



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Randolfo dos Santos Junior

**Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo
para Pacientes com Dor Crônica**

**São José do Rio Preto
2017**

Randolfo dos Santos Junior

**Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo
para Pacientes com Dor Crônica**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do Título de Doutor no
Curso de Pós-graduação em Ciências
da Saúde.

Eixo Temático: Medicina e Ciências
Correlatas

Orientador(a): Profa. Dra. Patrícia Maluf Cury
Co orientador (a): Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos
Miyazaki

São José do Rio Preto
2017

Ficha Catalográfica

Santos Junior, Randolpho

Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para Pacientes com Dor Crônica / Randolpho dos Santos Junior.

São José do Rio Preto, 2017.

81 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Patricia Maluf Cury

1. Dor Crônica; 2. Psicologia; 3. Saúde; 4. Psicoterapia de Grupo; 5. Terapia Cognitivo Comportamental.

Randolfo dos Santos Junior

**Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo
para Pacientes com Dor Crônica**

BANCA EXAMINADORA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
DOUTOR**

Presidente e Orientador:

Prof^a.Dr^a.Patricia Maluf Cury_____

2º Examinador:_____

3º Examinador:_____

4º Examinador:_____

5º Examinador:_____

Suplentes:_____

São José do Rio Preto, __/__/__.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros.....	v
Lista de Símbolos e Abreviaturas.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1Objetivos.....	9
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
3. RESULTADOS.....	24
4 DISCUSSÃO.....	35
5.CONCLUSÃO... ..	46
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
APÊNDICE.....	63
ANEXOS.....	68

Dedicatória

Dedico este estudo aos pacientes da Clínica de Dor

-
- ✓ À meus pais, *Randolfo* e *Luci* e meus irmãos, *Ricardo* e *Raphael*, por compartilharem as dificuldades e as vitórias obtidas e por sempre incentivarem o meu crescimento profissional. Um agradecimento especial aos meus pais que tiveram a brilhante ideia de alocar a biblioteca da família no quarto das crianças, sou eternamente grato pelo apoio amoroso e encorajador em todos os momentos da minha jornada acadêmica. Obrigado por cada estória que nos contaram, por respeitar e encorajar a leitura, o pensamento crítico e a liberdade para expressão de nossas individualidades.
 - ✓ À minha amada *Loiane Leticia dos Santos* pela presença carinhosa e alegre, minha companheira de todas as horas e batalhas, agradeço por cada momento especial compartilhado, por não me deixar esquecer dos meus sonhos, por me ensinar o real sentido da expressão “de mãos dadas”. Agradeço aqui e todos os dias por ter você em minha vida. Meu amor por você não cabe no tempo. Estendo meus agradecimentos a meus sogros Valéria e Silvio por carinhosamente terem me acolhido em sua família, e a Júlio Cesar André por ser nossa família aqui em Rio Preto.
 - ✓ À minha querida e amada filha *Ana Julia Silva Santos*, por sua doce companhia, tenho muito orgulho e uma enorme alegria de ser seu pai, desejo caminhar por muito tempo ao seu lado e poder apreciar seu desenvolvimento, te admiro e te amo profundamente.
 - ✓ Às minhas orientadoras, *Maria Cristina O. S. Miyazaki* e *Patricia Maluf Cury* pelo incentivo, apoio, conhecimento e orientações durante a execução do

trabalho e em todo meu período de formação na FAMERP. *DraCristina*, serei sempre grato por todas as oportunidades de crescimento e muito honrado por fazer parte da sua história e deste Serviço. Obrigado *Dra Patrícia*, minha companheira da “cúpula da morte” por ter acolhido este projeto, e me acompanhado em uma etapa tão importante para a conclusão desta tese.

- ✓ Aos docentes e pesquisadores *Profa Dra. Neide Micelli Domingos* e *Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério* meus agradecimentos e meu respeito por suas contribuições em minha formação, pelas parcerias e enorme aprendizado em sala de aula e também nas lutas para a melhoria deste Serviço.
- ✓ Aos *psicólogos* do Serviço de Psicologia FAMERP/FUNFARME pelo conhecimento compartilhado, pela confiança e pelo acolhimento desde meu primeiro estágio. Agradeço a todos supervisores, aprimorandos, residentes que dividiram comigo esta tarefa incrível e desafiadora. Agradeço em especial a *Kelly Renata Risso Grecca*, *Leda Maria Branco* e *Carla Rodrigues Zanin* pela parceria na coordenação deste Serviço, obrigado por terem estado ao meu lado nos momentos mais difíceis.
- ✓ Ao meu *Prof. Armando Vieira Barbosa* da Universidade Federal de Uberlândia pela inspiração, e por ter me iniciado na prática da Psicologia nos hospitais. Estendo meus agradecimentos a todos os docentes da Faculdade de Psicologia da UFU, a meus professores do Colégio Estadual Gregoriano Canedo e do Grupo Escolar Coronel Virgílio Rosa do município de Monte Carmelo-MG: por compensarem a falta de recursos materiais com muito amor pelo saber e pelo ensinar, obrigado.

- ✓ Aos *meus colegas* da Clínica de Dor que iniciaram e mantêm este compromisso de unir ensino, pesquisa e assistência a pacientes com dor crônica.
- ✓ Ao *educador físico Carlos Henrique Ferreira dos Santos da Silva* por sua preciosa participação neste estudo.

Lista de Figuras

- Figura 1.** Fluxograma com a distribuição dos participantes no estudo..... 13
- Figura 2.** Comparação entre o tempo de convivência com a dor e indicadores médios de autoeficácia..... 30

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Características sociodemográficas de paciente com dor crônica.....	25
Tabela 2.	Características clínicas de pacientes em tratamento de dor crônica.....	26
Tabela 3.	Correlação entre indicadores de autoeficácia e outras variáveis.....	28
Tabela 4.	Variáveis sociodemográficas do Grupo Experimental e do Grupo Controle.....	31
Tabela 5.	Variáveis clínicas do Grupo Experimental e do Grupo de Controle.....	32
Tabela 6.	Indicadores de depressão - Média pelos participantes nos três momentos de avaliação.....	33
Tabela 7.	Indicadores de ansiedade- Média obtida pelos participantes nos três momentos de avaliação.....	34
Tabela 8.	Autoeficácia- Média obtida pelos participantes nos três momentos de avaliação.....	34
Tabela 9.	Crenças frente a dor. Comparação dos escores do IAD no Grupo Experimental e Grupo Controle nos três momentos de avaliação.	35

Lista de Símbolos e Abreviaturas

<i>AEDC</i>	-Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica
<i>AEF</i>	-Auto-eficácia para funcionalidade
<i>AES</i>	-Auto-eficácia para lidar com sintomas
<i>AHS</i>	-Escala de medida de ansiedade e depressão
<i>CPSS</i>	-Chronic Pain Self-efficacy Scale
<i>EAD</i>	-Auto-eficácia para controle da dor
<i>END</i>	-Escala Numérica de Dor
<i>GC</i>	-Grupo Controle
<i>GE</i>	-Grupo Experimental
<i>HADS</i>	-Hospital Anxiety Depression Scale
<i>IAD- breve</i>	-Inventário de Atitudes Frente a Dor versão breve
<i>SAS</i>	-Statistical Analysis System
<i>TCC</i>	-Terapia Cognitivo-Comportamental

Resumo

Introdução: A avaliação e o manejo da dor crônica constituem importante foco de atenção, uma vez que são apontadas como uma das principais causas de incapacidade e de procura por cuidados de saúde. **Objetivo:** Avaliar autoeficácia e indicadores de ansiedade e depressão em pacientes com diagnóstico de dor crônica alocados em duas modalidades de tratamento: a) programa estruturado de Terapia Cognitivo Comportamental em grupo; b) grupo controle, que recebeu o tratamento habitual fornecido pela instituição. **Materiais e Métodos:** Participaram pacientes adultos de ambos os sexos, em início de atendimento na Clínica da Dor. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e concordaram em participar do estudo foram randomizados para alocação no Grupo Experimental (GE) ou no Grupo Controle (GC). Todos os participantes foram avaliados em três momentos: avaliação inicial, reavaliação e seguimento. Responderam aos seguintes instrumentos: Questionário de dados clínicos e sociodemográficos; Escala de Autoeficácia para Dor Crônica; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Escala Numérica de Dor; Inventário de Atitudes e Crenças Diante da Dor Crônica. O grupo experimental recebeu, além do tratamento habitual fornecido pela instituição, 10 sessões de intervenção Cognitivo Comportamental em grupo. O grupo controle recebeu o tratamento habitual, oferecido pela Clínica da Dor. **Resultados:** Participaram da primeira parte deste estudo 114 pacientes adultos em tratamento de dor crônica. Os dados apontaram indicadores elevados de ansiedade (53%) e depressão (55%), além de baixa autoeficácia (63%). Observou-se que a baixa autoeficácia está associada às crenças e atitudes disfuncionais diante da dor e a indicadores mais elevados de ansiedade e depressão. Na segunda parte do estudo, todos os participantes foram distribuídos por meio de randomização em dois grupos: Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC). Participaram de todas as etapas desta parte do estudo 57 participantes, sendo 31 no GE e 26 no GC. Comparando-se os dois grupos no que se refere ao seguimento, os resultados apontaram que o grupo experimental apresentou em relação ao grupo controle, escores significativamente maiores de autoeficácia ($p < 0,026$) e, significativamente, menores de ansiedade ($p < 0,01$) e depressão ($p < 0,023$). **Conclusão:** Neste estudo, a Terapia Cognitivo Comportamental

em grupo promoveu benefícios importantes aos pacientes com dor crônica, atuando em suas crenças e atitudes diante da dor, manejo de ansiedade e redução nos indicadores de depressão.

Palavras-chave: 1. Dor Crônica; 2. Psicologia; 3. Saúde; 4. Psicoterapia de Grupo; 5. Terapia Cognitivo Comportamental.

Introduction: The assessment and management of chronic pain are an important focus of attention, since these are pointed out as a major cause of disability and demand for health care. **Objective:** To evaluate the self-efficacy and indicators of anxiety and depression in patients diagnosed with chronic pain in two forms of treatment: a) structured program of Cognitive-Behavioral Therapy in group; B) control group who undergone the usual treatment of the institution. **Materials and Methods:** Adult patients of both genders at the beginning of care in the Pain Clinics. Those who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study were randomized to allocation in the Experimental Group (EG) or Control Group (CG). All participants were evaluated in three moments: initial evaluation, reassessment and follow-up. They answered the following instruments: Questionnaire on clinical and sociodemographic data; Self-Efficacy Scale for Chronic Pain; Hospital Anxiety and Depression Scale; Numeric Pain Rating Scale; Inventory of Attitudes and Beliefs Facing Chronic Pain. The experimental group received, besides the habitual treatment provided by the institution, 10 sessions of Cognitive-Behavioral intervention in group. The control group received the usual treatment provided by the Pain Clinics. **Results:** A total of 114 adult patients undergoing chronic pain treatment participated in the first part of this study. Data pointed out high indicators of anxiety (53%) and depression (55%), in addition to low self-efficacy (63%). Low self-efficacy was associated with beliefs and dysfunctional attitudes towards pain and to higher indicators of anxiety and depression were observed. In the second part of the study, all participants were randomized into two groups: Experimental Group (EG) and Control Group (CG). Fifty-seven patients participated in all the stages of this part of the study, 31 in EG and 26 in CG. Comparing the two groups according to the follow-up, the results showed that the experimental group had significantly higher self-efficacy scores ($p < 0.026$) and significantly lower anxiety scores ($p < 0,01$) and depression ($p < 0.023$). **Conclusion:** In this study, the cognitive-behavioral therapy in group has improved important benefits for patients with chronic pain, playing on their beliefs and attitudes toward pain, anxiety management and reduction on depression indicators.

Keywords: 1. Chronic Pain; 2. Psychology; 3. Health; 4. Group Psychotherapy ; 5. Cognitive-Behavioral Therapy

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Dor é uma das queixas mais frequentes em serviços de saúde e atinge pacientes de todas as faixas etárias.⁽¹⁻²⁾ É uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano”.⁽³⁾ A dor é definida como crônica em função de um período arbitrário de tempo, de três ou de seis meses após seu aparecimento⁽⁴⁾ ou então pela permanência “além do período esperado para que ocorra a cura”.⁽⁵⁻⁶⁾

A dor crônica é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho resultando em graves consequências psicossociais e econômicas.⁽⁷⁻⁸⁾ Estudos de prevalência indicam que é uma queixa comum na população geral, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. É mais prevalente entre as mulheres⁽⁹⁻¹⁰⁾ e há um aumento da vulnerabilidade para dor crônica com o envelhecimento.⁽¹¹⁾

Segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor⁽¹²⁾ este é um problema de saúde em crescimento no país e significa um importante prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. A extensão deste problema de saúde foi demonstrada em um estudo com 451 idosos concluindo que cerca de 51% dessa população padecia de algum tipo de síndrome dolorosa crônica.⁽¹³⁾

Além de ser um problema prevalente e de alto custo pessoal e social, tem elevadas taxas de comorbidade com transtornos mentais (ex.: depressão, ansiedade) e acarreta importantes prejuízos sobre o bem estar, a qualidade de vida, a independência e os relacionamentos sociais.^(2,11,14-20)

Avanços na compreensão das síndromes dolorosas ampliaram o conceito de dor, tornando-o compatível com o modelo biopsicossocial de saúde sendo então

compreendida como uma interação complexa entre fatores biológico, cognitivo, emocional, comportamental.⁽²¹⁻²²⁾ Favoreceram também o desenvolvimento de pesquisas e de modelos de intervenção, que passaram a considerar características pessoais, história de vida, estratégias de enfrentamento e crenças quanto à origem e controlabilidade da dor, bem como a sua influência na percepção e intensidade dos estímulos dolorosos.^(1,3,22-25) Além disso, os modestos benefícios dos métodos farmacológicos tradicionais contribuíram para o crescente interesse na relevância dos fatores psicossociais na compreensão e manejo da dor crônica.^(1,20,22)

Tais contribuições estimularam a construção de modelos multifatoriais para a compreensão do ciclo de dor crônica e o desenvolvimento de pesquisas visando identificar os fatores psicossociais envolvidos na percepção e avaliação da experiência dolorosa.⁽²⁶⁾ Pesquisas apontam um alto índice de afastamento das atividades profissionais em uma população de portadores de dor crônica, além de significativa prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e pacientes com alto risco de suicídio.⁽²⁷⁻²⁸⁾

Os transtornos mentais podem ser compreendidos como os componentes afetivos no ciclo da dor, não sendo apenas consequência da síndrome dolorosa persistente e seu impacto na qualidade de vida, mas também um fator de manutenção do processo algico. Segundo alguns autores, há dados na literatura que evidenciam o papel da depressão, da ansiedade, e da catastrofização como fatores que influenciam a percepção à dor e seus indicadores de incapacidade.⁽²⁹⁻³¹⁾ Nesse sentido, o componente afetivo da dor envolve diferentes emoções, como tristeza, ansiedade e raiva. Essas emoções interagem com a dor e tem um impacto sobre ela, aumentando a percepção e o nível de intolerância do paciente aos sintomas dolorosos. Estão também associadas ao término precoce ou

abandono do tratamento, à gravidade da dor, e a complicações e duração da hospitalização após uma cirurgia.⁽³²⁾

No ciclo da dor, os fatores comportamentais também recebem destaque. Ogden⁽³³⁾ classifica expressões faciais de dor e gemidos, movimentos estereotipados, evitação de atividades físicas como comportamentos de dor e sugere que os mesmos são reforçados por meio de favorecimentos, atenção e ganhos secundários com potencial para intensificar a percepção da dor, por outro lado, a autora alerta que os comportamentos de dor também favorecem a inatividade física, o isolamento social, o enfraquecimento muscular e a construção de uma autoimagem doentia.

