda, crônica e hérnia de disco associadas ao estresse emocional e sintomas psicossomáticos. (Violante *et al.*, 2004; Bejia *et al.*, 2005).

A obesidade é considerada atualmente um grande problema de saúde pública em vários países, cuja prevalência na população geral tem aumentado progressivamente. Este problema também está atingindo profissionais da saúde. Um dos critérios utilizados para mensuração do peso e diagnóstico de obesidade tem sido o Índice de Massa Corporal (IMC) ¹. A Organização Mundial da Saúde (WHO) propôs uma classificação diagnóstica de IMC, que tem sido adaptada para diversos países e muito utilizada por clínicos de diferentes especialidades e em pesquisas sobre o assunto (WHO, 2004).

¹ IMC = Peso/Altura²

Neste trabalho utilizou-se a Classificação de IMC preconizada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO (Anexo 10).

O alcoolismo entre profissionais da saúde de vários países é altamente prevalente. O assunto tem sido bastante referido na literatura. Trata-se de um sério problema, de natureza multifatorial, que envolve um grande número de médicos e dentistas e que vem tomando proporções cada vez maiores nos últimos anos (Harrison & Chick, 1994; Kumar & Basu, 2000; Kenna & Wood, 2005).

O problema parece atingir com mais frequência médicos de algumas especialidades como anestesiológicos e cirurgiões, bastante vulneráveis ao estresse e ambiente profissional competitivo (Mavroforou *et al.*, 2006). Alguns autores como Kenna & Wood, (2004) referem maior prevalência de alcoolismo entre dentistas do que outros profissionais da saúde americanos.

De acordo com a American Society of Anesthesiologists (1998) a alta prevalência da dependência química entre médicos anestesiológicos, especialmente entre residentes, é um problema muito sério que necessita ser reconhecido precocemente e enfrentado pelos próprios profissionais além de seus órgãos de classe. O assunto também é referido na literatura por vários autores (Jackson, 1999; Kluger et al, 2003; Collins et al, 2005).

No Brasil, Ramos *et al.* (2006) referem 35,60% de alcoolismo entre profissionais de saúde que trabalham na rede pública hospitalar.

O tabagismo, importante fator de risco cardiovascular, tem sido estudado por alguns autores. Segundo Ramos *et al.* (2006), os índices de tabagismo no Brasil situam-se entre 12,90% e 25,20% da população geral. Esses autores referem 19,70% em profissionais de saúde que trabalham na rede pública hospitalar.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada o mais forte fator de associação com doenças cardiovasculares e está presente em profissionais de saúde. A prevalência na população geral do Brasil não é muito clara dada à escassez de pesquisas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevalência geral é de 28,50% de hipertensos, sendo um pouco maior no sudeste (29,10%).

Segundo índices do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2003, a população de hipertensos, na faixa etária de 40 a 59 anos, varia de 26,00% a 36,40% e na faixa acima de

60 anos é de 39,00% a 59,00% (Ministério da Saúde, 2004). Ramos *et al.* (2006) encontraram índices de 22,90% em profissionais da saúde atuando na rede pública.

2.7 Pesquisa Qualitativa e Avaliação Psicológica

Métodos de pesquisa qualitativos que utilizam questionários e entrevistas semi-estruturadas ou semi-dirigidas, têm sido cada vez mais reconhecidos como ferramentas importantes em pesquisas na área de saúde, pois, acrescentam uma nova dimensão aos estudos quantitativos (Chew-Graham *et al.*, 2002).

Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa em saúde “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável”.

Segundo esse enfoque, os questionários podem ser considerados instrumentos adequados que permitem a avaliação de aspectos físicos e emocionais de uma determinada população permitindo, assim, a descrição de seu perfil.

A utilização de mais de uma técnica de pesquisa é recomendada por alguns autores, pois, permitem resultados mais consistentes. Segundo Calder (1977), “a natureza da pesquisa qualitativa não a limita a nenhuma técnica como sendo a melhor. A validade só pode ser atingida a partir do uso de múltiplos métodos”.

Por outro lado, a utilização de técnicas de avaliação psicológica na prática clínica e em pesquisas não é um fato recente. O diagnóstico psicológico ou dos traços de personalidade de uma pessoa, em condições técnicas de trabalho, tem sido desde o século XIX, uma das grandes preocupações da ciência psicológica (Cruz, 2002).

Mas, a partir do século passado, em função do desenvolvimento socioeconômico e tecnológico, constata-se uma ampliação e aperfeiçoamento qualitativo dos métodos e técnicas de diagnóstico psicológico.

Embora a literatura sobre testes e medidas de exames psicológicos em geral seja vasta, observa-se uma escassez de trabalhos científicos voltados aos processos de avaliação psicológica, especialmente na área de avaliação de personalidade, estresse e desgaste emocional no trabalho. O que se constata é que a grande maioria das publicações sobre o

assunto é estrangeira e refere instrumentos de medida psicológica não adaptados à população brasileira (Cruz, 2002).

No entanto, nota-se uma tendência de ampliação da literatura brasileira recente sobre medidas de diagnóstico psicológico e trabalhos científicos que tratam da validação destas técnicas (Cruz, 2002).

A avaliação psicológica realizada através de técnicas psicométricas tem sido útil no sentido de possibilitar uma melhor compreensão e maior objetividade acerca da natureza dos processos psicológicos que podem, desta maneira, ser descritos de forma mais precisa auxiliando, inclusive, na orientação de procedimentos terapêuticos. Além disso, as avaliações também contribuem para facilitar a comunicação dos achados clínicos (Sardá Jr. *et al.*, 2004).

Outro aspecto relevante a ser considerado é que os testes de medida psicológicos mesmo padronizados e validados para a população brasileira devem ser considerados apenas instrumentos que apontam aspectos relativos a várias áreas do psiquismo da pessoa. Seus resultados não podem ser analisados isoladamente e devem ser entendidos à luz de um raciocínio clínico que permite uma compreensão mais integral e dinâmica dos mesmos.

2.8 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

Nas últimas décadas as considerações a respeito da qualidade de vida estão ganhando espaço e atenção dos profissionais e, sobretudo, dos próprios pacientes com dor. A literatura é bastante vasta e trata o assunto sob inúmeros enfoques.

De acordo com a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL) o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando declarou: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que propiciam às pessoas”.

Desde então, o referido termo tem sido objeto de reflexões por parte de estudiosos de diferentes áreas do conhecimento.

O grupo pela Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL) propõe que a expressão qualidade de vida seja vista como um termo que representa a tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo o fator principal determinante, a percepção subjetiva de bem estar. Inclui-se em sua definição a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos.

O referido grupo desenvolveu dois questionários gerais para avaliar a qualidade de vida em 15 centros de diferentes culturas: o WHOQOL -100, composto de 100 questões e o WHOQOL - BREF, versão abreviada, composto de 26 questões, classificados em quatro domínios de análise: físico, psicológico, social e meio ambiente. Além disso, duas questões fornecem informações sobre qualidade de vida e condições de saúde em geral.

A versão brasileira dos dois questionários foi validada e publicada em 1998, pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob coordenação do Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck e equipe. Atualmente, ambos os instrumentos têm sido amplamente utilizados em estudos clínicos e acadêmicos no Brasil e em vários países do mundo (Centro WHOQOL para o Brasil, 1998). Porém, a literatura é pobre em estudos que envolvem CD e médicos.

Estudo realizado por Nunes & Freire (2006) utilizando o WHOQOL-BREF revela que CD do serviço público municipal apresentam os seguintes escores: domínio físico 51,00%; meio ambiente 59,10%; domínio psicológico 52,30% e domínio relações sociais 50,30%. Baixa qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos e alta qualidade de vida nos domínios relações sociais e meio ambiente. Os autores afirmam que os domínios do WHOQOL-BREF separadamente podem sugerir indicadores sobre as condições dos CD, embora não seja o objetivo do teste avaliar as facetas separadamente. Referem ainda que 30,00% dos CD consideram sua remuneração insuficiente.

2.9 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) foi elaborado por Lipp e Guevara em 1994 com a finalidade de avaliar o estresse em pessoas adultas acima de 15 anos.

Trata-se de um instrumento validado para a população brasileira, bastante empregado em pesquisas sobre estresse em diferentes tipos de população, inclusive em profissionais de saúde (Lipp, 2000; Fiorito *et al.*, 2006).

O Inventário identifica a presença de estresse, suas fases e os sintomas predominantes, físicos e psicológicos. Compõe-se de manual, caderno de aplicação e protocolo de interpretação. A aplicação pode ser individual ou coletiva e o tempo de aplicação gira em torno de 30 minutos. Os autores recomendam a aplicação em situação presencial.

Os fatores de estresse avaliados pelo Inventário incluem 37 sintomas de natureza somática e 19 de caráter psicológico, distribuídos pelos três quadros. O primeiro quadro refere-se às últimas 24 horas, o segundo a última semana, e o terceiro ao último mês. Os resultados são conferidos por tabelas de avaliação que definem a fase de estresse em que se encontra o indivíduo e o tipo de sintomas predominantes. O teste inclui a avaliação de uma 4ª fase complementar do estresse, chamada “quase-exaustão”

De acordo com Lipp (2000), a fase de alerta do estresse é a única considerada positiva para o ser humano. Caracteriza-se pela produção e ação da adrenalina, necessária para manter as funções da atenção, concentração e o estado de motivação.

Já, a fase de resistência se instala quando a fase de alerta se prolonga por um período muito longo ou quando surgem novos estressores. É quando o organismo entra em ação para evitar desgaste de energia e tentar restabelecer o equilíbrio interior, quebrado pela longa fase de alerta. Nesse momento, a produtividade do indivíduo é reduzida e inicia-se a produção de cortisol. Ocorre nessa fase uma redução da imunidade do organismo.

Quando a fase de resistência física e emocional começa a se quebrar pela dificuldade de gerenciar o excesso de tensão, ocorre um aumento da ansiedade, aumento da produção do cortisol e perda de defesas imunológicas. A essa fase denomina-se quase-exaustão. Nesse período a pessoa ainda consegue pensar, tomar decisões, trabalhar e rir, porém, com muito esforço e desconforto.

A fase mais grave, denominada exaustão, é considerada a mais patológica. Caracteriza-se por um desequilíbrio interior muito grande. Ocorre a depressão, dificuldade de concentração, de trabalho, perda de racionalidade na tomada de decisões e doenças

graves se instalam, como a hipertensão, problemas gastrointestinais, dermatológicos e outros.

É importante lembrar as outras dimensões do estresse, como estratégias de enfrentamento, presença de eventos estressantes e outros sintomas psíquicos, não avaliadas pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), que também necessitam ser avaliadas quando se pretende investigar o estresse de forma mais abrangente, o que pressupõe a necessidade de outros métodos e técnicas psicodiagnósticas (Sardá Jr. *et al.*, 2004).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo Geral

- Estudar o perfil de profissionais da área odontológica e médica que atuam na área de DOF.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever características da formação teórico-técnica em dor de CD e médicos que atuam na área de DOF;
- Descrever características da prática clínica de CD e médicos que atuam na área de DOF;
- Descrever o perfil biopsicossocial de CD e médicos que atuam na área de DOF;
- Identificar dificuldades profissionais e pessoais de CD e médicos que podem interferir na qualidade do desempenho profissional na área de DOF.

4 MATERIAL E MÉTODOS

“E por não saber que era impossível, ele foi lá e fez”
Jean Cocteau

A pesquisa atendeu aos princípios éticos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP (Protocolo nº 076/2006) (Anexo 1). Os objetivos e métodos do estudo foram apresentados claramente e por escrito aos voluntários que, após o aceite em participar do mesmo, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (CONEP, 1996; Hultz & Spink, 1996) (Anexo 3).

Foram investigados profissionais da área odontológica e médica, membros ativos de Sociedades cuja existência se relaciona com a DOF: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED); Sociedade Brasileira de Dor Orofacial (SOBRAD); Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) e Academia Brasileira de Fisiopatologia Crânio-Oro-Cervical (ABFCOC), além de CD com título de especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM/DOF) e médicos com experiência clínica em DOF. Constituiu-se desta forma, uma amostra representativa de CD e médicos que atuam na área de DOF no Brasil.

Foi adotada neste trabalho a abreviação CD para denominar Cirurgiões-Dentistas. Da mesma forma, a abreviação DOF será utilizada para designar Dor Orofacial.

4.1 Instrumentos

O presente estudo se embasou em dados coletados por meio de três instrumentos:

1) Formulário de Pesquisa - elaborado pelo pesquisador, composto de 46 questões relativas à formação teórico-técnica na área de dor, prática clínica e aspectos biopsicossociais, auto-aplicável, previamente validado por estudo-piloto, que considerou a aplicação do mesmo em 10 voluntários com perfil compatível ao da amostra a ser estudada, ou seja, profissionais da área odontológica e médica que atuam na área de DOF (Anexo 4).

2) Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), versão abreviada, validado no Brasil em 1998, pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, auto-aplicável, composto de 26 questões relativas à percepção do domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck, 1998) (Anexos 5 e 6).

3) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), validado no Brasil por Lipp & Guevara (1994), composto de alternativas que identificam a presença de stress, fases e tipo de sintomas predominantes (Lipp, 2002) (Anexos 7 e 8).

4.2 Critérios de Inclusão

1) Membro ativo de pelo menos uma das Sociedades: SBED, SOBRAD, SBCe e ABFCOC.

2) Possuir o título de especialista em DTM/DOF, pelo Conselho Federal de Odontologia.

3) Possuir experiência clínica em DOF, aferida através de indicações de outros profissionais que atuam na área de DOF.

4.3 Critério de exclusão

Foi estabelecido como critério de exclusão a não atuação clínica na área de DOF. Sendo assim, mesmo que o voluntário fosse membro de uma das Sociedades, em caso de falta de atuação clínica na área, a participação na pesquisa foi desconsiderada.

4.4 Composição da amostra

Iniciou-se a composição da amostra pelos membros das Sociedades anteriormente citadas e preocupou-se com a representatividade equilibrada das mesmas. Sendo assim, partiu-se para uma amostragem estratificada dos profissionais membros de cada uma delas. Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizadas as listas de membros ativos fornecidas pelas diretorias das Sociedades no primeiro trimestre de 2006, o número de significância de 5% e o intervalo de confiança de 12%.

O fato de esses profissionais pertencerem às sociedades ligadas a dor não representa para o pesquisador um viés que deva ser considerado, pois, a área de DOF, como outras áreas que se ocupam de estudar a dor, requerem complementação dos estudos, propiciados por estas associações, em face das lacunas existentes nos cursos de graduação de odontologia e medicina no que se refere ao estudo da dor (Carvalho, 1999; Pimenta *et al.*, 2001; CFM, 2004; Luz, 2002; Widmer, 2002; Siqueira, 2004; Teixeira *et al.*, 2004).

Além disso, o alvo do estudo foram os profissionais que trabalham na área de DOF. Sendo assim, fazer parte de uma das Sociedades, ser especialista ou possuir experiência clínica na área, permitem a plena caracterização dos profissionais como passíveis de compor a amostra.

Uma vez iniciada a coleta de dados com base no planejamento anteriormente descrito, decidiu-se incluir na amostra, por indicação dos voluntários, os CD com título de Especialista em DTM/DOF e médicos com experiência clínica na área de DOF.

Em qualquer circunstância, cada voluntário só teve uma participação na amostra, tendo sido desconsiderados nomes que viessem a ser sorteados mais de uma vez por pertencerem a mais de uma Sociedade ou compusessem mais de um grupo de acordo com os critérios de inclusão do estudo.

Uma vez determinado o número de voluntários de cada Sociedade, foram utilizadas as listas de associados cujos nomes foram numerados para a realização de um sorteio, através da função de geração de números pseudo-aleatórios com distribuição uniforme do Sistema SAS para a composição das listas de voluntários (SAS Institute, 2002).

Desta forma foi constituído o universo amostral, com uma amostra probabilística e não de conveniência. De um total de 1.325 profissionais filiados às quatro Sociedades estudadas (N), chegou-se a um número de 253 profissionais para garantia do Intervalo de Confiança planejado (n).

4.5 Coleta de dados

Os formulários, assim chamados uma vez que respondidos pelo voluntário sem intervenção do pesquisador, foram encaminhados pelo correio ou entregues pessoalmente em envelope identificado para pesquisa que continha: a) carta convite para participar da pesquisa (Anexo 2); b) TCLE; c) Formulário de Pesquisa; d) WHOQOL-BREF – Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida e e) envelope de retorno pré-selado.

A carta convite solicitava aos voluntários que, em caso de aceite, preenchesse o material, assinasse e o devolvesse em um prazo máximo de 10 dias, usando para isso o envelope pré-selado que acompanhava o material.

Após 15 dias da entrega dos questionários, para aqueles que não devolveram, fez-se um apelo adicional por e-mail, incentivando-os a participar da pesquisa.

Uma vez recebido o material preenchido foi atribuído a cada voluntário um número de protocolo com o objetivo de identificar o questionário e preservar seu anonimato.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), foi uma terceira ferramenta de coleta de dados. O protocolo de aplicação deste instrumento requer a entrevista realizada em situação presencial. Sendo assim, em decorrência de limitações financeiras e de tempo, optou-se pela aplicação deste instrumento em uma fração da amostra total, tendo sido aplicado em 67 voluntários, que representou 44,66% dos voluntários, o que se considerou uma parcela bastante razoável da amostra total. Esta pode ser considerada uma amostra aleatória, porém de conveniência uma vez que a eleição daqueles que se submeteram a responder este questionário decorreu da proximidade com os pesquisadores, seja por residirem em cidades próximas, seja por estarem em eventos científicos nos quais houve participação de pesquisadores que auxiliaram na coleta.

Após todos os esforços para motivar os voluntários sorteados para participarem da pesquisa e a inclusão de CD especialistas e médicos com experiência clínica em DOF, chegou-se a uma amostra de 150 voluntários que conduz a um poder (Power Analysis) de 0,818 para comparação de 2 grupos, com a diferença média de 4 e desvio padrão 8, o que fortalece as conclusões tomadas com base nesse conjunto de dados. A Tabela 1 mostra os números que compõem o processo de amostragem.

Tabela 1 – Composição da amostra estratificada de acordo com o número de membros da SBED, SOBRAD, SBCe e ABFCOC e com inclusão de CD especialistas em DTM/DOF e Médicos com experiência em DOF

Sociedades	Número de membros (N)	Amostra estratificada (valor n previsto)	Amostra final (n)
SBED, SOBRAD, SBCe e ABFCOC	1325	253 (19,09%) *	150 (11,32%)

*Porcentagem média relativa ao universo amostral estratificado (N) (Intervalo de confiança global = 5,39 %; NS= 0,05)

A Figura 1 mostra a distribuição dos voluntários em relação às Sociedades às quais são filiados. Membros da SBED representam 24,67% da amostra; da SOBRAD 11,33%; da SBCe 12,00%; membros das três sociedades (SBED, SOBRAD e SBCe) representam 0,67%; da ABFCOC 22,66%; CDs especialistas em DTM/DOF são 12,67% e médicos que atuam na área de DOF são 16,00%.

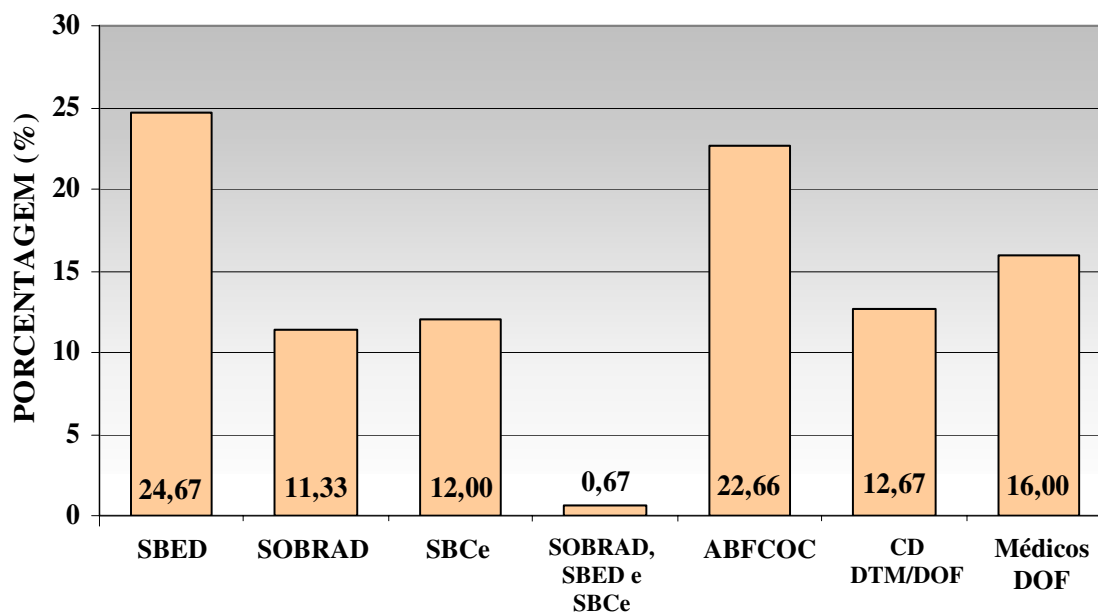


Figura 1 – Distribuição dos voluntários em relação às Sociedades às quais são filiados, CD com título de especialista em DTM/DOF e Médicos que atuam clinicamente na área de DOF

4.6 Digitação dos dados

Os dados obtidos através dos formulários, e do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) foram digitados por pessoa treinada, em software especialmente desenvolvido para esta pesquisa em Visual Basic, versão 6.0, denominado DOF. Data, por equipe composta por um especialista em análise de sistemas e um técnico em informática que incorporou rotinas de armazenagem de dados e consistência aplicados durante a digitação (Braga, 2006).

A decisão pelo desenvolvimento do software específico ao invés de utilização de planilhas eletrônicas teve por objetivo a garantia da qualidade dos dados armazenados para posterior análise.

4.7 Análise dos dados

Para análise dos dados foram desenvolvidas rotinas de extração, transformação e carga (ETL) a partir da base gerada na digitação (DOF.Data) para o sistema SAS, através do qual foram calculados testes de qui-quadrado para comparação de proporções e de associação para linhas e colunas de tabelas. Também foram calculados testes t de Student. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5%.²

Os dados oriundos do WHOQOL-BREF tiveram análises dos escores dos quatro domínios desenvolvidos conforme preconizado pela OMS, ou seja, considerou apenas os domínios em conjunto e não separadamente.

A elaboração das análises contou com a participação de profissional qualificado, certificado pelo Instituto SAS, para utilização do referido sistema.