Atentando aos fatores comportamentais da dor, Oliveira⁽³⁴⁾ também destaca os ganhos secundários como fatores importantes em casos de queixas desproporcionais e relatos de incapacidade física. O autor atenta para que os profissionais de saúde não venham legitimar comportamentos disfuncionais que dificultarão o progresso do tratamento.

Pimenta⁽³⁵⁾ observa que muitos pacientes passam anos se submetendo a tratamentos agressivos e buscando diversas especialidades médicas, alegando sérias incapacidades físicas e prejuízos em aspectos de sua vida pessoal e profissional, mas que no entanto, não aderem a tratamentos que visam mudanças de comportamentos por meio de programas de exercícios físicos, relaxamento, redução do uso de medicações e readaptação ao trabalho. Segundo a autora:

“Doentes com dor crônica, frequentemente, apresentam crenças, atitudes e comportamentos errôneos, possivelmente aprendidos pela experiência de dor aguda. Muitos doentes acreditam que se há dor, há lesão e uma "causa" para a dor, e que esta ‘tem’ de ser ‘descoberta’, que deve ser imobilizada a região com dor, que a atividade física piora a lesão, que suas emoções não têm relação com a dor, que dor sempre resulta em incapacidade, que merecem atenção especial

pela sua situação de dor e que o único resultado aceitável para seu quadro é a eliminação total da dor.”

Essa citação introduz outra variável importante para uma compreensão multidimensional do ciclo da dor: os fatores cognitivos.

Há evidências de que as crenças e consequentes atitudes disfuncionais frente a dor crônica podem agravar a extensão de incapacidade física e o impacto na qualidade de vida do paciente além de dificultar a adesão ao tratamento e favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais em especial a ansiedade e a depressão.⁽³⁶⁻³⁸⁾ Para Ogden,⁽³³⁾ uma das maiores influências na experiência de dor são os fatores cognitivos. Para esta autora, o significado da dor para o indivíduo pode ser determinante no modo com que a síndrome dolorosa irá afetar a vida do paciente.

A relação entre as crenças sobre uma determinada doença e a sua influência nas emoções e comportamentos do indivíduo é um campo de pesquisa em franco crescimento.⁽³⁹⁻⁴⁴⁾ Para Leventhal *et al.*,⁽⁴⁵⁾ o modo de enfrentamento de uma doença crônica está associado as representações do indivíduo sobre a doença e suas crenças de autoeficácia para lidar com sintomas/tratamento e percepção de controle sobre sua própria saúde. Demonstrando essa teoria, Mos-Morris *et al.*,⁽⁴⁶⁾ concluíram que crenças de incontrollabilidade da doença estariam relacionadas a maiores dificuldades de ajustamento emocional e menor comprometimento comportamental em pacientes com diagnóstico de fadiga crônica.

Dentre os fatores cognitivos as crenças de autoeficácia têm recebido destaque em estudos sobre a dor crônica.⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾ O conceito de Autoeficácia elaborado na década de 70 por Albert Bandura, diz respeito à percepção que o indivíduo possui sobre suas próprias competências para o enfrentamento de alguma situação problema e destaca o

importante papel das crenças pessoais na cognição e no comportamento humano. Nesse sentido, pessoas com senso de autoeficácia elevado tendem a ser mais persistentes e propensas ao engajamento em atividades desafiadoras, por outro lado, o baixo senso de autoeficácia pode estar relacionado com pouca motivação, pessimismo quanto a capacidade de desenvolvimento pessoal, ansiedade, depressão e desamparo.⁽⁵¹⁻⁵³⁾

Estudos sobre a autoeficácia em pacientes com dor crônica têm demonstrado associação entre essa variável e o controle da dor, adesão ao tratamento e funcionalidade física e emocional.⁽²⁴⁾ Entre 132 participantes de um estudo, o elevado senso de autoeficácia esteve associado a menos sintomas depressivos e níveis baixos de incapacidade e melhor resultado final em um tratamento para dor crônica. Para os autores, mais do que a etiologia, as atribuições de significado elaboradas pelo paciente sobre seu problema são determinantes no modo de enfrentar essa situação.⁽⁴⁸⁾

Muitas pesquisas vêm demonstrando a eficiência de modelos de intervenção psicológica em tratamentos para dor crônica. Em especial a Terapia Cognitivo Comportamental vem ao longo das últimas décadas acumulando indicações favoráveis quanto a sua eficiência e custo benefício em modelos de intervenção voltados para atendimentos em grupo e individual.⁽⁵⁴⁻⁶¹⁾

De uma forma geral, os modelos de Psicoterapia Cognitivo Comportamental em tratamentos de dor crônica incluem: orientações sobre a abordagem cognitivo comportamental; o esclarecimento dos princípios multifatoriais no ciclo da dor; a associação entre as suas percepções, emoções e comportamentos e o grau de incapacidade atribuído a dor; a identificação e modificação de crenças, atitudes, e comportamentos desadaptativos; o ensino de técnicas para manejo de dor como o

relaxamento muscular progressivo e técnicas de visualização; a utilização de manuais e vídeos educativos.⁽⁶²⁻⁶⁵⁾

Romero *et al.*,⁽⁶⁶⁾ apresenta em seu estudo um modelo de intervenção combinando acompanhamento farmacológico, Terapia Cognitivo Comportamental, grupos de educação sanitária (visando fornecer informações adequadas à população sobre sua doença), e um programa sistematizado de reabilitação física. A combinação destas técnicas alcançou melhora significativa em todos os aspectos prejudicados pela síndrome dolorosa, além de modelar nos pacientes comportamento de menor dependência aos serviços de saúde.

Para Singhet *al.*,⁽⁶⁷⁾ sessões de Terapia Cognitivo Comportamental visando reduzir a utilização de comportamentos disfuncionais, tais como repouso excessivo e o monitoramento constante de sintomas corporais, apresentam resultados promissores em pacientes com fibromialgia,

Walshet *al.*,⁽⁶⁸⁾ sugere uma dinâmica retroalimentativa entre crenças disfuncionais sobre a dor e o nível de incapacidade percebido pelo paciente. Desse modo, segundo os autores, a Psicoterapia Cognitivo Comportamental ao intervir nas crenças disfuncionais sobre a dor pode levar a melhoras na percepção dos pacientes quanto ao seu grau de incapacidade física.

Turner *et al.*,⁽²⁴⁾ destaca o potencial da Terapia Cognitivo Comportamental em beneficiar pacientes com diferentes diagnósticos de dor crônica, segundo os autores, os resultados de sua pesquisa, apoiada por outros estudos, demonstraram que este tipo de intervenção opera alterações nas crenças de controle, incapacidade e autoeficácia para o manejo da dor.

Yoshino *et al.*,⁽⁶⁹⁾ descreve um programa estruturado de 12 sessões combinando psicoeducação sobre a dor crônica com técnicas de auto monitoramento, métodos de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, ativação comportamental, reestruturação cognitiva por meio de identificação e substituição de crenças disfuncionais por crenças mais adaptativas. O programa de terapia é complementado com orientações para preservação dos benefícios alcançados e prevenção de recaídas. Os resultados apontam que a TCC proporcionou benefícios clínicos de longo prazo para os pacientes, com redução na intensidade da dor, nos indicadores de depressão e ansiedade, apresentando também melhorias no funcionamento social.

Segundo Spira,⁽⁷⁰⁾ a intervenção em grupos de saúde é uma fonte de suporte social e diminui a sensação de isolamento por ser uma experiência em que todos os participantes vivenciam situações semelhantes e trabalham em prol de um mesmo objetivo. Para este autor, o grupo também permite uma oportunidade para o compartilhamento de estratégias e a modelagem de comportamentos adaptativos frente aos desafios do tratamento de saúde.

Whiteet *al.*,⁽⁷¹⁾ apresenta a Psicoterapia Cognitivo Comportamental em grupos como uma oportunidade para troca de informações e de estímulo ao desenvolvimento de novas formas de perceber as adversidades, para estes autores, o contato com outras pessoas vivenciando o mesmo problema permite aos pacientes novos parâmetros para avaliar seu próprio desempenho frente às dificuldades do tratamento.

No Brasil são escassos os registros de pesquisas voltadas para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas a pacientes com diagnóstico de dor crônica.⁽⁷²⁾ A relação de custo benefício favorável e os bons resultados em intervenções grupais utilizando técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental podem ser uma base

promissora a programas de modificação de comportamentos de dor. Um modelo de intervenção adaptado às características da população e instituições brasileiras, e que seja eficaz na promoção de autoeficácia em portadores de dor crônica poderá trazer benefícios importantes à qualidade de vida de pacientes e familiares, melhorar os resultados dos tratamentos disponíveis e beneficiar os investimentos destinados a este setor da saúde pública.

1.1OBJETIVOS

- ✓ Avaliar o nível de dor, a autoeficácia, as crenças e atitudes frente a dor e indicadores de depressão e ansiedade em pacientes com diagnósticos de dor crônica não oncológica.
- ✓ Testar o impacto do programa de psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo como modelo psicológico de atuação para tratar pacientes com dor crônica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Seleção dos Pacientes

Foram elegíveis pacientes com idade entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos, em acompanhamento na Clínica de Dor do Hospital de Base.

Critérios de Inclusão dos Participantes dos dois Grupos

- apresentar quadro de dor persistente a no mínimo seis meses;
- estar em acompanhamento na Clínica de Dor do Hospital de Base;
- ter idade entre 18 e 70 anos;
- aceitar participar da pesquisa e consentir sua participação voluntariamente, após a leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).
- apresentar disponibilidade para participar semanalmente do grupo de intervenção (apenas para o Grupo Experimental).

Critérios de Exclusão dos Participantes dos Dois Grupos

- Apresentar transtornos psiquiátricos graves (a partir de registro em prontuário ou na avaliação psicológica inicial)
- Pacientes com uso abusivo de álcool ou outras drogas;
- Pacientes com comprovação de déficit intelectual (registrado no prontuário) e/ou que possuam outras dificuldades físicas (por exemplo: deficiência auditiva crônica e doenças neurodegenerativas), que não permitam a participação no estudo.
- Ser pacientes com dor oncológica;
- Estar em tratamento psicoterapêutico (Figura 1).

Delineamento e local do Estudo

O presente trabalho se constitui numa pesquisa do tipo experimental, com delineamento quase-experimental. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME). Para uma melhor apresentação dos dados os resultados serão descritos em duas partes: a) características psicossociais de pacientes com dor crônica; e b) terapia cognitivo comportamental em grupo para pacientes com dor crônica.

Participantes

Participaram da primeira parte deste estudo 114 pacientes adultos em tratamento de dor crônica. Após aceitarem participar do estudo, os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental e Grupo Controle conforme demonstrado na figura 1. Todos seguiam atendimento na Clínica de Dor do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME, durante o período de agosto de 2009 a julho de 2013.

Grupo Experimental

O grupo experimental foi composto por 31 adultos com diagnóstico de dor crônica de ambos os sexos, com idades variando entre 27 e 70 anos.

Grupo Controle

O grupo controle foi composto por 28 adultos com diagnóstico de dor crônica de ambos os sexos, com idades variando entre 25 e 67 anos.

Procedimentos:

Inicialmente, todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e logo após foram submetidos ao protocolo de pesquisa. Os critérios de exclusão após a aplicação da entrevista diagnóstica foram ainda considerados

antes da etapa de randomização, a fim de evitar que pacientes com outros transtornos psiquiátricos sejam incluídos em algum dos grupos do estudo.

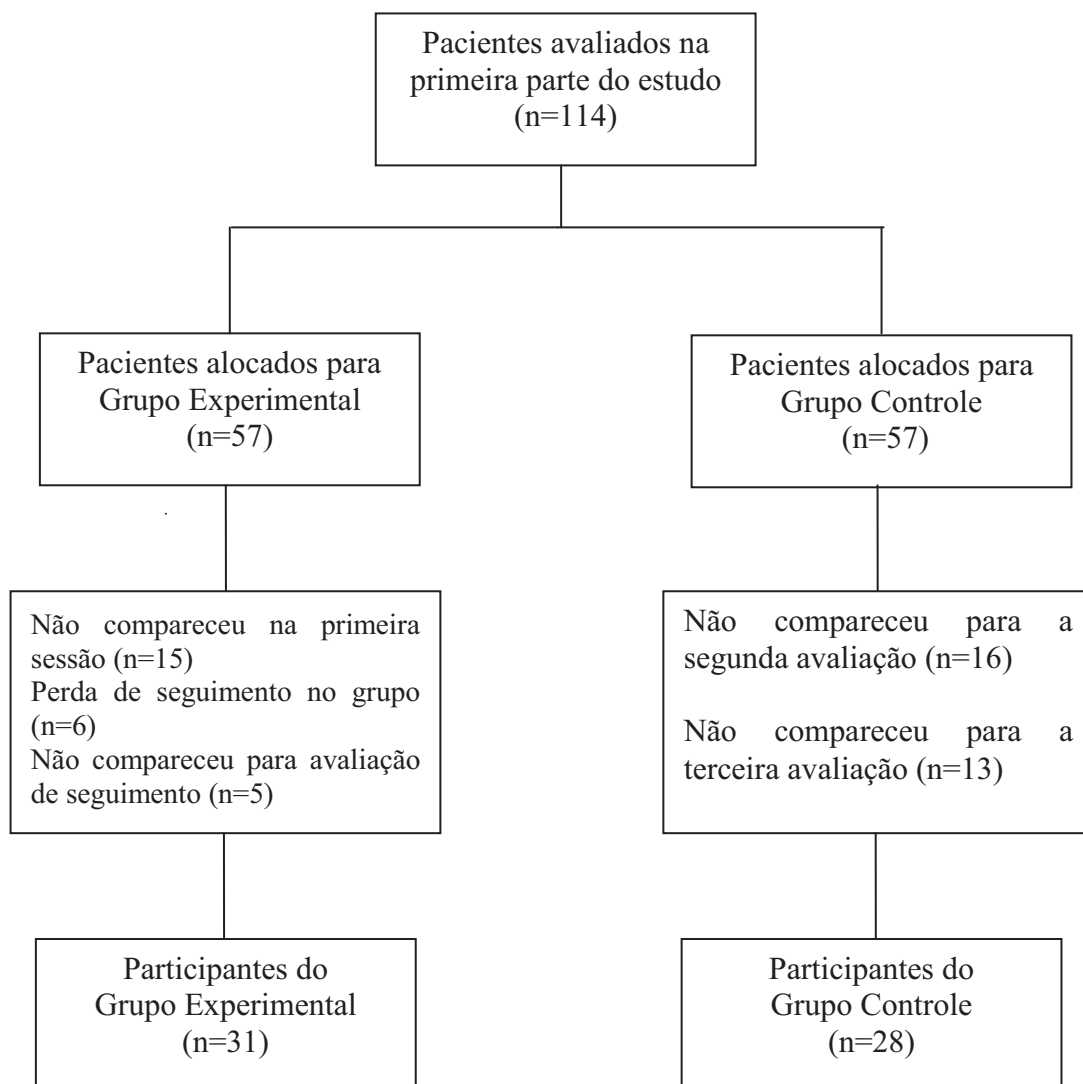


Figura 1. Fluxograma com a distribuição dos participantes no estudo

Tanto os participantes do grupo experimental quanto do grupo controle foram abordados durante as consultas na Clínica de Dor. Em seguida à verificação dos critérios de inclusão e exclusão para o estudo, o paciente era esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e as atividades envolvidas, e convidado a participar do estudo. Após a

autorização, os participantes responsáveis assinavam o Termo de Consentimento Esclarecido e preenchiam a Ficha de Identificação.

Os participantes do grupo experimental foram comunicados que receberiam uma carta com a data de início do programa. As cartas foram enviadas pelo pesquisador responsável via Ambulatório de Psicologia. Após ter pelo menos oito participantes (número estabelecido para início de cada GE)

Randomização dos pacientes:

Pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram alocados por meio de randomização estratificada em categorias diagnósticas para receber intervenção Cognitivo Comportamental ou participar como controle.

Intervenção e Protocolo do Estudo

Os dados demográficos e clínicos, bem como os questionários, foram coletados em ambos os grupos, no início do estudo. Após o final da intervenção e após 3 meses de acompanhamento os questionários foram reaplicados.

Materiais

Ficha de identificação e entrevista semidirigida (Apêndice B)

A dor foi mensurada pela Escala Numérica de Dor (END) (Anexo 1).⁽⁷³⁾ Esse instrumento avalia o nível de dor a partir de uma auto avaliação e consiste em uma régua de 10 centímetros de comprimento, numerada, na qual há indicação na extremidade esquerda de “sem dor” (correspondente a 0) e, na direita de “pior dor que já senti” (correspondente a 10). Os participantes foram instruídos a fazer uma marca na reta que corresponde à própria avaliação da intensidade de sua dor. Quanto mais altos os valores, maior a intensidade da dor.

Ficha de identificação para coleta de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, procedência, trabalho) e dados clínicos (duração da dor, localização da dor e diagnóstico médico).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety Depression Scale) – HADS (Anexo 2). O instrumento contém 14 questões, sendo 7 itens para indicadores de ansiedade (HADS A) e 7 itens para indicadores de depressão (HADS D). Os escores de ansiedade e depressão foram calculados a partir da soma das questões HADD1 a HADD7, para depressão e a soma das questões HADA1 a HADA7 para ansiedade. Segundo o critério sugerido por Botega (1998), adotou-se como ponto de corte 8, tanto para indicativo de ansiedade, quanto de depressão. Para avaliar indicadores de ansiedade e depressão a HAD não utiliza critérios somáticos comuns em muitas doenças crônicas como fadiga, perda do apetite e alterações do sono. É um instrumento que permite avaliar sintomas subjetivos específicos, demonstrando, no seu resultado final, a necessidade ou não do uso de outros métodos diagnósticos adequados, na identificação e na condução do tratamento.⁽⁷⁴⁾

Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) – Escala desenvolvida para avaliar a percepção de autoeficácia e a capacidade do paciente com dor crônica para lidar com as consequências da dor (Anexo 3). O instrumento tem 22 itens nos quais o entrevistado indica suas crenças quanto a habilidade pessoal de desempenhar atividades específicas ou alcançar resultados específicos relacionados a dor, coping e funcionalidade. O instrumento é formado por três domínios: autoeficácia para controle da dor (EAD), autoeficácia para funcionalidade (AEF) e autoeficácia para lidar com sintomas (AES). Cada item varia de 0 a 100 e os escores para cada domínio variam de 10 a 100. Os valores mais altos indicam melhor autoeficácia.⁽⁴⁷⁾

O Inventário de Atitudes Frente a Dor versão breve (IAD-breve) foi utilizado apenas na primeira parte do estudo e consta de 28 itens, correspondentes a sete domínios de crenças e atitudes frente à dor: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, medicação, emoção e dano físico (Anexo 4). O domínio Solicitude diz respeito a quanto o paciente acredita que as outras pessoas (especialmente familiares) precisam ser mais solícitos a ele quando estiver sentindo dor; o domínio Emoção avalia o quanto o paciente acredita que as emoções influenciam em sua dor; o domínio Cura Médica avalia a força das crenças do paciente em uma cura total para sua dor; o domínio Controle diz respeito a quanto o paciente acredita ser capaz de controlar a sua dor; o domínio Dano Físico avalia o quanto o paciente acredita que sua dor será agravada com atividades físicas; o domínio Incapacidade avalia o quanto o paciente acredita estar incapacitado pela dor; e o domínio Medicação avalia o quanto o paciente acredita no medicamentos como a melhor forma de tratar a dor crônica. O escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4. Não há pontos de corte, nem resposta certa ou errada, mas há orientações de respostas mais desejáveis por serem consideradas, pelo autor do inventário, como hipoteticamente mais adaptativas. Nesse sentido seria desejável para os domínios Emoção e Controle escore com valor igual a 4 e para os domínios Solicitude, Cura médica, Danos físico, Incapacidade e Medicação escore com valor igual a 0.⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾

Materiais audiovisuais e gráficos

- Aparelho de som;
- Folheto com orientações para conviver melhor com a dor crônica (ApêndiceC).
- Folheto com orientações para higiene do sono (ApêndiceD).

Procedimento

Avaliação inicial

A primeira etapa do programa consistiu de uma avaliação inicial realizada em grupo em uma sala de reuniões do Ambulatório do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME por aproximadamente uma hora e trinta minutos. Primeiramente foi aplicada entrevista semidirigida e logo após a escala Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) e a Escala de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety Depression Scale).

Os instrumentos foram entregues para que os participantes respondessem, no entanto, devido a algumas dificuldades de leitura e compreensão, o pesquisador e uma psicóloga aprimoranda devidamente treinada lia, quando necessário, os itens em voz alta e esclarecia as dúvidas. Esse processo foi repetido nas três avaliações, para os sujeitos do GE.

Participantes do Grupo Controle receberam o mesmo procedimento, também foram notificados por carta para responder aos instrumentos de avaliação em entrevista individual na sala do Serviço de Psicologia Instituto do Câncer onde é alocada a Clínica de Dor. Ao término da avaliação inicial foi agendada a reavaliação. Posteriormente era agendado o retorno (seguimento), com os mesmos intervalos de tempo do Grupo Experimental.

Reavaliação

Para verificar os efeitos do programa de intervenção psicológica executado com o Grupo Experimental, os participantes dos dois grupos (experimental e controle) foram reavaliados em torno de 10 semanas após a avaliação inicial, ou seja, no término do programa de intervenção realizado com o GE. Foram aplicados os mesmos instrumentos e critérios de aplicação da avaliação inicial e ao término foi agendada a data da avaliação do

seguimento, sendo que todos os participantes foram lembrados por telefone com uma semana de antecedência.

Seguimento

O seguimento ocorreu três meses após a reavaliação e foram utilizados os mesmos instrumentos e critérios de aplicação das avaliações anteriores.

Grupo experimental

O Grupo Experimental foi submetido a um programa de intervenção psicológica baseado no modelo da Terapia Cognitivo Comportamental com formato psicoeducativo. O programa que foi concebido para auxiliar os pacientes a se verem como participantes ativos em seu tratamento, foi realizado em uma sala de reuniões do ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto e foi coordenado e executado pelo psicólogo responsável pelo estudo. Todos os participantes, de ambos os grupos, passaram por consulta na Clínica de Dor em caráter de rotina do ambulatório. Todos os participantes avaliados com indicadores de transtornos mentais graves foram encaminhados para atendimento especializado em outros ambulatórios da instituição e quando necessário em outros serviços.

O modelo cognitivo da dor crônica parte da premissa de que o comportamento e as emoções são influenciados por interpretações pessoais e enfatiza o papel das crenças, perspectivas e repertório de enfrentamento dos pacientes na percepção da dor e nos níveis de incapacidade associados. Nesse sentido, a intervenção da TCC fundamenta-se na utilização de técnicas que permitam ao paciente identificar os fatores cognitivos e comportamentais relacionadas com a dor e apoia-se na hipótese de que os efeitos incapacitantes da dor crônica devem diminuir quando o paciente começa a ver a dor menos como uma catástrofe sobre qual ele não tem controle e mais como uma condição até certo

ponto controlável preservando desse modo aspectos essenciais de sua vida como atividades ocupacionais, lazer e relacionamentos interpessoais.

O programa constou de 10 sessões, com periodicidade de um encontro a cada semana, duração de aproximadamente noventa minutos sendo: nove sessões com a participação apenas dos pacientes, e uma sessão específica para seus familiares. A intervenção foi constituída e fundamentada de acordo com os objetivos propostos na pesquisa, pela experiência do pesquisador com intervenção em grupos de pacientes com dor crônica e com a literatura pertinente da área.⁽⁷⁷⁾

O enfoque principal da sessão com os familiares foi esclarecer sobre a natureza persistente da dor e a necessidade de um engajamento permanente em mudanças de hábitos e adesão aos programas de reabilitação para a dor. Foi apresentado o papel da família no tratamento e ofertadas orientações quanto a necessidade de reforçar autonomia, de apontar os avanços, de auxiliar o paciente a perceber as melhoras proporcionadas pelo tratamento sem desconsiderar possíveis limitações que o processo de dor crônica ainda poderá impor sobre o indivíduo em suas atividades de vida diária, vida social e capacidade de trabalho.

Como as sessões devem ter um número limitado de participantes foi planejado estabelecer quatro grupos de intervenção, cada um com um mínimo de oito e um máximo de doze participantes. Cada sessão foi estruturada em torno de um tema central que foi apresentado brevemente de forma expositiva, alguns deles com ilustrações para facilitar a aprendizagem, uma revisão dos tópicos da sessão anterior; e uma tarefa de casa para reforçar a aprendizagem. Foi utilizada uma linguagem simples para facilitar a assimilação dos termos e conceitos técnicos da TCC. Os participantes deveriam ter frequência de no mínimo 70% para caracterizar intervenção. A descrição detalhada do programa de tratamento com Terapia Cognitivo Comportamental está apresentada em Anexo 5.

Técnicas utilizadas no programa de intervenção:

- **Psicoeducação sobre TCC:** a psicoeducação é um componente básico de todos os programas cognitivo comportamentais, que envolve o aprendizado de princípios da abordagem como a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. O processo implica desenvolver uma compreensão clara das relações entre como as pessoas pensam, como sentem e o que fazem.
- **Reestruturação cognitiva:** essa técnica auxilia o paciente a identificar os pensamentos disfuncionais diante de determinadas situações, fazer o teste de realidade e corrigir os conteúdos distorcidos.
- **Ensaio comportamental:** é uma técnica de dramatização na qual o paciente vivencia situações ansiogênicas ou de difícil resolução. Permite que novas habilidades sejam identificadas e soluções alternativas sejam destacadas. Deste modo, observar os outros moldando comportamentos adequados ou habilidades pode resultar no ensaio de um novo comportamento em simulações, antes de ele ser praticado no seu cotidiano.
- **Treino de Respiração Diafragmática:** é um método rápido pelo qual a pessoa pode se concentrar e melhor gerenciar o domínio da sua respiração. Pode-se usar esse método em qualquer lugar e é necessário praticar diariamente. No presente estudo os participantes do grupo de intervenção foram instruídos da seguinte maneira: inspire lenta e profundamente, segure a respiração por cinco segundos e, depois, expire lentamente. Enquanto expira diga para si mesmo “relaxe”. Isso ajudará no controle do seu corpo e a se sentir mais calmo.
- **Relaxamento Muscular Progressivo:** é treino que permite o relaxamento voluntário de grupos musculares gerando um estado de relaxamento fisiológico e psicológico e reduzindo a resposta ao estresse, e diminuindo a sensação de dor.

- **Treino de Higiene do Sono e Controle de Estímulos:** A higiene do sono é um método que visa educar os hábitos relacionados à saúde (ex: a dieta, o exercício físico e o uso de substâncias de abuso) e ao comportamento (ex: a luz, os barulhos, a temperatura e o colchão) que sejam benéficos ou prejudiciais ao sono. Controle de estímulos refere-se a uma técnica baseada na premissa de que a insônia é uma resposta condicionada aos fatores temporais (tempo despendido na cama) e ambientais (quarto de dormir/cama) relacionados com o sono. Sendo assim, o seu principal objetivo é treinar o insone a novamente associar o quarto de dormir e a cama com um rápido início do sono.
- **Treino de resolução de problemas:** busca melhorar a capacidade pessoal de enfrentamento ativo de situações desafiadoras e envolve o aprendizado e habilidades para uma definição e formulação adequada do problema; o levantamento de alternativas realistas e que estejam no controle do indivíduo; a tomada de decisão a partir de um plano de resolução passo a passo; e a verificação dos resultados obtidos.
- **Treino em habilidades sociais:** basicamente envolve ensinar técnicas específicas para melhorar de habilidades sociais ou de comportamentos relativos à comunicação, conversação, assertividade, entre outras, aumentando a probabilidade de obter reforço positivo, o que favorece um relacionamento saudável e produtivo com outras pessoas. Neste estudo foram focadas as habilidades sociais em relação aos profissionais da saúde e a interação com os familiares tais como: expressar adequadamente suas emoções e necessidades; dizer não; participar de atividades esportivas e sociais.