² A adoção do teste t de Student e das estatísticas de qui-quadrado é coerente com a proposta do estudo que é a comparação das características dos profissionais das duas profissões estudadas (CD e médicos). Inúmeras outras análises poderão ser conduzidas futuramente, com vista ao desenvolvimento de artigos científicos. A redução do espectro de análises aplicadas visou manter o foco do estudo, o qual poderia se perder na abertura da gama de análises estatísticas possíveis.

5 RESULTADOS

“Nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado... mas, nada pode ser modificado até que seja enfrentado”

James Baldwin

5.1 Dados Sócio-demográficos

A Tabela 2 sintetiza os dados sócio-demográficos considerados de interesse para esta pesquisa, ou seja, profissão, sexo, idade média, faixa etária, IMC, estado civil, número e média de filhos.

Tabela 2 - Resultados da análise de dados sócio-demográficos da amostra e por atividade profissional. Frequências e proporções de variáveis nominais (profissão, sexo, estado civil) e ordinais (faixa etária e classes de números de filhos) são testadas através do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Variáveis racionais (idade média, IMC e número de filhos) têm as médias e o desvio-padrão comparados através do teste t de student, com nível de significância de 5%. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras

		CD	Médico
Amostra (n=150)		87 (58,00%) A	63 (42,00%) B
Gênero	Masculino	37 (42,53%) a	48 (76,19%) a
	Feminino	50 (57,47%) a	15 (23,81%) b
	Valor p	0,1634	<0,0001
Idade média (valor p: 0,8325)		45,63 (10,60) A	45,24 (12,09) A
Faixa etária	26 a 30 anos	07 (08,04%) c	09 (14,28%) a
	31 a 40 anos	20 (22,99%) b	18 (28,57%) a
	41 a 50 anos	35 (40,23%) a	11 (17,46%) a
	51 a 60 anos	18 (20,69%) b	16 (25,40%) a
	61 a 70 anos	07 (08,05%) c	09 (14,29%) a
Média de IMC (valor p: 0,0277)		24,78 (03,48) B	26,20 (04,27) A
Estado Civil	Casado	66 (75,86%) a	43 (68,26%) a
	Solteiro	10 (11,49%) b	14 (22,22%) b
	Divorciado	11 (12,64%) b	04 (6,35%) c
	Viúvo	00 (00,00%)	02 (03,17%) c
Número de Filhos	Sem filhos	29 (33,72%) b	22 (34,92%) b
	1 a 2 filhos	43 (50,00%) a	33 (52,38%) a
	3 a 5 filhos	14 (16,28%) c	08 (12,70%) c
Média de filhos (valor p: 0,5037)		1,38 (1,18) A	1,25 (1,15) A

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.
Letras maiúsculas iguais indicam proporções e médias de atividades profissionais que não diferem entre si.

Entre os CD, 42,53% são homens e 57,47% são mulheres. Entre os médicos 76,19% são homens e 23,81% são mulheres. De acordo com o teste qui-quadrado, as proporções em relação ao sexo entre os CD não são diferentes entre si no nível de significância de 5% ($p: 0,1634$). Porém, entre os médicos, observa-se diferença significativa em relação ao sexo ($p: <0,0001$). Ou seja, enquanto a distribuição dos CD por sexo é equitativa, o grupo de médicos é predominantemente masculino.

A idade média dos CD é 45,63 anos e dos médicos 45,24 anos. De acordo com o teste t, não há diferença significativa de idade entre os dois grupos com nível de significância de 5% ($p: 0,8325$).

A faixa etária da amostra varia de 26 a 70 anos. De acordo com o teste qui-quadrado, o grupo de CD apresenta maior frequência de voluntários na faixa etária de 41 a 50 anos (40,23 % CD e 17,46 % médicos). Já o grupo de médicos apresenta uma distribuição de faixa etária mais equitativa, com prevalência de voluntários com idade acima de 50 anos (CD 28,74% e 39,68% médicos)

A relação entre peso corporal e estatura é expressa pelo IMC. A média do IMC de CD é 24,78 e de médicos é 26,20. De acordo com o teste t, a diferença nas médias de IMC de cada grupo é significativa no nível de 5% ($p: 0,0277$).

Quanto ao estado civil 75,86% dos CD e 68,26 % dos médicos são casados. Os CD solteiros representam 11,49% e médicos 22,22%. Entre os divorciados 12,64% são CD e 6,35% são médicos. Apenas no grupo de médicos foram identificados viúvos (3,17%).

A média de filhos dos CD é 1,38 (DP =1,18) e dos médicos é 1,25 (DP =1,15). Não há diferença significativa entre a média de filhos dos dois grupos ($p: 0,5037$). Observa-se maior prevalência de voluntários com 1 a 2 filhos, sem predominância entre os dois grupos (50,00% CD e 52,38% médicos). Possuem de 3 a 5 filhos 16,28% de CD e 12,70% de médicos. Não há predominância entre os grupos que não possuem filhos (33,72% CD e 34,92% médicos).

O estudo envolveu CD e médicos que atuam na área de DOF em várias partes do país. A Tabela 3 mostra a procedência e distribuição dos voluntários por Estado e as cidades nas quais atuam. Foram incluídos 14 estados, 5 regiões e 52 cidades. Nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste os voluntários se concentram nas capitais dos estados. Nas

regiões Sul e Sudeste foi detectada uma maior distribuição de profissionais pelos estados, exceto em Santa Catarina e Espírito Santo. A região Norte contribuiu com 0,66% dos voluntários; Nordeste com 6,65%; Centro-Oeste com 1,33%, Sudeste 79,36% e região Sul, 12,00%. Nota-se maior concentração na região Sudeste (79,36%), em especial no Estado de São Paulo (64,67%). Pesquisa publicada pelo CFM aponta que entre as doze universidades que mais formam médicos no país, seis estão na região sudeste.

Tabela 3 – Quantificação dos voluntários e identificação das cidades nas quais atuam na área de DOF por Estado e regiões do Brasil

Regiões	Estados	Nome das cidades	Nº cidades	Nº voluntário	% voluntários	% Região
Centro Oeste	GO	Goiânia	01	01	0,66	01,33
	MT	Campo Grande	01	01	0,66	
Norte	PA	Belém	01	01	0,66	0,66
Nordeste	BA	Salvador	01	02	01,33	06,65
	CE	Fortaleza	01	02	01,33	
	PE	Recife	01	02	01,33	
	RN	Natal	01	04	02,66	
Sudeste	ES	Vitória, Vila Velha	02	02	01,33	79,36
	MG	Belo Horizonte, Nova Lima, Poços de Caldas, Pouso Alegre, São João Del Rei, Sete Lagoas, Uberlândia	07	10	06,67	
	RJ	Resende, Rio de Janeiro	03	10	06,67	
	SP	Araraquara, Batatais, Botucatu, Campinas, Cotia, Franca, Itú, Limeira, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Mogi Guaçu, Osasco, Penápolis, Piracicaba, Porto Feliz, Ribeirão Preto, Rio Claro, Salto, Santo André, São Carlos, São José dos Campos, São Paulo, Tatuí, Tupã, Ubatuba, Valinhos	25	97	64,67	
	PR	São José dos Pinhais, Curitiba, Terra Roxa	03	05	03,33	
Sul	RS	Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Pelotas, Porto Alegre	04	11	07,33	12,00
	SC	Florianópolis	01	02	01,33	
Total			52	150	100,00	100,00

5.2 Formação profissional

5.2.1 Formação Acadêmica

A formação acadêmica é descrita a partir de informações acerca da graduação (instituição pública ou privada); tipo de pós-graduação (lato sensu e/ou stricto sensu); tempo de exercício profissional e de atuação na área de dor (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da formação acadêmica da amostra por profissão, tempo de exercício profissional e atuação na área de dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Graduação	Pública	52 (59,77%) a	46 (73,02%) a
	Privada	35 (40,23%) a	17 (26,98%) b
	Valor p	0,0684	0,0003
Pós-Graduação	Sem pós-graduação	06 (06,90%) c	06 (09,52%) c
	Lato sensu	71 (81,61%) a	50 (79,37%) a
	Stricto sensu	42(48,27%) b	22 (34,92%) b
Tempo de Exercício Profissional	Até 4 anos	03 (03,45%) c	02 (03,22%) c
	5 a 10 anos	09 (10,34%) b	14 (22,58%) b
	11 a 15 anos	10 (11,49%) b	11 (17,74%) b
	Mais de 15 anos	64 (74,71%) a	36 (56,45%) a
Tempo de Atuação na área de dor	Até 4 anos	17 (20,24%) a	18 (29,03%) a
	5 a 10 anos	23 (27,38%) a	22 (35,48%) a
	11 a 15 anos	20 (23,81%) a	05 (08,06%) b
	Mais de 15 anos	24 (28,57%) a	17 (27,42%) a

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro da mesma atividade profissional.

Observa-se na Tabela 4 uma proporção maior de médicos (73,02%) formados em escola pública (p: 0,0003). Já entre os CD, a distribuição é mais equitativa, ou seja, 59,77% provêm de escola pública e 40,23% de escola privada (p: 0,0684).

A maior parte da amostra possui título de especialista (lato sensu) em alguma área profissional (81,61% CD e 79,37% médicos). Nota-se maior prevalência de CD (48,27%) com título de mestrado e/ou doutorado (stricto sensu) do que médicos (34,92%). Não possuem nenhuma titulação acadêmica 6,90% de CD e 9,52% de médicos.

Quanto ao tempo de exercício profissional, nota-se que a amostra é composta, em sua maioria, por clínicos com longa experiência profissional. Exercem a profissão há

mais de 15 anos, 74,71% dos CD e 56,45% dos médicos. Nota-se uma proporção maior de CD (52,38%) com experiência clínica na área de dor há mais de 10 anos do que médicos (35,48%).

5.2.2 Auto-avaliação de conhecimentos teórico-técnicos na área de dor

Os conhecimentos teórico-técnicos sobre dor foram estudados a partir de questões auto-avaliativas e informações sobre participação em eventos científicos na área como, cursos, congressos, simpósios, encontros e estágios.

A Tabela 5 quantifica os resultados da auto-avaliação dos voluntários em relação à motivação para o trabalho na área, conhecimentos em dor e necessidade de melhorar seus conhecimentos.

Tabela 5 – Resultado da auto-avaliação da motivação para o trabalho na área e conhecimentos teórico-técnicos em dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Motivação para trabalhar na área de dor	Não respondeu	07 (08,05%) b	01 (01,59%) c
	Interesse pelo assunto	33 (37,93%) a	37 (58,73%) a
	Necessário à especialidade	28 (32,18%) a	14 (22,22%) b
	Interesse pelo assunto e necessário à especialidade	15 (17,24%) b	10 (15,87%) b
	Não sei	04 (04,60%) c	01 (01,59%) c
Auto-avaliação de conhecimento em dor	Bom	26 (29,89%) a	22 (36,07%) a
	Suficiente	30 (34,48%) a	26 (42,62%) a
	Insuficiente	31 (35,63%) b	13 (21,31%) b
Necessidade de melhorar conhecimentos	Sim	54 (62,07%) a	35 (56,45%) a
	Não	33 (37,93%) b	27 (43,54%) a
	Valor p	0,0244	0,3096

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Os resultados mostram que para 58,73% dos médicos, a principal motivação para trabalhar na área de dor é o interesse pelo assunto, ao passo que apenas 37,93% dos CD referiram esse motivo. O trabalho em dor, como necessidade exigida pela especialidade, foi declarada por um número maior de CD (32,18%) do que por médicos

(22,22%). Os dois motivos, interesse pelo assunto e necessário à prática da especialidade foram declarados por 17,24% dos CD e 15,87% dos médicos. Nota-se ainda que um número maior de CD (12,65%) não respondeu ou declarou “não sei” a essa questão.

De modo geral, médicos demonstram auto-avaliação mais positiva que CD em relação aos conhecimentos na área de dor. Embora reconhecendo a necessidade de melhorar seus conhecimentos em dor, 29,89% dos CD e 36,07% dos médicos declaram possuir bons conhecimentos na área de dor. Uma população um pouco maior declara possuir conhecimentos suficientes (34,48% CD e 42,62% médicos). Consideram possuir conhecimentos insuficientes 35,63% dos CD e 21,31% dos médicos.

A necessidade de melhorar os conhecimentos na área de dor é reconhecida por uma proporção maior de CD (62,07%) do que de médicos (56,45%). Não reconhecem a necessidade de melhorar seus conhecimentos em dor 37,93% dos CD e 43,54% dos médicos.

5.2.3 Meios de aprendizado sobre dor

A Tabela 6 apresenta os períodos da formação profissional em que os voluntários tomaram contato mais aprofundado com o tema Dor.

Tabela 6 – Períodos da formação acadêmica em que os voluntários tomaram contato mais aprofundado com o tema dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

	CD	Médico
Graduação	46 (52,87%) a	27 (42,86%) a
Especialização	59(67,82%) a	24 (38,10%) a
Estágio interdisciplinar	26 (29,89%) b	13 (20,63%) b
Residência	11 (12,64%) c	35 (55,56%) a
Mest/Dout	24 (27,59%) b	12 (14,05%) b

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Nota-se que o período mais referido pelos CD foi o da especialização (67,82%) e pelos médicos, a residência, (55,56%). A graduação foi referida por uma parcela maior de CD (52,87%) do que médicos (42,86%). Da mesma forma, um número maior de CD

(27,59%) e menor de médicos (14,05%) referiu o mestrado ou doutorado. Nota-se uma população relativamente pequena de CD e médicos que referiram estágios interdisciplinares (29,89% CD e 20,63% médicos)

Tabela 7 – Quantificação dos meios de aprendizado sobre dor utilizados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Participação em eventos sobre dor	Sim	79 (91,86%) a	60 (95,24%) a
	Não	07 (08,14%) b	03 (04,76%) b
	Valor p	< 0,0001	< 0,0001
Frequência em eventos	Mensal a semestral	64 (81,01%) a	47 (78,33%) a
	Anual/Bianual	12 (15,19%) b	10 (16,67%) b
	Eventual	03 (03,80%) c	03 (05,00%) c
Curso específico sobre dor	Sim	73 (84,88%) a	50 (79,37%) a
	Não	13 (15,12%) b	13 (20,63%) b
	Valor p	< 0,0001	< 0,0001
Estágio interdisciplinar de dor	Sim	39 (45,88%) a	25 (40,32%) a
	Não	46 (54,12%) a	37 (59,68%) a
	Valor p	0,4477	0,1275

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Pode-se ver na Tabela 7 que a grande maioria dos voluntários (91,86% de CD e 95,24% de médicos) participa de eventos científicos na área de dor, com frequência mensal a semestral e de cursos específicos sobre dor (84,88% de CD e 79,37% de médicos). Experiência em estágios interdisciplinares na área de dor é declarada por 45,88% de CD e 40,32% de médicos.

5.2.4 Abordagem do tema dor nos cursos de graduação

As Tabelas 8 e 9 ilustram as disciplinas que envolveram o tema dor, citado tanto por CD como por médicos e disciplinas citadas exclusivamente por CD ou por médicos.

Tabela 8 – Frequência de disciplinas da graduação que abordam o tema dor declaradas por CD e Médicos

Disciplinas	CD	Médico
Anestesiologia	01	11
Fisiologia	04	05
Farmacologia	07	03
Anatomia	02	02
Terapia Antálgica	02	02
Todas	02	02
Nunca	01	01

Tabela 9 – Frequência de disciplinas da graduação que abordam o tema dor

Disciplinas	CD	Disciplinas	Médico
Propedêutica	01	Oncologia	03
Semiologia	04	Neurologia	10
Diagnóstico	01	Reumatologia	01
Endodontia	13	Gastroenterologia	01
Periodontia	03	Ginecologia	01
Prótese	05	Cardiologia	01
Oclusão/ATM	08	Ortopedia	02
Dentística	02	Clinica Médica	04
Patologia	04	Pediatria	01
Cirurgia	12	Acupuntura	01
Ortodontia	01	Psiquiatria	01
Psicologia	01	Medicina por imagem	01
Odontopediatria	01		
Clinica Odontológica	01		

O número reduzido de citações feitas pelos voluntários sugere que o tema dor não foi abordado de forma marcante nos cursos de graduação dos CD e médicos. Enquanto que para CD as disciplinas mais referidas foram endodontia, cirurgia, farmacologia e oclusão, para os médicos, as disciplinas mais citadas foram; anestesiologia, neurologia,

fisiologia e clínica médica. As disciplinas mais citadas parecem estar ligadas às especialidades dos voluntários. Note-se que a disciplina terapia antálgica foi referida por apenas 2 CD e 2 médicos.

5.2.5 Temas ligados à dor estudados ao longo da carreira profissional

O campo de interesse por temas ligados à dor, estudados pela amostra, mostrou-se muito variado. Foram identificados originalmente 61 temas que, para fins didáticos, foram agrupados em 19 categorias. Dada à relevância de alguns temas e o número de citações, os mesmos foram propositalmente mantidos como itens separados. A seguir, é apresentado na Tabela 10 um resumo dos temas mais referidos e sua distribuição entre os dois grupos de voluntários. O detalhamento desses dados pode ser encontrado no Anexo 9.

Tabela 10 – Número de referências a temas ligados à dor citados pelos voluntários

Temas ligados à dor	CD	Médico	Total de citações
Neuroanatomia/neurofisiologia/fisiopatologia	53	21	74
Categorias de dor	34	35	69
Tratamentos em várias áreas	45	16	61
Semiologia/ diagnóstico/prática clínica	37	04	41
Cefaléias	13	23	36
Neuropatias	12	17	29
Farmacologia	15	13	28
ATM/DTM	27	00	27
Doenças específicas	19	04	23
Especialidades	15	05	20
Dores músculo-esqueléticas	07	12	19
Dor orofacial	13	02	15
Cervicalgias	04	09	13
Lombalgias	00	10	10
Fibromialgia	02	08	10
Aspectos psicológicos em geral	04	04	08
Dor de dente	08	00	08
Etiologia	08	00	08
Relação interdisciplinar/profissional/paciente	01	02	03
Não responderam	11	04	15
Total/Média de referências	328 (4,31)	189 (3,20)	517

Observa-se que o número de citações de temas ligados à dor é maior entre CD (328 citações, média 4,31) do que entre médicos (189 citações, média 3,20). Os temas mais citados foram neuroanatomia/neurofisiologia/fisiopatologia, referido por 52 CD e 21 médicos; categorias de dor citado por 34 CD e 35 médicos; tratamentos em várias áreas, citado por 45 CD e 16 médicos; semiologia/diagnóstico/prática clínica, citado por 37 CD e 4 médicos; cefaléias, citado por 13 CD e 23 médicos; neuropatias, citado por 12 CD e 17 médicos; farmacologia, citado por 15 CD e 13 médicos; ATM/DTM, citado por 27 CD e nenhum médico; doenças específicas, citado por 19 CD e 4 médicos; especialidades citado por 15 CD e 5 médicos; dores músculo-esqueléticas, citado por 7 CD e 12 médicos; especialidades, citado por 15 CD e 5 médicos; DOF, citado por 13 CD e 2 médicos; cervicalgias, citado por 4 CD e 9 médicos; lombalgias, citado apenas por 10 médicos; fibromialgia, citado por 2 CD e 8 médicos; aspectos psicológicos, citado por 4 CD e 4 médicos; dor de dente, citado por 8 CD e nenhum médico; etiologia, citado por 8 CD e nenhum médico e finalmente relação interdisciplinar e profissional/paciente, citado por 1 CD e 2 médicos.

5.3 Prática profissional na área de dor

5.3.1 Assistência à dor crônica

A Tabela 11 mostra que a grande maioria dos voluntários atende com frequência portadores de dor crônica e os tipos de dores mais prevalentes na sua prática clínica.

Tabela 11 - Distribuição da frequência de dor crônica e tipos de dores mais frequentes, citados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico	Valor p
Atende frequentemente dor crônica	Sim	69 (79,31%) a	63 (100,00%) a	-
	Não	18 (20,69%) b	00 (00,00%) b	-
	Valor p	< 0,0001	.	-
Tipos de dores mais frequentes	Cervicalgia	69 (60,53%) A	45 (39,47%) B	0,0246
	ATM	80 (72,07%) A	31 (27,93%) B	< 0,0001
	Temporal	75 (70,75%) A	31 (29,25%) B	< 0,0001
	Ombro	49 (53,85%) A	42 (46,15%) A	0,4631
	Lombar	20 (27,03%) B	54 (72,97%) A	< 0,0001
	Frontal	40 (54,79%) A	33 (45,21%) A	0,4126
	Occipital	29 (53,70%) A	25 (46,30%) A	0,5862
	Dente	45 (95,74%) A	02 (04,26%) B	< 0,0001
	Joelho	12 (27,27%) B	32 (72,73%) A	0,0026
	Braço	21 (55,26%) A	17 (44,74%) A	0,5164
	Maxila	28 (73,68%) A	10 (26,32%) B	0,0035

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Letras maiúsculas iguais indicam proporções de atividades profissionais que não diferem entre si.

Pode-se observar que o atendimento de pacientes portadores de dor crônica é citado pela totalidade dos médicos (100,00%) e por 79,31% dos CD. Dentre os tipos de dor mais frequentes na clínica odontológica, destacam-se dor de dente (95,74%); maxila (73,68%); ATM (72,07%); temporal (70,75%) e cervicalgia (60,53%). As dores mais prevalentes nos consultórios médicos são: lombar (72,97%); joelho (72,73%); occipital (46,30%) e frontal (45,21%). Não houve diferença significativa entre CD e médicos quanto à prevalência da dor no ombro, referida por 53,85% dos CD e 46,15% dos médicos; dor

frontal, referida por 54,79% CD e 45,21% dos médicos; occipital, referida por 53,70% de CD e 46,30% de médicos e dor no braço, referida por 55,26% de CD e 44,74% de médicos.

5.3.2 Abordagem técnica de trabalho

A Tabela 12 ilustra a abordagem de trabalho adotada pelos voluntários e as principais dificuldades encontradas na prática clínica.

Tabela 12 – Quantificação do estilo de trabalho e principais dificuldades indicadas pelos voluntários

		CD	Médico
Estilo de trabalho	Multi e/ou interdisciplinar	81 (96,43%)	58 (93,55%)
	Exclusiva/e individual	03 (03,57%)	04 (06,45%)
Principais dificuldades	Prática diagnóstica	23 (26,44%)	18 (28,57%)
	Escolha terapêutica	15 (17,24%)	20 (31,75%)
	Prescrição de medicamentos	34 (39,08%)	14 (22,22%)
	Encaminhamento para outros profissionais	22 (25,29%)	16 (25,40%)
	Comportamento do paciente e/ou família	27 (31,03%)	33 (52,38%)
	Necessidade de estudo mais aprofundado sobre dor	32 (36,78%)	19 (30,16%)
	Não sei	02 (02,30%)	01 (01,59%)

Nota-se que a maioria dos voluntários (96,43% CD e 93,55% médicos) adota a abordagem multi e/ou interdisciplinar em sua prática clínica. Apenas 3,57% dos CD e 6,45% dos médicos adotam a abordagem exclusivamente individual de trabalho.

A dificuldade predominante entre os CD é a prescrição de medicamentos (39,08%) e entre médicos é o manejo do comportamento do paciente e/ou familiares (52,38%). A escolha terapêutica é uma dificuldade mais referida por médicos (31,75%) do que por CD (17,24%). Não se observa diferença entre CD e médicos no que se refere à prática diagnóstica (26,44% CD e 28,75% médicos) e encaminhamento para outros profissionais (25,29% CD e 25,40% médicos).

A necessidade de estudo mais aprofundado na área de dor é referida por 36,78% dos CD e por 30,15% dos médicos. Entre CD também se observa dificuldade em relação ao comportamento do paciente e/ou familiares (31,03%).

O estudo procurou ainda avaliar o grau de importância para o trabalho na área de dor, atribuído pelos voluntários, aos seguintes aspectos: interesse pelo assunto; prática clínica; relação profissional/paciente e formação teórico-técnica. A avaliação de cada aspecto é feita pela atribuição de uma escala numérica de 1 a 4, sendo que o número 1 representa o aspecto menos importante e o número 4 representa o aspecto mais importante para o trabalho em dor. Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Quantificação dos aspectos importantes para o trabalho na área de dor. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

Interesse pelo assunto				
	1	2	3	4
CD	35 (57,37%) a	07 (11,48%) b	07 (11,48%) b	12 (19,67%) b
Médico	18 (54,55%) a	07 (21,21%) b	01 (03,03%) c	07 (21,21%) b
Prática clínica				
	1	2	3	4
CD	08 (13,11%) a	25 (40,98%) a	18 (29,51%) a	10 (16,39%) b
Médico	06 (18,18%) a	12 (36,36%) a	11 (33,33%) a	04 (12,12%) b
Relação profissional/paciente				
	1	2	3	4
CD	08 (13,11%) a	18 (29,51%) a	21 (34,43%) a	14 (22,95%) b
Médico	03 (09,09%) b	05 (15,15%) b	11 (33,33%) b	14 (42,42%) a
Formação teórico-técnica				
	1	2	3	4
CD	10 (16,39%) b	11 (18,03%) b	15 (24,59%) a	25 (40,98%) a
Médico	06 (18,18%) a	09 (27,27%) a	10 (30,30%) a	08 (24,24%) a

Letras minúsculas iguais indicam proporções de opiniões que não diferem entre si dentro de uma mesma especialidade profissional.

Para os CD o aspecto mais importante para o trabalho em dor é a formação teórico-técnica (40,98%). Já, para os médicos, a relação profissional/paciente é considerada o aspecto mais importante (42,42%). O interesse pelo assunto foi avaliado como o aspecto menos importante para o trabalho em dor, tanto para CD (57,37%) como para médicos (54,55%). Observa-se uma tendência entre os médicos de se valorizar mais a relação profissional/paciente (42,42%) do que os CD (22,95%). Não há diferença entre CD e médicos no que diz respeito à prática clínica.

5.3.3 Métodos para mensuração da dor

Os métodos utilizados pelos voluntários para mensurar a dor do paciente foi outro aspecto avaliado neste estudo (Tabela 14).

Tabela 14 – Quantificação dos métodos para mensuração da dor utilizados pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras

	CD	Médico	Valor p
Escalas de Dor	51 (58,62%) A	58 (92,06%) A	0,0526
Relato do paciente	16 (18,38%) A	07 (11,11%) A	0,0606
Exame físico	16 (18,39%) A	04 (06,35%) B	0,0073
Questionário McGill	04 (04,60%) A	06 (09,52%) A	0,5271
Algômetro	07 (08,04%) A	02 (03,17%) A	0,0956
Estado emocional/comportamento doloroso	00 (00,00%) B	07 (11,11%) A	.
Incapacidade para a atividade diária	01 (01,15%) A	04 (06,35%) A	0,1797
Postura	01 (01,15%) A	01 (1,58%) A	1
Não é possível mensurar a dor	04 (04,60%) A	00 (00,00%) B	.
Não responderam	09 (10,34%) A	04 (06,35%) A	0,1655

Letras maiúsculas iguais indicam proporções de atividades profissionais que não diferem entre si.

Os resultados indicam que os dois grupos de voluntários procuram quantificar e qualificar a dor do paciente principalmente por meio de escalas de dor. Tal prática é predominante entre médicos (92,06%) e menos freqüente entre os CD (58,62%). As mais referidas foram escala visual analógica (EVA), escala numérica e verbal. O relato do paciente é ouvido com menos freqüência entre CD (18,38%) e médicos (11,11%). Há uma diferença significativamente maior de CD (18,39%) que utilizam o exame físico, do que médicos (6,35%). O questionário McGill é utilizado por 9,52% dos médicos e por 4,60% dos CD. O algômetro é utilizado por um número maior de CD (8,04%) do que por médicos (3,17%). Outro resultado observado é a baixa referência aos aspectos emocionais e comportamento doloroso, referidos por apenas 7 médicos (11,11%) e por nenhum CD. O mesmo pode-se afirmar com relação à postura, referida por apenas 1 CD e 1 médico. O grau de incapacidade para exercer atividades diárias foi referido por 4 médicos e 1 CD. Consideram impossível mensurar a dor 4,60% dos CD e nenhum médico.

5.4 Condições de trabalho

5.4.1 Descrição das condições de trabalho

Algumas condições gerais de trabalho como tipo e número de empregos, carga horária de trabalho diário e trabalho em finais de semana, são apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15 – Condições de trabalho dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Carga horária diária	até 6 horas	16 (18,39%) b	04 (06,45%) b
	8 a 10 horas	56 (64,37%) a	31 (50,00%) a
	mais de 10 horas	15 (17,24%) b	27 (43,55%) a
Carga horária média (Valor p: < 0,0001)		09,08 (03,03) B	12,00 (04,14) A
N de empregos	1	60 (68,96%) a	07 (11,11%) b
	2	21 (24,14%) b	28 (44,44%) a
	3 ou mais	06 (06,90%) c	28 (44,44%) a
Tipo de emprego	Público	06 (07,14%) c	07 (11,11%) c
	Privado	56 (66,67%) a	19 (30,16%) b
	Público/ Privado	22 (26,19%) b	37 (58,73%) a
Trabalha em final de semana	Sim	64 (73,56%) a	59 (93,65%) a
	Não	23 (26,44%) b	04 (06,35%) b
	Valor p	< 0,0001	< 0,0001
Frequência	Sempre	12 (18,75%) b	20 (33,90%) b
	Às vezes	52 (81,25%) a	39 (66,10%) a
	Valor p	< 0,0001	0,0134

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional. Letras maiúsculas iguais indicam proporções e médias de atividades profissionais que não diferem entre si.

Nota-se que a carga horária média diária de trabalho dos médicos é aproximadamente 3 horas maior (12,00h) do que a dos CD (9,08h). Trabalham de 8 a 10 horas diárias 64,37% dos CD e 50,00% dos médicos. Trabalham mais de 10 horas diárias 43,55% dos médicos e 17,24% dos CD. Trabalham até 6 horas diárias, 18,39% dos CD e 6,45% dos médicos.

A maioria dos médicos (88,88%) trabalha em 2 ou mais empregos. Entre os CD, 31,04% encontram-se nessa condição. Possuem apenas um único emprego 68,96% dos CD e 11,11% dos médicos.

Trabalham apenas em serviço privado 66,67% dos CD e 30,16% dos médicos. Atuam em serviços exclusivamente públicos 7,14% dos CD e 11,11% dos médicos. Atuam em serviço público e privado 26,19% dos CD e 58,73% dos médicos.

A maioria significativa dos voluntários trabalha em finais de semana, ou seja, 73,56% dos CD e 93,65% dos médicos. A frequência é maior entre os médicos que trabalham sempre aos finais de semana (18,75% CD e 33,90% médicos). Trabalham às vezes em finais de semana 81,25% de CD e 66,10% de médicos.

5.4.2 Auto-avaliação das condições de trabalho

As condições gerais de trabalho foram analisadas a partir da auto-avaliação dos voluntários em relação à realização profissional, satisfação com a remuneração, principais queixas de trabalho e ambiente de trabalho (Tabela 16).

Tabela 16 - Auto-avaliação das condições de trabalho dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Realização profissional	Satisfeito	70 (83,33%) a	56 (90,32%) a
	Mais ou menos	12 (14,29%) b	04 (06,45%) b
	Insatisfeito	02 (02,38%) c	02 (03,23%) b
Satisfação com remuneração	Boa	42 (50,60%) a	28 (44,44%) a
	Razoável	24 (28,92%) b	24 (38,10%) a
	Ruim	17 (20,48%) b	11 (17,46%) b
Queixas do trabalho	Carga de trabalho excessiva	09 (24,32%) b	21 (29,58%) a
	Necessidade de vários empregos	05 (13,51%) b	31 (43,66%) a
	Sobrecarga física e psíquica	23 (62,16%) a	19 (26,76%) a
Ambiente de trabalho	Bom	75 (89,29%) a	55 (85,94%) a
	Razoável	07 (08,33%) b	08 (12,50%) b
	Ruim	02 (02,38%) b	01 (01,56%) c

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Quanto ao sentimento de realização profissional, a grande maioria da amostra declara-se satisfeita (83,33% dos CD e 90,32% dos médicos), porém, sem predominância significativa entre os grupos. Consideram-se mais ou menos satisfeitos, 14,29% dos CD e

6,45% dos médicos. Uma pequena parcela dos voluntários declarou-se insatisfeita (2,38% de CD e 3,23% de médicos).

Quanto à satisfação com a remuneração, nota-se que 50,60% dos CD e 44,44% dos médicos consideram-se satisfeitos, sem predominância significativa entre os dois grupos. Consideram-se razoavelmente satisfeitos 28,92% dos CD e 38,10% dos médicos. Consideram a remuneração ruim 20,48% dos CD e 17,46% dos médicos

A carga horária de trabalho é considerada excessiva para 29,58% dos médicos e 24,32% dos CD. Uma proporção significativamente maior de médicos (43,66%) queixa-se da necessidade de vários empregos, problema apontado por apenas 13,51% dos CD. Por outro lado, a sobrecarga física e psicológica imposta pelo trabalho é mais apontada por CD (62,15%) e do que por médicos (26,76%).

A grande maioria dos voluntários considera seu ambiente de trabalho bom (69,29% CD e 85,94% médicos). Uma proporção bem menor avalia seu ambiente de trabalho como razoável (8,33% de CD e 12,50% de médicos). Apenas 2,38% de CD e 1,56% de médicos referem seu ambiente de trabalho como ruim.

5.5 Perfil Biológico

5.5.1 Auto-avaliação sobre condições de saúde

Resultados sobre o estado geral de saúde e a procura por exames médicos de rotina são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 – Auto- avaliação sobre condição geral de saúde dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado somente para comparação de 2 amostras

		CD	Médico
Estado geral de saúde	Boa	65 (75,58%) a	51 (82,26%) a
	Regular	20 (23,26%) b	09 (14,51%) b
	Ruim	01 (01,16%) c	02 (03,23%) c
Exames médicos de rotina	Anual	49 (59,04%) a	30 (47,62%) a
	Bianual	14 (16,87%) b	10 (15,87%) b
	Quando necessário	17 (20,48%) b	14 (22,22%) b
	Não faço	03 (03,61%) c	09 (14,29%) b

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

A maioria da amostra declara possuir boas condições de saúde (75,58% CD e 82,26% médicos). Condição regular de saúde é referida por 23,26% de CD e 14,51% de médicos. Apenas 1,16% de CD e 3,23% de médicos declaram possuir condição ruim de saúde.

Mais da metade da amostra (59,04% de CD e 47,62% de médicos) realiza anualmente exames médicos; 16,87% de CD e 15,87% de médicos o faz a cada dois anos e 20,48% de CD e 22,22% de médicos realizam exames apenas quando necessário. Não realizam nenhum exame médico de rotina, 3,61% de CD e 14,29% de médicos.

5.5.2 Peso corporal

Os resultados sobre peso corporal dos voluntários, apresentados na Figura 2, foram avaliados a partir da Classificação do IMC, proposta pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).

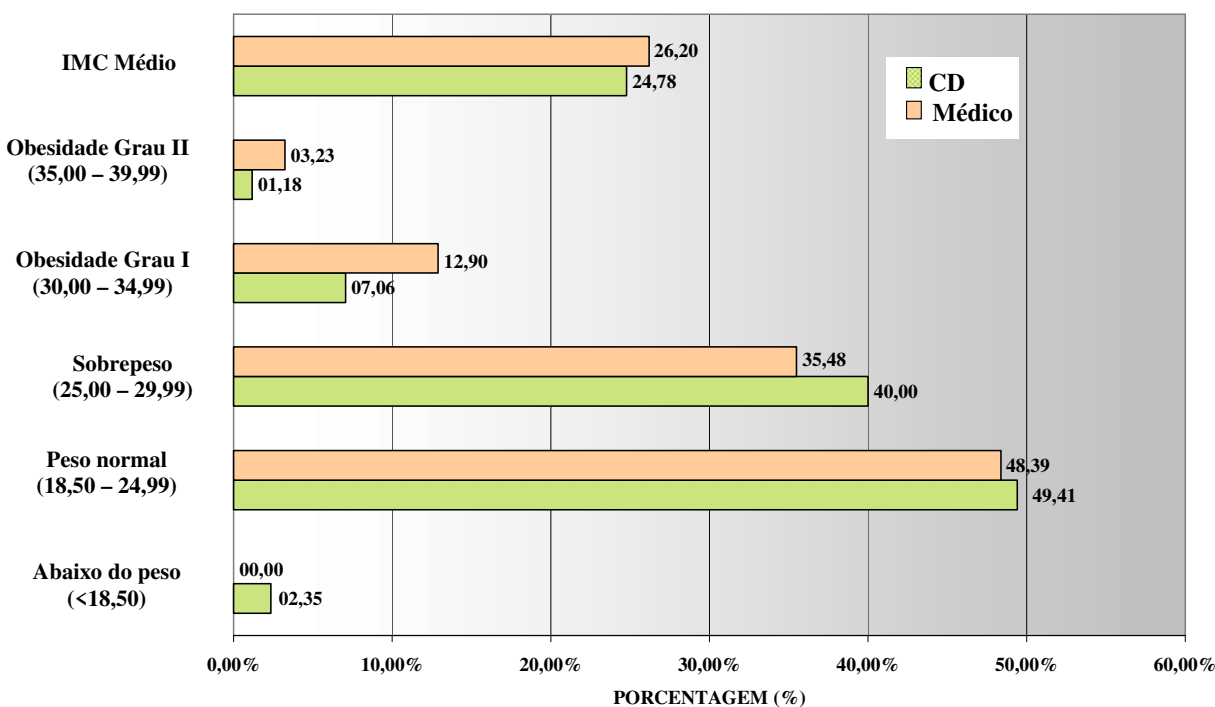


Figura 2 – Classificação e média de IMC dos voluntários, de acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).

Nota-se que apenas CD situam-se abaixo do peso (2,35%). Apresentam peso normal, 49,41% de CD e 48,39% de médicos. O nível de pré-obesidade é observado em 40,00% de CD e 35,48% de médicos. Obesidade grau I é observada em 7,06% de CD e 12,90% de médicos. Obesidade grau II é observada em 1,18% de CD e 3,23% de médicos. O IMC médio de médicos (26,20) é significativamente maior que de CD (24,78).

5.5.3 Hábitos

A Tabela 18 mostra alguns hábitos como à prática e a frequência de atividade física, alimentação, tabagismo e consumo de bebida alcoólica pelos voluntários.

Tabela 18 – Hábitos descritos pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Atividade física	Sim	64 (75,29%) a	33 (53,23%) a
	Não	21 (24,71%) b	29 (46,77%) a
	Valor p	< 0,0001	0,6115
Frequência semanal da atividade física	Até 2 dias	21 (33,33%) b	13 (39,39%) a
	3 ou mais dias	42 (66,66%) a	20 (60,60%) a
Hábitos alimentares	Adequados	58 (70,73%) a	35 (55,56%) a
	Inadequados	24 (29,27%) b	28 (44,44%) a
	Valor p	0,0002	0,3778
Tabagismo	Sim	08 (09,30%) b	08 (12,70%) b
	Não	78 (90,70%) a	55 (87,30%) a
	Valor p	< 0,0001	< 0,0001
Faz uso de bebida alcoólica	Sim	61 (70,93%) a	49 (77,78%) a
	Não	25 (29,07%) b	14 (22,22%) b
	Valor p	< 0,0001	< 0,0001
Frequência média de consumo de bebida alcoólica	Menos que 3 dias/semana	45 (73,77%) a	41 (83,67%) a
	3 ou mais dias/semana	16 (26,23%) b	08 (16,33%) b
	Valor p	0,0002	< 0,0001

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

A prática de atividade física é mais freqüente entre CD (75,29%) do que médicos (53,23%). Praticam atividade até 2 dias/semana 33,33% de CD e 39,39% de médicos. A atividade física é praticada 3 ou mais dias/semana por 66,66% de CD e 60,60% de médicos. Entre CD, nota-se maior número de voluntários que praticam atividade física.

Hábitos alimentares adequados foram referidos por 70,73% de CD e 55,56% médicos. Hábitos inadequados foram mais referidos por médicos (44,44%) do que por CD (29,27%), sendo os mais frequentes: refeições muito rápidas e longos intervalos entre as mesmas.

Tabagismo foi referido por 9,30% de CD e 12,70% de médicos.

A maior parte dos voluntários refere consumir bebida alcoólica, com predominância entre médicos (77,78%) do que CD (70,93%). A frequência de consumo de 3 ou mais dias/semana é maior entre CD (26,23%) do que entre médicos (16,33%). Consomem bebida alcoólica menos de 3 dias/semana 73,77% de CD e 83,67% de médicos.

5.5.4 Características do Sono

As características do sono dos voluntários foram investigadas a partir do número de horas, auto-avaliação sobre a qualidade do mesmo e consumo de medicamentos para dormir (Tabela 19).

Tabela 19 – Quantificação das horas de sono, auto-avaliação da qualidade do sono e medicamentos para dormir. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Horas de sono por noite	4 a 5 horas	10 (11,49%) b	11 (17,74%) b
	6 a 7 horas	58 (66,67%) a	47 (75,81%) a
	8 ou mais horas	19 (21,84%) b	04 (06,45%) b
Qualidade do sono	Boa	28 (48,28%) a	20 (35,09%) a
	Razoável	15 (25,86%) b	20 (35,09%) a
	Ruim	15 (25,86%) b	17 (29,82%) a
Medicamentos para dormir	Sim	57 (65,52%) a	32 (50,79%) a
	Não	30 (34,48%) b	31 (49,21%) a
	Valor p	0,0038	0,8997

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

O período de 6 a 7 horas de sono foi o mais referido, sendo mais frequente entre médicos (75,81%) do que entre CD (66,67%). Uma proporção maior de CD (21,84%) do que médicos (6,45%) declara dormir 8 ou mais horas por noite. O período mais curto de sono, de 4 a 5 horas, é mais frequente entre médicos (17,74%) do que entre CD (11,49%).

A qualidade do sono é considerada boa por um número maior de CD (48,28%) do que médicos (35,09%). Consideram a qualidade do sono razoável 25,86% de CD e 35,09% de médicos. Sono ruim é referido por 29,82% de médicos e 25,86% de CD.

A maior parte da amostra declara-se satisfeita com o sono, numa proporção maior de CD (72,50%) do que médicos (59,25%). Declaram-se insatisfeitos com o sono 10,00% de CD e 9,25% de médicos.

O consumo regular de medicamentos para dormir atinge mais da metade da amostra, sendo maior entre CD (65,52%) do que médicos (50,79%). Não se pesquisou nesta questão o tipo de medicação consumida.

5.5.5 Dores crônicas

Foram investigadas algumas condições dolorosas crônicas experimentadas no dia a dia pelos voluntários. Os tipos de dor e sua frequência são descritos na Tabela 20 e a localização das dores pode ser vista na Tabela 21.

Tabela 20 – Características das dores crônicas experimentadas pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Presença de dor	Sim	62 (71,26%) a	43 (68,25%) a
	Não	25 (28,73%) b	20 (31,74%) b
Tipo de dor	Muscular	53 (46,90%) a	36 (48,00%) a
	Articular	30 (26,55%) b	17 (22,67%) b
	Neuropática	05 (04,42%) c	02 (02,67%) c
Frequência das dores	Diária	23 (25,56%) b	10 (28,57%) a
	Semanal	39 (43,33%) a	11 (31,43%) a
	Mensal	28 (31,11%) a	14 (40,00%) a

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

Nota-se que a maioria dos voluntários declara experimentar algum tipo de dor (71,25% de CD e 68,26% de médicos). Dores musculares são as mais prevalentes, sendo declaradas por 48,00% de médicos e 46,90% de CD. Dores articulares são apontadas por 26,55% de CD e 22,67% de médicos. Dor neuropática é declarada por 4,42% CD e 2,67%

de médicos. Observa-se que 22% da amostra referem mais de um tipo de dor, sendo 24,14% de CD e 19,00% de médicos.

A dor semanal é mais prevalente, declarada por 43,33% de CD e 31,11% de médicos. Frequência mensal é declarada por 40,00% de médicos e 31,11% de CD. Dor diária é a menos freqüente, sendo declarada por 28,57% de médicos e 25,56% de CD.

Tabela 21 – Localização das dores crônicas declaradas pelos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

Local da dor	CD	Médico	Valor p
Lombar	36 (41,37%) A	22 (34,92%) A	0,0660
Cervical	37 (42,52%) A	16 (25,39%) B	0,0039
Cefaléia	16 (18,39%) A	15 (23,80%) A	0,8575
Membro inferior	15 (17,24%) A	09 (14,28%) A	0,2207
Membro superior	15 (17,24%) A	08 (12,69%) A	0,1444
Ombro	10 (11,49%) A	10 (15,87%) A	1,0000
ATM	10 (11,49%) A	03 (04,76%) A	0,0522
Outras	39 (44,82%) A	09 (14,28%) B	0,0001

Letras maiúsculas iguais indicam proporções de atividades profissionais que não diferem entre si.