Grupo controle

Os participantes do grupo controle receberam atendimento padrão oferecido pela equipe da Clínica de Dor (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social) durante os dias de consultas agendados; sua frequência de atendimento era variável. A Clínica de Dor possui outra proposta de grupo multidisciplinar chamada Clínica da Alegria onde os participantes são estimulados por meio de dinâmicas a interação social, ao movimento e atividades lúdicas. Os participantes do GC não foram submetidos ao programa de intervenção Cognitivo Comportamental proposto para o GE.

Plano de análise de dados

Devido à ausência de distribuição normal das variáveis dependentes, demonstrada pelo teste de Kolmogorov and Smirnov -KS- ($p < 0.05$), as análises inferenciais da comparação e correlação entre as variáveis foram realizadas por meio de testes não-paramétricos. Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, para o cálculo de correlação foi adotado o teste de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de $p < 0.05$. Para análise estatística foi utilizado o programa computacional GraphPad InStat Windows version.

3 RESULTADOS

3.1- Características psicossociais de pacientes com dor crônica

Cento e quatorze pacientes com diagnóstico de dor crônica não oncológica de etiologia variada em tratamento na Clínica de Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP foram avaliados entre Agosto de 2009 e Fevereiro de 2011. As entrevistas ocorreram no ambulatório em sessões individuais e foram coordenadas por psicólogos treinados na aplicação dos instrumentos. Os participantes foram alocados aleatoriamente. Neste período foram abordados 136 pacientes, 14 não compareceram a sessão de avaliação e 8 recusaram-se a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: maior de 18 anos, dor há pelo menos 3 meses, e diagnóstico médico de dor crônica.

Predomínio do sexo feminino (79%), com nível de escolaridade fundamental (50%), idade média de 47,2 anos variando entre 18 e 77 anos. Quanto à atividade profissional, cerca de 71% encontravam-se inativos sendo: 57 afastados, 6 desempregados e 18 aposentados (Tabela 1).

A intensidade de dor avaliada a partir da Escala Numérica de Dor variou entre 1 e 10 pontos com intensidade média de 7,6 pontos. O tempo médio de duração da dor variou entre seis meses e quarenta anos, com média de 95 meses, cerca de 7,9 anos (Tabela 2).

Os resultados do Inventário de Atitudes Frente a Dor (IAD) apontam altos índices de expectativas de cura total da dor (2,74), e uma tendência maior nesta amostra a crenças na medicação como a medida mais eficaz para tratamento da dor (2,96), e da

percepção da dor associada a dano físico (2,3) e incapacidade (2,9), além de crenças de incontrolabilidade da dor (1,7).

Tabela 1. Características sociodemográficas de paciente com dor crônica

Variáveis	Participantes	
	n	%
Sexo		
Feminino	90	79
Masculino	24	21
Total	114	100
Idade		
18 a 25 anos	3	2,6%
25 a 40 anos	29	25,4%
41 a 55 anos	55	48,2%
56 a 70 anos	23	20,2%
>70 anos	4	3,6%
Total	114	100
Média de idade (anos)	47,2(±12.614)	
Escolaridade		
1º grau	75	65,8
2º grau	36	31,6
Superior	3	2,6
Total	114	100
Condição Empregatícia		
Empregado	17	14,9
Do Lar	15	13,2
Desempregado	6	5,3
Aposentado	18	15,8
Afastado	57	50
Estudante	1	0,8
Total	114	100

Os dados da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC) apontam que 72 pacientes (63%) apresentaram baixa autoeficácia frente ao controle de sintomas, e percepção de capacidade de lidar com a dor ao realizar suas tarefas de vida diária.

Tabela 2. Características clínicas de pacientes em tratamento de dor crônica

Variáveis	Participantes	
	n	%
Diagnóstico		
Fibromialgia	34	29,7
Lombalgia	37	32,5
Dor neuropática	37	32,5
Cefaleia	2	1,8
Outros	4	3,5
Total	114	100
Tempo de dor (meses)		
0 – 60	58	50,9
61 – 120	33	28,9
>120	23	20,2
Total	114	100
Tempo médio (em meses)	95,41(±92.393)	
Nível de dor		
0-4	2	1,8
5-7	47	41,2
8-10	65	57
Total	114	100
Nível médio de dor	7,6 (±1,579)	

Nesta amostra 63 pacientes (55%) apresentaram indicadores de depressão segundo HAD-D e 62 pacientes (53%) apresentaram indicadores de ansiedade (24,12%). Destes, 41 (36%) apresentaram indicadores de ansiedade e depressão concomitantes. Os resultados do teste de Spearman apontam forte correlação negativa entre os escores de autoeficácia e os indicadores depressão ($p < 0.0001$ $r = -0.6372$) e autoeficácia e os indicadores de ansiedade ($p < 0.0001$ $r = -0.4525$). Mulheres apresentaram escores médios de autoeficácia menores que a amostra masculina, porém sem uma diferença estatística significativa ($p = 0,3102$). O teste de Spearman aponta

correlação negativa dos escores de autoeficácia com as subescalas de Dano ($p < 0,001$ $r = -0.4172$), Medicação ($p < 0,001$ $r = -0.3014$), Incapacidade ($p < 0,001$ $r = -0.5042$), Solicitude ($p = 0.0174$ $r = -0.224$); correlação positiva com subescala Controle ($p = 0.0006$ $r = 0.3185$); e sem indicadores de correlação com as subescalas Cura ($p = 0.601$ $r = 0.04950$) e Emoção ($p = 0.0807$ $r = -0.1643$) (Tabela 3).

A análise dos escores médio de autoeficácia e de dados clínicos e sociodemográficos aponta correlação negativa entre crenças de autoeficácia e intensidade da dor ($p = 0.0128$ $r = -0.234$). Não há correlação entre crenças de autoeficácia e a idade ($p = 0.3108$ $r = -0.09576$). Análise dos dados aponta correlação negativa entre tempo de convivência com a dor e indicadores de autoeficácia ($p = 0.002$ $r = -0.3402$). Comparando as médias de pacientes agrupados em três categorias (de seis meses a 60 meses; de 61 meses a 120 meses e mais de 120 meses) observa-se uma queda nos indicadores de autoeficácia a medida que aumenta o tempo de convivência com a dor (Figura 2).

Observa-se uma relação entre autoeficácia e atividade profissional. Comparando as médias dos escores de autoeficácia (186.89 DP=51.379) entre participantes profissionalmente ativos (envolvidos em atividades remuneradas e não remuneradas) e a média de escores de autoeficácia (153 DP= 48.467) de participantes profissionalmente inativos (afastados, aposentados, desempregados e sem envolvimento com atividades não remuneradas) observa-se uma diferença estatisticamente significativa nos indicadores de autoeficácia ($p = 0.0035$). Comparando-se o nível médio de dor entre ativos (7.58 DP= 2.062) e inativos (7.62 DP= 1.359), não foi encontrada diferença significativa na intensidade média de dor entre os dois grupos ($p = 0.7434$). No entanto quando comparados o tempo de convivência com a dor entre os dois grupos encontra-se

resultados significantes. No grupo de participantes profissionalmente ativos o tempo médio de convivência com a dor é 63 meses (DP=50.807) enquanto no grupo de participantes profissionalmente inativos o tempo médio de convivência com a dor é de 108 meses (DP=102.22) apresentando uma diferença significativa ($p=0.0177$) no teste de Mann-Whitney.

Tabela 3. Correlação entre indicadores de autoeficácia e outras variáveis

Variáveis	AEDC	P
Sub escalas IAD		
Dano	r= -0.4172	<0,0001*
Solicitude	r= -0.224	0.0174*
Medicação	r= -0.3014	<0,0001*
Incapacidade	r= -0.5042	<0,0001*
Controle	r= 0.3185	0.0006*
Cura	r= 0.04950	0.601
Emoção	r= -0.1643	0.0807
HAD- D	r= -0.6372	<0.0001*
HAD-A	r= -0.4525	<0.0001*
Tempo de dor	r= -0.3402	0.0002*
Intensidade da dor	r= -0.234	0.0128*
Idade	r= -0.09576	0.3108

Autoeficácia (AEDC); Crenças e atitudes frente a dor (IAD); Indicadores de ansiedade (HAD-A); Indicadores de depressão (HAD-D).

* Correlação estatisticamente significativa entre as variáveis. Teste de Spearman , $p < 0,005$.

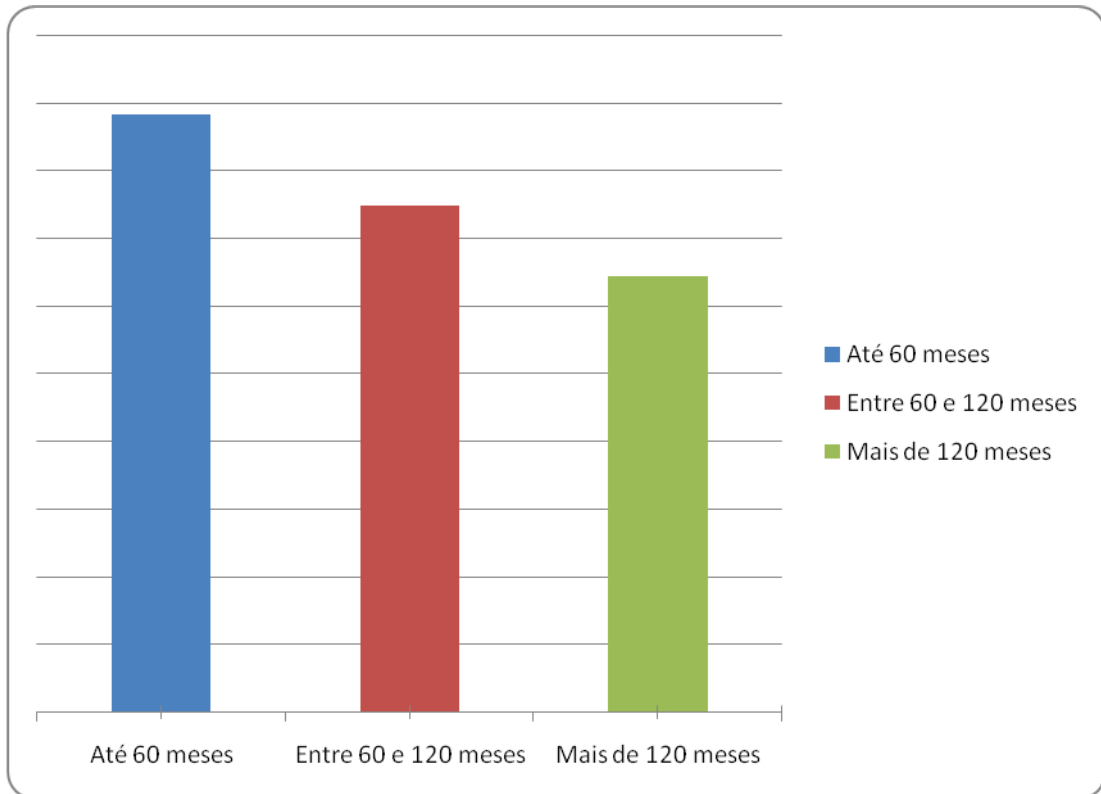


Figura 2. Comparação entre o tempo de convivência com a dor e indicadores médios de autoeficácia.

Os dados também apontam uma diferença significativa quanto aos escores de ansiedade ($p=0.0474$) e de depressão ($p=0.0109$). Pacientes inativos apresentaram indicadores mais elevados de depressão (10.83 DP= 4.66) e de ansiedade (10.78 DP= 4.458) do que pacientes em atividade profissional que apresentaram escore médio de depressão igual 8.01 pontos (DP=5.614) e escore médio de ansiedade de 8,94 pontos (DP=5.015).

3.2-Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes com dor crônica

Dados clínicos e sociodemográficos

Participaram desta etapa do estudo 57 adultos com dor crônica. Destes, 31 compreendem o Grupo Experimental (GE) e 26 o Grupo Controle (GC). Os dados

sociodemográficos dos participantes estão descritos na Tabela 4. Pode-se observar, tanto no grupo experimental como no grupo controle, que houve predominância de participantes do sexo feminino, com idade entre 41 e 55 anos e com nível de escolaridade fundamental.

Tabela 4. Variáveis sociodemográficas do Grupo Experimental e do Grupo Controle

Variáveis	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	24	77	22	78
Masculino	7	23	6	22
Total	31	100	28	100
Idade				
25 a 40 anos	4	13	4	15
41 a 55 anos	21	68	17	60
56 a 70 anos	6	19	7	25
Total	31	100	28	100
Média de idade (anos)	50,1		49,8	
Escolaridade				
1º grau	22	71	20	71
2º grau	8	26	8	29
Superior	1	3	0	0
Total	31	100	28	100
Condição Empregatória				
Empregado	2	6	1	4
Do Lar	8	26	6	21
Desempregado	2	6	4	14
Aposentado	3	10	4	14
Afastado	16	52	13	47
Total	31	100	28	100

Quanto a atividade ocupacional observa-se nos dois grupos predominância de participantes inativos (aposentados, desempregados ou afastados). Os dados clínicos descritos na tabela 5 apontam, nos dois grupos, predominância de pacientes com fibromialgia, com tempo de convivência com a dor entre 61 e 120 meses e nível médio

de dor entre oito e dez pontos na escala analógica de dor.

Tabela 5. Variáveis clínicas do Grupo Experimental e do Grupo de Controle

Variáveis	Grupo Experimental		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Diagnóstico				
Fibromialgia	14	45	12	43
Lombalgia	10	32	9	32
Dor Neuropática	6	19	6	21
Cefaleia	1	3	1	4
Total	31	100	28	100
Tempo de dor (meses)				
0 – 60	12	39	12	42
61 – 120	14	45	11	39
>120	5	16	5	19
Total	31	100	28	100
Tempo médio (meses)	100,1		100,5	
Nível de dor				
0-4	0	0	1	4
5-7	15	48	13	46
8-10	16	52	14	50
Total	31	100	28	100
Nível médio de dor	7,61		7,46	

Indicadores de depressão

A Tabela 6 apresenta a média dos indicadores de depressão e o desvio padrão dos participantes nos dois grupos, nos períodos de avaliação, reavaliação e seguimento. Não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos na primeira avaliação. No Grupo Controle observa-se redução dos escores de depressão quando comparado ao seguimento, porém não houve diferença estatística significativa.