A dor lombar é referida por um número maior de voluntários (41,37% de CD e 37,93% de médicos). Já, a dor cervical é significativamente mais freqüente em CD (69,81%) do que em médicos (30,19%). Cefaléia é declarada por 23,80% de médicos e 18,39% de CD, sem diferença significativa entre os grupos. Dor nos membros inferiores acometem 17,24% de CD e 14,28% de médicos. Dor nos membros superiores são presentes em 17,24% de CD e 12,69% de médicos. Dor no ombro é declarada por 15,87% de médicos e 11,49% de CD, sem diferença entre os dois grupos. Dor na ATM é referida por 11,49% de CD e 4,76% de médicos. Um número significativamente maior de CD refere dor em outras partes do corpo (44,82%), porém, sem especificá-las. O mesmo ocorre com 14,28% de médicos.

5.5.6 Doenças crônicas

A Tabela 22 mostra as doenças crônicas mais referidas pelos voluntários.

Tabela 22 – Prevalência de doenças crônicas declaradas pelos voluntários

	CD	Médico
Hipertensão/cardiopatia	18 (20,68%)	15 (23,80%)
Tensão muscular	16 (18,39%)	13 (20,63%)
Rinite Alérgica	13 (20,68%)	06 (15,87%)
Bruxismo	15 (16,09%)	07 (11,11%)
Obesidade	08 (09,19%)	10 (17,46%)
Dislipidemia	05 (05,74%)	11 (17,46%)
Problema ortopédico	09 (10,34%)	05 (07,93%)

A hipertensão é a doença mais prevalente, atingindo 23,80% de médicos e 20,68% de CD. Tensão muscular é referida por 20,63% de médicos e 18,39% de CD. Rinite alérgica é apontada por 20,68% de CD e 15,87% de médicos. Bruxismo é observado em 16,09% de CD e 11,11% de médicos. Obesidade é declarada por 17,46% de médicos e 9,19% de CD. Dislipidemia é referida por 17,46% de médicos e 5,74% de CD. Declaram problemas ortopédicos 10,34% de CD e 7,93% de médicos.

5.5.7 Consumo de medicamentos

Foram investigados os tipos de medicações mais consumidas pelos voluntários. Os resultados são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 – Quantificação dos tipos de medicamentos mais consumidos pelos voluntários

	CD	Médico
Antihipertensivo	13 (14,94%)	12 (19,05%)
Analgésico	15 (17,24%)	05 (07,94%)
Antiinflamatório	07 (08,05%)	07 (11,11%)
Antidepressivo	08 (09,20%)	05 (07,94%)
Relaxante muscular	07 (08,05%)	06 (09,52%)
Antiácido	08 (09,20%)	04 (06,35%)
Estatina	07 (08,05%)	04 (06,35%)
Ansiolítico	06 (06,90%)	02 (03,14%)

Antihipertensivo é consumido por um número maior de voluntários, sendo 19,02% de médicos e 14,94% de CD. Analgésico é mais consumido por CD (17,24%) do que por médicos (7,94%). Antiinflamatório é consumido por 11,11% de médicos e 8,95% de CD. Antidepressivo é consumido por 9,20% de CD e 7,94% de médicos. Relaxante muscular é referido por 9,52% de médicos e 8,05% de CD. Antiácido é consumido por 9,20% de CD e 6,35% de médicos. As estatinas são consumidas por 8,05% de CD e 6,35% de médicos. Ansiolítico é declarado por 6,90% de CD e 3,14% de médicos.

5.6 Perfil Psicossocial

A partir da auto-avaliação dos voluntários foram investigados alguns indicadores psicossociais como qualidade de vida, relações interpessoais (afetivas e sociais) e atividades de lazer (Tabelas 24 e 25 e 26).

5.6.1 Qualidade de vida

A auto-avaliação sobre qualidade de vida mostra que, de modo geral, a maioria da amostra declara possuir boa qualidade de vida (84,88% de CD e 80,64% de médicos). Entre CD, 1,16% declaram possuir qualidade de vida ruim, e entre os médicos são 4,84%.

Tabela 24 – Auto-avaliação da qualidade de vida dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Qualidade de vida	Boa	73 (84,88%) a	50 (80,64%) a
	Razoável	12 (13,95%) b	09 (14,52%) b
	Ruim	01 (01,16%) c	03 (04,84%) b

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

5.6.2 Relações interpessoais

As relações afetivas são avaliadas como boas por 87,30% de médicos e 78,82% de CD. Relações afetivas razoáveis são apontadas por 16,47% de CD e 7,94% de médicos. Relações ruins são referidas por 4,76% de médicos e 4,71% de CD.

Relações sociais também foram consideradas boas para 86,05% de CD e 79,37% de médicos. Relações sociais razoáveis são declaradas por 14,29% de médicos e 12,79% de CD. Relações sociais ruins são apontadas por 6,35% de médicos e 1,16% de CD.

Tabela 25 – Auto-avaliação das relações interpessoais dos voluntários. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

Relações interpessoais		CD	Médico
Relações afetivas	Boas	67 (78,82%) a	55 (87,30%) a
	Razoáveis	14 (16,47%) b	05 (07,94%) b
	Ruins	04 (04,71%) c	03 (04,76%) b
Relações sociais	Boas	74 (86,05%) a	50 (79,36%) a
	Razoáveis	11 (12,79%) b	09 (14,29%) b
	Ruins	01 (01,16%) c	04 (06,35%) b

Letras minúsculas iguais indicam proporções que não diferem entre si dentro de uma mesma atividade profissional.

As relações afetivas são avaliadas como boas por 87,30% de médicos e 78,82% de CD. Relações afetivas razoáveis são apontadas por 16,47% de CD e 7,94% de médicos. Relações ruins são referidas por 4,76% de médicos e 4,71% de CD.

Relações sociais também foram consideradas boas para 86,05% de CD e 79,36% de médicos. Relações sociais razoáveis são declaradas por 14,29% de médicos e 12,79% de CD. Relações sociais ruins são apontadas por 6,35% de médicos e 1,16% de CD.

5.6 3 Atividades de lazer

A leitura é o tipo de lazer mais referido pela maioria dos voluntários (69,84% de médicos e 64,36% de CD). Encontro com amigos é referido por 65,51% de CD e 60,31% de médicos. Ouvir música é declarado por 60,31% de médicos e 55,17% de CD. Viajar a passeio é citado por 59,77% de CD e 52,38% de médicos. Internet é mencionada por 49,20% de médicos e 48,27% de CD. Passeio com a família é mais referido por CD (51,72%) do que por médicos (41,26%). Cinema é citado por 42,52% de CD e 38,09% de

médicos. Namorar é citado por 33,33% de CD e 30,15% de médicos. Esporte é mais citado por CD (39,08%) do que por médicos (20,63%). Brincar com filhos foi citado por 29,88% de CD e 26,98% de médicos. Jardinagem é mais referida por CD (21,83%) do que por médicos (11,11%).

Tabela 26 – Descrição das atividades de lazer preferidas pelos voluntários

	CD	Médico
Leitura	56 (64,36%)	44 (69,84%)
Encontro com amigos	57 (65,51%)	38 (60,31%)
Música	48 (55,17%)	38 (60,31%)
Viajar a passeio	52 (59,77%)	33 (52,38%)
Internet	42 (48,27%)	31 (49,20%)
Passeio com família	45 (51,72%)	26 (41,26%)
Cinema	37 (42,52%)	24 (38,09%)
Namorar	29 (33,33%)	19 (30,15%)
Esporte	34 (39,08%)	13 (20,63%)
Brincar com filhos	26 (29,88%)	17 (26,98%)
Jardinagem	19 (21,83%)	07 (11,11%)

5.7 Perfil Psicológico

O perfil psicológico dos voluntários é descrito a partir da prevalência de algumas características de personalidade e procura por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico (Tabela 27).

Tabela 27 – Quantificação das características de personalidade dos voluntários e procura por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico

	CD	Médico
Otimista/esforçado	51 (58,62%)	31 (50,00%)
Exigente/perfeccionista	50 (57,47%)	29 (46,77%)
Tranquilo/equilibrado	33 (37,93%)	25 (40,32%)
Idealista	31 (35,63%)	25 (40,32%)
Tenso/ ansioso	27 (31,03%)	23 (37,09%)
Autoritário	19 (23,17%)	13 (20,96%)
Já procurou tratamento psicológico/ psiquiátrico	71 (82,56%)	44 (69,84%)

Pode-se observar que mais da metade dos voluntários aponta dois traços de personalidade predominantes: otimista/esforçado (55,03% de CD e 50,00% de médicos) e exigente/perfeccionista (57,47% de CD e 46,77% de médicos). Uma parcela menor da amostra declara-se tranqüilo/equilibrado (40,32% de médicos e 37,93% de CD). O traço idealista é declarado por 40,32% de médicos e 35,63% de CD. Declaram-se tensos/ansiosos 37,09% de médicos e 31,03% de CD. Traço autoritário é declarado por 23,17% de CD e 20,96% de médicos.

Nota-se também alta prevalência de voluntários que já buscaram ajuda psicológica e/ou psiquiátrica, 82,56% de CD e 69,84% médicos.

5.7.1 Inventário de Avaliação de Stress para Adulto de Lipp (ISSL)

Algumas condições gerais ligadas ao estresse foram pesquisadas por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) em 67 voluntários (36 CD e 31 médicos), parcela considerada estatisticamente representativa da amostra. O nível de stress dos voluntários é apresentado na Figura 3. As fases do estresse são mostradas na Figura 4 e os sintomas físicos e psicológicos mais prevalentes são apresentados na Figura 5.

5.7.2 Nível de Stress

Os resultados indicam a presença de nível de estresse em 25,00% dos CD e 19,35% dos médicos, sem diferença significativa entre os dois grupos (Figura 3).

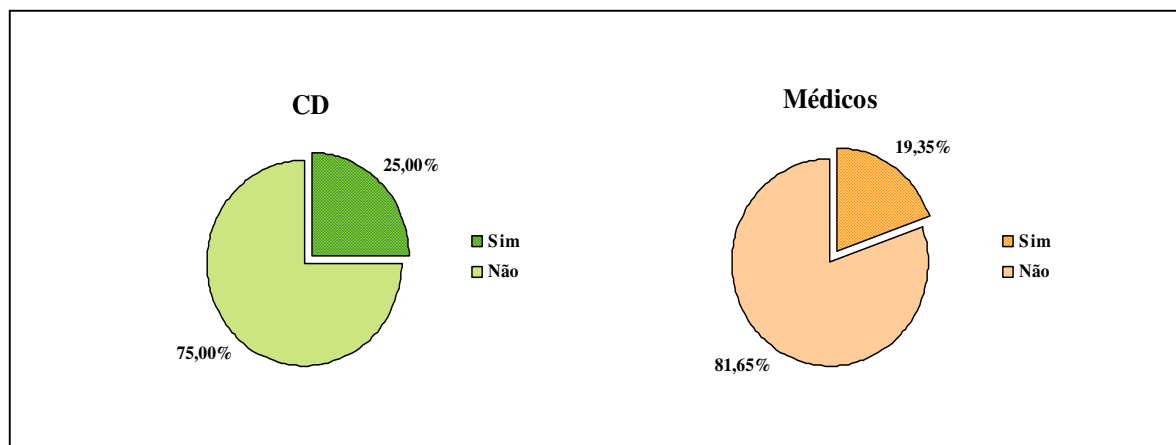


Figura 3 – Prevalência de estresse de CD e Médicos, de acordo com o ISSL. Teste Qui-quadrado (p: 0,4386)

5.7.3 Fases do Estresse

A Figura 4 identifica CD e médicos, de acordo com as fases de estresse em que se encontram. A fase de alerta não foi observada em nenhum voluntário. Já, a fase de resistência está presente em todos os médicos e em 66,67% dos CD, portadores de diagnóstico positivo para o estresse. A fase de quase-exaustão é observada em 11,11% dos CD. A fase de exaustão também acomete 22,22% dos CD.

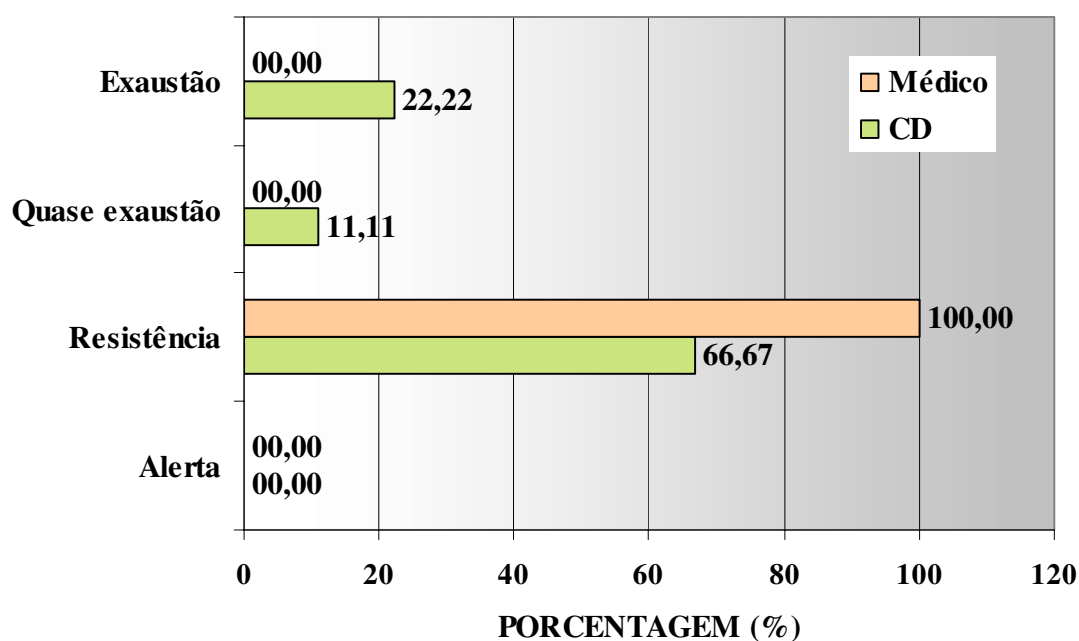
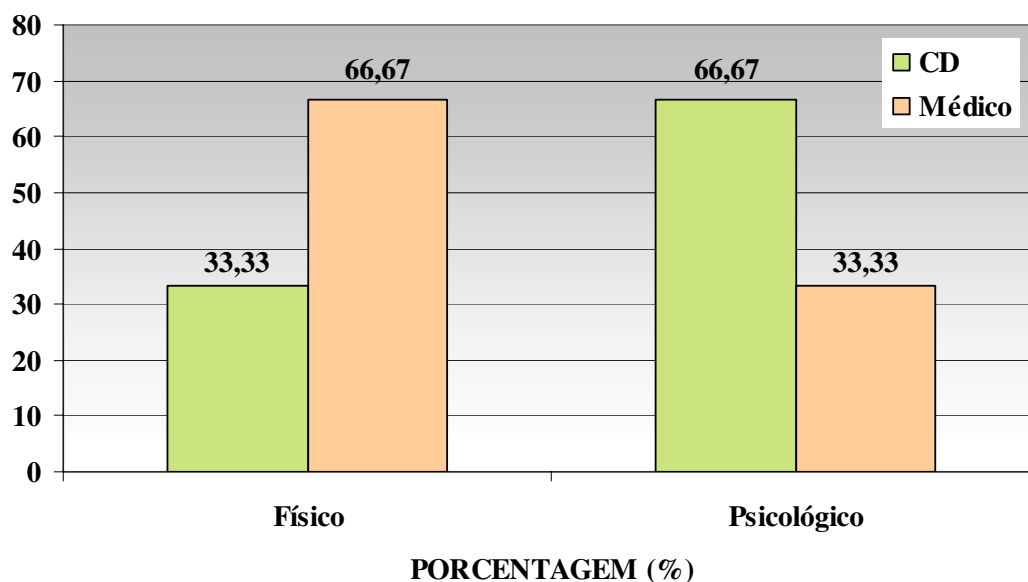


Figura 4 – Prevalência das fases de estresse de CD e Médicos, de acordo com o ISSL

O Inventário de Stress pra Adultos de Lipp (ISSL) identifica a predominância dos sintomas psicológicos e físicos referidos pelos voluntários. Neste estudo foram computados apenas os sintomas presentes nos voluntários com diagnóstico positivo para estresse. A Figura 5 ilustra a distribuição dos sintomas físicos e psicológicos entre CD e médicos portadores de estresse, de acordo com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).

Figura 5 – Quantificação dos sintomas físicos e psíquicos predominantes em CD e Médicos com estresse, de acordo com o ISSL



Os resultados mostram que sintomas físicos são mais prevalentes em médicos e sintomas psicológicos em CD. Sintomas físicos são observados em 66,67% de médicos e 33,33% de CD. Sintomas psicológicos prevalecem em 66,67% de CD e 33,33% de médicos.

5.7.4 Sintomas psicológicos

Tabela 28 - Prevalência de sintomas psicológicos de CDs e Médicos com estresse, de acordo com o ISSL

	CD	Médico
Irritabilidade excessiva sem causa aparente	22 (61,11%)	10 (32,25%)
Cansaço mental excessivo	11 (30,55%)	10 (32,25%)
Vontade súbita de iniciar novos projetos	10 (27,77%)	10 (32,25%)
Hipersensibilidade emotiva	12 (33,33%)	07 (22,58%)
Pensar/ falar constantemente sobre um assunto	14 (38,88%)	05 (16,12%)
Aumento súbito entusiasmo/ motivação	10 (27,77%)	06 (19,35%)
Diminuição da libido	04 (11,11%)	06 (19,35%)
Angustia/ ansiedade diária	05 (13,88%)	04 (12,90%)
Vontade de fugir de tudo	04 (11,11%)	04 (12,90%)
Sensação de incompetência	03 (08,33%)	03 (09,67%)
Apatia/ depressão prolongada	02 (03,17%)	01 (03,22%)
Pesadelos	02 (03,17%)	00 (00,00%)

Os sintomas psíquicos predominantes identificados no Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) foram: irritabilidade excessiva sem causa aparente (61,11% CD e 32,25% médicos); cansaço mental excessivo (30,55% CD e 32,25% médicos); vontade súbita de iniciar novos projetos (27,77% CD e 32,25% médicos); hipersensibilidade afetiva (33,33% CD e 22,58% médicos); pensar ou falar constantemente sobre um assunto (38,88% CD e 16,12% médicos); aumento súbito de entusiasmo e motivação (27,77% CD e 19,35% médicos); diminuição da libido (11,11% CD e 19,35% médicos); angústia/ansiedade diária (13,88% CD e 12,90% médicos); vontade de fugir de tudo (11,11% CD e 12,90% médicos); sensação de incompetência (8,33% CD e 9,67% médicos); apatia/depressão prolongada (3,17% CD e 3,22% médicos). Pesadelos foram referidos apenas por 2,98% dos CD. De maneira geral, os sintomas mais frequentes nos CD são: irritabilidade excessiva sem causa aparente (61,11%), hipersensibilidade emotiva (33,33%), pensar e falar constantemente sobre um assunto (38,88%) e aumento súbito de entusiasmo/motivação (27,77%). Já, entre os médicos, predominam a vontade súbita de iniciar novos projetos (32,25%) e diminuição da libido (19,35%).

5.7.5 Sintomas físicos

Tabela 29 - Prevalência de sintomas físicos de CD e Médicos, com estresse, de acordo com o ISSL

	CD	Médico
Sensação de cansaço constante	14 (38,88%)	15 (48,38%)
Problemas gastrointestinais	19 (52,77%)	06 (19,35%)
Problemas de memória	11 (30,55%)	10 (32,25%)
Insônia	08 (22,22%)	12 (38,70%)
Problemas dermatológicos	09 (25,00%)	10 (32,25%)
Tensão muscular	09 (25,00%)	06 (19,35%)
Mudança de apetite	09 (25,00%)	05 (16,12%)
Tontura	07 (19,44%)	06 (19,35%)
Apertamento/ Bruxismo	08 (22,22%)	04 (12,90%)
Mãos e pés frios	06 (16,66%)	04 (12,90%)
Boca seca	06 (16,66%)	02 (06,45%)
Hipertensão/ Taquicardia	06 (16,66%)	01 (03,22%)
Mal-estar generalizado	04 (11,11%)	02 (06,45%)
Formigamento das extremidades	05 (13,88%)	01 (03,22%)
Aumento de sudorese	01 (02,77%)	04 (12,90%)

A Tabela 29 mostra que 38,88% dos CD e 48,38% dos médicos referiram sensação de cansaço constante. Problemas gastrointestinais são mais frequentes em CD (52,77%) do que em médicos (19,35%). Problemas de memória são citados por 30,55% de CD e 32,25% de médicos. Insônia predomina em médicos (38,70%) sendo menos frequente em CD (22,22%). Médicos referem mais frequentemente problemas dermatológicos (32,25%) do que CD (25,00%). Tensão muscular é mais frequente em CD (25,00%) do que em médicos (19,35%). Mudança de apetite é mais citada por CD (25,00%) do que por médicos (16,12%). Tontura é referida por 19,44% de CD e 19,35% de médicos. Apertamento e bruxismo são predominantes em CD (22,22%). Mãos e pés frios são citados com mais frequência por CD (16,66%). Boca seca é mais frequente em CD (16,66%) do que em médicos (6,45%). A hipertensão é mais citada por CD (16,66%) do que por médicos (3,22%). Entre os sintomas menos frequentes, destacam-se entre os CD: mal-estar generalizado (11,11%), formigamento das extremidades (13,88%). Entre os médicos, nota-se a predominância do aumento da sudorese (12,90%).

5.8 WHOQOL – BREF (versão em português)

A versão abreviada do WHOQOL – BREF foi utilizada para avaliar indicadores de qualidade de vida dos voluntários. Os resultados, apresentados nas Tabelas 30, foram classificados nos quatro domínios definidos para análise do WHOQOL: físico, psicológico, social e meio ambiente. A Tabela 31 fornece informações sobre qualidade de vida e condições de saúde dos voluntários.

Tabela 30 – Média e desvio-padrão dos escores 0-100 dos domínios definidos para análise do WHOQOL. Médias com letras iguais não diferem entre si em um mesmo domínio pelo teste t de Student, com nível de significância de 5%. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

Domínio	Média (desvio-padrão)		Valor p
	CD	Médico	
Físico	76,67 (14,00) A	78,88 (12,35) A	0,3418
Psicológico	70,62 (14,43) A	72,81 (13,59) A	0,3738
Social	71,10 (15,72) A	66,08 (17,38) A	0,0814
Ambiental	68,47 (12,95) A	68,69 (11,71) A	0,9187

Letras maiúsculas iguais indicam proporções e médias de atividades profissionais que não diferem entre si.