No entanto, comparando os dois grupos no que se refere ao seguimento, os resultados apontaram que o Grupo Experimental apresentou escores significativamente menores de depressão em relação ao Grupo Controle.

Os dados também apontam que o programa de intervenção possibilitou redução dos indicadores de depressão no GE, e manutenção desses indicadores nos três meses compreendidos entre reavaliação e seguimento.

Tabela 6. Indicadores de depressão – Média pelos participantes nos três momentos de avaliação

Avaliações	Grupo experimental			Grupo Controle		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
HAD-D						
Avaliação	31	13.2	4.096	28	11.73	3.207
Reavaliação	31	9.7	5.571	28	11.15	3.331
Seguimento	31	8.94*	3.696	28	11.04	3.143

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,023$

Indicadores de ansiedade

A Tabela 7 apresenta a média de indicadores de ansiedade dos participantes do Grupo controle e Grupo Experimental. Não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos na primeira avaliação. No Grupo Controle a avaliação inicial apresentou pontuação maior para ansiedade em relação ao seguimento, porém não houve diferença estatística significativa.

Comparando os dois grupos no que se refere ao seguimento, os resultados indicam que o Grupo Experimental apresentou escores significativamente menores de ansiedade em relação ao Grupo Controle.

Os dados também apontam que o programa de intervenção possibilitou redução dos indicadores de ansiedade no GE, e manutenção desses indicadores nos três meses compreendidos entre reavaliação e seguimento.

Tabela 7. Indicadores de ansiedade – Média obtida pelos participantes nos três momentos de avaliação

Avaliações	Grupo experimental			Grupo Controle		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
HAD-D						
Avaliação	31	10.74	4.096	28	11.81	3.720
Reavaliação	31	7.27	5.571	28	10.85	3.706
Seguimento	31	7.03*	3.696	28	10.96	3.143

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$

Autoeficácia

Os escores médios obtidos pelos participantes do Grupo Experimental e Grupo Controle na escala de autoeficácia (AECD – Total) estão descritos na Tabela 8. Não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos na primeira avaliação. No entanto, comparando os dois grupos no que se refere ao seguimento, os resultados apontaram que o Grupo Experimental apresentou escores significativamente maiores de autoeficácia em relação ao Grupo Controle.

Tabela 8. Autoeficácia – Média obtida pelos participantes nos três momentos de avaliação

Avaliações	Grupo experimental			Grupo Controle		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
AECD – Total						
Avaliação	31	141,1	44.356	28	138,6	48.742
Reavaliação	31	170,9	39.178	28	144,3	43.397
Seguimento	31	170.5*	35.104	28	146.5	41.544

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,026$

Crenças sobre a dor

Os escores médios obtidos pelos participantes do Grupo Experimental e Grupo Controle no Inventário de Atitudes Frente a Dor (IAD-Breve) estão descritos na Tabela 9. Não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos na primeira avaliação. Comparando os dois grupos no que se refere ao seguimento, os resultados apontaram que o Grupo Experimental apresentou escores significativamente maiores nos domínios Controle e Emoção, e escores significativamente menores nos domínios Incapacidade, Cura e Solicitude em relação ao Grupo Controle.

Tabela 9. Crenças frente a dor. Comparação dos escores do IAD no Grupo Experimental e Grupo Controle nos três momentos de avaliação

		Solicitude		Emoção		Cura		Controle		Dano		Incapacidade		Medicação	
		\bar{X}	α	\bar{X}	α	\bar{X}	α	\bar{X}	α	\bar{X}	α	\bar{X}	α	\bar{X}	α
Experimental	Avaliação	1.93	1.180	2.84	0.8329	3.35	0.6724	2.01	0.9822	2.15	1.070	3.01	0.9619	3.13	0.9230
	Reavaliação	1.64	0.1716	3.42	0.5038	1.81	0.9829	3.17	0.6184	1.75	0.7728	1.54	0.8755	2.93	0.9228
	Seguimento	1.59*	0.8213	3.47*	0.4813	2.06*	0.7772	3.37	0.6336	1.77	0.9110	1.52*	0.684	2.71	0.8874
							*								
Controle	Avaliação	2.07	1.303	2.66	1.104	3.11	0.5518	1.91	1.070	2.28	1.350	2.96	0.8731	2.98	0.6932
	Reavaliação	1.84	0.1419	2.78	1.030	2.94	0.5594	2.11	0.7728	2.12	1.244	2.78	0.9229	2.84	0.6707
	Seguimento	1.78	0.7303	2.93	1.021	2.85	0.5295	2.06	0.911	2.18	1.174	2.65	0.8816	2.81	0.6502

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,005$.

4 DISCUSSÃO

A identificação de variáveis moduladoras da percepção e nível de incapacidade decorrente de dor tem sido tema de diversos estudos, sendo a autoeficácia um constructo chave para a compreensão do papel dos fatores psicossociais nos tratamentos de dor crônica.^(38,47,78-79) Neste estudo, um número considerável de participantes apresentou baixos indicadores de autoeficácia para a convivência com a dor e manutenção de suas atividades de vida diária.

Há evidências de que as condições de dor crônica apresentam uma interação complexa com fatores cognitivos, emocionais e comportamentais destacando a importância da capacidade de auto regulação no enfrentamento e ajustamento a dor.⁽⁸⁰⁻⁸¹⁾ Nesse sentido há uma tendência atual de considerar os déficits de auto regulação como aspectos importantes na manutenção da dor crônica.⁽⁸²⁻⁸⁴⁾

Nota-se um tempo médio de convivência com a dor próximo a oito anos. Esta variável mostrou-se diretamente relacionada com crenças de baixa autoeficácia para lidar com as síndromes dolorosas. Ao contrário do que se poderia presumir o tempo de convivência com o estímulo doloroso não está associado naturalmente a um ajustamento pessoal e melhora na capacidade de conviver com a dor . A medida que avalia-se os grupos por tempo de convivência com a dor, nota-se uma redução gradual nas crenças de autoeficácia, o que poderia justificar as dificuldades encontradas para reabilitação de pacientes com longo tempo de convivência com a dor.⁽⁸⁵⁻⁸⁶⁾

Nesse aspecto cabe ressaltar a ausência de políticas públicas e estrutura assistencial adequadas para a atenção de pacientes com dor crônica, a ausência de protocolos para avaliação e encaminhamento precoce das diferentes manifestações da dor para serviços adequados de reabilitação e principalmente, a escassez de

profissionais de saúde devidamente treinados para avaliação e intervenção junto a estes pacientes.⁽⁸⁷⁾

Tais fatores acarretam um tempo prolongado de buscas por assistência no sistema de saúde, de submissão a tratamentos ineficazes e grande diversidade de diagnósticos até a admissão do paciente em uma clínica especializada de dor. Esta lacuna entre o início do processo doloroso e a admissão em uma Clínica de Dor é um ponto importante a ser investigado por apontar a necessidade de medidas que favoreçam o diagnóstico e tratamento precoces prevenindo comorbidades e favorecendo melhores índices de reabilitação para uma das queixas que mais gera demandas para o sistema de saúde público e privado em todo o mundo.⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾

Neste estudo, observa-se no grupo de participantes, apesar do longo tempo de convivência com a dor um alto índice de expectativa de cura médica e indicadores elevados de que este processo de cura seja alcançado por uso de medicamentos. Sabe-se que boa parte dos pacientes com dor crônica pode alcançar melhoras significativas em suas queixas, porém, esta melhora não significa muitas vezes ausência de dor e principalmente, esta melhora pode ser alcançada com adesão a atividades físicas, mudanças de hábitos de saúde e de crenças e atitudes frente a dor. Os resultados também mostram uma tendência de percepção da dor como um fenômeno incontrolável e uma associação do estímulo doloroso com crenças de incapacidade e percepção de dano físico, neste sentido, a adesão a atividades físicas e de manejo de dor pode ficar realmente comprometidas nesta população.

Os resultados apontam uma influência da percepção de autoeficácia em atitudes e crenças frente a dor avaliados pelo IAD-Breve. Observa-se que pacientes com baixa autoeficácia apresentam escores mais elevados de crenças na medicação, uma tendência

maior a comportamentos de solicitude, de percepção de dano físico, de incapacidade e de percepção do estímulo de dor como um evento incontrolável. A aceitação tem sido apontada como um fator relevante no processo de ajustamento em pacientes com dor crônica.⁽⁸⁹⁻⁹⁰⁾ Um estudo britânico procurou definir quais as variáveis estariam associadas a uma atitude de aceitação frente a dor. Foram identificados fatores como crença de controle, reconhecimentos das limitações, espiritualidade, consciência pessoal dos limites, a aceitação de uma cura total improvável, uma mudança de foco para os aspectos da vida não associados à dor e uma resistência a qualquer sugestão de que a dor é um sinal de fraqueza.⁽⁹¹⁾

Neste estudo não ocorreu uma correlação entre crenças de autoeficácia e escolaridade, gênero e idade dos participantes. Por outro lado, identifica-se mudanças significativas nas crenças de autoeficácia quando se compara participantes em atividade profissional remunerada e não-remunerada, e participantes inativos (afastados, aposentados e desempregados).

Para Asghari,⁽⁹²⁾ a crença de autoeficácia é um fator determinante para comportamentos de dor e incapacidade associada a dor. Em estudo que acompanhou 145 pacientes com dor crônica por nove meses identifica as crenças de autoeficácia como um preditor para redução dos comportamentos de esquiva durante o período de investigação, mostrando-se inclusive mais relevante que idade, gênero, tempo de convivência com a dor e intensidade da dor.

Um outro estudo aponta que participantes com dor crônica que se mantinham em atividade profissional apresentavam maior autoeficácia quando comparados a desempregados e aposentados, também foi encontrada uma correlação negativa entre autoeficácia e intensidade da dor.⁽⁹³⁾

Ainda relacionando crença de autoeficácia e atividade profissional, um estudo envolvendo 233 participantes com dor músculo esquelética concluiu que a ausência das atividades profissionais por tempo prolongado contribui fortemente para aumentar o sentimento de impotência, baixa autoeficácia e dificultar um futuro retorno ao trabalho. Segundo os autores as crenças desadaptativas dos pacientes devem ser clarificadas e desafiadas no início do processo de reabilitação.⁽⁹⁴⁾ Neste estudo o tempo prolongado de convivência com a dor também se mostrou relevante para o afastamento das atividades profissionais, bem como a prevalência de indicadores de ansiedade e depressão. Para Busch,⁽⁹⁴⁾ um tempo prolongado de absenteísmo decorrente de doenças contribui fortemente para aumentar nos pacientes um senso de desesperança, baixa autoeficácia e dificultar a possibilidade futura de retorno ao trabalho.

Entre os participantes deste estudo, a intensidade da dor não se apresenta como uma variável associada a inatividade profissional, contrariando a conclusão de outros autores.⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾ Os resultados apontam para a necessidade de novas pesquisas que possam clarificar a associação entre as variáveis: trabalho, transtornos mentais, autoeficácia, intensidade e tempo de convivência com a dor. Pode-se entender a inatividade profissional como uma consequência de baixa autoeficácia decorrente da vigência de transtornos mentais associados a tempo prolongado de convivência com a dor.⁽⁹⁵⁾ Por outro lado, Rahman⁽⁹³⁾ aponta que estar desempregado e apresentar indicadores de depressão também pode ser um fator que afete a autoeficácia. Desse modo é importante buscar um modelo que clarifique a relação supostamente dinâmica entre estas variáveis.

Nas últimas décadas, observa-se um crescente corpo de estudos centrados na aplicação e teste da eficácia de terapias não-farmacológicas para o tratamento de dor crônica. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma intervenção que visa

melhorar o ajustamento a dor por meio de diversas técnicas psicológicas que favorecem o aprendizado de habilidades específicas visando ampliar as competências do indivíduo para o manejo da dor. Este processo abarca uma tomada de consciência quanto aos efeitos que os pensamentos, emoções e comportamentos podem ter na percepção e enfrentamento da dor. Desse modo, a TCC tem como objetivo auxiliar o paciente a ser capaz de avaliar o impacto da dor em sua vida, incentivando-o a manter uma orientação ativa para a resolução de problemas e desenvolver respostas mais adaptativas em suas rotinas diárias.⁽⁶⁰⁾

Neste contexto, a perspectiva principal da TCC é que as pessoas não são impotentes para lidar com a sua dor. A abordagem trata como elemento crucial o afastamento de estratégias de enfrentamento estabelecidas ao longo do processo de cronificação da dor que podem ser ineficazes para a resolução de problemas e a adoção de comportamentos mais adequados a um planejamento sistemático da vida diária apesar da dor. Os programas para manejo de dor crônica baseados na TCC caracterizam-se por serem estruturados, breves, com sessões de manutenção combinando uma variedade de intervenções, incluindo as técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, reversão de hábitos entre outras com uma formulação que enfatiza o desenvolvimento de competências para lidar com a dor e não uma proposta curativa.^(64,97-99)

Com base em ensaios clínicos randomizados, a TCC isolada ou integrada a programas interdisciplinares de tratamento têm apresentando evidências de sucesso no tratamento de pacientes com dor crônica. De modo geral, muitos estudos destacam resultados promissores da TCC e sua importância como tratamento adjuvante entre as intervenções adotadas nas Clínicas de Dor.⁽⁹⁹⁾

Uma metanálise comparando abordagens farmacológicas e não farmacológicas indica que os tratamentos não farmacológicos eram melhores do que os tratamentos farmacológicos em indicadores de auto relato dos sintomas.⁽¹⁰⁰⁾ Além disso, tem sido sugerido que as intervenções Cognitivo Comportamentais podem ser consideradas um tratamento primário para reduzir a gravidade dos indicadores de incapacidade em pacientes com dor crônica.⁽¹⁰¹⁾

Neste estudo observa-se um tempo médio de convivência com a dor acima de sete anos. Este considerável intervalo entre o início dos sintomas e a admissão em uma clinica especializada pode estar relacionado a rigidez de comportamentos de dor e crenças de incapacidade e baixa autoeficácia, além dos altos indicadores de ansiedade e depressão observados entre os participantes.