Os resultados não apresentam diferenças significativas entre CD e médicos, em nível de significância de 5%, com relação às médias dos escores dos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente do Questionário WHOQOL-BREF.

Tabela 31 - Prevalência de indicadores de qualidade de vida e condições de saúde de CD e Médicos, de acordo com o WHOQOL-BREF. Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Qualidade de vida (1)	Muito ruim	00 (00,00%)	00 (00,00%)
	Ruim	02 (02,44%)	04 (06,90%)
	Nem ruim nem boa	11 (13,41%)	08 (13,79%)
	Boa	50 (60,98%)	35 (60,34%)
	Muito boa	19 (23,17%)	11 (18,97%)
Condições de saúde (2)	Muito insatisfeito	01 (01,22%)	01 (01,72%)
	Insatisfeito	08 (09,76%)	03 (05,17%)
	Nem satisfeito nem insatisfeito	07 (08,54%)	11 (18,97%)
	Satisfeito	48 (58,53%)	33 (56,90%)
	Muito Satisfeito	18 (21,95%)	10 (17,24%)

De modo geral, a auto-avaliação da maioria dos voluntários quanto à qualidade de vida tende a ser positiva. Classificaram-na como boa e muito boa 84,15% dos CD e 79,31% dos médicos. Apenas 2,44% dos CD e 6,90% dos médicos referiram qualidade de vida ruim.

Com relação às condições de saúde também se observou uma tendência de avaliação positiva, ou seja, 80,48% dos CD e 74,14% dos médicos declaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos. Uma parcela menor declara-se insatisfeita ou muito insatisfeita com sua condição de saúde (10,98% CD e 6,89% médicos).

Tabela 32 – Prevalência de sentimentos negativos em CD e Médicos, de acordo com o WHOQOL-BREF (domínio psicológico). Valor p calculado a partir do teste qui-quadrado

		CD	Médico
Frequência de sentimentos negativos (26)	Não respondeu	02 (02,44%)	00 (00,00%)
	Nunca	01 (01,22%)	01 (01,72%)
	Algumas vezes	07 (08,54%)	02 (03,45%)
	Frequentemente	13 (15,85%)	07 (12,07%)
	Muito frequentemente	44 (53,66%)	37 (63,79%)
	Sempre	15 (18,29%)	11 (18,97%)

A análise isolada da questão 26 do WHOQOL – BREF, referente ao domínio psicológico mostra alta prevalência de sentimentos negativos tanto entre CD (87,80%) como em médicos (94,83%).

6 DISCUSSÃO

“O mundo humano é o mundo dos significados”
Bellodi (2004)

Antes de comentar os resultados deste estudo, parece importante ressaltar que a prática profissional não deve ser vista apenas como resultado de conhecimentos teórico-técnicos, aptidões e habilidades pessoais. É mais do que isso. É resultado da conjugação de vários fatores psíquicos e sociais que determinam o padrão de comportamento humano no contexto profissional. E é essa conjugação de fatores técnicos, humanos e sociais que possibilita o bom ajustamento das pessoas às suas profissões, bem como o sentimento de satisfação profissional e o desejo de melhorar seus conhecimentos e competências (Niconiello & Bastos, 2002).

Procurou-se neste estudo delinear um panorama geral acerca de características da formação profissional, prática clínica e perfil biopsicossocial de CD e médicos que se dedicam a tratar pessoas com DOF. Os resultados deste estudo permitem identificar tendências importantes relativas aos aspectos estudados, discutidos a seguir. Porém, não se pretendeu aprofundar a análise de todos os resultados e suas correlações, o que resultaria num trabalho por demais extenso.

6.1 Dados sócio-demográficos

Embora nas últimas décadas, o número de profissionais da área odontológica e médica venha apresentando significativo aumento no mercado de trabalho brasileiro, não se observam alterações na distribuição desses profissionais no país, principalmente nos grandes centros urbanos (Ministério da Saúde, 2006; INBRAPE, 2003; Póvoa & Andrade, 2006). As regiões sul e sudeste do país continuam sendo as que apresentam maior concentração de CD e médicos. Este cenário se confirma no presente estudo que envolveu 79,33% de voluntários da região sudeste, com ênfase no Estado de São Paulo (64,66%) e 12,00% provenientes da região Sul.

O estudo confirma o aumento da prevalência do sexo masculino entre médicos (76,19%) observada em outras pesquisas anteriores. De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2000, a média brasileira de médicos do sexo masculino era de 60,40%. Já, em

2004, o Conselho Federal de Medicina, aponta para um índice de 69,80% de profissionais do sexo masculino (CFM, 2004; Ministério da Saúde, 2006).

Por outro lado, estudos recentes como o realizado pelo INBRAPE (2003) que aponta 57,5% de CD do sexo feminino no Brasil, são confirmados neste trabalho índices semelhantes (57,47%) que não apontam uma prevalência significativa de gênero entre CD.

O estado civil predominante tanto entre CD como médicos é casado (75,86% CD e 68,26% médicos). Esses resultados mostram um aumento no número de profissionais casados, quando se compara com outras pesquisas anteriores sobre a população brasileira de CD e médicos. Segundo o Instituto Brasileiro de Pesquisa (INBRAPE) em 2003, havia 54,20% de CD casados. De acordo com estudo de Póvoa & Andrade (2006) os médicos casados representam 63,91%.

6.2 Formação profissional

Pesquisa sobre o perfil do médico brasileiro, realizada em 2002 e publicada pelo Conselho Federal de Medicina, descreve a qualificação profissional, características do trabalho e qualidade de vida de 14.405 profissionais da área médica (CFM, 2004).

Constata-se neste trabalho que médicos formados em escola pública representam significativa maioria (73,02%), o que confirma a tendência de 70,60%, apontada pelo CFM (2004).

Por outro lado, os dados deste estudo mostram 59,77% de CD formados em escola pública, índice maior ao observado em levantamento feito pelo INBRAPE em 2003, que apontou 47,99% de CD com formação em escola pública.

Nota-se maior prevalência de voluntários com algum título de pós-graduação na amostra desta pesquisa.

Enquanto em anos anteriores, pesquisas registravam números relativamente altos de profissionais da área médica e odontológica sem nenhum título de pós-graduação, como o realizado pelo INBRAPE que apontava 42,70% de CD e pesquisa do CFM (2004) que referiam 21,90% de médicos nessas condições, hoje este estudo revela que apenas 16,42% dos voluntários não possuem nenhum título de pós-graduação

Pode-se confirmar a tendência, observada nos últimos anos, tanto entre CD como médicos, de aumento progressivo no número de profissionais que buscam cursos de especialização. Algumas pesquisas, em diferentes momentos históricos, apontam para esse fato. Vertuam (1972), citado por Gushi refere que 25,00% dos CD eram especialistas. Pesquisa do INBRAPE (2003) revela 42,70% CD especialistas. Gushi *et al.* (2004) referem 44,00% de CD com especialização. Pesquisa do INBRAPE (2003) revela 52,70% CD especialistas. Constata-se nesta pesquisa 81,60% de CD com título de especialização.

A especialização entre médicos também tem aumentado ao longo dos anos. Levantamento feito em 1996 pelo CFM apontava 40,70% de médicos com especialização. Em 2004, o CFM refere 66,50% de médicos especialistas (CFM, 2004). Neste trabalho o índice subiu para 79,37%. Estes achados podem ser entendidos como um dos indicadores de mudanças no perfil profissional de CD e médicos, observada em nosso país. A crescente busca pelo aprimoramento técnico parece estar intimamente ligada à piora no padrão de ensino odontológico e médico no Brasil, observada nos últimos anos, e pela necessidade de inserção num mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente (CFM, 2004; INBRAPE, 2003).

Por outro lado, a busca excessiva pela especialização, contribui para dificultar a percepção do paciente como um todo e em reconhecer a importância da relação profissional – paciente, como ferramenta importante para o trabalho clínico. Note-se que numa amostra de CD em que 67,82% são especialistas, 40,98% deles prioriza a formação teórico-técnica e apenas 22,95% considera a relação profissional-paciente como o aspecto mais importante para o trabalho em dor. Esta relação se mostra semelhante entre os médicos: embora grande parte valorize a relação profissional-paciente, 52,38% declara dificuldades no manejo desta relação.

Os índices de profissionais com residência médica mostram tendência de redução. Este período da formação profissional que apesar de representar uma experiência enriquecedora que propicia desenvolvimento profissional e pessoal, tem-se tornado ao longo dos anos, cada vez mais difícil para os residentes, pelas condições excessivamente estressantes de trabalho (Nogueira-Martins, 1998). Em 1996, eram 74,10%. Já em 2002, o

número baixou para 61,60% (CFM, 2004). Neste estudo foram registrados 55,56% de médicos com residência.

Quanto ao nível de pós-graduação *stricto sensu*, nota-se que a amostra também apresenta considerável padrão de qualificação acadêmica.

A mesma tendência de aumento na busca por mestrado e doutorado se observa entre CD e médicos. Em 1996, foram registrados 11,00% de médicos com titulação *stricto sensu*. Em 2002, o número passou a 20,80%. Em 2003, pesquisa do INBRAPE revela apenas 14,4% de CD com titulação *stricto sensu*. Neste estudo constatou-se 34,92% médicos mestres e doutores. Entre CD, 48,27% possuem mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado.

Apenas 16,42% dos voluntários não possuem nenhum título de pós-graduação. Logo, parece razoável ressaltar que a amostra deste estudo foi composta por significativo número de profissionais comprometidos com a busca de aprimoramento profissional.

Observando-se o tempo de exercício profissional e de atuação na área de dor, pode-se perceber que a grande maioria da amostra é constituída por profissionais experientes, formados há mais de 10 anos (86,20% CD e 74,20 % médicos).

No entanto, o tempo de atuação em dor é menor, o que sugere que o tema dor, enquanto área específica de interesse e atuação profissional, é bem mais recente na prática dos voluntários, especialmente de médicos (35,48% atuam na área de dor há mais de 10 anos). E pode ser explicada pela possível resistência por parte de muitos médicos em admitir a necessidade de aprofundar seus conhecimentos em dor.

O estudo mostrou que a maioria dos voluntários considera possuir conhecimentos suficientes para trabalhar na área de dor. Mostrou também que um número maior de médicos apresenta auto-avaliação positiva (78,69%) do que CD (64,37%), resultado superior ao observado por Teixeira, há 12 anos, que apontava 53,00% de médicos declarando-se preparados para trabalhar na área de dor. Atualmente, um índice menor de médicos reconhece a necessidade de melhorar seus conhecimentos específicos na área de dor (56,45%), do que o observado pelo mesmo autor (65,00%) (Teixeira, 1995).

Embora se reconheça a importância da boa formação acadêmica, pelo suporte teórico-técnico necessário ao profissional que atua na área de dor, na prática não é o que se observa.

A dor tem sido um tema pouco enfatizado nos cursos de graduação e desenvolvido de forma estanque e independente, não possibilitando aos futuros profissionais uma visão integrada do assunto. A dor comumente é tratada como queixa comum em diversas afecções, porém, pouco se discute sobre a fisiopatologia, os elementos que compõem a experiência dolorosa, a importância da analgesia preventiva e os métodos de tratamento. Por conta disso, profissionais pouco despertos para o tema, saem da graduação desconhecendo a importância e as consequências do despreparo para lidar com a dor, especialmente crônica (Amaral, 1999; Pimenta *et al.*, 2001; Pini, 2003; Siqueira, 2004).

Isso se confirma neste trabalho pelo número bastante reduzido de citações sobre as disciplinas da graduação que abordam o tema dor. Parece realmente que o tema dor não é abordado de forma marcante nos cursos de graduação dos CD e médicos. As disciplinas mais citadas estão ligadas às especialidades clínicas dos voluntários. Enquanto que para CD as disciplinas mais referidas foram endodontia, cirurgia, farmacologia e oclusão, para os médicos, as disciplinas mais citadas foram; anestesiologia, neurologia, fisiologia e clínica médica. Note-se que a disciplina terapia antálgica foi referida por apenas dois CD e dois médicos.

Da mesma forma, quando se observam os principais temas ligados à dor mais estudados pelos voluntários, ao longo da carreira profissional, constata-se que prevalece, especialmente entre CD, grande interesse por disciplinas básicas como neuroanatomia e neurofisiologia, fisiopatologia, além de categorias de dor, tipos de tratamento, semiologia e diagnóstico. Enfim, percebe-se um interesse por conhecimentos considerados fundamentais para o trabalho na área de dor, que compensam as lacunas da graduação.

Além disso, percebe-se o quanto alguns assuntos parecem pouco importantes para o médico como, por exemplo, DOF, ATM/DTM e dor de dente, resultado que preocupa se considerarmos por exemplo, os quase 30,00% dos pacientes que procuram médicos com queixas de dor na ATM e maxila.

Da mesma forma, chama a atenção o pouco interesse mostrado pelos CD por assuntos como dor músculo-esquelética, cefaléias, cervicalgias e lombalgias, quando se constata a alta prevalência desses problemas na clínica odontológica.

Outro grave indicador de desinteresse, revelador da deficiência teórico-técnica na área de dor orofacial, por parte de CD e médicos, foi o baixo índice de citações relativas a aspectos psicológicos, comportamento doloroso, relação interdisciplinar e profissional-paciente, que contradiz declarações feitas pela maioria da amostra quanto a possuir conhecimentos suficientes para trabalhar na área de dor, principalmente crônica.

Embora a quase totalidade dos voluntários se declare praticante clínico da multi e/ou interdisciplinaridade, parece não haver uma “curiosidade interdisciplinar” por conhecer temas sobre dor, ligados a outras áreas do conhecimento.

6.3 Prática clínica na área de dor

A grande maioria dos voluntários atende pacientes com dor crônica. As lombalgias, os vários tipos de cefaléias, além das dores no joelho, ombro e braço predominam na clínica médica. Já, na clínica odontológica as dores prevalentes são: dente, ATM, cefaléia temporal, cervicalgia e braço.

A importância da prática multidisciplinar em dor é preconizada por vários autores, como Boever & Steenks (1996); Teixeira (1997); Barbosa *et al.* (1997); Bérzin (1999); Siqueira (2004); Yang & Teixeira (2004). Foi apontada como uma prática difícil pela grande maioria dos médicos há pouco mais de 10 anos (Teixeira, 1995). Hoje, tal dificuldade se mostra muito menor, sendo referida neste estudo, por uma média de 28,00% dos voluntários. Tal resultado sugere um maior reconhecimento atual da importância da abordagem multi e interdisciplinar para o trabalho em dor, prática adotada pela maioria dos profissionais pesquisados.

Os resultados deste trabalho mostram que a maioria dos voluntários procura quantificar e qualificar a dor do paciente e estão de acordo com os observados por Teixeira (1995). Comparando-se os critérios apresentados por Teixeira e os observados neste estudo, nota-se entre os médicos um grande aumento na utilização de escalas e questionários de

dor, o que reflete a tendência atual de se obter uma interpretação mais precisa dos diferentes aspectos da dor.

Por outro lado, embora alguns autores como Yang *et al.* (2001), considerem que os modernos métodos de mensuração da dor não devem substituir a história detalhada e o exame físico, essenciais para o diagnóstico e adoção de procedimentos terapêuticos adequados, constata-se neste estudo uma redução da prática do exame físico, de se ouvir o relato do paciente e seu grau de limitação para atividades diárias, essenciais para o diagnóstico da dor, o que sugere um empobrecimento da interação entre profissional e paciente.

Essa tendência atual de se restringir a prática da escuta do paciente é atribuída por alguns autores, ao ensino do médico a direcionar a entrevista com o paciente, inclusive, com dor, apesar da sua imensa necessidade de falar. “Achamo-nos no direito de fazer o paciente esperar e, quando finalmente está diante de nós, cerceamo-lhe a possibilidade de expressar o que sente, no sentido mais amplo da palavra” (Galvão, 2000).

No entanto, a relação profissional–paciente foi referida por mais de 63,00% dos médicos como o aspecto mais importante para o trabalho na área de dor, enquanto que para a maioria dos CD, o mais importante é a formação teórico-técnica, o que lhe confere uma postura mais tecnicista do que humanista.

O estado emocional e o comportamento doloroso continuam sendo referências pouco utilizadas pelos clínicos para avaliar a dor, o que pode explicar as dificuldades apontadas pela maioria dos médicos (55,00%) e mais de 40,00% dos CD no contato e manejo dos aspectos emocionais dos portadores de quadros dolorosos crônicos.

Uma das maiores dificuldades experimentadas pelos clínicos estudados em sua prática profissional foi a prescrição de medicamentos, apontada como um grande problema principalmente por CD que tratam dor crônica. Tal resultado confirma a já comprovada dificuldade desses profissionais no que diz respeito à terapêutica medicamentosa na prevenção e controle da dor, justificada por alguns autores como Andrade *et al.* (2002), pela deficiência na formação acadêmica dos CD nas disciplinas de farmacologia clínica e pela escassez de cursos de educação continuada nessa área.

6.4 Condições de trabalho

De acordo com Pereira & Silva (2004), a avaliação da qualidade de vida no trabalho é necessária quando se pretende compreender o padrão de qualidade da assistência prestada pelos profissionais. Ela resulta de uma combinação de diversas dimensões de atividades e experiências que podem produzir satisfação em diferentes níveis. Por isso resolveu-se investigar de forma detalhada alguns aspectos que caracterizam as condições do dia a dia de trabalho dos voluntários estudados

O aumento crescente da carga horária de trabalho dos CD e médicos observado nas últimas décadas, parece ser um dos indicadores das dificuldades impostas pelas novas características do mercado de trabalho: aumento cada vez maior no número de profissionais, acima do que o mercado é capaz de absorver; maior competitividade e necessidade de vínculo empregatício como fator de sobrevivência profissional.

Constata-se neste estudo que a carga horária média de trabalho diário dos médicos é aproximadamente 03 horas maior (12,00h) do que a dos CD (9,08h).

A carga horária média de trabalho diário dos CD (9,08h) é superior à observada em outros estudos. Gushi *et al.* (2004) referiram 8,34h como carga horária média de trabalho diário ao comparar CD com mais e menos de 10 anos de exercício profissional.

Apesar da idade média dos voluntários (43 a) e o tempo médio de experiência profissional relativamente longo (15 anos), observa-se que a carga horária média diária de trabalho especialmente de médicos (12h), que representa 60h semanais, sem contar os plantões de finais de semana, situa-se acima da jornada permitida pela legislação trabalhista que é de 30 horas semanais. Tal resultado pode estar relacionado às condições profissionais e de remuneração cada vez mais desfavoráveis dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que atuam em instituições públicas, como é o caso de 48,98% dos sujeitos deste estudo (Machado, 1997).

Outra razão a ser considerada é o perfil pessoal dos sujeitos. São pessoas dedicadas ao trabalho, que gostam do que fazem e geralmente se ocupam com várias atividades ao mesmo tempo.

Observa-se neste trabalho que a maioria dos CD tende a manter a prática de trabalho como autônomo, exclusivamente em consultório privado (66,67%). Este resultado

está de acordo com levantamento feito pelo INBRAPE (2003), pelo Ministério da Saúde (2006) e com achados de outros autores como Gushi *et al.* (2004) e Koide *et al.* (2004). Não se observa portanto entre os CD tendências de mudança no perfil profissional com diversificação e aumento no número de empregos. Por outro lado entre médicos essa é uma dramática realidade.

Como existe uma íntima relação entre sentimento de satisfação profissional e sua remuneração, decidiu-se investigar este aspecto. A grande maioria da amostra declarou-se realizada profissionalmente. Estudo realizado por Nicolielo & Bastos (2002), mostra que CD com mais tempo de exercício profissional, tendem a considerar os honorários profissionais suficientes para atender às suas necessidades. Pesquisa do INBRAPE (2003) aponta para 53,40% de CD com queixas salariais. De maneira semelhante, neste estudo metade dos CD (50,60%), com longa experiência profissional, declara-se satisfeitos com a remuneração, porém, sente-se sobrecarregados física e psiquicamente (62,16%).

Price (1990) refere alta prevalência de satisfação profissional e com o ambiente de trabalho em 80,00% de CD do sexo feminino americano. Isso também se observa neste trabalho. A grande maioria dos voluntários declara-se satisfeita com o exercício da profissão e seu ambiente de trabalho. Parte dessa avaliação pode se justificar pelo fato de apenas uma minoria (7,14% de CD e 11,11% de médicos) trabalhar por longas horas em serviço exclusivamente público, onde as condições de trabalho são mais críticas, apesar de uma parcela um pouco menor de profissionais atuarem tanto em serviço público como privado.

6.5 Perfil biopsicossocial

Procurou-se neste trabalho avaliar o perfil pessoal dos voluntários a partir de um olhar biopsicossocial, que possibilita uma percepção mais integral dos mesmos. Assim, alguns aspectos das dimensões biológicas, psicológicas e sociais, presentes no cotidiano de suas vidas, foram investigados.

Embora seja desejável que profissionais de saúde, que representam modelos de conduta saudável não adotem hábitos nocivos à saúde, na prática, não é o que se observa. Vários fatores como as pressões da própria profissão, entre outros, podem estar contribuindo para esse cenário.

Um aspecto que merece atenção e estudo mais aprofundado foi o contraste de informações entre a auto-avaliação sobre condições de saúde e os relatos sobre a presença de doenças pelos voluntários. Esse achado também é observado em estudo realizado pelo INBRAPE em 2003 e por outros autores como Nunes & Freire (2006). Algumas considerações são feitas a esse respeito.

Nunes & Freire (2006) consideram a hipótese de que os problemas de saúde relatados, possivelmente não estejam impedindo a maioria dos voluntários de exercer suas atividades profissionais. Pode ainda significar uma manifestação de resistência, comum em profissionais de saúde, em reconhecer a presença e as consequências dos problemas de ordem física e emocional vivenciados pelos voluntários (Ismael, 2005).

Também é interessante lembrar as palavras de Hoirish (1976) quando se refere aos médicos em formação: “A profissionalização médica cristaliza a divisão saúde-doença, sendo a doença no doente e a saúde no médico. As preocupações e temores, como os episódios hipocondríacos geralmente sem gravidade, observados entre estudantes no início do curso, progressivamente dão lugar a uma despreocupação com sua própria saúde e a um desinteresse pelo próprio corpo em decorrência de um sentimento onipotente de invulnerabilidade”. Acredita-se que esse processo, responsável inclusive pelo distanciamento da relação entre profissional e paciente, possa perdurar ao longo dos anos, causando prejuízos à qualidade de seu trabalho profissional e à sua vida como um todo.

É interessante atentar inclusive para o índice de médicos que não praticam exames médicos de rotina (14,29%). Clever (1990) atribui a esse fenômeno o nome de “síndrome da invulnerabilidade médica”.

Esse aparente mecanismo de negação, que minimiza o papel dos sintomas físicos e psíquicos, do sofrimento imposto por eles e suas conseqüências, pode ser uma das razões para a cronificação do estresse e das manifestações psicossomáticas referidas pelos voluntários.

Nota-se neste trabalho uma parcela relativamente alta da amostra que declara praticar atividade física pelo menos duas vezes por semana, sendo mais freqüente entre CD (75,29%) do que entre médicos (53,23%) o que caracteriza, de acordo com os critérios da OMS, condição de sedentarismo. Embora os resultados deste trabalho não sejam claros sobre a quantidade de tempo dispendido pelos voluntários em suas atividades físicas, parece válido supor uma tendência ao sedentarismo, apesar dos esforços empreendidos na prática da atividade física. De qualquer forma, tal achado parece compatível com os de Ramos *et al.* (2006) que apontam 83,50% de sedentarismo em profissionais de saúde, de acordo com os critérios da OMS.

Este estudo ainda revela 16,13% de obesidade (Grau I e II) entre médicos e 8,24% entre CD, índice inferior ao referido por Ramos *et al.* (2006), que encontrou 20,20% de obesidade em profissionais de saúde que atuam na rede pública. Porém, quando se observam os índices de sobrepeso dos voluntários variando de 35,48% a 40,00%, pode-se supor que o problema da obesidade nesta população também está aumentando. Por outro lado, é possível que a prática da atividade física declarada pelos voluntários possa estar representando um fator inibidor do aumento da obesidade.

O presente trabalho também aponta alta prevalência de atividades de lazer que não envolvem atividade física como leitura, encontro com amigos, música, internet e poucas citações de tipos de lazer que envolvem atividade física como prática esportiva, caminhadas e exercícios físicos, principalmente entre médicos (20,63%). Embora estes achados não sejam conclusivos, podem ser entendidos como um reflexo do possível cansaço físico e mental crônico, referido pela grande maioria da amostra.

Estudos sobre sedentarismo no lazer, feitos no Brasil e em vários outros países, mostram que essa é uma tendência crescente na população geral (Pitanga & Lessa, 2005), que parece estar muito ligada ao aumento da obesidade, hipertensão e outros fatores de risco cardiovascular. Porém, como a literatura é pobre em referências sobre o assunto entre profissionais de saúde, justifica-se a necessidade de estudos mais aprofundados com essa população.

O presente estudo confirma a alta prevalência de consumo de álcool entre CD e médicos referida na literatura, índice maior inclusive que o observado por Ramos *et al.* (2006). Porém, diferentemente do que afirmam alguns autores como Kenna & Wood (2005), constata-se maior prevalência de consumo de álcool entre médicos (77,78%) do que entre CD (70,93%). Entretanto, quando se avalia a frequência, nota-se que esta prevalência é menor entre médicos que consomem álcool mais de três dias por semana (16,33%) do que entre CD (26,23%). Ou seja, tanto os médicos como CD deste estudo consomem maior quantidade de álcool do que outros profissionais da saúde, o que representa um dramático indicador do nível de tensão física e emocional em que vivem e sua tentativa de buscar alívio para esse estado de sofrimento.

Parece interessante ainda ressaltar que grande parte dos médicos que participaram deste estudo (60,83%) são anestesiolistas e cirurgiões, o que confirma a alta prevalência de alcoolismo, referida na literatura, neste grupo de profissionais.

O tabagismo também está presente em 12,70% dos médicos e 9,30% dos CD que participaram deste estudo. Este índice situa-se dentro dos padrões de consumo observados na população geral brasileira que é de 12,90% a 25,20%, e menor do que se observa em outros estudos brasileiros como Halty *et al.* (2002) que referem 18,30% de tabagismo na população médica do Rio Grande do Sul e Ramos *et al.* (2006) que encontram 19,70% de tabagismo em profissionais de saúde que trabalham na rede pública hospitalar.

A hipertensão arterial, outro sério fator de risco para doenças cardiovasculares, está presente na amostra em 23,80% de médicos e 20,68% de CD, numa prevalência menor que a referida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (29,10%) para a região sudeste, porém, semelhante à observada por outros autores como Ramos *et al.* (2006), que encontraram índices 22,90% em profissionais da saúde atuando na rede pública.

Considerando-se o fator idade, já que grande parte da amostra possui mais de 40 anos, os resultados deste trabalho também se situam abaixo da população geral de hipertensos nesta faixa etária (Ministério da Saúde, 2004).

A investigação das características do sono dos voluntários mostra uma alta prevalência de usuários de medicamentos para dormir, maior entre CD (65,52%), embora a qualidade ruim do sono tenha sido referida por uma parcela menor de pessoas (25,86% CD e 29,82% médicos). Bruxismo também foi encontrado em 16,09% de CD e 11,11% de médicos.

Observa-se na literatura dos últimos 10 anos um número crescente de pesquisas sobre distúrbios do sono. O tema, porém, envolvendo a população de CD e médicos é muito pouco abordado (SLEEP). Por isso o assunto merece ser melhor investigado.

O que se pode depreender desses resultados é que possivelmente a qualidade e duração do sono, declarada por parcela significativa dos voluntários, se deva à prática da medicação para dormir, que não foi claramente explicitada pelos voluntários, que se limitaram a apenas referir o consumo de medicações, porém, sem informar claramente quais eram.

Outro aspecto que merece atenção é o fato de que a presença de dor crônica em geral, bastante referida pelos voluntários, é frequentemente associada a distúrbios do sono (SBSono).

Notam-se aqui, novamente indícios de dissimulação de uma possível dificuldade e a tentativa de apresentar um cenário mais positivo acerca da qualidade do sono, do que efetivamente se experimente no dia a dia.

De acordo com estudo de Lima & Farias (2005), CD com mais de 20 anos de atividade profissional, apresentam, entre outros sintomas, alta prevalência de distúrbios posturais, dores cervicais, enxaquecas e hipertensão arterial, condições geralmente relacionadas ao stress psicológico, natureza da profissão e às condições de trabalho. Tais condições podem, inclusive, induzir a um prejuízo na qualidade de vida pessoal e familiar.

Confirma-se neste trabalho, que envolveu 74,71% de CD com mais de 15 anos de exercício profissional, a presença de altos índices de sofrimento físico, desencadeado pelas condições dolorosas crônicas, principalmente cervicalgias, lombalgias

e cefaléias, referidas pelos voluntários, especialmente CD. Os resultados também estão de acordo com os achados de Violante *et al.* (2004) e Bejia *et al.* (2005), que referem alta prevalência de dor lombar entre médicos e CD.

Os resultados também apontam para a possibilidade de um índice significativo de DTM entre os voluntários, tanto CD como médicos, ainda que os mesmos não o tenham declarado como tal. Essa possibilidade se apóia na presença de sintomas dolorosos referidos acima, e outros como dores na ATM, no ombro, bruxismo, insônia, além do perfil psicológico dos voluntários. Esta questão, porém, necessita ser investigada com mais profundidade.

Os resultados mostram que a grande maioria dos voluntários manifesta-se satisfeita com sua qualidade de vida em geral, suas relações afetivas e sociais. Resultados semelhantes foram referidos por Freire (2006). Os resultados do WHOQOL – BREF não apresentam diferenças significativas entre CD e médicos com relação aos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente.

Porém, embora os autores do WHOQOL proponham que a análise dos padrões de qualidade de vida seja feita pela avaliação dos quatro domínios em conjunto, quando se observam questões específicas, algumas tendências podem ser percebidas. Nota-se por exemplo, a alta prevalência de sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão entre os voluntários, o que coloca em questão os critérios considerados por eles para avaliar como positiva a qualidade da sua vida como um todo.

Este estudo revela o perfil de uma população de profissionais que dedica muito tempo ao trabalho clínico na área de dor, que se dizem satisfeitos profissionalmente, que procuram aprender e melhorar suas qualificações técnicas e com pouca disponibilidade para um estilo de vida mais saudável. Trata-se, portanto, de uma população potencialmente vulnerável ao estresse e a outros tipos de dificuldades de ordem psicossocial.

A avaliação dos aspectos psicológicos confirma a presença de traços, referidos na literatura por Souza & Silva (2002) como típicos da Personalidade Tipo I, nos dois grupos de profissionais, ou seja, otimista/esforçado; exigente/perfeccionista; tranqüilo/equilibrado; idealista; tenso/ansioso e autoritário. Ferreira (2002) estudando sobre

a síndrome de Burnout, refere os profissionais altamente motivados, que reagem ao estresse laboral trabalhando além dos limites, até que entram em colapso.

Além disso, alguns indicadores de estresse, em diferentes fases, também são identificados em 25,00% dos CD e 19,35% dos médicos. Tais índices são compatíveis com os referidos por Ramos *et al.* (2006), em seu estudo sobre fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde que atuam na rede pública.

Diferem, porém, de Fiorito *et al.* (2006) que desenvolveram um estudo sobre estresse utilizando o ISSL entre médicos que atuam em rede pública hospitalar. Estes autores encontraram 57,00% de médicos com diagnóstico positivo para estresse, sendo que 46,00% deles em fase de resistência e 54,00% em fase de quase-exaustão. Referem ainda 69,00% de médicos portadores de sintomas psicológicos de estresse.

A fase de resistência está presente em todos os médicos e em 66,67% dos CD, portadores de diagnóstico positivo para o estresse. A fase de quase-exaustão é observada em 11,11% dos CD. A fase de exaustão também acomete 22,22% dos CD.

Os resultados mostram que sintomas físicos são mais prevalentes em médicos e sintomas psicológicos em CD. Sintomas físicos são observados em 66,67% de médicos e 33,33% de CD. Sintomas psicológicos prevalecem em 66,67% de CD e 33,33% de médicos. Essa tendência pode estar ligada ao fato de o médico, pela própria profissão, estar mais atento e familiarizado com as manifestações físicas do que o CD que por sua vez, notadamente manifesta um nível maior de ansiedade e irritação.

A alta prevalência de problemas gastrointestinais entre CD, tem sido associada a vários fatores. Nota-se neste estudo a possibilidade do problema estar ligado a condições de estresse. De acordo com o ISSL, 52,77% dos CD com diagnóstico positivo de estresse referem queixa de problemas gastrointestinais. Tal relação também é confirmada por autores ligados à área da psicossomática, como Ballone *et al.* (2002). Porém, outros estudos também relacionam os sintomas gástricos com a alta prevalência de consumo de álcool (70,93%) e com o manuseio de substâncias químicas tóxicas (Câmara *et al.*, 1990). De qualquer maneira, o assunto merece um estudo mais aprofundado.

A presença de cansaço, irritabilidade, sentimento de desilusão e frustração em pessoas que anteriormente nutriam grandes expectativas em relação à profissão, é muito

comum em portadores de Burnout. Esses sinais podem ser observados nos voluntários deste estudo, com diagnóstico positivo para estresse.

A irritabilidade excessiva juntamente com a necessidade de pensar e falar constantemente sobre um assunto, geralmente sobre trabalho é uma característica mais presente em CD. O médico, por sua vez, mostra-se cansado constantemente, aparentemente mais passivo, menos queixoso e desmotivado.

Parece viável supor que os médicos deste estudo tendem a manifestar maior tolerância ou capacidade de resistência emocional ao estresse, tendendo a produzir mais quadros somáticos. Já, os CD, mostram-se mais reativos, parecem apresentar um menor limiar de tolerância a fatores estressantes físicos e emocionais, porém, mostram-se mais abertos para admitir o sofrimento e procurar ajuda para suas dificuldades.

6.6 Considerações finais

Este trabalho procurou descrever o perfil de pessoas que atuam na área de DOF. Encontrou uma população bastante diferenciada pelos conhecimentos teórico-técnicos, com larga experiência profissional, que gosta muito do que faz e que busca melhorar suas qualificações. Também mostrou uma população de profissionais esforçados, que trabalha muito, dolorida física e psiquicamente e com pouca disponibilidade para um estilo de vida mais saudável.

Os achados deste trabalho apontam para a necessidade de uma revisão urgente por parte dos profissionais, no que diz respeito ao seu estilo de vida e cuidados com sua saúde física e psicológica. Por isso, espera-se que este trabalho possa contribuir para o avanço na conscientização e melhoria das atenções a essa população.

É bem verdade que a formação em dor carece de uma melhor qualificação teórico-técnica e do olhar humano daquele que se dispõe a tratar pessoas com dor.

Mas, a capacidade de olhar com humanidade o outro supõe, antes de tudo, uma condição interna de se perceber humano. Cuidar humanamente da dor do outro supõe um desejo de cuidar-se como pessoa.

Este trabalho revela um indicador importante do alto nível de sofrimento físico e psíquico dos voluntários: o elevado número de pessoas que já procuraram ajuda psicológica e/ou psiquiátrica (82,56% de CD e 69,84% de médicos).

Apesar disso, nota-se uma aparente tendência em se minimizar a presença e o papel dos sintomas físicos e psíquicos, do sofrimento imposto por eles e suas conseqüências, talvez por um mecanismo de negação e racionalização, que pode ser uma das razões para a cronificação do estresse e das manifestações psicossomáticas referidas pelos voluntários.

Por isso, é oportuno que algumas considerações a esse respeito sejam feitas.

Os transtornos psicológicos em geral, com ou sem componentes somáticos, podem ser classificados de duas maneiras. Aqueles em que a pessoa está emocionalmente abalada, em decorrência de razões circunstanciais e transitórias que causam tensão ou esgotamento emocional ou físico, como o que ocorre durante o estresse prolongado, perdas eventuais ou crises de adaptação a novas situações.

Outros são os transtornos que ocorrem em pessoas que já apresentam acentuados traços primários de personalidade caracterizados por sensibilidade afetiva exacerbada, com componentes de ansiedade, depressão, agressividade, rigidez mental e moral e deficiência de auto-estima, causados por experiências traumáticas anteriores.

O diagnóstico diferencial entre os dois tipos de transtornos é fundamental visto que para cada um deles são indicadas diferentes abordagens terapêuticas.

Transtornos reativos transitórios podem ser tratados por abordagens focais e de curta duração, uma vez que as intervenções de suporte emocional e orientação podem ser suficientes para se restabelecer a harmonia psíquica. Já, outros quadros podem demandar processos terapêuticos mais intensivos e prolongados, com necessidade inclusive de psicofármacos, que podem possibilitar o desenvolvimento ou restabelecimento de recursos psíquicos estruturais.

Infelizmente, a falta de informação, o preconceito e as resistências pessoais observadas com freqüência entre profissionais da saúde, não têm permitido que os mesmos possam ser melhor assistidos em suas dificuldades.

Além disso, insistir na resistência onipotente aos cuidados necessários ou na busca equivocada por compensações, nem sempre saudáveis pode, além de não ajudar, contribuir para a cronificação dos sintomas físicos e psíquicos, perpetuarem o próprio sofrimento que além de tudo, acaba sendo partilhado por aqueles que o cercam.

Portanto, parece bastante desejável que a formação profissional em dor de CD e médicos seja melhorada, não apenas teórica e tecnicamente mas, que represente um processo humano, vivencial, presente desde o início da graduação, que possa contemplar a profilaxia e assistência às necessidades psicossociais dos futuros profissionais que se dispõem a trabalhar nessa tão difícil área que é a dor.

7 CONCLUSÃO

A análise dos resultados deste trabalho evidencia a complexidade dos fatores que envolvem a questão da formação profissional, o trabalho clínico na área de dor e o perfil pessoal dos profissionais estudados, permitindo as seguintes conclusões:

- 1) A formação acadêmica de CD e médicos que atuam clinicamente em DOF apresenta indicadores de deficiências teórico-técnicas na área de dor;
- 2) A prática clínica de CD e médicos que tratam pacientes com dor revela dificuldades de ordem teórico-técnica e no manejo da relação profissional-paciente;
- 3) A formação profissional de CD e médicos deve ser humanizada tanto no que diz respeito às relações com o paciente com dor, como na assistência psicossocial aos profissionais que trabalham na área de dor;
- 4) CD e médicos necessitam melhorar a qualidade de seu estilo de vida pessoal e dos cuidados com sua saúde física e psicológica.

REFERÊNCIAS³

1. Amaral LMTB. The century XXI's professional and the impact of the transformations in the multidisciplinary team of pain treatment. *In*: Siqueira JTT, Ching LH. Pain – orofacial pain/ATM – bases for the clinical diagnosis. Curitiba: Editora Maio; 1999. p. 79-82.
2. American Academy of Orofacial Pain (AAOP). Orofacial pain: guidelines for assessments, diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 1996.
3. American Society of Anesthesiologists (ASA). Chemical dependence in anesthesiologists: what you need to know when you need to know it. USA: American Society of Anesthesiologists; 1998.
4. Andrade ED, Ranali J, Volpato MC. Uso de medicamentos na prevenção e controle da dor. *In*: Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 45-64.
5. Angelotti G. Medidas de Avaliação de Dor. *In*: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá Jr. JJ, organizadores. Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2002. p. 117-36.
6. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Disponível em: URL: <http://www.abeso.org.br> [2006 Out 9]
7. Avancini M, Jorge MR. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. Psiquiatria na Prática Médica/UNIFESP/EPM. Disponível em: URL: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original01.htm2000> [2000 Jan 3]
8. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
9. Ballone GJ, Pereira Neto E, Ortolani IV. Da emoção à lesão: uma guia de medicina psicossomática. São Paulo: Manole; 2002. p. 41-62.
10. Banja JD. Empathy in the physician's pain practice: benefits, barriers, and recommendations. *Pain Med.* 2006; 7(3): 265-75.

³De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline

11. Barbosa CMR, Pedro VM, Martinelli DA, Silvério KCA, Di Hipólito Jr. O, Grosso DB. Craniomandibular dysfunction: interdisciplinary treatment developed at Dental School of Piracicaba/UNICAMP. *Braz J Physiother.* 1997; 2: 67-70.
12. Batista CC, Goldim JR, Fritscher CC. Bioética clínica: ciência e humanidade. *Scientia Medica.* 2005; 15(1): 52-59
13. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2. ed. New York, Oxford University, 1983.
14. Bejia I, Younes M, Jamila HB, Khalfallah T, Ben Salem K, Touzi M *et al.* Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine.* 2005; 72(3): 254-59.
15. Bellodi PL. Humanizando...a formação médica. *Boletim Arroba e Vírgula.* Disponível em: URL: <http://www.fm.usp.br/cedem/arrobavirgula/8/indice8.php> [2006 Abr 16]
16. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2002. p. 13-20.
17. Bergel RH. Dor crônica: dilemas de um problema clínico complexo. *Âmbito Hospitalar.* 2005; 172(3): 30-32.
18. Berlinck MT. Dor. São Paulo: Editora Escuta; 1999. p. 7-22.
19. Bérzin F. Estudo eletromiográfico da hiperatividade de músculos mastigatórios em pacientes portadores de desordem craniomandibular (DTM) com dor miofascial. *In: Anais do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor.* São Paulo; 1999. p. 405.
20. Bérzin MGR. Chronic pain: a psychological approach. *Br J Oral Sciences.* 2004; 10(3): 480-83.
21. Bérzin MGR. Características psicodinâmicas e sociais de pacientes portadores de dor Craniomandibular. *In: Anais do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor.* São Paulo; 1999. p. 398.
22. Boever JA, Steenks MH. Epidemiologia, sintomatologia e etiologia da disfunção craniomandibular. *In: Steenks MH, Wijer A. Disfunção da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Santos Livraria e Editora; 1996. p. 35-43.
23. Boller E. Estresse: há como transformá-lo num aliado no ambiente hospitalar, já que não é possível eliminá-lo? *Prática Hospitalar.* 2004; 35: 58-61.

24. Bonica JJ. The management of pain. 2. ed. Philadelphia: Febiger Publisher; 1990.
25. Braga AF. DOF.Data, versão 6.0. Piracicaba: São Paulo; 2006.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dinamica.pdf> [2006 Mar 9]
27. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196 de 1996, Outubro 10, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP; 1996.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
29. Câmara VM, Campos RC, Perez MA, Falcão MP. Estudo comparativo dos efeitos da utilização de mercúrio por dentistas. Cad Saúde Pública. 1990; 6(2): 186-200.
30. Camparis CM, Cardoso Jr. C. A psicologia da dor - Aspectos de interesse do cirurgião dentista. Disponível em: URL: <http://www.odontologia.com.br> [2007 Jun 2]
31. Campos CR, Inocente NJ, Alves OD, Guimarães LAM, Areias MEQ. Síndrome de burnout em profissionais de saúde. In: Guimarães LAM, Grubits S, organizadores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2004. v. 3. p. 63-77.
32. Carlson CH, Reide KI, Curran SL, Studts J, Okeson JP, Falace D *et al*. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle's Pain. Pain. 1998; 76: 297-307.
33. Carniel IC. O acompanhamento psicológico no tratamento das desordens temporomandibulares: uma proposta de grupos operativos com pacientes [tese]. Ribeirão Preto: USP/FFCLRP; 2001.
34. Carvalho MML, organizador. Dor: um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p. 9-11.
35. Castro FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. 2004; 28(1): 38-45.