Outros estudos apontam que o manejo multidisciplinar da dor é geralmente introduzido numa fase tardia e muitas vezes como a última opção de tratamento quando outras intervenções falharam.⁽¹⁰²⁾ Um estudo em que o tempo médio de convívio com a dor foi de 7,5 anos aponta uma serie de prejuízos e crenças de incapacidade relacionadas ao tempo de dor. Segundo os autores é irrealista esperar que estes pacientes venham a alcançar melhorias extensas depois de viver com dor crônica por vários anos, sem acompanhamento especializado.⁽¹⁰³⁾

A inclusão precoce desses pacientes em intervenções voltadas para a reabilitação e melhora da autoeficácia para lidar com a dor pode ser uma medida importante para aumentar a eficácia das intervenções e promover um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis nos sistemas de saúde, uma vez que o tempo de convivência com a dor parece estar relacionado a pior adesão terapêutica, pior qualidade de vida e indicadores mais graves de transtornos mentais.

Além do tempo de convivência com a dor a eficácia dos programas de TCC pode depender de vários fatores, como o nível de qualificação e experiência dos profissionais.⁽¹⁰⁴⁾ características do paciente,⁽¹⁰⁵⁾ a prontidão do paciente para a mudança,⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁷⁾ e da extensão dos programas de acompanhamento.⁽¹⁰⁸⁾ Neste estudo diversos fatores psicossociais dificultaram a adesão de pacientes aos programas de intervenção proposto como dificuldades de transporte, necessidade de realização de outros acompanhamentos médicos e falta de apoio familiar.

Autores sugerem a importância de se avaliar a relação entre autoeficácia, saúde mental e dor crônica. Os esforços para o desenvolvimento de intervenções para melhora da autoeficácia frente a dor vem ganhando notoriedade devido a evidências que relacionam aumento da autoeficácia com melhor qualidade de vida e saúde mental e melhores indicadores de funcionalidade para lidar com a dor crônica.⁽⁵⁹⁾ Os resultados deste estudo demonstram que o aprendizado de novas competências e o desenvolvimento de estratégias ativas para lidar com a dor e suas demandas na vida diária, pode influenciar no aumento de autoeficácia.

Particularmente, a ansiedade e os sintomas afetivos são diagnósticos altamente prevalentes em pessoas com dor crônica, o que pode ser reflexo do sofrimento emocional associado com uma experiência de dor com longa duração e de difícil manejo.⁽¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾ Os resultados do presente estudo indicaram uma proporção significativa de pacientes com ansiedade clinicamente significativa e sintomas depressivos e um impacto positivo do tratamento nestes indicadores. Pesquisas anteriores já haviam comprovado a eficácia de intervenções não farmacológicas na redução da ansiedade e de sintomas depressivos em pacientes com dor crônica.^(58-59,112) Os resultados aqui apresentados ampliam tais perspectivas, mostrando que estes sintomas podem ser

reduzidos por meio de uma intervenção breve de TCC em grupo como intervenção complementar na rotina das Clínicas de Dor.

A melhoria de sofrimento emocional é particularmente relevante dada a associação entre estresse, uma maior duração da dor e piores resultados do tratamento. Já foi demonstrado que comorbidades de ansiedade e transtornos depressivos tem um impacto adverso sobre os comportamentos de autogestão, podendo deteriorar o curso de condições médicas crônicas . A presença desses sintomas podem dificultar o ajustamento a dor e são preditores de comprometimento funcional ao longo do tempo. Estudos apontam que as emoções influenciam a percepção da dor, especificamente, a ansiedade e a depressão que podem influenciar na tolerância e na percepção de intensidade da dor.⁽¹¹³⁻¹¹⁴⁾

A influência das crenças de saúde sobre emoções e comportamentos em doentes crônicos é um campo de pesquisa em franco crescimento.⁽¹¹⁵⁻¹¹⁷⁾ Nas últimas décadas estudos tem demonstrado que crenças catastróficas e de incontrolabilidade contribuem para a intensidade da dor,⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾ do mesmo modo que crenças elevadas de autoeficácia estão relacionadas a maior tolerância dos indivíduos a dor ⁽¹²¹⁻¹²²⁾e maior produção de opioides endógenos quando expostos a estímulos dolorosos.⁽¹²³⁻¹²⁴⁾

Estes resultados destacam a importância das mudanças nas atitudes dos pacientes frente a dor, para o autocuidado e gerenciamento de suas emoções nas atividades de vida diária.As teorias sobre TCC e manejo de dor foram referenciais importantes e adequados para este estudo. Os resultados obtidos são consistentes com o objetivo final dessas teorias, que postulam promover o desenvolvimento de competências para lidar de modo mais adaptativo com as demandas a longo prazo da dor e melhorar a autoeficácia e funcionamento psicossocial.

Para verificar todo o potencial da TCC no tratamento de dor crônica, há uma clara necessidade de pesquisas que testem a eficácia das intervenções na prevenção de recaídas. Ao concentrar-se mais atentamente em intervenções precoces e na integração de protocolos de TCC com outros tratamentos, pode-se melhorar os resultados para os pacientes com dor crônica. Este modelo baseado em grupo acrescenta novos conhecimentos sobre o valor de tratamentos multidisciplinares e demonstra ser um modelo viável para a aprendizagem de estratégias cognitivas e comportamentais no enfrentamento ativo da dor.

Pacientes com dor crônica frequentemente desenvolvem uma avaliação negativa sobre sua própria capacidade de lidar com a dor. Estas expectativas acarretam sentimento de frustração e desmoralização, quando a dor, então percebida como incontrolável, interfere em experiências gratificantes como atividades sociais, ocupacionais e de lazer. A dor persistente pode levar o indivíduo a interromper seus esforços para adaptação, consolidando, em muitos casos, estratégias passivas como inatividade e automedicação, além de abstenção de responsabilidades pessoais para a gestão da dor, sobrecarregando a família e o sistema de saúde.

Ao desenvolver uma perspectiva de controle sobre as situações que contribuem para a dor, o paciente fica mais propenso a desenvolver estratégias que são eficazes em limitar o impacto dos episódios dolorosos em sua vida diária, limitando também a extensão dos prejuízos que a dor crônica poderia ocasionar em sua qualidade de vida. Nesse sentido, indivíduos que adquirem certo número de métodos bem sucedidos para lidar com a dor podem sofrer menos do que aqueles que se sentem a mercê dos quadros dolorosos condicionando sua vida às variações episódicas dos níveis de dor.

Limitações do estudo

Mesmo apresentando resultados promissores é importante considerar as limitações deste estudo. Dentre estes, deve-se destacar a ausência de marcadores qualitativos para observação do impacto da intervenção no comportamento e na vida diária dos participantes. Ou seja, em que sentido o aumento de autoeficácia e a queda nos indicadores de ansiedade e depressão resultaram em mudanças na rotina e nos comportamentos de dor, em uma melhor adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida. Outro aspecto relevante trata-se da ausência de uma avaliação minuciosa do perfil de pacientes que não foram beneficiados de forma significativa pela intervenção.

Outros aspectos importantes a considerar são: a curta duração do seguimento, o número reduzido de participantes e dificuldades para o controle de algumas variáveis (medicações em uso, gravidade das comorbidades psiquiátricas, diagnósticos múltiplos para a dor, tempo prolongado de convivência com a dor e presença de outras doenças crônicas). A aplicação da TCC em grupo para pacientes com dor crônica apresenta-se viável e com potencial efetividade para modificação das crenças de autoeficácia para lidar com a dor, no entanto, outros estudos serão necessários para comprovar a eficácia deste modelo de intervenção incluindo um maior número de participantes.

Sugestões para futuros estudos: a) desenvolver programa de psicoterapia de apoio aos familiares; b) avaliar o impacto da intervenção precoce a grupos de pacientes com menor tempo de convivência com a dor; c) desenvolver programas específicos para diferentes tipos de dor crônica; d) inserção de técnicas de atenção plena e mindfulness nas atividades de rotina da Clínica de Dor; e) acompanhamento longitudinal dos participantes deste estudo.

5 CONCLUSÃO

Pacientes com dor crônica apresentam indicadores elevados de ansiedade e depressão associados a baixa autoeficácia e tempo prolongado de convivência com a dor. Neste estudo a Terapia Cognitivo Comportamental em grupo promoveu melhoras significativas nos indicadores de autoeficácia para lidar com a dor atuando, na redução dos indicadores de ansiedade e depressão e em crenças sobre a dor quando comparado ao grupo controle.

Após seguimento de três meses observa-se a manutenção dos benefícios alcançados pelos participantes do grupo experimental. Outros estudos serão necessários para comprovar a eficácia deste modelo de intervenção incluindo um maior número de participantes em ensaios clínicos randomizados com maior controle de variáveis.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McMahon SB, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 6th. ed. Philadelphia:Elsevier-Saunders; 2013.
2. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T; OPENMinds. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritization and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health. 2013;13:1229.
3. IASP/International Association for the Study of Pain. IASP pain terminology. IASP/International Association for the Study of Pain Taskforce on Terminology. 2011.
4. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Fishman SM, J. C. Ballantyne JC, Rathmell P, editors. Bonica's Management of pain. 4th. ed. New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 13-23.
5. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. J Consult Clin Psychol. 2002;70:678-90.
6. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification for chronic pain for ICD-11. Pain. 2015;156:1003-7.
7. Vincent M, Rodrigues AJ, Oliveira GV, Souza KF, Doi LM, Rocha MBL, et al. Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. Arq Neuropsiquiatr. 1998;56:734-43.
8. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19:1263-74.
9. Greenspan JD, Traub, RJ. Gender differences in pain and its relief. In: MacMahon SB, Koltzenburg M, Tracey,I, Turk DC, editors. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 6th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2013. p. 221-31.

10. Fillingim RB. Individual differences in pain: the roles of gender, ethnicity, and genetics. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's Management of Pain*. New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.86-98.
11. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression and anxiety. *J Pain*. 2008;9:883-91.
12. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. *Dor: Impactos consequentes da dor*. 2008; http://www.sbed.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=171&friurl=-Impactos-
13. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1151-60.
14. O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain - European patients' perspective over 12 months. *Scand J Pain*. 2012;3:23-9.
15. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YA. Associação da dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2013;3:914-22.
16. Dominick CH, Blyth FM, Nicholas MK. Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population. *Pain*. 2012;153:293-304.
17. Wahl AK, Rustoen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen O, Miaskowski C, et al. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Qual Life Res*. 2009;18(8):971-80.
18. Jameie SB, Shams-Hosseini NS, Janzadeh A, Sharifi M, Kerdari M. Health related quality of life and pain characteristics among Iranian patients suffering non-malignant chronic pain. *Med J Islam Repub Iran*. 2012;26:118-24.

-
19. Loyland B, Miaskowski C, Paul SM, Dahl E, Rustoen T. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance in Norway. *Qual Life Res.* 2010;19:1457-65.
 20. Jensen MP, Turk DC. Contributions of Psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain. *Am Psychol.* 2014;69:105-18.
 21. Frutuoso JT, Cruz RM. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Aval Psicol.* 2004;3:107-14.
 22. Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. *Am Psychol.* 2014;69:105-18.
 22. Turk DC, Swanson KS, Wilson HD. Psychological aspects of pain. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP. *Bonica's Management of Pain.* New York:Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.74-85.
 23. Tang NK, Salkovskis PM, Hodges A, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Effects of mood on pain responses and pain tolerance: an experimental study in chronic back pain patients. *Pain.* 2008;138:392-401.
 24. Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain.* 2007;127: 276-86.
 25. Carlson M. *CBT for chronic back pain and psychological well-being.* Malden, (MA): John Wiley & Sons; 2014.
 26. Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. In: Carvalho MMJ, organizador. *Dor um estudo multidisciplinar.* 2nd. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
 27. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10:317-24.

-
28. Castro M, Quarantini L, Daltro C, Kraychette D, Miranda-Scippa A. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Rev Baiana Saúde Publica*. 2006;30:211-23.
 29. Bernacchio RMG, Contin I, Mori M. Fatores modificadores da percepção da dor. *Rev Dor*. 2005;6:621-33.
 30. Dimitriadis Z, Kapreli E, Strimpakos N, Oldham J. Do psychological states associate with pain and disability in chronic neck pain patients? *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2015;28:797-802.
 31. Park SJ, Lee R, Yoon DM, Yoon KB, Kim K, Kim SH. Factors associated with increased risk for pain catastrophizing in patients with chronic neck pain: A retrospective cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(37):e4698.
 32. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*. 2014;69:119-30.
 33. Ogden J. *Health Psychology: a textbook*. 3th. ed. London: Openup; 2004.
 34. Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58:360-5.
 35. Pimenta CAM. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Arch Clin Psychiatry*. (São Paulo, Impr.). 2001;28:288-94.
 36. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:416-25.
 37. Seminowicz DA, Mikulis DJ, Davis, KD. Cognitive modulation of pain-related brain responses depends on behavioural strategy. *Pain*. 2004;112:48-58.
 38. Richard S, Dionne CE, Nouwen A. Self-efficacy and health locus of control: relationship to occupational disability among workers with back pain. *J Occup Rehabil*. 2011;21:421-30.

-
39. Carlson ME, Strang PM. Facts, misconceptions, and myths about cancer. What do patients with gynecological cancer and the female public at large know? *Gynecol Oncol.* 1997;65:46-53.
 40. Abraham C, Sheeran P. Cognitive representations and preventative health behaviour: a review. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. *Perceptions of health & Illness.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997.
 41. Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prevent Med.* 2004;39:91-8.
 42. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *J Psychosom Res.* 2007;63:17-26.
 43. McCorry NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M, et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psychooncology.* 2013;22(3):692-8.
 44. Sherwin LB, Leary E, Henderson WA. Effect of Illness Representations and Catastrophizing on Quality of Life in Adults with Irritable Bowel Syndrome. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2016;54:44-53.
 45. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med.* 2016 Aug 11. [Epub ahead of print].
 46. Moss-Morris R, Petrie K, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perception and coping play a regulatory role? *Br J Health Psychol.* 1996;1:15-25.
 47. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Arch Clin Psychiatry.* (São Paulo, Impr.). 2005;32:202-10.