36. Cavalcanti VO, Teixeira MJ, Franco RA. Dor pós-operatória. Rev Simbidor. Disponível em: URL: <http://www.simbidor.com.br/rnoldorpos.htm> [2000 Mai 1]
37. Ceccotti HM, Sousa DD. Teses e dissertações: manual de normalização da UNICAMP/FOP. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2006.
38. Clever LH. A saúde do médico. *In*: Beeson PB, McDermott W. Trabalho de Medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990.
39. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of Judgment: lessons from interviewing fellow professionals. Fam Pract. 2002; 19(3): 285-89.
40. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA. Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. Anesth Analg. 2005; 101: 1457-62.
41. Conselho Federal de Medicina. O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
42. Cruz RM, Medidas de carga mental de trabalho. *In*: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá Jr. JJ, organizadores. Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento da intervenção profissional. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2002. p. 183-99.
43. Cruz RM. O processo de conhecer em avaliação psicológica. *In*: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá Jr. JJ, organizadores. Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2002. p. 15-24.
44. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of life care perspectives of patients, families and health care workers. J Gen Int Med. 2001; 16(1): 68-69.
45. Ferreira D. A Síndrome do Burnout e o Papel do Orientador Educacional no Ensino Público do Estado do Paraná [tese]. Espanha: Universidad de Extremadura; 2002.
46. Figueiró JAB. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. *In*: Carvalho MMMJ. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p. 140-58.
47. Figueiró JAB, Angelotti G, Pimenta CAM, editores. Dor e Saúde Mental. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

48. Finkler M. Um novo olhar bioético sobre as pesquisas odontológicas brasileiras. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/index.php> [2007 Mai 22]
49. Fiorito A, Moxotó GFA, Malagris LE. Médico da unidade materno infantil: stress e qualidade de vida. Anais da 4ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, UERJ, 22 set. 2006.
50. Fleck MPA. Questionário de avaliação de qualidade de vida: versão abreviada em português (WHOQOL). FAMED/UFRGS. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> [2006 Mar 18]
51. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-83.
52. França HH. A síndrome de “Burnout”. Rev Bras Méd. 1987; 44(8): 197-99.
53. Freire MZL. Qualidade de vida e saúde mental dos profissionais de saúde do município de IBIAPINA – CE [monografia]. Ceará: UVA; 2006.
54. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. Journal of Social Issues. 1974; 30(1): 159-65.
55. Gabrielli JMW. Algumas considerações sobre bioética e implicações para a prática clínica. Revista do Centro Universitário Barão de Mauá. Disponível em: URL: http://www.baraodemaua.br/revista/v1n1/algumas_consideracoes.html [2007 Mai 22]
56. Galvão PBA. Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente. Bioética. 2000; 8(1): 127-36.
57. Gardner ER, Hall RCH. The professional stress syndrome. Psychosomatics. 1981; 22(8): 672-80.
58. Góes PSA, Kosminsky M, Siqueira JTT, Ribeiro MFP. Dor orofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 102-14.
59. Greene, CS. A transferência científica em dor orofacial. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle B. Dor Orofacial. São Paulo: Quintessence; 2002. p. 281-86.
60. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2004; 28(2): 99-105.

61. Guimarães LAM, Cardoso WLCD. Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. *In*: Guimarães LAM, Grubits S, organizadores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2004. v. 3. p. 43-61.
62. Guimarães LAM, Grubits S, organizadores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2004. v.3.
63. Guimarães SS. Introdução ao estudo da dor. *In*: Carvalho MMMJ, organizador. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p. 13-30.
64. Gushi LL, Wada RS, Sousa M LR. Perfil dos CDs formados pela FOP no período de 1960-1997. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2004; 58(1): 19-23.
65. Halty LS, Hunttner MD, Oliveira Neto I, Fenker T, Pasqualini T, Lempek B, *et al*. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. 2002; 28(2): 77-83.
66. Harrison D, Chick J. Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. 1994; 89(12): 1613-17.
67. Hoirish A. O problema da identidade médica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1976. p. 111.
68. Hutz CS, Spink MJ. Orientações éticas para psicólogos envolvidos em pesquisas com seres humanos. Disponível em: URL: http://www.psicologia.urgrs.etica_2.htm [2006 Mai 20]
69. IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. *Pain*. 1986; 3: S1-225.
70. Instituto Brasileiro de Pesquisas. Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. CFO 2003 abr. Disponível em: URL: http://www.cfo.org.br/download/pfdf/perfil_CD.pdf [2006 Fev 15]
71. Ismael JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. 2. ed. São Paulo: MG Editores; 2005.
72. Jackson SH. The role of stress in anaesthetists' health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999; 43: 583-602.
73. Jornal DOR da SBED. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. 2005; 18: 4.
74. Journal of Sleep and Sleep Disorders Research (SLEEP). Disponível em: URL: <http://www.journalsleep.org/> [2007 Mai 2]

75. Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 75(1): 107-16.
76. Kenna GA, Wood MD. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136(7): 1023-32.
77. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia.* 2003; 58: 339-345.
78. Koide RE, Paranhos LR, Quintela RS. Análise do perfil profissional na odontologia. 2004; 24(3): 17-22.
79. Kovács, MJ. Dor e o paciente oncológico: questões psicológicas. *In: Anais do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor (SIMBIDOR).* São Paulo; 2001. p. 184-88.
80. Kulich KR, Ryden O, Bengtsson H. A descriptive study of how dentists view their profession and the doctor- patient relationship. *Acta Odont Scand.* 1998; 56(4): 206-09.
81. Kumar P, Basu D. Substance abuse by medical students and doctors. *J Indian Med Assoc.* 2000; 98(8): 447-52.
82. Lima ADF, Farias FLR. O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: condições teóricas. *Rev Bras Prom Saúde.* 2005; 18(1): 50-54.
83. Lipp MEN. Inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL). 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
84. Lipp, MEN, organizador. Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco. São Paulo: Papyrus Editora; 1996.
85. Lipp MEN. A relação Stress-Dor e o uso do relaxamento como terapêutica coadjuvante. *In: Figueiró, JAB, Angelotti, G, Pimenta, CAM, editores. Dor & saúde mental.* São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 123-30.
86. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia.* 1994; 11(3): 42-49.
87. Loduca A. Psychodramatic strategies for the patient with chronic pain. *In: Anais do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor.* São Paulo; 2001. p. 172-75.

88. Loduca A, Samuelian C. Avaliação psicológica do doente com dor. *In*: Teixeira, MJ, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio; 2003. p. 191-204.
89. Loduca A *et al*. The impact of the suffering and psychosocial aspects on chronic pain patients. 11º Congress of Pain. IASP. Sidney, 2005.
90. Luz PL . Nem só de ciência se faz a cura: o que os pacientes me ensinaram. São Paulo: Editora Atheneu; 2002. p. 109-32.
91. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine*. 1982; 25: 458-63.
92. Machado MH, coordenadora. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
93. McNeill C, Dubner R. O que é dor e como classificamos a dor orofacial? *In*: Lund J, Dubner R, Sussle BJ. Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence; 2002. p. 3-14.
94. Main CJ, Watson CJ. Psychological aspects of pain. *Manual Therapy*. 1999; 4(4): 203-15.
95. Márquez JO, Souza MC. Dor em idosos. *In*: Teixeira MJ, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio; 2003. p. 563-70.
96. Martins MAO. Humanização em cuidados paliativos e na dor. *Prática hospitalar*. 2004; 35: 69-70.
97. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Alcohol and drug abuse among doctors. *Med Law*. 2006; 25(4): 611-625.
98. Mielman, PW. On the difficulties of coding pain-related data. *Pain*. 1989; 36(1): 133-34.
99. Minayo M, Cecília S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO;1994. p. 22.
100. Murtomaa H, Haavio-Mannila E, Kandolin I. Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18(4): 208-12.
101. Myers HL, Myers LB. It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *British Dental Journal*. 2004; 197(2): 89-93.

102. Nicolielo J, Bastos JRM. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formação. *Rev Fac Odont Bauru*. 2002; 10(2): 69-74.
103. Nogueira - Martins LA. Residência Médica: estresse e crescimento. *Rev Jovem Médico*. 1998; 3(3): 157-163.
104. Nogueira - Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. p.130-144.
105. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1019-26.
106. Okeson JP. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998. p. 1-18.
107. Okeson JP. Fatores psicológicos na dor bucofacial. *In: Okeson JP, editor. Bell's bucofacial pain*. 5. ed. Curitiba: Quintessence; 1998. p. 457-78.
108. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES *et al*. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J of Applied Oral Science*. 2003; 11(2): 138-43.
109. Oliveira M. Cresce o número de denúncias contra conduta médica em São Paulo. *Revista Cienc Cult*. 2006; 58(3): 12-13.
110. Organização Mundial da Saúde, coordenador. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993. p. 158-67.
111. Pallegama RW, Ranasinghe AW, Weerasinghe VS, Sitheegue. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J of Oral Rehabilitation*. 2005; 32(10): 701-7.
112. Pereira VM, Silva CES. Relação entre o Estresse Profissional e o Ciclo Motivacional na Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso. XI SIMPEP – Bauru, SP, Brasil, 08 a 10 de novembro de 2004. Disponível em: URL: http://www.feb.unesp.br/.../copiar.php?arquivo=054-Pereira_V_M_Relacao_entre_o_estresse.pdf [2007 Fev 2]
113. Pimenta CAM, Figueiró JAB, Teixeira MJ, Siqueira JTT, Perissinotti DMN, Castro CES *et al*. Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação da área de saúde. *Rev Simbidor*. 2001; 2(1): 23-35.

114. Pini MHM. Compartilhando a dor e diminuindo o abandono. *In: Anais do 6º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. São Paulo; 2003. p. 269-70.
115. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 870-77.
116. Portnoi AG. O enfrentamento da dor. *In: Teixeira MJ. editor. Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora Maio; 2003. p. 205-12.
117. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1555-64.
118. Price SS. A profile of women dentists. *J Am Dent Assoc*. 1990; 120(4): 403-8.
119. Rabello GD. Cefaléias primárias mais comuns: considerações para o odontologista. *In: Anais do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. São Paulo; 1999. p. 264-69.
120. Rabello GD. Dificuldades na avaliação de pacientes com cefaléia. *In: Anais do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. São Paulo; 2001. p. 70-77.
121. Ramos MM, Alves ABS, Tavares CMP, Fagundes Jr. PC, Santo CE, Ceglias TB, *et al*. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *Rev da SOCERJ*. 2006; 19(4): 308-12.
122. Rios IC. Sobre a integração das atividades e disciplinas de humanidades da FMUSP- outra história em construção...*Boletim Arroba e Vírgula*. Disponível em: URL: <http://.med.fm.usp.br/cedem/arrobavirgula13.asp> [2006 Jan 13]
123. Rodrigues AL. O “stress” no exercício profissional da medicina - uma abordagem psicossocial. [Tese] Pontifícia Universidade Católica; 1998.
124. Romero RMD, Becerra TL, Velasco, MEA. Síndrome de Burnout: Desgaste emocional em cirurgiões dentistas. *Rev ADM*. 2001; 58 (2): 63-67.
125. Sardá Jr. JJ, Cruz RM. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica. *In: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá Jr. JJ, organizadores. Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2002. p. 99-114.
126. Sardá Jr. JJ, Legal EJS, Jablanski Jr. SJ. Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2004.

127. SAS Institute Inc. The SAS System. Release 9.1. SAS Institute Inc. Cary: NC; 2002.
128. Seger L. Psicologia aplicada à disfunção temporomandibular. *In:* Seger L, editor. Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora. São Paulo: Santos; 1998. p. 203-42.
129. Siqueira JTT. As conseqüências das dores orofaciais para a saúde. *Jornal Dor*. 2005; 18: 3.
130. Siqueira JTT. Diagnóstico em dor: o desafio da odontologia. *In:* Siqueira JTT, Ching LH, editores. Dor: dor orofacial/ATM, bases para o diagnóstico clínico. Curitiba: Editora Maio; 1999. p. 29-37.
131. Siqueira JTT. Dores mudas: as conseqüências das dores orofaciais na saúde. Curitiba: Editora Maio; 2004. p. 166-70.
132. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Editora Maio; 2001.
133. Sociedade Brasileira do Sono (SBSono). Sono e dor: distúrbios do sono em condições dolorosas crônicas. Disponível em: URL: <http://www.sbsono.com.br> [2007 Mai 2]
134. Souza WC, Silva AMM. A influência de fatores de personalidades e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Rev Estudos de Psicologia*. 2002; 19(1): 37-48.
135. Teixeira MJ. General aspects of the pain treatment. *Doctor*. 1997; 76: 46-47.
136. Teixeira MJ, Figueiró JAB, Yeng LT, Pimenta CAM. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p. 87-139.
137. Teixeira MJ, Okada M. Dor-evolução histórica dos conhecimentos. *In:* Teixeira MJ, editor. Pain – interdisciplinary context. Curitiba: Editora Maio; 2003. p. 18-51.
138. Teixeira MJ, Shibata MK, Pimenta CAM, Correa CF. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo: Limay; 1995
139. Teixeira MJ, Valverde Filho J. Acute pain. *In:* Teixeira MJ, editor. Pain-interdisciplinary and context. Curitiba: Editora Maio; 2003. p. 241-69.

140. Teixeira MJ, Yeng LT, Romano MA, Fernandes MM. Abordagem multi e interdisciplinar de pacientes com dor crônica. *In: Leão ER, Chaves LD, editores. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Editora Maio; 2004. p. 33-49.*
141. Turk DC. Assess the person, not just the pain. Pain clinical updates. IASP Press.1993; 1(3).
142. Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. *In: Turk DC, Melzack, R. Handbook of Pain Assessment. New York: Guilford Publisher; 1992. p. 3-12.*
143. Udelsmann A. Bioética – aspectos de interesse do anestesiolista. *Revista Brasileira de Anestesiologia. 2006; 56(3): 325-333.*
144. Violante FS, Fiori M, Fiorentini C, Risi A, Garagnani G, Bonfiglioli R *et al.* Associations of psychosocial and individual factors with three different categories of back disorder among nursing staff. [J Occup Health.](#) 2004; 46(2): 100-8.
145. Wasoski RL. Stress, professional burnout and dentistry. *J of Oklahoma Dent Assoc. 1995; 86(2): 28-30.*
146. WHO. World Health Organization. Divisão de Saúde Mental (Grupo Qualidade de Vida). Questionário de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL – BREF), 1998.
147. WHO. World Health Organization. Global database on body mass index. BMI classification. 2004. Disponível em: URL: http://www.who.int/bmi/index.jsp?intropage=intro_3.html [2007 Jan 9]
148. Widmer CG. Convicções correntes e diretrizes pedagógicas. *In: Lund J P, et al. Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence; 2002. p. 27-34.*
149. Wilson, JF, Brochopp GW, Kryst S, Steger H, Witt WO. Medical student's attitudes toward pain before and after a brief course on pain. *Pain. 1992; 50(3): 251-56.*
150. Yeng LT, Teixeira MJ. Dor crônica. Dor é coisa séria. 2005; 1(1): 3-7.
151. Yeng LT, Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar dos pacientes com dor crônica. *Prática hospitalar. 2004; 35: 21-24.*
152. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, Greve JMD, Kaziyama, HHS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev Méd. 2001; 80(Esp. pt.1): 443-73.*

ANEXOS

ANEXO 1



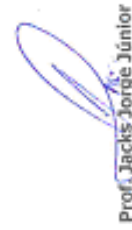
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Formação profissional e perfil biopsicossocial de Cirurgiões-Dentistas e Médicos que atuam na área de dor orofacial", protocolo nº 076/2006, dos pesquisadores **MARIA DA GRAÇA RODRIGUES BÉRZIN** e **JOSÉ TADEU TESSEROLLI SIQUEIRA**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 19/07/2006.

The Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that project "Professional and biopsychosocial profile of DDS and MDS acting on orofacial pain area", register number 076/2006, of **MARIA DA GRAÇA RODRIGUES BÉRZIN** and **JOSÉ TADEU TESSEROLLI SIQUEIRA**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for researching in human subjects and was approved by this committee at 19/07/2006.


Prof. Cecília Gatti Guirado
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2



Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



Piracicaba, 27 de Julho de 2006

Prezado(a) Dr(a)

A prevalência dos quadros de dor orofacial, especialmente crônica, tem aumentado progressivamente em nosso país. De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), atualmente mais de 10 milhões de pessoas são acometidas por algum tipo de dor orofacial. Estamos, portanto, diante de um importante problema de saúde pública.

Além disso, representa um verdadeiro desafio para os clínicos que atuam na área, pela complexidade de sua sintomatologia, mensuração e fatores etiológicos, além das dificuldades no manejo terapêutico, devido à forte presença de componentes emocionais no paciente portador de síndromes dolorosas crônicas.

Por isso, na tentativa de um entendimento mais profundo acerca das dificuldades que permeiam a rotina do trabalho clínico na área de dor, decidimos investigar o assunto.

Esta pesquisa faz parte de uma Tese de Doutorado da FOP/UNICAMP, intitulada “Perfil profissional e biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial”, de autoria da psicóloga Maria da Graça Rodrigues Bérzin, sob orientação do Prof. Dr José Tadeu Tesserolli de Siqueira.

Sua resposta aos questionários em anexo é de fundamental importância para a execução e validade do estudo. Por isso, solicitamos sua especial gentileza em responder as perguntas dos dois questionários com sinceridade e devolvê-los, em envelope pré-selado, juntamente com uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada, com a maior brevidade possível, pelo que antecipadamente agradecemos.

As informações prestadas serão tratadas com confidencialidade. Caso prefira não se identificar, poderá apenas responder aos questionários. Os resultados desta pesquisa serão enviados posteriormente, para seu conhecimento e apreciação.

Gratos pela atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Maria da Graça Rodrigues Bérzin
Pesquisadora responsável

José Tadeu Tesserolli de Siqueira
Orientador

ANEXO 3



Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP) e têm a finalidade de esclarecer aos voluntários detalhes que compõem o protocolo da pesquisa intitulada "Formação profissional e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial".

1. **Justificativa para a pesquisa:** em face do aumento progressivo da prevalência da dor orofacial em nosso meio; das repercussões negativas sobre a vida dos pacientes; das dificuldades diagnósticas e terapêuticas referidas na literatura e das dificuldades de ordem técnica e pessoal que permeiam a rotina de trabalho de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam nessa área, decidiu-se investigar, de forma objetiva e detalhada, o perfil profissional e pessoal de profissionais que tratam pacientes portadores de dor orofacial.

2. **Objetivos da pesquisa:** pretende-se descrever as características da formação profissional em dor e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que trabalham na área de dor orofacial, além de identificar suas dificuldades de ordem técnica e pessoal que interferem na qualidade da assistência profissional em dor.

3. **Procedimentos a serem empregados:** cirurgiões-dentistas e médicos pertencentes a pelo menos uma das Sociedades ligadas à dor (SBED, SOBRAD, ABFCOC e SBCE) serão sorteados e convidados a participar da pesquisa. Os profissionais sorteados deverão receber uma carta-convite, acompanhada de dois questionários auto-aplicáveis: Questionário de Pesquisa (QP) e Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e o TCLE, devidamente assinado pela pesquisadora. Em caso de aceite, pede-se ao voluntário devolver o material preenchido e assinado, via correio, em envelope pré-selado, não implicando em nenhuma despesa para o mesmo. A participação na pesquisa é de caráter estritamente voluntário. Caso não concorde em participar da pesquisa, não haverá necessidade de justificativa, nem mesmo devolver o material enviado. Será solicitado um prazo de 10 dias para a devolução do material. A partir da devolução dos questionários, parte dos voluntários será convidada a responder o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), em entrevista pessoal com o pesquisador responsável ou profissional treinado.

4. **Confidencialidade dos dados:** a partir do recebimento do material respondido, será atribuído um nº de protocolo que deverá identificar os dados fornecidos, preservando-se o anonimato do voluntário. Todo o material ficará definitivamente sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável que compromete-se a mantê-lo sob sigilo. O pesquisador será responsável pela avaliação dos instrumentos da pesquisa e acompanhamento da mesma.

5. **Desconfortos e riscos previsíveis:** os voluntários não serão submetidos a nenhuma situação de risco ou constrangimento, podendo, inclusive, aceitar ou declinar do convite, sem necessidade de nenhuma justificativa. Não há nenhuma previsão de inclusão dos mesmos em grupo controle.

6. **Benefícios diretos aos voluntários:** os pesquisadores pretendem com o estudo contribuir para uma melhor compreensão das possíveis dificuldades vivenciadas pelos profissionais em sua prática clínica na área de dor e, com isso, apontar indicadores de solução ou abrandamento dos problemas encontrados que poderão beneficiar os profissionais que trabalham na área de dor. O pesquisador responsável também oferece disponibilidade para entrevista devolutiva dos resultados do Teste de Stress ou qualquer outro esclarecimento, caso os mesmos assim o desejarem.

7. **Indenização aos voluntários:** não se prevê nenhum gasto por parte do voluntário. Todas as despesas serão de responsabilidade exclusiva do pesquisador responsável, não havendo, portanto, nenhuma previsão de indenização.

8. Não serão utilizados métodos alternativos para obtenção das informações necessárias.

9. **Endereços para contato:**

Maria da Graça Rodrigues Bérzin
Rua Dom Pedro I, 818, apto 91
13400-410 Piracicaba-São Paulo
Fone/Fax- (19) 34265930
Fone residencial- (19) 34335887
E-mail- graberzin@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Avenida Limeira, 901 - Bairro Areião
13414-903 Piracicaba-São Paulo
Fone/Fax- (19) 34125349/ 34125218
E-mail- cep@fop.unicamp.br
www.fop.unicamp.br/cep

6. Este documento será confeccionado em duas vias, sendo uma do voluntário e outra enviada ao pesquisador.

Eu, _____, declaro ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada "Formação profissional e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial", de responsabilidade da doutoranda Maria da Graça Rodrigues Bérzin. Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim, concordo em participar da pesquisa e me comprometo a fornecer os dados de forma clara e sincera.

Local e data

Assinatura do voluntário

ANEXO 4

	Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP Faculdade de Odontologia de Piracicaba Formulário componente de pesquisa de doutorado																																							
APRESENTAÇÃO																																								
Por favor, leia esta apresentação e as instruções, antes de responder o questionário. O objetivo desta pesquisa é fornecer informações para uma Tese de Doutorado da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), intitulada “Perfil profissional e biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial”, cujo objetivo é buscar um melhor entendimento das dificuldades que permeiam a rotina de trabalho de clínicos que trabalham com pacientes portadores de síndromes dolorosas. Por isso, sua contribuição será de fundamental importância para este estudo. Com objetivo de garantir a validade da pesquisa, um estudo preliminar determinou o número de questionários necessários para que se tivesse um conhecimento consistente sobre a população em estudo e o seu nome foi selecionado através de sorteio para compor esta amostra. Sua resposta ao questionário garante a validade do estudo e minimiza os custos desta pesquisa, por isso, solicitamos especial empenho de vossa senhoria em responder o questionário e encaminhá-lo dentro do menor tempo possível, pelo que agradecemos antecipadamente. Obrigada																																								
INSTRUÇÕES																																								
- Se preferir não se identificar, apenas responda as perguntas. - Você poderá, se desejar, assinalar mais de uma alternativa. Sugere-se, entretanto, que nas alternativas associadas a um círculo ☐, somente uma alternativa seja assinalada ao passo que as alternativas associadas a um quadrado ☐ você assinale todas as que se aplicam. - Responda as perguntas individualmente, com clareza e sinceridade. - Os dados contidos neste questionário serão tratados como confidenciais.																																								
IDENTIFICAÇÃO																																								
Nome (optativo) : _____ Idade: _____ Sexo : ☐ Masculino ☐ Feminino Estado Civil : ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo Número de Filhos (0 se não tiver): _____ Idade (s): _____ Endereço residencial: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____ e-mail: _____ Data de hoje: ____/____/____ Que horas são? _____																																								
A) Como avalia seu conhecimento na área de dor? A1) Em sua especialidade : ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Suficiente ☐ Insuficiente ☐ Não tenho A2) Em geral : ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Suficiente ☐ Insuficiente ☐ Não tenho B) Atende com frequência pacientes com dor persistente e/ou crônica? ☐ Sim ☐ Não C) Pertence a alguma das Sociedades? ☐ SBED ☐ SOBRAD ☐ SBCe ☐ ABFCOC D) Quais partes do corpo são referidas, com mais frequência, por esses pacientes? (Especifique a parte do corpo e, se achar que se aplica, a região dentro de cada parte) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>☐ Crânio:</td> <td>☐ temporal</td> <td>☐ frontal</td> <td>☐ occipital</td> <td>☐ parietal</td> </tr> <tr> <td>☐ Coluna:</td> <td>☐ cervical</td> <td>☐ torácica</td> <td>☐ lombar</td> <td>☐ sacral</td> </tr> <tr> <td>☐ Membros superiores:</td> <td>☐ ombro</td> <td>☐ braço</td> <td>☐ cotovelo</td> <td>☐ antebraço</td> <td>☐ punho</td> <td>☐ mão</td> </tr> <tr> <td>☐ Membros inferiores:</td> <td>☐ quadril</td> <td>☐ coxa</td> <td>☐ joelho</td> <td>☐ perna</td> <td>☐ tornozelo</td> <td>☐ pé</td> </tr> <tr> <td>☐ Tronco:</td> <td>☐ tórax</td> <td>☐ abdome</td> <td>☐ pelve</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>☐ Região bucofacial:</td> <td>☐ dente</td> <td>☐ ATM</td> <td>☐ maxila</td> <td>☐ língua</td> <td>☐ zigomática</td> <td></td> </tr> </table>			☐ Crânio:	☐ temporal	☐ frontal	☐ occipital	☐ parietal	☐ Coluna:	☐ cervical	☐ torácica	☐ lombar	☐ sacral	☐ Membros superiores:	☐ ombro	☐ braço	☐ cotovelo	☐ antebraço	☐ punho	☐ mão	☐ Membros inferiores:	☐ quadril	☐ coxa	☐ joelho	☐ perna	☐ tornozelo	☐ pé	☐ Tronco:	☐ tórax	☐ abdome	☐ pelve				☐ Região bucofacial:	☐ dente	☐ ATM	☐ maxila	☐ língua	☐ zigomática	
☐ Crânio:	☐ temporal	☐ frontal	☐ occipital	☐ parietal																																				
☐ Coluna:	☐ cervical	☐ torácica	☐ lombar	☐ sacral																																				
☐ Membros superiores:	☐ ombro	☐ braço	☐ cotovelo	☐ antebraço	☐ punho	☐ mão																																		
☐ Membros inferiores:	☐ quadril	☐ coxa	☐ joelho	☐ perna	☐ tornozelo	☐ pé																																		
☐ Tronco:	☐ tórax	☐ abdome	☐ pelve																																					
☐ Região bucofacial:	☐ dente	☐ ATM	☐ maxila	☐ língua	☐ zigomática																																			
☐ - Múltiplas opções e ☐ - Uma única opção Página 1/6																																								



PERFIL PROFISSIONAL

- 1) **Profissão:** ☐ Cirurgião-dentista. Especialidade: _____
☐ Médico. Especialidade: _____

2) **Formação acadêmica:**

2.1) Graduação (identifique nas linhas abaixo a(s) graduação (ões) que concluiu)

Curso: _____ Escola: ☐ Pública ☐ Privada Ano de formatura _____

Curso: _____ Escola: ☐ Pública ☐ Privada Ano de formatura _____

Curso: _____ Escola: ☐ Pública ☐ Privada Ano de formatura _____

2.2) Pós-Graduação (anote todas as que se aplicam):

☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-Doutorado Outro _____

3) **Tempo de exercício profissional, inclusive residência (em anos):**

☐ menos de 2 ☐ 2 a 4 ☐ 5 a 10 ☐ 11 a 15 ☐ 16 a 20 ☐ mais de 20 ☐ Não sei

4) **Porque escolheu trabalhar em área que requer contato com a dor?**

☐ interesse pelo assunto ☐ necessário à prática da especialidade ☐ por acaso

☐ não sei ☐ outro motivo: _____

5) **Há quantos anos atua na área de dor (em anos)?**

☐ menos de 2 ☐ 2 a 4 ☐ 5 a 10 ☐ 11 a 15 ☐ 16 a 20 ☐ mais de 20 ☐ Não sei

6) **Em que período(s) da sua formação acadêmica, o tema *Dor* foi abordado em:**

☐ Disciplinas da Graduação. Quais? _____

☐ Estágio curricular

☐ Estágio extracurricular

☐ Residência

☐ Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Outro _____

7) **Realizou algum curso específico na área de dor?**

7.1) ☐ Sim ☐ Não

7.2) Duração: _____ horas.

7.3) Entidade promotora: ☐ Associação de Classe (ex. APCD, APM)

☐ Congresso

☐ Centro de Dor ligado à Universidade

☐ Outra _____

8) **Já realizou algum estágio interdisciplinar na área de dor?**

8.1) ☐ Sim ☐ Não

8.2) Onde? _____

8.3) Duração: _____ horas.

9) **Participa de eventos científicos relativos à área de dor?**

9.1) ☐ Sim ☐ Não

9.2) Frequência: ☐ mensal ☐ bimensal ☐ semestral ☐ anual ☐ bianual ☐ eventual

10) **Participa de eventos científicos relativos à sua área geral de trabalho?**

10.1) ☐ Sim ☐ Não

10.2) Frequência: ☐ mensal ☐ bimensal ☐ semestral ☐ anual ☐ bianual ☐ eventual



11) Experimenta, em sua prática profissional na área de dor, alguma das dificuldades abaixo?

- ☐ Prática de Diagnóstico
☐ Eleição do tratamento
☐ Prescrição de Medicamentos
☐ Encaminhamento para outros profissionais
☐ Comportamento do paciente e/ou familiar
☐ Necessidade de estudo mais aprofundado sobre o tema
☐ Outra _____
☐ Não sei _____

12) Assinale com números de 1 a 4 os itens abaixo, de acordo com o grau de importância para seu trabalho na área de dor (marque 4 para o mais importante até 1 para o menos importante, assinalando somente uma vez cada número)

- _____ Interesse pelo assunto.
_____ Prática clínica.
_____ Relação profissional / paciente.
_____ Formação teórico / técnica.

13) Como caracteriza seu estilo de prática profissional na área de dor?

- ☐ Exclusivamente multidisciplinar
☐ Exclusivamente interdisciplinar
☐ Exclusivamente individual
☐ Multidisciplinar e/ou interdisciplinar
☐ Multidisciplinar e/ou individual
☐ Interdisciplinar e/ou individual
☐ Não sei

14) Resuma em tópicos, os temas que estudou sobre o tema Dor:

15) Que técnicas utiliza para identificar a dor no paciente?

16) Como você mensura a dor no paciente?

17) Como avalia sua competência em relação ao seu trabalho com dor?

- ☐ Excelente, não há como melhorar.
☐ Excelente, mas, preciso melhorar.
☐ Suficiente.
☐ Insuficiente, por isso devo investir em novos conhecimentos.
☐ Insuficiente, mas, não acho que devo melhorar.

18) Assinale o tipo de ambiente você trabalha. Quantas horas trabalha em cada um deles?

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Consultório | ☐ rede pública | ☐ rede privada | _____ horas diárias |
| Pronto-socorro | ☐ rede pública | ☐ rede privada | _____ horas diárias |
| Ambulatório hospitalar | ☐ rede pública | ☐ rede privada | _____ horas diárias |
| Outro tipo de ambulatório | ☐ rede pública | ☐ rede privada | _____ horas diárias |
| Internação hospitalar | ☐ rede pública | ☐ rede privada | _____ horas diárias |

19) Quantas horas em média você trabalha por dia ?

- ☐ 04 ☐ 06 ☐ 08 ☐ 10 ☐ 12 ☐ Mais de 12 ☐ Não sei

20) Trabalha em finais de semana?

- ☐ Às vezes ☐ Sempre ☐ Nunca ☐ Não sei



21) Assinale no intervalo abaixo o ponto que melhor expressa sua satisfação com relação à remuneração financeira:

21.1) Muito boa ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Péssima

- 21.2) Por que? ☐ Incompatível com custo de vida pessoal
☐ Incompatível com custo da profissão
☐ Não atende necessidades familiares
☐ Considero satisfatória
☐ Necessidade de vários empregos

22) Assinale no intervalo abaixo o seu sentimento de realização profissional?

22.1) Plena realização ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Insatisfação

- 22.2) Por que? ☐ Remuneração insatisfatória
☐ Carga horária excessiva de trabalho
☐ Falta de reconhecimento profissional
☐ Sobrecarga física e mental
☐ Sinto-me realizado
☐ Não sei

23) Assinale no intervalo abaixo como se sente em seu ambiente de trabalho? (Se trabalha em mais de um local, assinale até 3 respostas e o tempo de atividade em cada um).

Muito bem ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Péssimo (_____ horas)

Muito bem ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Péssimo (_____ horas)

Muito bem ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Péssimo (_____ horas)

24) Alguma vez já precisou ser afastado do trabalho ?

24.1) ☐ Sim ☐ Não

- 24.2) Motivo: ☐ Problemas de saúde física Qual(is)? _____
☐ Dificuldades emocionais. Qual(is)? _____
☐ Doença ocupacional. Qual(is)? _____
☐ Outro _____

PERFIL BIOLÓGICO

25) Como considera sua saúde?

☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim

26) Com que frequência costuma fazer exames médicos de rotina?

☐ Anual ☐ Bianual ☐ Quando necessário ☐ Não faço ☐ Não sei

27) Assinale com X, se você é portador de alguma (s) das doenças crônicas abaixo. Caso não possua nenhuma delas, deixe todos os campos em branco.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Hipertensão | ☐ Diabetes | ☐ Problema ortopédico | ☐ Problema dermatológico |
| ☐ Bruxismo | ☐ Dislipidemia | ☐ Disfunção sexual | ☐ Problema respiratório |
| ☐ Problema renal | ☐ Problema urinário | ☐ Doença hepática | ☐ Problema endocrinológico |
| ☐ Obesidade | ☐ Cardiopatia | ☐ Distúrbio de sono | ☐ Depressão |
| ☐ Tabagismo | ☐ Rinite alérgica | ☐ Distúrbio gastrointestinal | |
| ☐ Cefaléia | ☐ Tensão muscular | ☐ Disfunção temporomandibular | |
| ☐ Não sei | ☐ Outra(s) _____ | | |

28) Assinale com X o(s) medicamento(s) abaixo que costuma tomar com frequência. Caso não tome medicamentos com frequência, deixe todos os campos em branco.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Antihipertensivo | ☐ Antihiperglicemiante | ☐ Estatinas | ☐ Antiarrítmico |
| ☐ Ansiolítico | ☐ Barbitúrico | ☐ Relaxante muscular | ☐ Diurético |
| ☐ Antiinflamatório | ☐ Neuroléptico | ☐ Hormônio tireodiano | ☐ Corticóide |
| ☐ Vasodilatador | ☐ Anticoagulante | ☐ Antiagregante plaquetário | ☐ Antiácido |
| ☐ Antidepressivo | ☐ Digitalítico | ☐ Laxante | ☐ Analgésico |
| ☐ Não sei | ☐ Outro(s): _____ | | |



29) Assinale com X se você apresenta o(s) tipo(s) de dor crônica abaixo e a(s) frequência(s) de ocorrência, assim como dos locais de ocorrência.

29.1) Tipo de dor e frequência de ocorrência dos diferentes tipos.

☐ Muscular	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Articular	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Neuropática	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual

29.2) Local de ocorrência da dor e frequência de ocorrência das dores nos diferentes locais.

☐ Crânio	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Face	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Dente	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ ATM	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Região cervical	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Cintura escapular	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Região torácica	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Maxila	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Região abdominal	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Pélvica	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Lombar	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Sacral	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Membro superior	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Membro inferior	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual
☐ Outro	☐ Diária	☐ Semanal	☐ Mensal	☐ Eventual

30) Faz uso de bebida alcoólica?

30.1) ☐ Sim ☐ Não

30.2) Qual: ☐ cerveja ☐ vinho ☐ uísque ☐ vodca ☐ cachaça ☐ licor ☐ outro

30.3) Frequência média semanal: ☐ diária ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ raramente

31) Faz uso de tabaco, atualmente?

31.1) ☐ Sim ☐ Não

31.2) Há quantos anos? ☐ 2 a 5 ☐ 6 a 10 ☐ Mais de 10

32) Já fez uso de tabaco, no passado ou é ex-tabagista?

32.1) Deixou de fazer uso há quantos anos? ☐ 2 a 5 ☐ 6 a 10 ☐ Mais de 10

32.2) Quanto tempo fumou? _____ anos ☐ Não sei

32.3) Motivo para deixar de fumar: _____

33) Qual seu peso corporal atual? _____ Kg.

34) Qual é sua estatura atual? _____ m

35) Como considera seus hábitos alimentares?

35.1) ☐ Adequados ☐ Inadequados

35.2) Classifique seus hábitos alimentares:

Horário das refeições	☐ regulares	☐ irregulares
Refeições balanceadas	☐ sim	☐ não
Consumo calorias em excesso	☐ sim	☐ não
Exagero nas gorduras e frituras	☐ sim	☐ não
Costumo consumir muito doce	☐ sim	☐ não
Passo muitas horas sem me alimentar	☐ sim	☐ não
Faço as refeições muito rapidamente	☐ sim	☐ não



36) Quantas horas dorme, em média, por noite?

36.1) ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ mais de 8

36.2) Considera a qualidade do seu sono: ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim

36.3) Toma com regularidade algum medicamento para dormir? ☐ sim ☐ não

37) Pratica alguma atividade física?

37.1) ☐ sim ☐ não

37.2) Frequência Média semanal: ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ mais de 4 dias

PERFIL PSICOSSOCIAL

38) Possui algum dos tipos de lazer ou hobby abaixo?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ encontro com amigos | ☐ leitura | ☐ esporte | ☐ cinema |
| ☐ viajar a passeio | ☐ internet | ☐ artesanato | ☐ jardinagem |
| ☐ brincar com filhos | ☐ música | ☐ namorar | ☐ passeio familiar |
| ☐ não possui | ☐ outro _____ | | |

38.2) Você o(s) pratica com regularidade? ☐ sim ☐ não

38.3) Com que frequência você pratica o hobby que mais lhe agrada?

☐ 1 vez/ semana ☐ mais de 1 vez/semana ☐ raramente ☐ não pratico

39) Você considera suas relações afetivas (namoro e casamento):

☐ Excelentes ☐ Boas ☐ Razoáveis ☐ Ruins ☐ Péssimas

40) Você considera seu relacionamento social:

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Péssimo

41) Como descreveria seu ambiente emocional familiar?

- | | |
|---|--|
| ☐ Tranquilo e afetivo | ☐ Tenso e ansioso |
| ☐ Frio e indiferente | ☐ Depressivo e pessimista |
| ☐ Hostil e competitivo | ☐ Desorganizado e confuso |
| ☐ Não sei | ☐ Outro _____ |

42) Como você descreveria sua personalidade?

- | | |
|---|--|
| ☐ Autoritário | ☐ Tenso/ansioso |
| ☐ Depressivo/ pessimista | ☐ Tranquilo/equilibrado |
| ☐ Inseguro/baixa auto-estima | ☐ Medos/ fobias |
| ☐ Desconfiado | ☐ Agressivo |
| ☐ Apático/desmotivado | ☐ Idealista |
| ☐ Exigente/perfeccionista | ☐ Otimista/esforçado |
| ☐ Não sei | ☐ Outro _____ |

43) Como você se sente emocionalmente agora?

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Ansioso | ☐ Tenso | ☐ Irritado | ☐ Deprimido | ☐ Inseguro |
| ☐ Temeroso | ☐ Desconfiado | ☐ Indiferente | ☐ Animado | ☐ Tranquilo |
| ☐ Feliz | ☐ Otimista | ☐ Curioso | ☐ Satisfeito | |
| ☐ Não sei | ☐ Outro | | | |

44) No geral você considera a qualidade de sua vida pessoal:

☐ Excelente ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Ruim ☐ Péssima

45) Já foi submetido a tratamento ou orientação psicológica ou psiquiátrica? ☐ sim ☐ não

46) Deseja fazer algum comentário? _____

Agradecemos sua colaboração

ANEXO 5

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 6

Domínios e facetas do WHOQOL-BREFE

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividade de vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
 17. Ambiente no lar
 18. Recursos financeiros
 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
 21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer
 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
 23. Transporte
-

Fonte: Fleck *et al.*, 2000.

ANEXO 7

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Novaes Lipp

CADERNO DE APLICAÇÃO

Instruções

Quadro 1 - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2 - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

Quadro 3 - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Local de trabalho:

Função exercida:

Escolaridade:

Local e data:



Casa do Psicólogo®
Livraria e Editora

© 2000 Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Rua Mourato Coelho 1059 - São Paulo - SP - Tel./fax: (11)3034.3600 casadopsicologo@casadopsicologo.com.br - www.casapsicologo.com.br. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.



QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/
RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
SÚBITA E PASSAGEIRA
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE
MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE
INICIAR NOVOS
PROJETOS



QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO



QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

ANEXO 8

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Novaes Lipp

AVALIAÇÃO

Após a soma dos resultados
brutos, verifique as tabelas
para as porcentagens.

Sinais de stress
P1 + F1 > 6
P2 + F2 > 3
P3 + F3 > 8

Quadros	F		P		Total F + P	%
	Result. Bruto	%	Result. Bruto	%		
Q1						
Q2						
Q3						
Total						

VÍDE TABELAS NO VERSO

DIAGNÓSTICO

TEM STRESS	()	NÃO TEM STRESS	()
ALERTA (fase)	()	RESISTÊNCIA (fase)	()
QUASE EXAUSTÃO	()	EXAUSTÃO	()
Predominância de sintomas:			
FÍSICOS	()	PSICOLÓGICOS	()

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Local de trabalho:

Função exercida:

Escolaridade:

Local e data:



Casa do Psicólogo®
Livraria e Editora

© 2000 Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Rua Alves Guimarães, 436 - 05410-000 - São Paulo - SP - Tel./fax: (11) 3062-4633. e-mail: casapsi@uoi.com.br - <http://www.casapsicologo.com.br>. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.

Tabela de Correção 1.
Fases do Stress

QUADRO 1		QUADRO 2		QUADRO 3	
Fase 1	Alerta	Parte I		Fase 4	Exaustão
		1) Fase 2	Resistência		
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Resultado Bruto
7	11	4	8	9	7
8	22	5	17	10	13
9	33	6	25	11	20
10	44	7	33	12	27
11	56	8	42	13	33
12	67	9	50	14	40
13	78	Parte II		15	47
		II) Fase 3	Quase Exaustão		
14	89	10	58	16	53
	100	11	67	17	60
		12	75	18	67
		13	83	19	73
		14	92	20	80
		15	100	21	87
				22	93
				23	100

Tabela de Correção 2.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Físicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	8	1	10	1	8
2	16	2	20	2	16
3	25	3	30	3	25
4	33	4	40	4	33
5	41	5	50	5	41
6	50	6	60	6	50
7	58	7	70	7	58
8	66	8	80	8	66
9	75	9	90	9	75
10	83	10	100	10	83
11	91			11	91
12	100			12	100

Tabela de Correção 3.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Psicológicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	33	1	20	1	9
2	66	2	40	2	18
3	100	3	60	3	27
		4	80	4	36
		5	100	5	45
				6	54
				7	63
				8	72
				9	81
				10	90
				11	100

ANEXO 9

Número de referências aos diversos temas citados pelos profissionais da amostra e porcentagem em relação ao total de profissionais da mesma área que responderam o questionário

Temas	CD	M
Categorias de dor – (classificação, dor crônica, aguda, reflexa, sinusal, inflamatória, psicogênica, oncológica, reumática).	34 (39,08%)	35 (55,55%)
Tratamentos em várias áreas – (invasivos, cirúrgico, psicológicos, fisioterapia, aparatologia, bloqueios, reabilitação, laser, cuidados paliativos, acupuntura, multidisciplinar)	45 (51,72%)	16 (25,39%)
Neuroanatomia/neurofisiologia	32 (21,33%)	19 (30,15%)
Semiologia/ diagnóstico/prática clínica – (semiologia, prática clínica, prognóstico, exame clínico, mensuração da dor, anamnese, diagnóstico)	37 (42,52%)	04 (06,34%)
Dores músculo-esqueléticas – (síndrome dolorosa miofascial, mialgias, artralguas)	07 (08,04%)	12 (19,04%)
Cefaléias	13 (14,94%)	23 (36,50%)
Neuropatias	12 (13,79%)	17 (26,98%)
Farmacologia	15 (17,24%)	13 (20,63%)
ATM/DTM	27 (31,03%)	00 (00,00%)
Fisiopatologia	21 (24,13%)	02 (03,17%)
Doenças específicas – (neuralgia de trigêmio, lesões intrabuciais, bruxismo, gengivite, trigger-points, oclusopatia, ardência bucal, artrite, artrose, transtornos somatoformes)	19 (21,83%)	04 (06,34%)
Especialidades – (neurologia, radiologia, reumatologia, psiquiatria, pediatria, fisioterapia)	15 (17,24%)	05 (07,93%)
Dor orofacial	13 (14,94%)	02 (03,17%)
Cervicalgias	04 (04,59%)	09 (14,28%)
Lombalgias	00 (00,00%)	10 (15,87%)
Fibromialgia	02 (02,29%)	08 (12,69%)
Aspectos psicológicos em geral	04 (04,59%)	04 (06,34%)
Dor de dente	08 (09,19%)	00 (00,00%)
Etiologia	08 (09,19%)	00 (00,00%)
Matérias básicas - (histologia, embriologia, bioquímica, ética, epidemiologia)	04 (04,59%)	02 (03,17%)
Relação interdisciplinar/ profissional-paciente	01 (01,14%)	02 (03,17%)
Não responderam	11 (12,64%)	04 (06,34%)
Total/Média de referências	332 (4,04)	191 (3,03)

ANEXO 10

Classificação diagnóstica de IMC, de acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)

Categoria	IMC	Peso Saudável equivale ao peso Normal.
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5	
Peso normal	18,5 - 24,9	
Sobrepeso	25,0 - 29,9	
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9	
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9	
Obesidade Grau III	40,0 e acima	

Fonte: ABESO, 2007.