-
48. Salvetti GM, Pimenta CAM, Lage LV, Oliveira Junior JO, Rocha RO. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Arch Clin Psychiatry*. (São Paulo, Impr.). 2007;34:111-17.
 49. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41:135-40.
 50. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. 2012;13:111-8.
 51. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of self-control*. New York: W. H. Freeman; 1997.
 52. Silva AMM. Teoria da auto-eficácia. In: Dela Coleta MF, organizador. *Modelos para pesquisa e modificações de comportamentos de saúde*. Taubaté: Cabral; 2004. p. 131-68.
 53. Pajarez F, Olaz F. Teoria social-cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 97-114.
 54. Fernandes A. Terapia cognitivo-comportamental e cefaléias. *Arch Clin Psychiatry* (São Paulo, Impr.). 2001;28:309-12.
 55. Thorn BE, Cross TH, Walker BB. Meta-analyses and systematic review of psychological treatments for chronic pain: relevance an evidence-based practice. *Health Psychol*. 2007;26:10-2.
 56. Ottonello M. Cognitive-behavioral interventions in rheumatic diseases. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007; 29:19-23.
 57. Moffett JK, Jackson DA, Gardiner ED, Torgerson DJ, Coulton S, Eaton S, et al. Randomized trial of two physiotherapy interventions for primary care neck and back

-
- pain patients: 'McKenzie' vs brief physiotherapy pain management. *Rheumatology*. 2006;45:1514-21.
58. Vázquez-Rivera S, González-Blanch C, Rodríguez-Moya L, Morón D, González-Vives S, Carrasco JL. Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Compr Psychiatry*. 2009;50:517-25.
59. Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2013;14:e236-43.
60. Beissner K, Parker S, Henderson CR, Pal A, Ionnone L, Reid MC. Implementing a combined cognitive-behavioral + exercise therapy protocol for use by older adults with chronic back pain: evidence for a possible race/ethnicity effect. *J Aging Phys Act*. 2012; 20):246-65.
61. Hanscom DA, Brox JI, Bunnage R. Defining the Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Low Back Pain: An Overview. *Global Spine J*. 2015;5:496-504.
62. Andrasik F, Rowan AB. Tratamento cognitivo-comportamental das cefaléias. In: Caballo VE , organizador. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade*. São Paulo: Santos; 2007.
63. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD007407.
64. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol*. 2014;69:153-66.

-
65. Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *West J Nurs Res.* 2016;38:596-628.
 66. Romero EB, Moya NS, Valls Esteve M, Valer SV. Estudio de la calidad de vida em pacientes com fibromialgia: impacto de um programa de educación sanitaria. *Aten Primaria.* 2002;30:16-21.
 67. Singh BB, Berman BM, Hadhazy VA, Creamer P. A pilot study of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia. *Altern Ther Health Med.* 1998;4:67-70.
 68. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain Beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain.* 2002;97:23-31.
 69. Yoshino A, Okamoto Y, Doi M, Horikoshi M, Oshita K, Nakamura R, et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;69:763-72.
 70. Spira JL. Understanding and developing psychotherapy groups for medically ill patients. In: Spira JL, editor. *Group Therapy for Medically Ill Patients.* New York: The Guilford Press; 1997. p. 3-51.
 71. White JR, Freeman AS. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos.* São Paulo: Roca; 2003.
 72. Kirchner LF, Jorge CC, Reis MJD. Group cognitive-behavioral therapy for chronic pain adults: review of Brazilian trials. *Rev Dor.* 2015;16:210-4.
 73. Collins SL, Moore RA, Mcquay HJ. The visual analogue pain intensity scale What is moderate pain in millimeters? *Pain.* 1997;72:95-7.
 74. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29:359-63.

-
75. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40:366-73.
 76. Pimenta CAM, Kurita GP, Silva EM, Cruz DALM. Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009;43:1071-79.
 77. Eimer BN, Freeman A. *Pain Management Psychotherapy: A Practical Guide*. New York: Wiley & Sons; 2000.
 78. Somers TJ, Wren AA, Shelby RA. The context of pain in arthritis: self-efficacy for managing pain and other symptoms. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Dec;16(6):502-8.
 79. Van Liew C, Brown KC, Cronan TA, Bigatti SM, Kothari DJ. Predictors of pain and functioning over time in fibromyalgia syndrome: an autoregressive path analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65:251-6.
 80. Parlar S, Fadiloglu C, Argon G, Tokem Y, Keser G. The effects of self-pain management on the intensity of pain and pain management methods in arthritic patients. *Pain Manag Nurs*. 2013;14:133-42.
 81. Adams LM, Turk DC. Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11:96-108.
 82. Solberg NL, Roach AR, Segerstrom SC. Executive functions, self-regulation, and chronic pain: a review. *Ann Behav Med*. 2009;37:173-83.
 83. Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92:146-60.
 84. Craig A, Tran Y, Siddall P, Wijesuriya N, Lovas J, Bartrop R, et al. Developing a model of associations between chronic pain, depressive mood, chronic fatigue, and self-efficacy in people with spinal cord injury. *J Pain*. 2013;14:911-20.

-
85. Büssing A, Ostermann T, Neugebauer EA, Heusser P. Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*. 2010;10:507.
 86. Janowski K, Steuden S, Kuryłowicz J. Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur Spine J*. 2010;19:613-23.
 87. Reitsma M, Tranmer JE, Buchanan DM, VanDenKerkhof EG. The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Res Manag*. 2012;17:166-72.
 88. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. 2013;111:13-8.
 89. Esteve R, Ramírez-Maestre C. Pain fear avoidance and pain acceptance: a cross-sectional study comparing their influence on adjustment to chronic pain across three samples of patients. *Ann Behav Med*. 2013;46:169-80.
 90. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. The process of acceptance among rheumatoid arthritis patients in Switzerland: a qualitative study. *Pain Res Manag*. 2014;19:61-8.
 91. Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med*. 2003;56:375-86.
 92. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*. 2001;94:85-100.
 93. Rahman A, Reed E, Underwood M, Shipley ME, Omar RZ. Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:1803-8.

-
94. Busch H, Göransson S, Melin B. Self-Efficacy Beliefs Predict Sustained Long-Term Sick Absenteeism in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Pract.* 2007;7:234-40.
 95. Haglund E, Bremander A, Bergman S, Jacobsson LT, Petersson IF. Work productivity in a population-based cohort of patients with spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2013;52:1708-14.
 96. Angst F, Gantenbein AR, Lehmann S, Gysi-Klaus F, Aeschlimann A, Michel BA, et al. Multidimensional associative factors for improvement in pain, function, and working capacity after rehabilitation of whiplash associated disorder: a prognostic, prospective outcome study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;15:130.
 97. Turk DC. A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. In: Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological Approaches to Pain Management. A Practitioner's Handbook.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 138-58.
 98. Turk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Reg Anesth Pain Med.* 2003;28:573-9.
 99. Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients--when pills, scalpels, and needles are not enough. *Can J Psychiatry.* 2008;53:213-23.
 100. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med.* 1999;21:180-91.
 101. García J, Simón MA, Durán M, Cancellor J, Aneiros FJ. Differential efficacy of a cognitive-behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychol Health Med.* 2006;11:498-506.

-
102. Dysvik E, Kvaløy JT, Natvig GK. The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study. *J Adv Nurs.* 2012;68:1061-72.
 103. Turk DC, Burwinkle TM. Cognitive-behavioral perspective on chronic pain patients. *Crit Rev Phys Rehabil Med.* 2006;18:1-38.
 104. Williams ACDC. Cognitive-behavioural pain management: lessons learned. In: McQuai H, Kalso E, More RA, editors. *Systematic Reviews in Pain Research: Methodology Refined.* Seattle: IASP Press; 2008. p. 275-84.
 105. Dijkstra A, Vlaeyen JW, Rijnen H, Nielson W. Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain.* 2001;90:37-45.
 106. Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain.* 1997;72:227-34.
 107. Kerns RD, Habib S. A critical review of the pain readiness to change model. *J Pain.* 2004;5:357-67.
 108. Courtenay M, Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2008;17:2001-13.
 109. Alschuler KN, Jensen MP, Sullivan-Singh SJ, Borson S, Smith AE, Molton IR. The association of age, pain, and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2013;36:483-91.
 110. Cho CH, Jung SW, Park JY, Song KS, Yu KI. Is shoulder pain for three months or longer correlated with depression, anxiety, and sleep disturbance? *J Shoulder Elbow Surg.* 2013;22:222-8.

-
111. Sipilä K, Mäki P, Laajala A, Taanila A, Joukamaa M, Veijola J. Association of depressiveness with chronic facial pain: a longitudinal study. *Acta Odontol Scand.* 2013;71:644-9.
 112. García J, Simón MA, Durán M, Cancellor J, Aneiros FJ. Differential efficacy of a cognitive-behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychol Health Med.* 2006;11:498-506.
 113. Rhudy JL, Meagher MW. The role of emotion in pain modulation. *Curr Opin Psychiatry.* 2001;14:241-5.
 114. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. (2013). Catastrophizing mediates the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain. *J Pain.* 2013;14:149-57.
 115. Jansen DL, Heijmans MJ, Rijken M, Spreeuwenberg P, Grootendorst DC, Dekker FW, et al. Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? *Br J Health Psychol.* 2013;18:244-62.
 116. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patient. *BMC Psychol.* 2014;2:50.
 117. Bridges HA, Smith MA. Mediation by illness perceptions of the association between the doctor-patient relationship and diabetes-related distress. *J Health Psychol.* 2016;21:1956-65.
 118. Camacho LM, Anarte MT. Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apunt Psicol.* 2001;19:453-70.
 119. Wong WS, Lam HM, Chow YF, Chen PP, Lim HS, Wong S, et al. The effects of anxiety sensitivity, pain hypervigilance, and pain catastrophizing on quality of life outcomes of patients with chronic pain: a preliminary, cross-sectional analysis. *Qual Life Res.* 2014;23:2333-41.

120. Kjøglum H, Kasch H, Zachariae R, Svensson P, Jensen TS, Vase L. Experimental manipulations of pain catastrophizing influence pain levels in patients with chronic pain and healthy volunteers. *Pain*. 2016;157:1287-96.
121. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*. 2006;120:44-52.
122. Moraes Vieira EB, Góes Salvetti M, Damiani LP, Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Manag Nurs*. 2014;15:593-602.
123. Bandura A, O'Leary A, Taylor CB, Gauthier J, Gossard D. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53:563-71.
124. Bandura A, Cioffi D, Taylor CB, Brouillard ME. Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55:479-88.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

Eu, _____, R.G.:

_____, declaro que aceito espontaneamente contribuir com a pesquisa **Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com diagnóstico de dor crônica** a ser realizado no Ambulatório de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto sob a responsabilidade de Randolpho dos Santos Junior e Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki. Afirmo que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos da pesquisa; que terei minha identidade preservada e, autorizo a utilização dos dados para publicação em periódicos e congressos de cunho científico.

Compreendo que minha participação é voluntária e poderei desistir do estudo a qualquer momento sem prejuízo a meu tratamento nesta instituição. Confirmando, que após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito participar como voluntário, sem receber nenhuma forma de pagamento.

Sendo assim, declaro meu consentimento em colaborar com este estudo.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 200__ .

Assinatura do paciente

Randolfo dos Santos Junior
Assinatura do pesquisador
Telefone para contato: (17) 3201-5000 ramal 1215

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Assinatura do pesquisador
Telefone para contato: (17) 3201-5000 ramal 1215

Apêndice B - Ficha de identificação e entrevista semi dirigida

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DOR

1 Data: _____/_____/_____

2 R.G.: _____

1) Nome: _____ **Idade:** _____

Data de Nasc.: _____ **Escolaridade:** _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____ **Fone:** _____

Ocupação

Ativo Ocupação remunerada Ocupação não remunerada

Desempregado Afastado Aposentado

Outra:

2) Características da dor

Diagnóstico:

Início da dor: _____ **Localização da dor:** _____

Intensidade (Escala Numérica):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

Dor máxima

Apêndice C- Folheto com orientações para conviver melhor com a dor crônica

Convivendo melhor com dor crônica

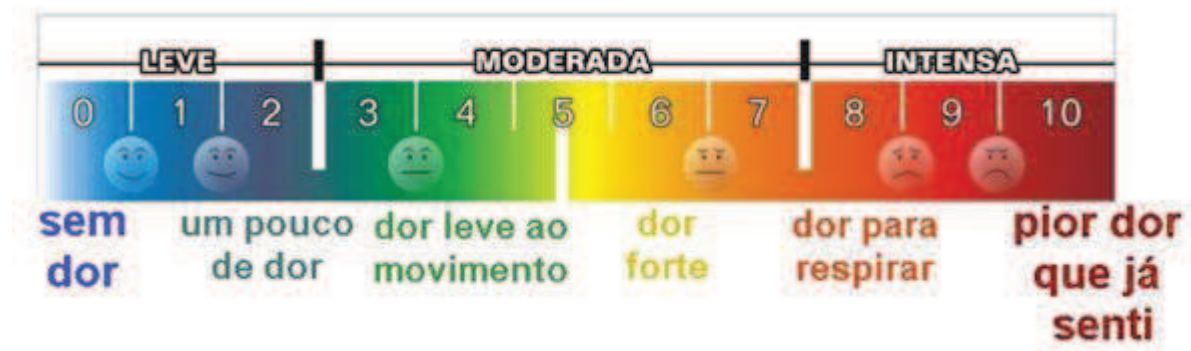
- Precisamos do apoio de outras pessoas que experimentam e compreendem a dor crônica. Ouvir os outros falarem de sentimentos semelhantes e experiências causadas pela dor persistente reduz a sensação de isolamento.
- A dor crônica não só envolve a pessoa com dor, mas a família também. Mantenha um bom diálogo, seja assertivo, solicite apoio apenas em tarefas que não possa realizar sozinho.
- Aceitar a dor não é desistir de continuar melhorando, mas é importante que saiba tudo o que puder sobre sua condição física. Entender que pode não haver a cura total e aceitar que terá que lidar com o fato de conviver com dor em sua vida.
- Não condicione sua vida a dor. Lembre-se que é possível viver bons momentos apesar da dor.
- Assuma um papel ativo em seu tratamento. Siga as orientações profissionais e converse com as equipes sobre as barreiras que encontra para colocar em prática suas recomendações.
- Estabeleça metas realistas construindo planos passo a passo para a sua realização. Não se esqueça de valorizar cada pequena conquista.
- Lembre-se que é um direito de todos sermos tratados com respeito, a dizer não sem culpa, a cometer erros. Não use a dor como justificativa para suas decisões.
- As emoções afetam diretamente o bem estar físico. Ao reconhecer e lidar com seus sentimentos, você pode reduzir o estresse e diminuir a dor que você sente. Utilize as técnicas de relaxamento como uma forma de melhorar o seu bem estar físico e mental.
- Não tenha medo da atividade física o corpo inativo tende a sentir mais dor além da perda de força e flexibilidade. Procure sempre orientação profissional para identificar atividades que possa realizar com segurança.
- Incluir esse conjunto de estratégias em sua rotina poderá fortalecer suas crenças de que é possível alcançar uma melhor qualidade de vida apesar da dor crônica.

Apêndice D - Folheto com orientações para higiene do sono

Folheto - Dicas para melhorar seu sono

- ✓ Evite chá, chocolate, café, álcool e cigarros até quatro horas antes de ir para a cama.
- ✓ Evite cochilos durante o dia
- ✓ Espere até que você se sentir cansado antes de ir para a cama
- ✓ Tente ir para a cama no mesmo horário todas as noites
- ✓ Não leia, não se alimente ou assista televisão na cama.
- ✓ Use relaxamento e exercícios respiratórios na cama
- ✓ Se você não conseguir dormir, levante-se e procure ler alguma coisa, ou realize exercícios de relaxamento.
- ✓ Levante-se, no mesmo horário, todas as manhãs.
- ✓ Praticar exercícios físicos regulares, mas preferencialmente de 4 a 6 horas antes de deitar.
- ✓ Crie um bom ambiente para o sono. O quarto em que se dorme deve ser o quanto possível confortável, silencioso e escuro.

Anexo 1 - Escala Numérica de Dor (END)



Anexo 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD**

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta

A – Eu me sinto tenso ou contraído

- 3 () a maior parte do tempo
- 2 () boa parte do tempo
- 1 () de vez em quando
- 0 () nunca

D – Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes

- 0 () sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () não tanto quanto antes
- 2 () só um pouco
- 3 () já não sinto mais prazer em nada

A – Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- 3 () sim, e de um jeito muito forte
- 2 () sim, mas não tão forte
- 1 () um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () não sinto nada disso

D – Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0 () do mesmo jeito que antes
- 1 () atualmente um pouco menos
- 2 () atualmente bem menos
- 3 () não consigo mais

A – Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 () a maior parte do tempo
- 2 () boa parte do tempo
- 1 () de vez em quando
- 0 () raramente

D – Eu me sinto alegre

- 3 () nunca
- 2 () poucas vezes
- 1 () muitas vezes
- 0 () a maior parte do tempo

A – Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

- 0 () sim, quase sempre
- 1 () muitas vezes
- 2 () poucas vezes
- 3 () nunca

D – Eu estou lento para pensar e fazer as coisas

- 3 () quase sempre
- 2 () muitas vezes
- 1 () de vez em quando
- 0 () nunca

A – Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

- 0 () nunca

- 1 () de vez em quando
- 2 () muitas vezes
- 3 () quase sempre

D – Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 () completamente
- 2 () não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 () talvez não tanto quanto antes
- 0 () me cuido do mesmo jeito que antes

A – Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum

- 3 () sim, demais
- 2 () bastante
- 1 () um pouco
- 0 () não me sinto assim

D – Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () do mesmo jeito que antes
- 1 () um pouco menos do que antes
- 2 () bem menos do que antes
- 3 () quase nunca

A – De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 () a quase todo momento
- 2 () várias vezes
- 1 () de vez em quando
- 0 () não sinto isso

D – Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0 () quase sempre
- 1 () várias vezes
- 2 () poucas vezes
- 3 () qua

Anexo 3 - Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)**Anexo 1. Escala de auto-eficácia para dor crônica (AEDC)**

Nome _____ Data _____

Auto-eficácia para controle da dor (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco sua dor ?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Muita certeza

2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Muita certeza

3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira com seu sono?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Muita certeza

4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Muita certeza

5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Muita certeza

Auto-eficácia para funcionalidade (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam um esforço extraordinário.

Atualmente quanta certeza você tem de que pode

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
6. Participar de atividades sociais?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
8. Participar de atividades familiares?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	
9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho).									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza	

Auto-eficácia para lidar com outros sintomas (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			

Anexo 4 - Inventário de Atitudes Frente a Dor versão breve (IAD-breve)

INVENTÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DOR (IAD - BREVE)

		totalmente falso	quase falso	nem verdadeiro nem falso	quase verdadeiro	totalmente verdadeiro
1.	Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
2.	Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor.	0	1	2	3	4
3.	Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4.	Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5.	O maior alívio da dor que eu tive foi com o uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6.	A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7.	Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8.	Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9.	É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10.	O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
11.	Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
12.	Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
13.	Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14.	A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15.	A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16.	Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17.	Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18.	Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19.	Alguma coisa está errada com o meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4
20.	Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
21.	Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22.	Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23.	A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24.	A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25.	Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26.	Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27.	Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
28.	O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
29.	Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30.	A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Protocolo para pontuação do IAD - breve com 30 itens

Sub-escala	Itens*	Varição
Solicitude	3 7 9 14 18	0-20
Emoção	6 10 15 25	0-16
Cura	(4) (8) 21 (24) (29)	0-20
Controle	1 12 17 20 22	0-20
Dano físico	(11) 16 19 (27) (28)	0-16
Incapacidade	(23) (26) 30	0-16
Medicação	2 5 13	0-12

* Os itens entre parêntesis devem ter os escores revertidos

Anexo 5 – Descrição detalhada do programa de tratamento com terapia cognitivo-comportamental

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PACIENTES COM DOR CRÔNICA
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

1ª sessão – Psicoeducação dor e TCC – Breve apresentação oral sobre o significado da dor crônica e os prejuízos que pode ocasionar. Discussão sobre o tipo de informação que cada paciente possui sobre seu diagnóstico e tratamento; discussão sobre o impacto da dor crônica na qualidade de vida. Na última metade da sessão é utilizada uma atividade para que possam identificar a relação entre pensamentos e emoções. Ex.: “Quando alguém pisa no seu pé você sente dor. Se achar que a pisada foi intencional que você irá sentir? E se achar que foi sem querer?”, seguindo-se discussão sobre a relação entre pensamentos, emoções e percepção da dor. Solicitação para que façam a “tarefa de casa”: diário de dor; observar durante a semana as variações nos níveis de dor e sua relação com pensamentos, emoções e fatores ambientais.

2ª Sessão – Efeitos da dor crônica em sua vida diária – nesta sessão são abordados os efeitos físicos, psicológicos e sociais gerados direta e indiretamente pela dor crônica (ex.: capacidade de trabalho, capacidade para viajar, dependência de médicos e de outros profissionais de saúde, estresse ou preocupações causadas pela doença, vida sexual e autoestima). Exercício: os pacientes são motivados a avaliar seus problemas e identificar em qual dessas três áreas (física, psicológica e social) apresentam maior dificuldade. O terapeuta fala sobre possíveis mudanças no estilo de vida e encoraja a conscientização dos participantes de que o processo pode ser amenizado por uma mudança de atitude frente à dor, com o engajamento nas orientações dos profissionais e com o suporte familiar.

3ª Sessão – Aprendendo a relaxar – breve apresentação sobre a relação entre dor, sono e qualidade de vida. Em seguida, os participantes são orientados sobre medidas para

mudanças no estilo de vida visando à promoção da higiene do sono. Na segunda metade da sessão, ensina-se a técnica de respiração diafragmática e, logo após, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Exercício: estimula-se que respondam a questionamentos: você seria capaz de identificar situações particulares e/ou momentos do dia que se sente mais relaxado e/ou mais tenso? Você percebe uma relação entre aumento da tensão emocional e aumento da sensação de dor?

Tarefa de casa: realizar o exercício de relaxamento duas vezes ao dia, observar os resultados do exercício para o manejo da dor.

Os últimos 15 minutos das sessões subsequentes são sempre destinados ao exercício de relaxamento em grupo e esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos do programa.

4ª Sessão – Pensamentos e humor – um esquema sobre o modelo cognitivo será apresentado. Alguns exemplos de pensamentos específicos que podem tornar uma pessoa deprimida são mostrados. Exercício: um estudo de caso será apresentado e, em seguida, os pacientes avaliarão seus próprios pensamentos e seu efeito sobre o humor “Identificando modelos de pensamentos: úteis, positivos, prejudiciais e negativos”: os participantes aprenderão a reconhecer os diferentes tipos de classificação dos pensamentos por meio de exemplos, e a elaborar estratégias de pensamento durante o dia, que auxiliem na mudança de humor. Exercício: os pacientes tentarão classificar o tipo de pensamento registrado na tarefa de casa solicitada na sessão anterior, tendo como parâmetro a mudança de humor observada. Tarefa de casa: observar pensamentos relacionados a dor; observar possíveis fatores ambientais (temperatura, espaços de convivência, etc) e fatores internos (emoções, memórias, etc) associados a oscilações nos níveis de dor.

5ª Sessão – Assumindo o controle – o terapeuta ensina aos participantes o que são crenças disfuncionais e sua possível influência na percepção da dor, nos julgamentos de

incapacidade e nos comportamentos de dor; por meio de exemplos, são discutidas crenças comuns, como “exercício aumenta a dor”, “apenas medicamentos e cirurgia irão resolver”, “enquanto minha dor persistir não posso fazer nada por minha vida”, “estou nas mãos da sorte e dos médicos”, “minha dor é um castigo ou maldição”, “a dor me faz uma pessoa pior”, “serei feliz apenas quando voltar a viver sem dor”, “se o tratamento não eliminar completamente a dor será um fracasso”. Exercício 1: antes de você começar a perceber alterações emocionais, que tipo de coisas estava fazendo? (Que pessoas estavam com você? Que lugares? Que tipo de pensamentos você estava tendo?); O que aconteceu durante o comportamento? O que veio depois do comportamento? Exercício 2: serão avaliados pensamentos e emoções estimulados pela leitura de fichas com afirmações de externalidade como: “toda essa dor é culpa de minha família”; e de internalidade como: “meu comportamento será importante para que tudo funcione melhor”. Tarefa de casa: elaborar crenças mais adaptativas para contrapor as informações das fichas durante o exercício; observar se as emoções também são alteradas quando se substituem as crenças. Observar pensamentos sobre a dor e avaliar se são de causalidade externa ou interna.

6ª Sessão – Exercitando – sessão com participação de um educador físico, voltada para elaboração de uma rotina doméstica de exercícios físicos e correções posturais, adaptada às condições socioculturais e ao tipo de dor de cada participante. Discussão e levantamento das atividades que os pacientes têm receio de desempenhar; orientações quanto à relação entre sedentarismo e piora da dor crônica; os últimos trinta minutos da sessão são destinados à reavaliação de crenças relacionadas à atividade física.

7ª Sessão – Minhas estratégias – neste encontro é discutido o conceito de estratégias de enfrentamento e todos os participantes são convidados a compartilhar as estratégias

personais que têm utilizado para lidar com a dor na sua vida diária. É feita uma avaliação de cada estratégia pelo próprio participante em parceria com o terapeuta, que então irá listar em uma lousa as estratégias citadas que podem ser consideradas adequadas para o ajustamento à dor. A segunda metade da sessão irá focar em atividades diárias e humor – esclarecimentos sobre como as atividades podem afetar o humor (associação entre menor número de atividades agradáveis e maior número de sentimentos de depressão e ansiedade, aumento na percepção da dor); são apresentados exemplos do que algumas pessoas consideram eventos agradáveis (ex.: assistir televisão, fazer compras, ajudar alguém etc). Fala-se sobre a necessidade de adaptar as atividades e o próprio nível de exigência às condições atuais de saúde; do valor da distração no enfrentamento da dor crônica; apresentam-se orientações sobre a necessidade de estabelecer metas para buscar atividades associadas ao bem-estar; são ensinadas estratégias de pensamentos preventivos e discutidos os objetivos individuais e os interpessoais (estilo de vida, atividades espirituais, religiosas, atividades educacionais e recreativas etc). Exercício: questionamento: você para de fazer coisas porque está com muita dor? Ou você fica com muita dor porque você para de fazer as coisas? Depois que você iniciou o tratamento de dor, que tipo de atividade deixou de fazer? É possível retomar alguma dessas atividades? Tarefa de casa: incorporar ao repertório diário de enfrentamento da dor estratégias dos outros participantes e avaliar seus resultados.

8ª Sessão – Problemas no relacionamento interpessoal e sentimentos, pensamentos e comportamentos – é discutida a importância do suporte social e da resolução ativa dos problemas de relacionamento; são oferecidas orientações sobre como ser mais assertivo e melhorar os relacionamentos interpessoais; como melhorar a comunicação com a família e com os profissionais de saúde; são fornecidas informações sobre como os contatos sociais afetam o humor (ex.: altos níveis de depressão estão relacionados ao

menor contato com pessoas, falta de assertividade e sensibilidade excessiva a críticas, a ser ignorado ou rejeitado); por meio de ensaio comportamental são encenadas situações do cotidiano com representações de comportamentos passivos, agressivos e assertivos.)

Exercício: exercitar comportamentos assertivos, expressar melhor suas necessidades, realizar elogios, etc.

9ª Sessão – Reunião de família – é comum que pacientes apontem como barreiras para o tratamento a dificuldade de compreensão da família acerca da natureza e tratamento da dor crônica. Na maior parte dos casos, a relação da família com o paciente e seu tratamento oscilam entre um posicionamento de desconfiança frente à existência e o nível de incapacidade gerado pela dor, o que pode levar ao isolamento e ausência de apoio para implementar mudanças de atitudes, ou pode haver uma posição familiar superprotetora que reforça os comportamentos de dor, o repouso excessivo e o abandono de responsabilidades gerando uma autopercepção de “doente”, “incapaz” ou mesmo “inválido”. A sessão com os familiares visa esclarecer sobre a natureza persistente da dor e a necessidade de engajamento permanente em mudanças de hábito e programas de reabilitação física e psicossocial. É apresentado o importante papel da família no tratamento e ofertadas orientações quanto à necessidade de reforçar autonomia, de apontar os avanços, de auxiliar o paciente a perceber as melhoras proporcionadas pelo tratamento sem desconsiderar possíveis limitações que o processo de dor crônica ainda poderá impor sobre o indivíduo em suas atividades de vida diária, vida social e capacidade de trabalho. Por fim são solucionadas as dúvidas específicas e são dadas orientações sobre o estresse em familiares e cuidadores de doentes crônicos, como observar seus sinais e o que fazer para prevenir e minimizar seus impactos na própria saúde e na relação com o paciente.

10ª Sessão – Assumindo sua vida – nesta sessão os pacientes tentam recordar o que aprenderam durante as sessões anteriores; esta sessão visa encorajá-los a observar seus níveis de dor e autoeficácia, reconhecendo os pensamentos e situações que podem favorecer a adaptação à dor e que agora possuem para enfrentar seu problema de saúde. Todos ficam encarregados de elaborar uma mensagem final baseada em uma nova filosofia de enfrentamento da dor. Cada participante recebe um material com os principais temas do programa. Logo após é reaplicado o protocolo de avaliação.

Anexo 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)


Parecer n.º 262/2009

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 3971/2009 sob a responsabilidade de **Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki**, com o título "Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com dor crônica" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado** por esse.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de julho de 2009.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP