



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Eduardo Santos Miyazaki

**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO
EM GRUPO PARA PACIENTES COM DOR
CRÔNICA**

São José do Rio Preto

2018

Eduardo Santos Miyazaki

**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO
EM GRUPO PARA PACIENTES COM DOR
CRÔNICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde.

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina O. S. Miyazaki

Co-orientador: Prof. Dr. Roberto Alves Banaco

São José do Rio Preto
2018

Ficha Catalográfica

Miyazaki, Eduardo Santos

Terapia de aceitação e compromisso em grupo para pacientes com dor crônica / Eduardo Santos Miyazaki

São José do Rio Preto, 2018.

108p

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

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Co-orientador: Prof. Dr. Roberto Alves Banaco

1. Dor Crônica; 2. Psicologia; 3. Psicoterapia em Grupo; 4. Terapia de Aceitação e Compromisso; 5. Análise do Comportamento

Eduardo Santos Miyazaki

**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO
EM GRUPO PARA PACIENTES COM DOR
CRÔNICA**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof Dr Roberto Alvez Banaco

2º Examinador: Profª Drª Sandra Leal Calais

3º Examinador: Profª Drª Daniela P. Gusman

4º Examinador: Profª Drª Neide Ap. M. Domingos

5º Examinador: Prof. Dr. Randolpho Santos Junior

Suplentes: Profª Drª Patricia Maluf Cury

Prof Dr José Eduardo N. Forni

São José do Rio Preto 15/01/2019.

Sumário

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS	ii
EPÍGRAFE	iv
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	19
2.CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	20
2.1ANÁLISE DE DADOS	26
3.RESULTADOS	28
4.DISSCUSSÃO	49
5.CONCLUSÃO.....	69
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
7.APÊNDICE	91
8.ANEXOS.....	95

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, direta ou indiretamente participaram desta jornada.

Agradecimentos

Aos meus pais, Kenji e Cristina, que sempre estiveram presentes e me incentivaram pessoal e profissionalmente durante toda a vida. Com eles aprendi que amar não é só estar perto, mas estar presente, é respeitar diferenças mesmo sem concordar e que cada um de nós é único e importante apenas por ser quem é. Sou eternamente grato a cada momento.

Aos meus avós, Accácio, Nenê e Hisano que representam o que é ser família e que souberam unir pessoas diferentes, mostrando que carinho e amor podem superar dificuldades.

À minha irmã, Paula, que além de ser a pessoa mais honesta, justa e honrada que conheço, muito me ensinou sobre companheirismo, fraternidade e amizade. Mesmo nos momentos mais difíceis sabia que ela estaria ali.

À minha querida amada Giovanna, companheira de todos os momentos e que com muita paciência me auxiliou, das mais diversas maneiras, durante esta etapa. Embarcamos em uma jornada há muitos anos e essa foi uma das melhores decisões que poderia ter tomado.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Miyazaki, que além de ser meu maior exemplo pessoal e profissional demonstrou enorme paciência e é fonte de inspiração e conhecimento para minha formação.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Roberto Alves Banaco, que após minha graduação sempre esteve presente iluminando os caminhos mais obscuros e foi, sem dúvida, meu grande porto seguro acadêmico quando precisei.

À minha orientadora de mestrado, Prof^ª Dr^ª Neide Micelli Domingos, pelo incentivo e apoio sempre.

À minha orientadora durante a graduação na Universidade Estadual de Londrina, Prof^a Dr^a Maria Rita Zoega Soares, que com muita paciência e dedicação dividiu conhecimentos e experiências e me inseriu no meio acadêmico através das iniciações científicas.

Ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base por todo conhecimento adquirido, em especial nas figuras do Prof. Dr. Randolpho Santos Júnior, da psicóloga Christiane Maia Waetman e da Professora Carla Rodrigues Zanin, que me auxiliaram imensamente.

Aos profissionais da Clínica de Dor, que me receberam de braços abertos, especialmente o Prof. Dr. José Eduardo Nogueira Forni, ao Prof. Dr. Randolpho Santos Júnior, à Prof.^a Patrícia Forni e ao fisioterapeuta Marcos Foss.

À professora Dra. Patrícia Fucuta pelo auxílio com toda a parte de análise estatística do trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FAMERP e todo o seu corpo docente, especialmente aos secretários José Antonio Silistino, Luiz Henrique Oliveira Ferreira.

Aos meus grandes amigos pela paciência e apoio durante todo o processo.

A todos que participaram da pesquisa, direta ou indiretamente, especialmente à banca de defesa que aceitou estar presente nesse momento e compartilhar um pouco de seus conhecimentos e contribuir com o trabalho.

Epígrafe

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo biopsicossocial do tratamento da dor considera a interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.....	6
Figura 2. Modelo ACT de mudança de comportamento	11
Figura 3. Fluxograma do estudo: Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para pacientes com dor crônica	21
Figura 4. Escores obtidos no questionário de aceitação e compromisso (AAQ-II) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	33
Figura 5. Valores da EVA para cada um dos pacientes com dor crônica pré e pós intervenção em grupo (ACT)	34
Figura 6. Avaliação dos domínios da qualidade de vida (SF-36) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para dor crônica de cada um dos pacientes	35
Figura 7. Média dos domínios do SF-36 pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para dor crônica	36
Figura 8. Escores individuais do BAI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.....	38
Figura 9. Comparação item a item do BAI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	38
Figura 10. Classificação dos sintomas de ansiedade (BAI) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	39
Figura 11. Escores individuais do BDI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.....	40

Figura 12. Comparação item a item do BDI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	40
Figura 13. Classificação dos sintomas de depressão (BDI) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	41
Figura 14. Escores de autoeficácia (CPSS) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	42
Figura 15. Autoeficácia (CPSS) para controle da dor, funcionalidade e para lidar com outros sintomas de cada um dos pacientes pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.....	43

Lista de Tabelas e Quadro

Tabela 1. Características dos pacientes com dor crônica que concluíram a intervenção em grupo.....	29
Tabela 2. Análise comparativa da qualidade de vida (SF-36) pré e pós intervenção em grupo (ACT) para dor crônica	37
Tabela 3. Análise comparativa da percepção de Apoio Social pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica	44
Tabela 4. Análise comparativa dos pacientes avaliados pré e pós-intervenção (ACT) em relação a percepção da dor (EVA), sintomas de ansiedade (BAI), de depressão (BDI), inflexibilidade psicológica (AAQ-II) e autoeficácia (CPSS)	45
Tabela 5. Análise de correlação* entre os domínios do SF-36 e os escores do BDI, BAI, AAQ-II pré e pós-intervenção.....	46
Tabela 6. Análise de correlação entre inflexibilidade (AAQ-II), ansiedade (BAI) e depressão (BDI) pré e pós-intervenção	47
Tabela 7. Análise de correlação entre dor (EVA), ansiedade (BAI) e depressão (BDI) pré e pós-intervenção	47
Quadro 1. Tema e objetivos das sessões de programa de intervenção em ACT para pacientes com dor crônica	25
Quadro 2. Verbalizações de um dos pacientes indicando aumento da flexibilidade psicológica após intervenção em grupo (ACT) para dor crônica	48

Lista de Abreviaturas

AAQ-II	Questionário de Aceitação e Ação II
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CF	Capacidade Funcional
CPSS	Escala de auto-eficácia para dor crônica – Chronic Pain Self-efficacy Scale
D	Dor
EAD	Auto-Eficácia para Controle da Dor
AEF	Auto-Eficácia para Funcionalidade
AES	Auto-Eficácia para lidar com sintomas
EGS	Estado Geral de Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	International Association for the Study of Pain
IBM-SPSS	Programa Estatístico utilizado para análise dos dados
MCS	Mental Component Summary – Resumo de componentes mentais

MOS-SSS	Escala de Suporte Social - Medical Outcome Study Social Support Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCS	Resumo de Componentes Físicos - Physical Component Summary
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TMR	Teoria das Molduras Relacionais
SF-36	Inventário de Qualidade de Vida – Medical Outcome Short Form Health Survey
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
V	Vitalidade
WHOQOL-bref	Questionário de Qualidade de Vida - World Health Organization Quality of Life

Resumo

Dor crônica é uma das principais causas de procura por atendimento no sistema de saúde, de incapacidade para o trabalho, assim como apresenta graves consequências psicossociais e econômicas. O uso de medicamentos, a primeira linha de tratamento para dor crônica, tem sido associado a consequências negativas, como dependência de opióides, levando a um crescente interesse por tratamentos psicossociais. **Objetivo:** Avaliar inflexibilidade psicológica, intensidade da dor, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão, autoeficácia e suporte social de pacientes com dor crônica pré e pós-intervenção em grupo baseada em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). **Método:** Estudo quase-experimental com pré e pós-teste. Pacientes triados para a Clínica de Dor, em 2017, foram convidados a participar do estudo. Dos 16 que concordaram em participar e atenderam aos critérios de inclusão, seis participaram da intervenção: oito sessões de 90 minutos de ACT em grupo, uma sessão por semana, com avaliação pré e pós-intervenção com os seguintes instrumentos: Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), versão brasileira, Escala Visual Analógica de Dor (EVA), Inventário de Qualidade de Vida SF-36, Escalas de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck, Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (CPSS) e Escala de Suporte Social (MOS). **Resultados:** A média de idade dos participantes (3 homens e 3 mulheres) foi $52,16 \pm 5,63$, o tempo médio de dor $11,5 \pm 5,78$ anos e cinco utilizavam morfina. Após a intervenção houve redução da inflexibilidade psicológica ($36,6 \pm 5,7$ pré e $18,6 \pm 12,54$ pós), sem significância estatística, mas classificando 4 pacientes fora do escore de populações clínicas; redução significativa da dor ($p = 0,026$), melhora significativa da qualidade de vida (SF-36) para os domínios Capacidade Funcional ($p = 0,003$), Dor ($p = 0,046$), Vitalidade ($p = 0,010$), Aspecto Social ($p = 0,010$), Aspecto Emocional ($p = 0,022$) e Saúde Mental ($p = 0,003$); redução significativa dos sintomas de ansiedade (BAI) ($p = 0,028$) e de depressão (BDI) ($p = 0,028$); aumento nos escores de autoeficácia ($p = 0,028$), autoeficácia para controle da dor ($p = 0,027$), funcionalidade ($p = 0,046$) e para lidar com outros sintomas ($p = 0,026$); aumento nos escores de suporte social, embora sem significância estatística. Houve correlação inversa entre qualidade de vida e sintomas de depressão e entre domínios da qualidade de vida e inflexibilidade psicológica. Não houve correlação entre dor, ansiedade e depressão. **Conclusão:** Os dados indicam que a ACT em grupo é um tratamento promissor a ser integrado no atendimento interdisciplinar da Clínica de dor.

Palavras-chave: Dor crônica; Psicologia; Psicoterapia em grupo; Terapia de Aceitação e Compromisso; Análise do Comportamento.

Abstract

In the health system, chronic pain is one of the main causes of demand for care, from inability to work as well as for severe psychosocial and economic consequences. Drug use, the first line of treatment for chronic pain, has been linked to some negative consequences, such as opioid dependence, leading to a growing interest on psychosocial treatments. **Objective:** To assess psychological inflexibility, pain intensity, quality of life, anxiety and depression symptoms, self-efficacy and social support of patients with chronic pain pre- and post-intervention in a group based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). **Method:** Quasi-experimental study with pre and post-test. Patients screened for the Pain Clinic, in 2017, were invited to participate in the study. Out of the 16 who agreed to participate and met the inclusion criteria, six participated in the intervention: eight sessions of 90 minutes of ACT in a group, one session per week, with pre- and post-intervention evaluation with the following instruments: Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Brazilian version, Visual Analogue Pain Scale (EVA), SF-36 Quality of Life Inventory, Beck Anxiety (BAI) and Depression Scale (BDI), Self-efficacy Scale for Chronic Pain CPSS) and Social Support Scale (MOS). **Results:** The mean age of patients (3 men and 3 women) was $52,16 \pm 5,63$, the mean time with pain was $11,5 \pm 5,78$ years and five of them used morphine. After the intervention there was a reduction in psychological inflexibility ($36,6 \pm 5,7$ pre and $18,6 \pm 12,54$ post), with no statistical significance, but four out of six patients ended up below the clinical score; there was also a significant reduction in pain ($p = 0,026$), improvement in Quality of Life (SF-36) for the domains: Functional Capability ($p = 0,003$), Pain ($p = 0,046$), Vitality ($p = 0,010$), Social Aspects ($p = 0,010$), Emotional Aspects ($p = 0,022$) and Mental Health ($p = 0,003$); significant reduction in anxiety (BAI) symptoms ($p = 0,028$) and depression (BDI) symptoms ($p = 0,028$); improvement in self-efficacy scores ($p = 0,028$), self-efficacy for pain management ($p = 0,027$), functionality ($p = 0,046$) and other symptoms ($p = 0,028$); the social support score also increased but with no statistical significance. An inverse correlation between quality of life and depression symptoms and some domains of quality of life and psychological inflexibility was found. There was no correlation between pain, anxiety and depression. **Conclusion:** Data shows that group based ACT intervention seems promising and should be integrated in the interdisciplinary treatment provided for Chronic Pain.

Key-words: Chronic pain; Psychology; Group Psychotherapy; Acceptance and commitment therapy; Behavior Analyses.

INTRODUÇÃO

A dor tem função essencial para a sobrevivência. Sinaliza a presença de um trauma, doença ou disfunção e é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão potencial ou real de tecidos”.⁽¹⁾ A dor aguda, anteriormente classificada por sua duração, é atualmente definida como “uma experiência complexa e desagradável, com características emocionais, cognitivas e sensoriais que ocorrem como resposta a um trauma tecidual”.⁽¹⁾ A dor crônica, que pode ser contínua ou intermitente, dura além do período esperado para que ocorra cura tecidual e a causa subjacente é geralmente insuficiente para explicar sua presença e extensão. É definida ainda como persistente, “prejudica o sono e a vida diária e, em vez de ter função protetora, deteriora a saúde e a capacidade funcional”.⁽¹⁾

Dor crônica é uma das principais causas de procura por atendimento no sistema de saúde e de incapacidade para o trabalho, com graves consequências psicossociais e econômicas. Seu custo é alto para o paciente, para a sociedade e para o sistema de saúde e é também “uma dimensão silenciosa” das dez doenças com maiores taxas mundiais de mortalidade.⁽²⁻⁴⁾

Estima-se que cerca de 20 a 30% das pessoas no mundo tenham dor crônica, com uma prevalência que varia entre 7% e 48%, dependendo população estudada.^(5,6) No Brasil, estudos epidemiológicos ainda são necessários, mas os existentes indicam uma prevalência que varia em função da região onde foram realizados: São Luiz, MA: 42%; Salvador, BA: 41,4%; São Paulo, SP: 28%; Londrina, PR: 51,4% em idosos; Rio Grande do Sul, RS: 4,2%, dor lombar.^(2, 5) Estudos de prevalência realizados na cidade

de São Paulo^(5,7) obtiveram dados semelhantes aos de estudos internacionais sobre dor crônica em países desenvolvidos.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Dados do estudo realizado com paulistanos por Ferreira et al.⁽⁵⁾ fornecem um retrato do problema: maior prevalência de dor crônica entre as mulheres, pessoas mais velhas, com menor escolaridade, separadas e viúvas; dor associada a múltiplas doenças (p.ex.: fibromialgia, doenças cardiovasculares, artrite) e a transtornos mentais (p.ex.: depressão, ansiedade). A intensidade média da dor dos participantes do estudo nas últimas 24 horas foi 6,8 (\pm 2,4), os locais mais frequentes foram pernas e pés (22,5%), costas e pescoço (21,1%) e tórax (17,2%). Em relação à duração da dor, apenas 25% dos participantes tinham dor há menos de um ano (média de tempo com dor: 55,8 meses). Medicação foi o tratamento utilizado nos últimos 12 meses por 58,5% dos participantes e 16% relataram o uso de estratégias não farmacológicas.⁽⁵⁾

A **intensidade da dor**, avaliada pelo próprio paciente em uma escala numérica de 0 a 10, foi, por muitos anos, considerada a principal indicação para orientar o tratamento.⁽¹¹⁾ Com base nesse sistema, acreditava-se que a dose adequada de medicação (ex. opióides) era aquela que conseguisse reduzir a dor com base nessa escala numérica.⁽¹²⁾ O uso cada vez maior de opióides e o aumento crescente das doses na tentativa de aliviar a dor aumentaram os efeitos tóxicos desse tipo de medicação. Esse tratamento expõe o paciente a riscos e a dependência: para manter baixos escores na escala para aliviar a dor, a medicação prejudica o funcionamento e a qualidade de vida dos pacientes.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ A ênfase na redução de medicamentos para o tratamento da dor é hoje considerada um importante meta na área. Atualmente, a intensidade da dor é um dos parâmetros (mas não o único) avaliados em pacientes com dor crônica, uma vez que o seu “sofrimento pode estar tão relacionado ao significado da dor quanto à sua

intensidade. Desamparo e desesperança persistentes podem ser a raiz do sofrimento dos pacientes com dor crônica e ser refletida no relato da intensidade da dor”.⁽¹²⁾

Várias medidas são, portanto, necessárias para elucidar “as complexas causas e consequências da dor de uma pessoa para fornecer subsídios para um tratamento multimodal”.⁽¹⁵⁾ A dor crônica afeta “diferentes aspectos da vida do paciente, como suas atividades de vida diária, sua saúde física e mental, suas relações familiares e sociais e a sua interação com o ambiente de trabalho”.⁽¹⁵⁾ Atualmente, a avaliação de pacientes com dor crônica frequentemente inclui, além da intensidade da dor, qualidade de vida, depressão, ansiedade, sono, fadiga, autoeficácia e suporte social.⁽¹⁷⁾

A dor crônica tem um impacto negativo sobre o funcionamento global do paciente e afeta a sua qualidade de vida.^(15,17,18) **Qualidade de vida** refere-se à “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽¹⁹⁾

Leadley e colaboradores⁽¹⁸⁾ realizaram uma revisão da literatura sobre a relação entre dor e qualidade de vida na Europa. Os autores concluíram que existe uma correlação entre dor e qualidade de vida, mesmo quando outros fatores (ex. idade) são controlados. Além disso, revisões sistemáticas sobre intervenções para dor crônica mostraram uma relação entre redução da dor e aumento da qualidade de vida.^(18,20)

Do ponto de vista de sintomas e transtornos mentais, **depressão e ansiedade** são os problemas mais comuns em pacientes com dor crônica. Esses pacientes têm uma vulnerabilidade aumentada para transtornos do humor e de ansiedade em função da dor e das mudanças de vida a ela associadas, como problemas de sono, incapacidade e

isolamento social.⁽²¹⁾ Frequentemente, há uma relação bidirecional entre problemas psicológicos e a dor. Pessoas com sintomas ou transtornos mentais, bem como problemas de sono, têm um risco aumentado para desenvolver dor crônica no futuro.^(22,23) Assim, a avaliação de pacientes com dor crônica requer uma investigação e uma intervenção sobre problemas psicológicos que podem contribuir para o aumento da dor e do sofrimento a ela associado.

Um dos fatores psicossociais da relacionados à dor e que tem relevância para a sua compreensão e tratamento, é a **autoeficácia**. O termo autoeficácia refere-se à expectativa de sucesso que uma pessoa tem ao realizar determinados comportamentos para atingir um objetivo.⁽²⁴⁾ Jackson e colaboradores⁽²⁵⁾ realizaram uma metanálise para avaliar a relação entre autoeficácia e funcionamento (gravidade da dor, incapacidade funcional, sofrimento psicológico) em pacientes com dor crônica. Concluíram que a autoeficácia tem uma associação significativa com incapacidade, sofrimento psicológico e gravidade da dor e é um importante fator de risco ou de proteção para o ajustamento em pacientes com dor crônica.

A interação com pessoas significantes para o paciente (ex. cônjuge, familiares, amigos) também tem um importante papel na adaptação do paciente que tem dor crônica. **Suporte social** é um construto multidimensional que se refere aos recursos sociais disponíveis e é geralmente definido como “a percepção ou experiência de ser amado e cuidado por outros, estimado, valorizado e de fazer parte de uma rede social de ajuda e de obrigações mútuas”.⁽²⁶⁾ A percepção de suporte social está associada a recuperação mais rápida de doenças e menos complicações no tratamento, taxas mais baixas de mortalidade e menos perturbações ao enfrentar doenças terminais.⁽²⁷⁾ Os benefícios do suporte social na dor crônica foram relatados em inúmeros estudos. As

evidências sugerem “que a redução da dor é parcialmente mediada pelo efeito amortecedor do suporte social sobre o estresse”.⁽²⁸⁾

Embora pacientes com dor crônica utilizem com alta frequência o sistema de saúde, a minoria é acompanhada por especialistas ou equipes especializadas no tratamento de dor, que tem importante impacto sobre a sua qualidade de vida e sobre o seu funcionamento diário.^(3,5,7,29) Dada a sua complexidade, a dor crônica deve ser compreendida e abordada não só sob a perspectiva biológica (p.ex.: neurofisiologia, funcionamento físico), mas também sob uma perspectiva psicológica (p.ex.: crenças, emoções, comportamento, presença de sintomas e de transtornos mentais) e social (p.ex.: cultura, interações sociais).^(4,29,30) O modelo biopsicossocial da dor a descreve como resultado de uma interação dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que acarretam síndromes dolorosas crônicas e complexas.⁽³¹⁾

A compreensão e o manejo da dor ao longo do tempo, até a atual perspectiva biopsicossocial, é um tema abordado por vários autores.⁽³²⁻³⁴⁾ A primeira equipe multidisciplinar para o tratamento da dor foi constituída pelo médico americano John J. Bonica, em 1947. O psicólogo da equipe era William Fordyce, cuja contribuição foi essencial para a evolução da compreensão e do manejo da dor sob a perspectiva comportamental.^(35,36)

Muitos comportamentos de dor (p.ex.: expressão facial, relatar dor) são adaptativos para a dor aguda, visto que aumentam a probabilidade de receber ajuda e cuidados. Contudo, com a cronicidade da situação, esses mesmos comportamentos podem passar a ser punidos, acarretando prejuízos na interação entre o paciente e o contexto no qual ele vive. Isso implica na necessidade de olhar para a dor como um

evento complexo, que está além das possibilidades de compreensão do modelo biomédico.⁽³⁷⁾ Isto é, compreender e tratar a dor requer um modelo que considere aspectos biológicos, sociais e psicológicos (Figura 1). Muitos autores têm sugerido ainda a inclusão de aspectos espirituais no modelo biopsicossocial de compreensão e manejo da dor.⁽³⁸⁾

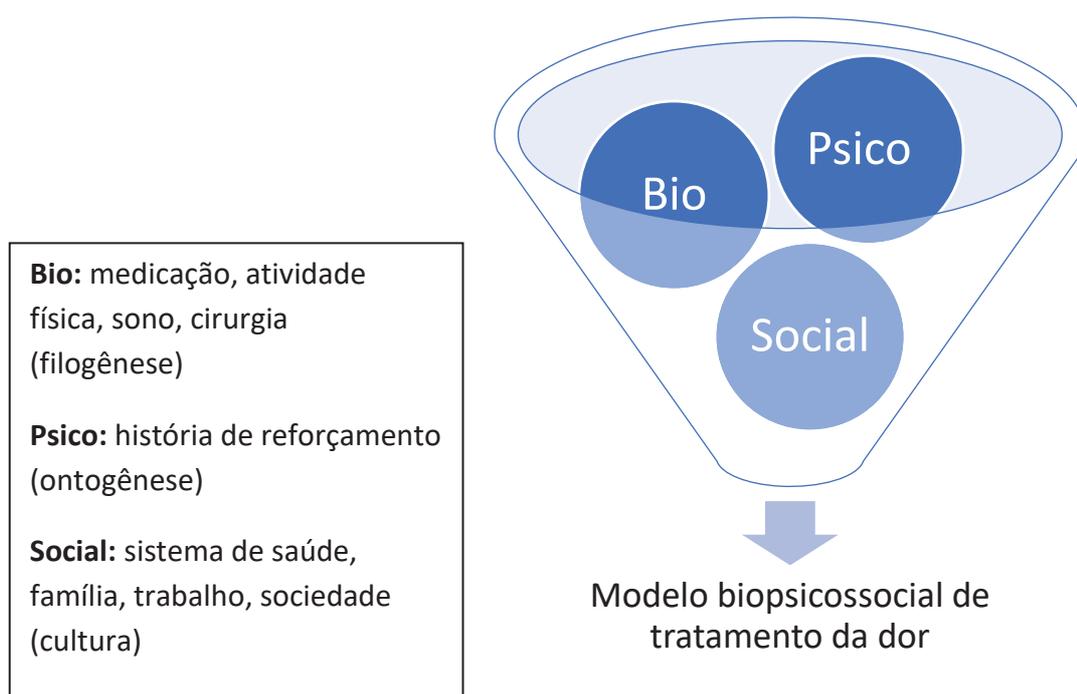


Figura 1. Modelo biopsicossocial do tratamento da dor considera a interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.⁽⁸⁶⁾

Atualmente, psicólogos desempenham importante papel em clínicas de dor no mundo⁽³⁹⁾ e no Brasil⁽¹⁶⁾ e intervenções psicológicas têm sido avaliadas no país⁽⁴⁰⁾ e em estudos internacionais.⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾ A Associação Americana de Psicologia apontou o foco nos tratamentos não farmacológicos como uma das dez principais tendências para o próximo ano (2019).⁽⁴⁵⁾ Uma revisão sistemática recente sobre tratamentos não farmacológicos para dor crônica incluiu, no item terapias psicológicas, quatro tipos de

intervenção: terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de aceitação e compromisso (ACT), *biofeedback* e relaxamento.⁽⁴¹⁾

Embora a TCC seja apontada como “padrão ouro” entre as intervenções psicológicas para o manejo da dor crônica, revisões sistemáticas e metanálises indicam que seus efeitos ainda são modestos ou moderados.^(46,47) Para Hughes et al.⁽⁴⁷⁾, “existe espaço para aprimorar o enfoque psicológico da dor crônica e um potencial candidato nesse sentido é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)”.

Terapia de aceitação e compromisso (ACT)

A ACT está incluída na terceira onda das terapias comportamentais, como a redução do estresse com base em *mindfulness*⁽⁴⁸⁾ e a terapia comportamental dialética.⁽⁴⁹⁾ Visto de forma ampla, o modelo comportamental inclui a terapia comportamental tradicional, a análise do comportamento, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia cognitiva.⁽⁵⁰⁾ As terapias comportamentais atualmente denominadas de terceira onda compartilham princípios comuns, como:

- (a) métodos e princípios contextuais – foco em mecanismos de mudança baseados no contexto e na função dos eventos psicológicos;
- (b) repertório amplo e flexível – métodos eficientemente aplicados a síndromes muito distintas;
- (c) adequação a clientes e clínicos – modelo unificado do funcionamento humano;
- (d) integração com outras vertentes da TCC – inclui métodos efetivos das terapias cognitivas e comportamentais;
- (e) consideração de temas complexos –

¹ A palavra *mindfulness*, que quer dizer atenção plena ou consciência clara do que está acontecendo no momento presente, é utilizada em todo o mundo, pois não há um termo que traduza exatamente seu significado.

investiga assuntos típicos de tradições menos empíricas, como identidade, valores, espiritualidade.⁽⁵¹⁾

A ACT fundamenta-se filosoficamente no contextualismo funcional e “busca prever e influenciar as interações atuais do organismo como um todo, com contextos definidos histórica e situacionalmente”.⁽⁵²⁾ Postula um posicionamento aberto e de aceitação em relação a todos os eventos psicológicos, mesmo quando estes são “negativos, irracionais ou mesmo psicóticos. A questão não é a presença de um evento específico, mas de sua função e significado, contextualmente estabelecidos”.⁽⁵²⁾ Além disso, há uma “ênfase em valores escolhidos, vistos como componentes necessários para uma vida significativa”.⁽⁵²⁾ Esses valores são qualidades livremente adotadas pelo indivíduo para direcionar a sua vida em diferentes domínios (p.ex.: família, carreira, espiritualidade).

Segundo o proponente da ACT, esta baseia-se em uma teoria comportamental da linguagem e da cognição humana, denominada Teoria das Molduras Relacionais (TMR)². A proposta da TMR indica que o núcleo da linguagem e da cognição humana é a “habilidade aprendida e controlada contextualmente de arbitrariamente relacionar eventos mutuamente e em combinação e de mudar a função de eventos específicos baseando-se em suas relações com outros eventos”.^(53,54)

A TMR apoia-se, portanto, na ideia que “a linguagem está baseada na derivação aprendida de relações entre eventos, com base em dicas que podem ser arbitrárias”. Estudos indicam que “qualquer evento pode adquirir uma função aversiva, mesmo sem

²Também traduzida como Teoria dos Quadros Relacionais, TQR.⁽⁵⁸⁾

estar diretamente associado a outro evento ... em outras palavras, a linguagem pode tornar qualquer evento uma fonte de sofrimento”.⁽⁵⁵⁾

O modelo de psicopatologia da ACT é utilizado para conceitualizar casos e para delinear intervenções. A inflexibilidade psicológica é considerada a essência da psicopatologia ou do sofrimento e “caracteriza o comportamento controlado pela linguagem e pouco orientado por valores”.⁽⁵⁴⁾ Flexibilidade psicológica (FP), por sua vez, é a “habilidade para entrar em contato com o momento presente em sua totalidade, como um ser humano consciente, modificando ou mantendo seu comportamento de acordo com valores pessoais e autênticos”.⁽⁵³⁾ O modelo de flexibilidade psicológica é, portanto, ao mesmo tempo, um modelo de psicopatologia, de saúde mental e de intervenção psicológica.⁽⁵⁶⁾

Os processos subjacentes à psicopatologia e ao sofrimento, conforme a TMR, “emergem de características da linguagem e cognição humanas”.⁽⁵⁷⁾ Esses processos centrais estão relacionados e são apresentados graficamente como um hexágono. Cada um dos seis vértices desse hexágono corresponde a um processo associado à inflexibilidade psicológica: esquiva de experiência ou esquiva experiencial; fusão cognitiva; predominância do passado conceitual e do futuro temido; apego ao eu conceitualizado; inércia, impulsividade e persistência na esquiva; e falta de clareza de valores.^(57,58)

A ACT organiza-se em torno desses seis processos associados à inflexibilidade, para desenvolver flexibilidade psicológica. De acordo com o modelo de flexibilidade psicológica, o sofrimento é inerente à condição humana. Esse sofrimento, entretanto, é agravado quando o nível de inflexibilidade de uma pessoa impede que ela se adapte ao seu contexto, isto é, quando processos verbais/cognitivos limitam seu repertório em

determinadas áreas do funcionamento. O atendimento psicoterápico mostra que a maioria dos pacientes não consegue, por exemplo, se desvencilhar de regras disfuncionais, aceitar aquilo que não pode ser mudado, viver o momento presente e viver de acordo com seus valores.⁽⁵⁷⁾

O objetivo da ACT é colocar processos verbais e cognitivos sob um melhor controle contextual, para que a pessoa “tenha maior contato com as consequências positivas de seu comportamento no presente”, como parte de uma vida vivida de acordo com seus valores.⁽⁵⁷⁾ O funcionamento psicológico saudável está associado “à habilidade da pessoa para responder, de forma adaptativa, a um ambiente onde as contingências estão em constante mudança”.⁽⁵⁹⁾

Os seis processos apresentados na Figura 2^(57,58) constituem a base da flexibilidade psicológica e cada um tem papel fundamental na capacidade de adaptação às mudanças contínuas e aos desafios inerentes à vida. Os processos à esquerda são considerados processos de *mindfulness* e aceitação e os à direita de mudança de comportamento ou processo de ativação comportamental.⁽⁵⁸⁾

Os processos relacionados à inflexibilidade psicológica e os que constituem a base da flexibilidade (Figura 2) serão apresentados de forma mais detalhada a seguir..

Esquiva de experiência ou esquiva experiencial inclui a relutância para entrar em contato com eventos aversivos privados (p.ex.: sensações corporais, pensamentos, memórias) e com comportamentos direcionados para alterar esses eventos ou os eventos que os eliciam.⁽⁶⁰⁾ É uma tentativa do indivíduo para “reduzir ou evitar experiências internas indesejáveis, mas que tem um resultado negativo sobre o funcionamento”.⁽⁶¹⁾

A esquia experiencial é estável ao longo do tempo, aumenta a vulnerabilidade para diversos transtornos mentais e comorbidades e afeta o curso desses transtornos.⁽⁶²⁾ Pessoas com dor crônica, por exemplo, podem se esquivar de atividades físicas para tentar evitar a dor, o que por sua vez pode levar a uma atrofia muscular e aumentar ainda mais a dor durante a realização de movimentos.⁽⁶³⁾ A ACT visa reduzir a esquia experiencial com a aceitação.



Figura 2. Modelo ACT de mudança de comportamento.⁽⁵⁸⁾

Aceitação é uma ação de receptividade para observar, sem julgamentos, eventos internos ou “permitir intencionalmente que eventos psicológicos dolorosos estejam presentes e sejam sentidos”⁽⁶⁴⁾ para que o indivíduo possa conhecê-los e aceitá-los.⁽⁵⁸⁾ Aceitar é diferente de tolerar, uma vez que a “aceitação é vista como uma escolha e envolve uma atitude de acolhimento em relação à experiência interior”.⁽⁶¹⁾ A aceitação é útil em relação a experiências interiores que levam à evitação experiencial. Pacientes

com dor, por exemplo, são estimulados a senti-la em sua totalidade, sem lutar contra ela^(57,58), ao mesmo tempo em que realizam ações baseadas em seus valores (p.ex.: visitar amigos, fazer uma caminhada).^(57,63)

A *fusão cognitiva* é uma das principais causas de inflexibilidade psicológica e ocorre quando existe uma tendência para considerar “pensamentos como representações literais da realidade”.⁽⁶⁵⁾ Pode ser definida como

um processo por meio do qual eventos verbais exercem um forte controle de estímulo sobre as respostas, excluindo qualquer outra variável contextual ... [as pessoas] respondem a ‘construções mentais’ como se respondessem diretamente a uma situação física. A pessoa ansiosa que constrói um ambiente ameaçador e faz uma fusão com esse pensamento se comporta como se a ameaça do mundo tivesse sido descoberta, e não construída. O evento imaginado não ocorreu na realidade; entretanto, a fusão dos símbolos verbais com o evento permite que algumas das suas propriedades funcionais estejam psicologicamente presentes.⁽⁶⁶⁾

Na fusão cognitiva, portanto, o indivíduo se comporta como se representação de um fato fosse o fato em si e não apenas uma representação do mesmo.⁽⁵⁸⁾

A *defusão* ³ visa reduzir a “qualidade literal do pensamento, enfraquecendo a tendência de tratá-lo mais como uma referência (ex. não estou bem) do que como uma impressão direta (ex.: o pensamento de não estar bem)”.⁽⁵⁷⁾ Visa, portanto, modificar a forma como o indivíduo interage com seus pensamentos, criando contextos que diminuam suas funções nocivas e reduzindo sua influência negativa ou indesejável sobre o comportamento.⁽⁵⁸⁾

³ Também traduzida como desfusão.

A predominância do passado conceitual e do futuro temido têm duas importantes implicações clínicas: a ruminação e a preocupação. Ambas têm em comum o fato de afastarem o indivíduo de um contato flexível com o presente. Como passado e futuro são conceitos representados por meio da linguagem, não existem na realidade objetiva e não podem ser influenciados pelo comportamento do indivíduo. Aqui também é importante ressaltar que passado e futuro conceitualizados, por si só, não acarretam inflexibilidade psicológica. A inflexibilidade está relacionada a um padrão comportamental ‘preso’ a contingências do passado e do futuro, altamente governado por regras.⁽⁵⁸⁾

Atenção presente significa vivenciar os eventos internos e externos no aqui e agora, sem focar no passado ou no futuro. Pode ser definida como “a atenção flexível, fluida e voluntária voltada para os eventos internos e externos no momento em que estão ocorrendo, sem avaliações ou julgamentos”.⁽⁶¹⁾

Estar presente auxilia a viver no mundo atual e diminuir o impacto do mundo cognitivamente construído. Está associado com a habilidade de manter a atenção no aqui e agora, com “estar aberto” para o que está acontecendo no momento presente e com a habilidade para nomear e descrever o que está ocorrendo sem emitir julgamentos.⁽⁶¹⁾

O *eu conceitualizado* integra diferentes autoconceitos importantes para o indivíduo, que decorrem da aprendizagem, feita ao longo da vida, para nomear, categorizar e avaliar. “As pessoas contaram histórias, definiram seus atributos principais, avaliaram esses atributos e os compararam aos de outras pessoas, construíram relações de causa e efeito entre sua história e esses atributos”.⁽⁶⁶⁾ O eu, portanto, passa a ser um

eu conceitualizado, que tanto pode ser descritivo (p.ex.: sou advogado, trabalho no escritório X), como avaliativo (p.ex.: sou fraco). Ficar sob controle desses pensamentos é visto como um tipo de fusão cognitiva e eventos que ameaçam quebrar esses conceitos pessoais podem ser percebidos como um risco, levando ao sofrimento e à evitação e esquiva experiencial. Muitas ideias que as pessoas possuem sobre si mesmas, tanto negativas como positivas, estão tão enraizadas que são tratadas como fatos inquestionáveis. Cada categoria autodescritiva, além de implicar a inserção do indivíduo nessa categoria, indica que ele realmente possui determinadas características e aumenta a probabilidade de engajar-se em comportamentos que confirmem o rótulo que atribui a si mesmo. Na ACT, os pacientes são auxiliados a distinguir entre si mesmos e o seu eu conceitualizado.⁽⁶⁶⁾

Em relação ao eu conceitual, há problemas quando as pessoas se apegam às conceitualizações que fazem de si mesmas e tentam mantê-las, mesmo quando estas levam a comportamentos disfuncionais (p.ex.: a pessoa que se rotulou como deprimida, continua a agir como tal numa tentativa de proteger o eu conceitual).⁽⁶¹⁾ A ACT “estimula a defusão desses pensamentos e o desenvolvimento de uma outra noção de identidade, o *eu como contexto* ou o eu observador”.⁽⁵⁴⁾ *Eu como contexto* significa o eu como o centro de tomada de perspectiva. Permite

... que eventos internos ou externos sejam experimentados a partir do ‘eu/aqui/agora’, sem [que o eu seja] definido por esses eventos. A partir da perspectiva do eu como contexto, onde experiências internas ocorrem, mas não o definem, podemos escolher acompanhar e aderir à noção de quem somos em determinadas situações, mas não em outras.⁽⁶¹⁾

Inércia, impulsividade e persistência na esquiva “são diferentes manifestações de um repertório comportamental limitado e inflexível” e impedem que o indivíduo avance e construa a vida que deseja e que é compatível com seus valores.⁽⁵⁸⁾

Em relação a *compromisso*, a ACT utiliza procedimentos tradicionais de mudança de comportamento (p.ex.: exposição, treino de habilidades) e a *ação comprometida* (ou compromisso)

está relacionada a habilidades, envolve colocar em prática os próprios valores e praticar aceitação, defusão, estar presente e tratar a si mesmo como o contexto onde as experiências internas ocorrem. Ação comprometida é o contínuo redirecionamento do comportamento para construir padrões comportamentais cada vez maiores, mais flexíveis e efetivos relacionados aos próprios valores.⁽⁶¹⁾

Para compreender o significado da *falta de clareza de valores* é preciso definir o significado de valores. Valores podem ser definidos como “consequências desejadas de vida que foram verbalmente construídas”.⁽⁵⁹⁾ São uma escolha individual em inúmeros domínios, como família, carreira, amizades, educação, espiritualidade. Diferem de objetivos porque constituem um direcionamento geral dado à própria vida, enquanto objetivos “são planos de ação específicos que devem ser consistentes e seguir naturalmente esses valores”.⁽⁵⁹⁾ Falta de clareza de valores, portanto, implica viver uma vida que não é significativa.

Os valores de um indivíduo são discriminativos de comportamentos para uma vida significativa em diferentes domínios (ex.: relações familiares, espiritualidade, cidadania). Uma vida significativa, entretanto, só pode ser construída por ações no sentido desejado. Como a inércia, a impulsividade e a persistência na esquiva impedem

essas ações, a ACT estimula *ações relacionadas aos valores escolhidos*. “Se a meta final da ACT é a regulação do comportamento por meio dos valores, o compromisso indica o caminho a percorrer. A ação comprometida constitui padrões comportamentais que permitem viver a responsabilidade pelos próprios atos, momento a momento, por meio de metas concretas de curto, médio e longo prazo”.⁽⁵⁴⁾ Frequentemente, entretanto, é preciso auxiliar o cliente a identificar os seus valores, para que possa direcionar seu comportamento.

Para muitos clientes ... a habilidade de identificar seus *valores* e de seguir na direção dos mesmos está prejudicada pela fusão e pela esquiva experiencial. Pensamentos sobre o passado, emoções, sensações corporais e coisas assim não estimulam ações que valorizam a vida ... pensamentos e sentimentos frequentemente levam em direções contraditórias, convidam a focar em processos com objetivos irrelevantes (p.ex.: ver-se livre de determinados sentimentos, ter somente certos pensamentos). Valores escolhidos fornecem uma direção muito mais segura. Valores podem motivar o comportamento mesmo em face a uma enorme adversidade pessoal. Os clientes estão sofrendo, sim ... mas não estão privados de valores. Quando identificados, os valores se tornam parte fundamental de uma vida que vale à pena ser vivida.⁽⁶⁶⁾

Os princípios da ACT são ensinados aos pacientes por meio de exercícios experienciais, *mindfulness* e uso da linguagem (ex.: metáforas, paradoxos),

... visando evitar os efeitos negativos do uso excessivo da linguagem literal em contextos que requerem mais flexibilidade psicológica. Assim, em vez de apreender o seu meio externo e interno por meio daquilo que pensam, clientes

aprendem a entrar em contato direto com aquilo que está acontecendo no aqui e agora.⁽⁶⁴⁾

A ACT é um modelo que aborda mais que os transtornos mentais ou o sofrimento. Enfatiza questões como empoderamento, justiça social, saúde e diversidade, questões frequentemente relegadas a um segundo plano em sistemas de saúde dominados pelo modelo sindrômico, onde sinais e sintomas constituem o foco de análise.⁽⁵⁶⁾ Assim, tem sido frequentemente avaliada em relação a diferentes questões e problemas, com diversas metanálises publicadas nos últimos anos⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾, inclusive para dor crônica, que é o foco do presente estudo.⁽⁴²⁾

ACT para dor crônica

As terapias comportamentais contextuais, como as baseadas na aceitação e compromisso e *mindfulness*, são apontadas como um avanço em relação ao modelo tradicional da TCC para o manejo da dor.^(42,70) Trata-se de uma mudança importante de foco: de mudar pensamentos e sentimentos, para mudar a influência de pensamentos e sentimentos sobre as ações.⁽⁷⁰⁾ “Métodos baseados na aceitação visam abordar a diferença entre experiências que são difíceis de serem controladas, como pensamentos e sentimentos, e coisas que podem ser controladas com maior facilidade: as ações que realizamos em função dos nossos pensamentos e sentimentos”.⁽⁷¹⁾

Em pacientes com dor, aceitação envolve “a disposição para sentir dor, mas ao mesmo tempo permanecer capaz de escolher continuar participando ativamente da sua vida, da forma como deseja que sua vida se desenvolva”.⁽⁷¹⁾

A aceitação não é utilizada isoladamente no manejo da dor, mas combinada com estratégias tradicionalmente utilizadas para modificar o comportamento (p.ex.:

modelagem, modelação) e outras estratégias da ACT (p.ex.: defusão, valores). Métodos de aceitação incluem ensinar o paciente:

- (a) a prestar atenção detalhada nos sentimentos, (b) notar que os pensamentos sobre a dor são produtos do pensar e não a mesma coisa que uma experiência direta, (c) notar o desejo de lutar contra pensamentos e sentimentos, (d) treinar abster-se de lutar (contra a dor) e adotar uma postura de observação ... e (e) agir de acordo com seus valores.⁽⁷¹⁾

Com a ACT, os pacientes “aprendem a reduzir a influência dominante do significado literal da linguagem como a única forma de modificar comportamento”. A experiência direta passa a ser o centro da atenção, e o significado literal, mental e da análise verbal são relegados a um segundo plano.⁽⁷¹⁾

Em relação a mudanças de comportamento, é preciso distinguir entre falar a respeito de mudar e efetivamente mudar. O modelo de flexibilidade psicológica enfatiza a mudança, utilizando, principalmente, exercícios experienciais. Por meio dessas respostas, “o paciente entra em contato com experiências que foram, no passado, responsáveis por comportamentos maladaptativos, de modo que comportamentos mais efetivos possam ser desenvolvidos”.⁽⁷¹⁾

Diversos estudos fornecem dados apoiando o uso da ACT para pacientes com dor crônica.^(70,72) Entretanto, revisões sistemáticas apontam que mais estudos ainda são necessários para que a ACT se torne uma intervenção bem estabelecida para problemas crônicos de saúde, inclusive dor.^(68,72)

Embora o uso da ACT não seja rigidamente guiado por manuais, pesquisadores têm compartilhado protocolos para realizar pesquisas que auxiliem o desenvolvimento

da área ^(73,74) e este estudo utiliza um desses protocolos.⁽⁷⁴⁾ As pesquisas têm mostrado que os seis processos envolvidos na ACT (aceitação, valores, compromisso, eu como contexto, defusão e atenção presente) “apresentam correlação com melhora do funcionamento diário e com o bem-estar emocional de pacientes com dor crônica”.⁽⁷²⁾

Revisões sistemáticas e metanálises sobre ACT e dor crônica indicam resultados promissores, mas apontam também a necessidade de mais estudos experimentais. Com base nessa necessidade, na alta prevalência da dor crônica e no sofrimento a ela associado, foram delineados os objetivos do presente estudo.

OBJETIVOS

- Avaliar um programa de intervenção em grupo baseado em ACT para pacientes com dor crônica atendidos na Clínica de Dor do ambulatório de um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Avaliar inflexibilidade psicológica, intensidade da dor, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão, autoeficácia e suporte social dos pacientes com dor crônica pré e pós-intervenção.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Casuística: Pacientes com diagnóstico de dor crônica em acompanhamento pelo ambulatório da Clínica de Dor.

Critérios de inclusão: pacientes com idade entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de dor crônica, triados para tratamento na Clínica de Dor do Hospital de Base durante o ano de 2017.

Critérios de exclusão: pacientes com dor crônica oncológica ou em quadril; presença de transtornos psiquiátricos graves (ex. esquizofrenia); uso abusivo de álcool ou outras substâncias; características registradas no prontuário que dificultem a participação no estudo (ex. déficit intelectual, deficiência auditiva crônica, doenças neurodegenerativas); pacientes recebendo qualquer tipo de intervenção psicológica.

Delineamento e local do Estudo

Estudo quase-experimental com grupo único (pré e pós-teste)⁽⁸⁷⁾, realizado com pacientes da Clínica de Dor do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP.

Aspectos éticos:

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP.

CAAE: 77680517.8.0000.5415 **Número do Parecer:** 2.336.735

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1)

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1)

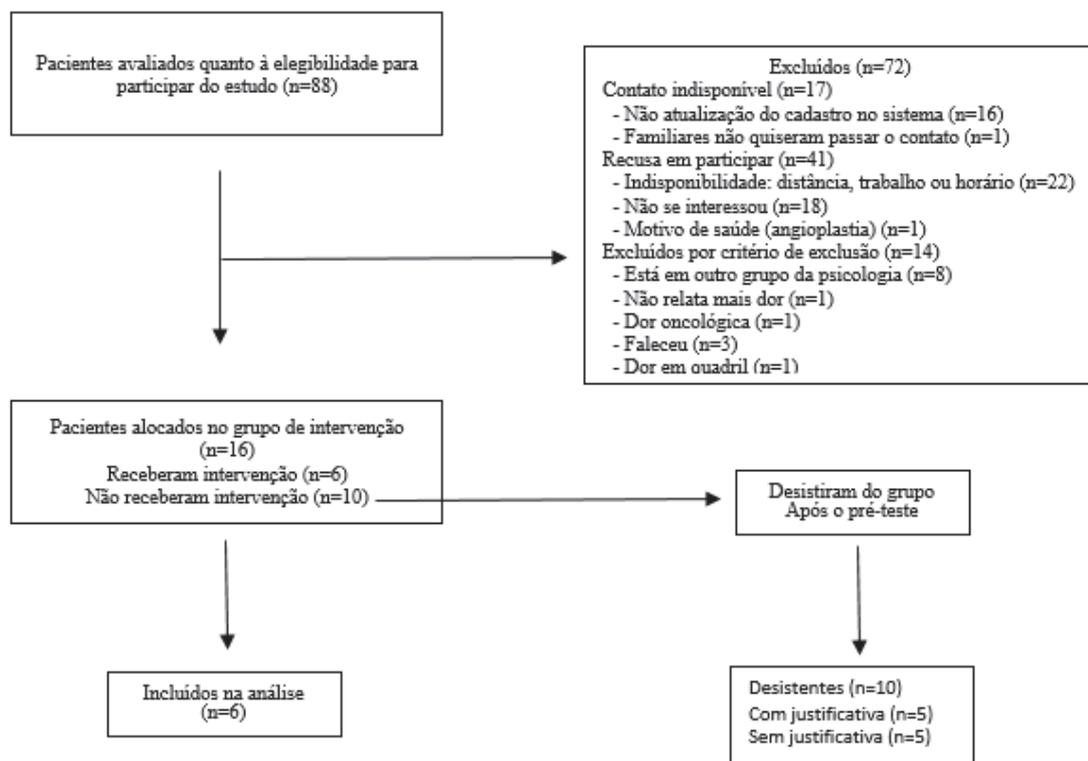


Figura 3. Fluxograma do estudo: Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para pacientes com dor crônica.

Material

- **Questionário de Aceitação e Ação II (*Acceptance and Action Questionnaire II - AAQ-II*)- versão brasileira (Anexo 2):** questionário destinado a avaliar inflexibilidade psicológica, composto por sete questões, com respostas que variam em uma escala Likert de 1 (nunca) a 7 (sempre). O paciente deve assinalar a alternativa que melhor representa a sua resposta para cada questão e a pontuação pode variar de 7 a 49 pontos, sendo escores mais elevados indicativos de maior inflexibilidade psicológica. Os escores médios de uma população clínica foram $28,3 \pm 9,9$ e de uma população não clínica $18,51 \pm 7,05$.^(51,75)

- **Escala Visual Analógica de Dor (EVA) (Anexo 3):** avalia o nível de dor a partir da percepção do próprio paciente. Consiste em uma régua de 10 centímetros de comprimento, onde cada centímetro representa um número relativo à intensidade da dor. A extremidade esquerda é marcada com o número 0 (que representa “sem dor”) e a extremidade direita com o número 10 (que representa “dor insuportável”). Além disso, cores são relacionadas aos números. A cor azul está relacionada ao número 0 e um tom de vermelho escuro ao número 10. Todas as cores intermediárias indicam um aumento na intensidade da dor variando a partir azul, passando pelo verde, amarelo, laranja até chegar ao vermelho e suas tonalidades. Os participantes devem fazer uma marca na reta, no valor que corresponde à avaliação da intensidade de sua dor. Quanto mais altos os valores, maior a intensidade da dor.⁽⁷⁶⁾

- **Inventário de Qualidade de Vida SF-36 (Anexo 4):** instrumento destinado a avaliar qualidade de vida, composto por 36 itens, divididos em oito domínios. Para cada domínio, os itens são codificados e transformados em escala que varia de zero (pior qualidade de vida) a 100 pontos (melhor qualidade de vida). O SF-36 também pode ser categorizado em dois componentes: a) componente físico (*Physical Component Summary*– PCS), composto pelo agrupamento dos domínios capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D) e estado geral de saúde (EGS); e b) componente mental (CM) (*Mental Component Summary* – MCS), composto pelo agrupamento dos domínios: vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM). Quanto maiores os escores, melhor a qualidade de vida.⁽⁷⁷⁾

- **Escala de Ansiedade de Beck (BAI):** desenvolvida para avaliar presença e intensidade de sintomas de ansiedade, é composta por 21 itens que variam em uma escala Likert de 0 a 3 pontos. Quanto maior a pontuação, mais intensos os sintomas de

ansiedade. O escore total pode ser classificado como mínimo (0 a 10), leve (11 a 19), moderado (20 a 30) e grave (31 a 63).⁽⁷⁸⁾

- **Escala de Depressão de Beck (BDI):** escala que identifica presença e intensidade de sintomas de depressão a partir de 21 itens, que variam em uma escala Likert de 0 a 3 pontos. Quanto maior a pontuação, mais intensos os sintomas de depressão. O escore total pode ser classificado como mínimo (0 a 11), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63).⁽⁷⁸⁾

- **Escala de autoeficácia para dor crônica (*Chronic Pain Self-Efficacy Scale - CPSS*) (Anexo 5):** escala desenvolvida para avaliar a percepção de autoeficácia e a capacidade do paciente com dor crônica para lidar com as consequências da dor. O instrumento tem 22 itens que identificam crenças quanto a habilidade pessoal de desempenhar atividades específicas ou alcançar resultados específicos relacionados a dor, *coping* (enfrentamento) e funcionalidade. É composto por três domínios: autoeficácia para controle da dor (EAD), autoeficácia para funcionalidade (AEF) e autoeficácia para lidar com sintomas (AES). Cada item varia de 10 a 100 e os escores para cada domínio variam de 10 a 100 e valores mais altos indicam melhor autoeficácia.⁽⁷⁹⁾

- ***Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOS-SSS)***(Anexo 6): escala que avalia suporte social, adaptada e traduzida para o português.⁽⁸⁰⁾ É composta por 19 domínios, agrupados em cinco dimensões de apoio: Informacional/ Emocional, Interação Social Positiva, Material e Afetivo. A escala avalia a frequência com que cada tipo de apoio é percebido pelo paciente. Para cada domínio, existem cinco opções de resposta em uma escala Likert, de 1 (nunca) a 5 (sempre).^(81,82) Os escores são

classificados para cada uma das escalas em baixo, médio, superior e alto nível de apoio social. Informacional/emocional: ≤ 12 (baixo); 13 a 28 (médio); >28 (alto). Interação social: ≤ 6 (baixo); 7 a 13 (médio); >14 (alto). Material: ≤ 6 (baixo); 7 a 13 (médio); ≥ 14 (alto). Afetivo: ≤ 4 (baixo); 5 a 10 (médio); ≥ 11 (alto).⁽⁸³⁾

Procedimentos

Foram identificados no Sistema Informatizado da instituição, pacientes com diagnóstico de dor crônica que passaram pela triagem da Clínica de Dor em 2017. Os pacientes identificados foram avaliados quanto à sua elegibilidade para participar do estudo e aqueles que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar. Receberam informações sobre a pesquisa e, aqueles que concordaram em participar, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Intervenção e Protocolo do Estudo

Os dados demográficos, clínicos e dos instrumentos de avaliação foram coletados no início do estudo (avaliação pré-intervenção). Após o término da intervenção, os instrumentos foram reaplicados (avaliação pós-intervenção). Pacientes com baixo nível de escolaridade puderam solicitar auxílio do pesquisador (leitura das questões) para responder aos questionários, que são autoadministrados.

Os participantes do grupo frequentaram oito sessões semanais (uma sessão por semana) durante dois meses e a duração de cada sessão foi de aproximadamente uma hora e meia (90 minutos). Todas as sessões foram estruturadas com base em um protocolo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para dor crônica.⁽⁷⁴⁾

Quadro 1. Tema e objetivos das sessões de programa de intervenção em ACT para pacientes com dor crônica

Sessão	Objetivo
1. Introdução e bases do tratamento	Apresentar o grupo, os objetivos e o tratamento. Focar desesperança criativa
2. Opções e definição do curso de tratamento	Verificar como contexto afeta comportamento. Introduzir o modelo comportamental e o conceito de modificação de comportamento
3. “Aprender a viver” com dor crônica	Ampliar o olhar com relação ao tratamento da dor crônica, discutir aceitação da condição clínica e inserir valores individuais
4. Valores e ações	Elencar valores e coerência entre ação, objetivos e valores
5. Desejos, pensamentos e sentimentos	Discutir controle verbal, defusão cognitiva e ritmo de atividades
6. Ação – comece a se mexer	Verificar progresso até o momento e discutir agir <i>versus</i> planejar. Verificar compromisso com ação e conversar sobre o eu-observador
7. Compromisso	Auxiliar participante a se comprometer com mudança mesmo frente a dificuldades. Discutir como lidar com possíveis barreiras para uma ação comprometida
8. Manutenção para a vida	Trabalhar possíveis recaídas, finalizar o grupo e discutir manutenção dos benefícios

Como as sessões devem ter um número limitado de participantes foi planejado estabelecer grupos de no mínimo dois⁴ e no máximo 10 participantes. Cada sessão incluiu: um tema, apresentado brevemente de forma expositiva, com ilustrações para facilitar a aprendizagem; uma revisão dos tópicos da sessão anterior; um exercício de *mindfulness* realizado no final da sessão; e uma tarefa de casa atribuída aos participantes para reforçar a aprendizagem.

Uma linguagem simples foi utilizada para facilitar a compreensão dos termos e conceitos técnicos e uma frequência mínima de 70% foi estabelecida para caracterizar intervenção.

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A distribuição Normal das variáveis contínuas foi verificada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov.

Comparação de variáveis entre grupos relacionados (antes e após intervenção) foi realizada com o teste t pareado (para variáveis contínuas) ou teste dos postos assinalados de Wilcoxon (para variáveis ordinais); variáveis categóricas foram comparadas pelo teste qui quadrado de McNemar.

A análise estatística foi realizada com o software IBM-SPSS Statistics versão 24 (IBM Corporation, NY, USA).

⁴ Foi adotada como definição de grupo “dois ou mais indivíduos interdependentes, que se influenciam mutuamente através da interação social”.⁽⁸⁴⁾ Para pacientes com problemas de saúde, Spira⁽⁸⁵⁾ sugere grupos de seis a 20 pacientes.

Todos os testes foram bicaudais e valores de $P \leq 0,05$ foram considerados significantes.

A análise qualitativa da fala de um paciente foi realizada com base nos processos de flexibilidade psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

RESULTADOS

Foram identificados no período delineado para o estudo, 88 pacientes que passaram pela triagem médica da Clínica de Dor. Destes, 16 (18,18%) atenderam aos critérios de elegibilidade, concordaram em participar e realizaram a avaliação pré-intervenção e seis (6,81%) iniciaram e concluíram a intervenção (Figura 3).

Dos 10 pacientes que desistiram, após a avaliação pré-intervenção (ou pré-teste), cinco forneceram justificativas claras (três cuidavam de netos, um começou a trabalhar e um relatou crises frequentes de pânico que impediriam sua permanência no grupo), três solicitaram para participar de um próximo grupo e dois desistiram sem justificar.

As tabelas e figuras a seguir apresentam os resultados do estudo. A média de idade dos participantes foi de $52,16 \pm 5,63$ anos. Todos estavam em um relacionamento estável e o tempo médio de dor foi de $11,5 \pm 5,78$ anos. Com a exceção de uma participante (P1), todos eram letrados. Isso influenciou na realização das tarefas de casa, visto que para a sua realização era necessário preencher dados em tabelas. P1 contou com o auxílio de uma neta para o preenchimento das tabelas. Em momentos de dificuldades para realizar as tarefas durante as sessões do grupo, os participantes contaram com o auxílio do pesquisador e de dois estagiários de Psicologia que os acompanharam durante as sessões do grupo.

A Tabela 1 apresenta as características dos pacientes com dor crônica que concluíram a intervenção de ACT em grupo.

Tabela 1. Características dos pacientes com dor crônica que concluíram a intervenção em grupo.

	Gen	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Tempo de dor	Local
P1	F	61	Analfabeta funcional	Casada	Aposentada	13 anos	DL
P2	M	46	Fund. Completo	Casado	Aposentado	2 anos	DMI
P3	F	49	Fund. Incompleto	Casada	Não trabalha	15 anos	DL
P4	M	48	Fund. Incompleto	Amasiado	Autônomo	15 anos	DMI
P5	F	53	Fund. Incompleto	Casada	Não trabalha	17 anos	DL
P6	M	56	Fund. Completo	Casado	Autônomo	7 anos	DL

P: participante; Gen: Gênero; DL: dor lombar; DMI: dor em membro inferior

Sobre cada participante da pesquisa

P1 mora em uma chácara com o marido, que teve um AVC com sequelas leves, e relata que o relacionamento dos dois “é complicado”. Ambos conseguiram aposentadoria por invalidez. Tem dois filhos e quatro netos. Ajuda a cuidar da neta mais nova (2 anos) e diz que essa neta é um dos motivos dela “*sair da cama nos dias de muita dor*”. Relata dor contínua, utiliza medicação para dor (morfina), mas afirma que “*o remédio pouco ajuda*” e já tentou suicídio uma vez.

P2 mora com a esposa e um filho, que está na faculdade. Se diz “*muito fechado*”, afirma não querer atrapalhar ninguém com seus problemas e relata ter um relacionamento saudável com a esposa e filho. Teve um problema muscular e infarto no

fêmur (perna esquerda) e precisou passar por diversos procedimentos. Afirma que a dor é contínua e toma medicação para dor (morfina). Afirma ter dificuldade com a medicação que *“ataca o estômago”*. Deixou de realizar diversas atividades das quais gostava muito (perda de reforçadores positivos) devido à condição clínica, como correr, que era uma de suas atividades preferidas.

P3 mora com o marido (segundo casamento). Teve duas hérnias de disco, realizou uma cirurgia há 6 anos, mas houve pouca melhora no quadro de dor. Relata ter muita câimbra nas pernas, dor contínua e que *“o remédio ajuda muito pouco”*. Recebia auxílio doença, que foi cortado há seis meses. Não consegue trabalhar e afirma não ter dinheiro para fazer o que gosta. O marido *“é responsável por pagar todas as contas da casa”* e isso a incomoda, visto que existe uma discrepância de poder de decisão entre os dois. O marido fez cirurgia bariátrica, teve uma complicação e desde então requer vários cuidados, que ela realiza. É evangélica e afirma que a religião é a *“única coisa que ajuda a lidar com todos os problemas”* presentes na sua vida. O filho está preso por homicídio.

P4 mora com a cônjuge e o cunhado. Teve hérnia de disco e realizou cirurgia que foi pouco efetiva para melhorar a dor e ainda deixou uma seqüela: *“meu pé não firma no chão”*. Relata dor o tempo todo, que é pior durante a manhã. Afirma tomar remédio para dor todos os dias (morfina). Era metalúrgico, mas após o procedimento cirúrgico não pôde mais trabalhar nessa área. Atualmente trabalha como autônomo para suprir as necessidades da casa, visto que a esposa não trabalha. O cunhado também contribui financeiramente. Diz que o prazer que encontra atualmente é ler a bíblia e conversar com a esposa e com o cunhado. Não tem amigos fora de casa.

P5 teve duas hérnias de disco e realizou procedimento cirúrgico. Antes da cirurgia só tinha dor “*quando a coluna travava*”. Após a cirurgia “*a coluna não trava mais, mas a dor não para nunca*”. Tinha auxílio doença, que foi cortado há um ano. Diz não conseguir realizar quase nenhuma atividade em função da dor. Não sai de casa, não atende a porta ou o telefone. É casada, tem dois filhos e uma neta. Relata se sentir mal e inútil por não conseguir fazer o que os outros conseguem. Faz uso constante de medicação para dor (morfina) e relata não poder tomar anti-inflamatório.

P6 mora com a esposa, com quem é casado há 34 anos. Afirma que o relacionamento com a esposa é excelente, isso o ajuda a enfrentar sua condição clínica e ela é a pessoa mais importante da sua vida. Teve dois filhos, mas um faleceu há 14 anos. Tem um neto de 13 anos com quem convive frequentemente, que acompanhou o avô na avaliação pré-intervenção. É católico, diz ter muita fé em Deus, toca violino e trabalha como professor de música na igreja. Tem um bom suporte religioso e afirma que os colegas de igreja e o contato com os alunos o auxiliam a lidar com a dor. Utiliza medicação psiquiátrica há 10 anos, após diagnóstico de depressão, mas não realiza mais consultas com o psiquiatra, apenas renova as receitas. O uso constante da medicação (morfina) o ajuda a lidar com a dor.

Resultados dos instrumentos utilizados na avaliação pré e pós-intervenção

- **Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II): Inflexibilidade psicológica**

A Figura 4 apresenta os escores pré e pós-intervenção de cada participante no questionário AAQ-II, que avalia inflexibilidade psicológica. A média dos escores dos participantes na avaliação pré-intervenção foi $36,16 \pm 5,70$ e na avaliação pós-

intervenção $18,16 \pm 12,54$. Para Bond e Hayes,⁽⁷⁵⁾ escores superiores a 24 sugerem sofrimento psicológico atual e maior probabilidade de absenteísmo no trabalho.

Embora tenha havido uma redução da inflexibilidade de acordo com os escores do AAQ-II da avaliação pré para a avaliação pós-intervenção para todos os participantes, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,125$). O escore médio dos participantes após a intervenção (18,16), entretanto, está abaixo do escore médio de populações não clínicas (média $18,51 \pm 7,05$),⁽⁷⁵⁾ indicando que, embora não tenha havido diferença estatística significativa, houve uma diferença clinicamente significativa entre os escores médios do AAQ-II pré e pós-intervenção. De acordo com Jacobson e Truax⁽⁸⁸⁾, significância clínica refere-se ao “grau com que a terapia retira uma pessoa do grupo da população disfuncional ou a inclui no grupo da população funcional”.

Se em vez da análise da média do grupo forem observados os escores individuais do AAQ-II pré e pós-intervenção, P1, P2 e P4 obtiveram uma redução clinicamente significativa da inflexibilidade psicológica e P3 chegou próximo desse resultado.

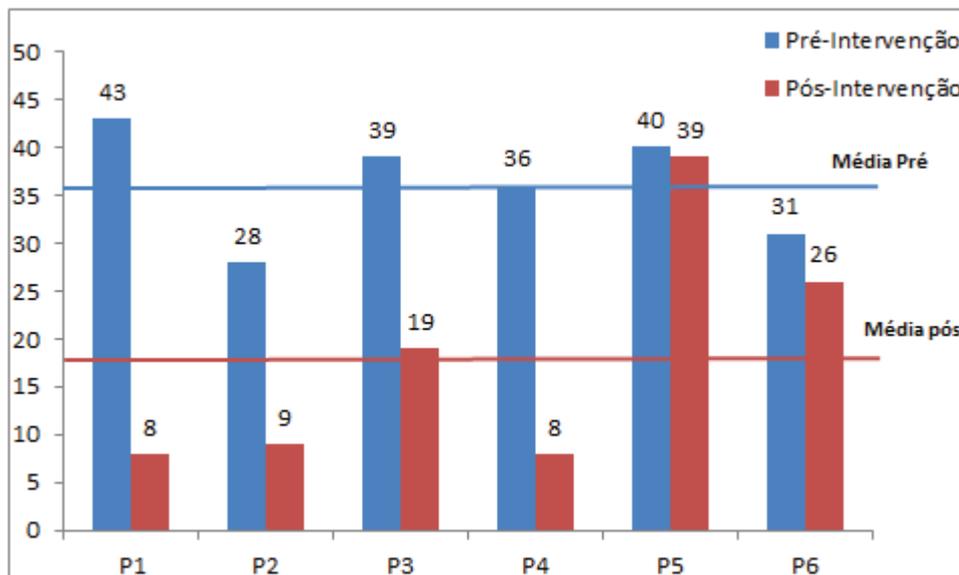


Figura 4: Escores obtidos no questionário de aceitação e compromisso (AAQ II) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

- **Escala Visual Analógica (EVA)**

A Escala Visual Analógica (EVA) é comumente utilizada para avaliar dor crônica em diferentes populações.^(89,90,91)

A Figura 5 apresenta os valores da EVA pré e pós-intervenção para cada um dos participantes. A média dos escores na pré-intervenção foi $7,83 \pm 1,6$ e pós-intervenção $4,5 \pm 2,16$. Houve redução estatisticamente significativa na percepção de dor medida pela EVA na avaliação pós-intervenção ($p=0,026$).

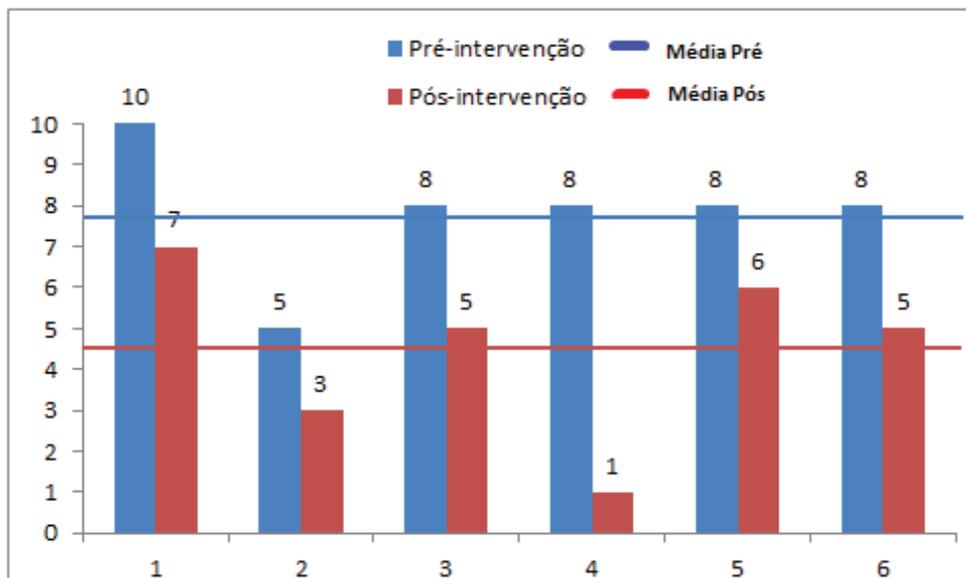
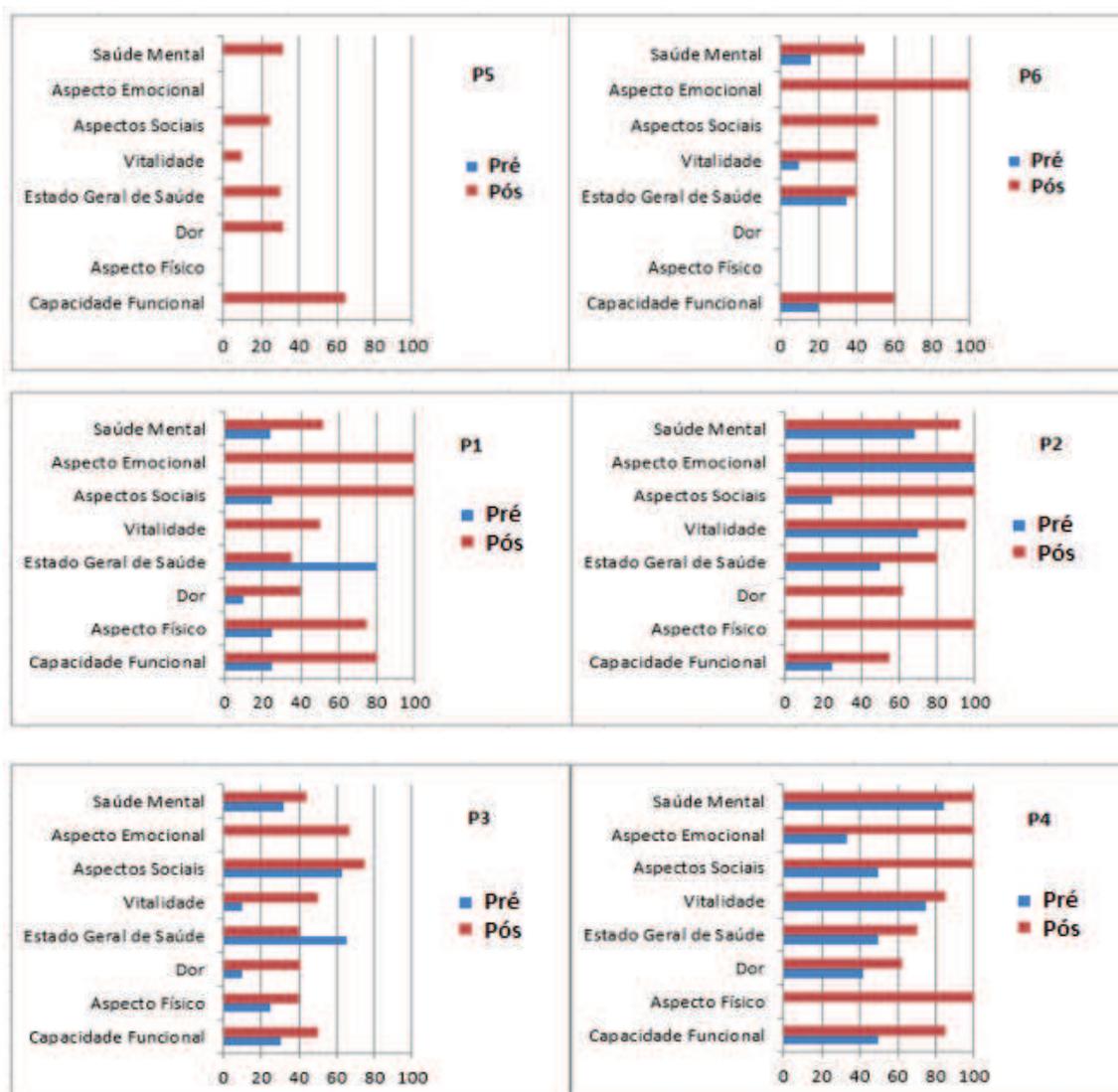


Figura 5: Valores da EVA para cada um dos pacientes com dor crônica pré e pós intervenção em grupo (ACT).

- **Qualidade de Vida SF-36**

A Figura 6 apresenta uma comparação dos escores de qualidade de vida para cada um dos participantes pré e pós-intervenção. Para o grupo, as médias mais baixas na pré-intervenção foram nos domínios Aspecto Físico (10) e Dor (12,4). Na pós-intervenção as médias mais baixas foram para os domínios Dor (39,5), Estado Geral de Saúde (52) e Aspectos Físicos (52,5) (Figura 7).



P: Paciente Obs: P5 não respondeu ao SF-36 no pré-teste..

Figura 6: Avaliação dos domínios da qualidade de vida (SF-36) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para dor crônica de cada um dos pacientes.

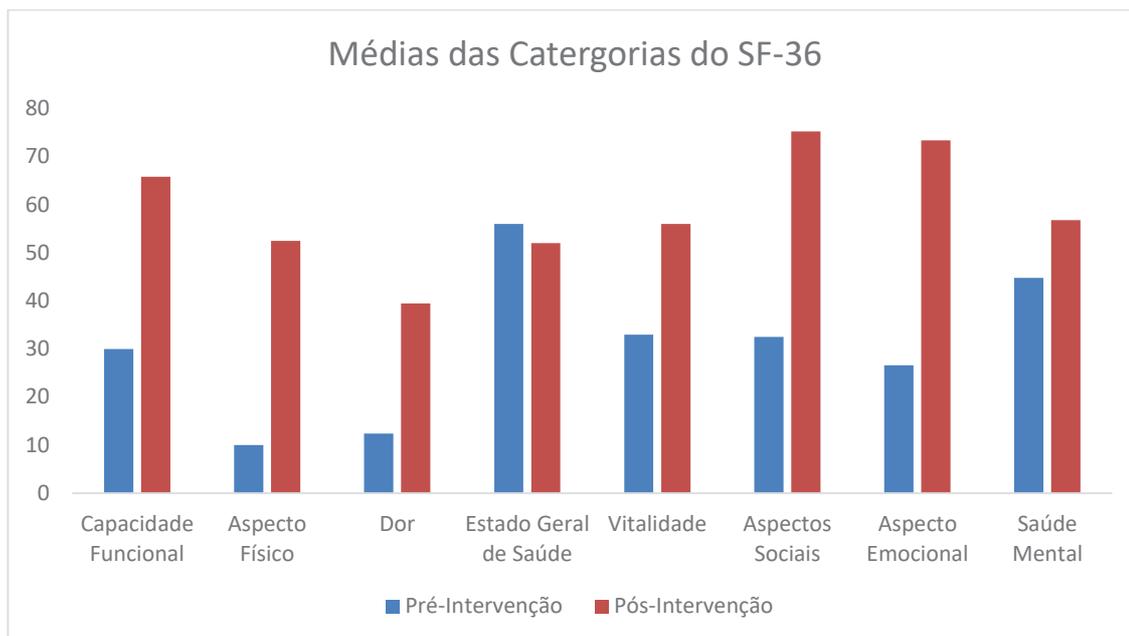


Figura 7. Média dos domínios do SF-36 pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para dor crônica.

A Tabela 2 apresenta a análise comparativa dos diversos domínios de qualidade de vida avaliados pelo SF-36 pré e pós-intervenção. Houve melhora significativa após a intervenção para as categorias Capacidade Funcional, Dor, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental. Embora tenha havido melhora dos escores de qualidade de vida após a intervenção para os domínios Aspecto Físico (apresentou tendência) e Estado Geral de Saúde, não houve diferença significativa nesses dois domínios pré e pós-intervenção.

Tabela 2. Análise comparativa da qualidade de vida (SF-36) pré e pós intervenção em grupo (ACT) para dor crônica.

Domínios	Pré-intervenção	Pós-intervenção	P
Capacidade funcional	30,0 ± 11,7	66,0 ± 15,6	0,003
Aspecto físico	10,0 ± 13,7	63,0 ± 42,9	0,064
Dor	12,4 ± 17,3	25,3 ± 11,3	0,046
Estado geral de saúde	56,0 ± 17,1	53,0 ± 20,5	0,841
Vitalidade	33,0 ± 36,3	64,0 ± 24,3	0,010
Aspecto social	32,5 ± 24,4	85,3 ± 21,9	0,010
Aspecto emocional	26,6 ± 43,4	93,4 ± 14,7	0,022
Saúde mental	44,8 ± 29,6	66,4 ± 27,4	0,003

Variáveis contínuas estão descritas em média ± desvio-padrão.

SF36 = *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*.

- **Inventário Beck de Ansiedade (BAI)**

A Figura 8 apresenta os escores obtidos pelos participantes no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) pré e pós-intervenção.

Os escores de cada um dos itens do BAI pré e pós-intervenção, para cada um dos pacientes, estão apresentados na Figura 8. A Figura 9 apresenta a comparação item a item do BAI e a Figura 10 apresenta a classificação dos sintomas de ansiedade (sintomas mínimos, leves e moderados) pré e pós-intervenção.

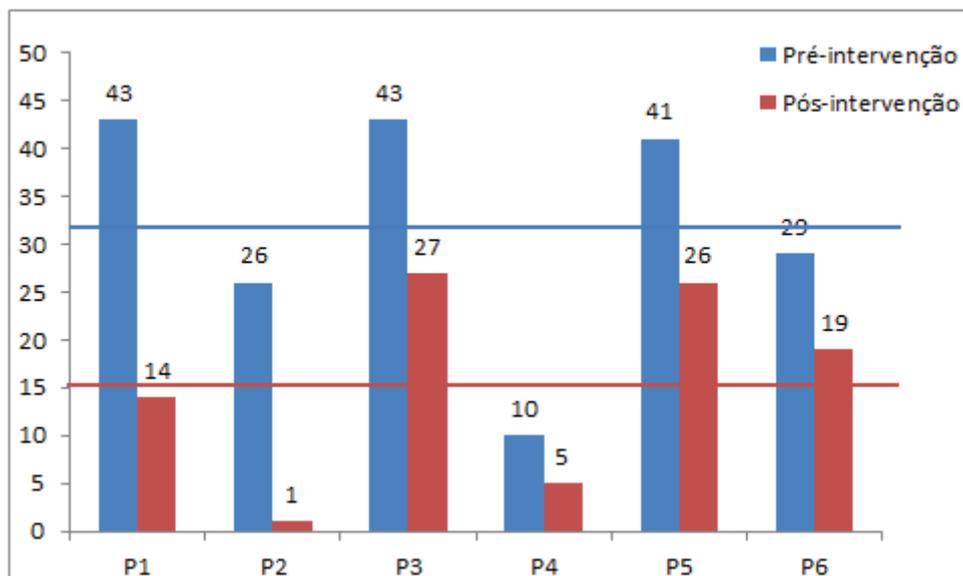


Figura 8: Escores individuais do BAI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

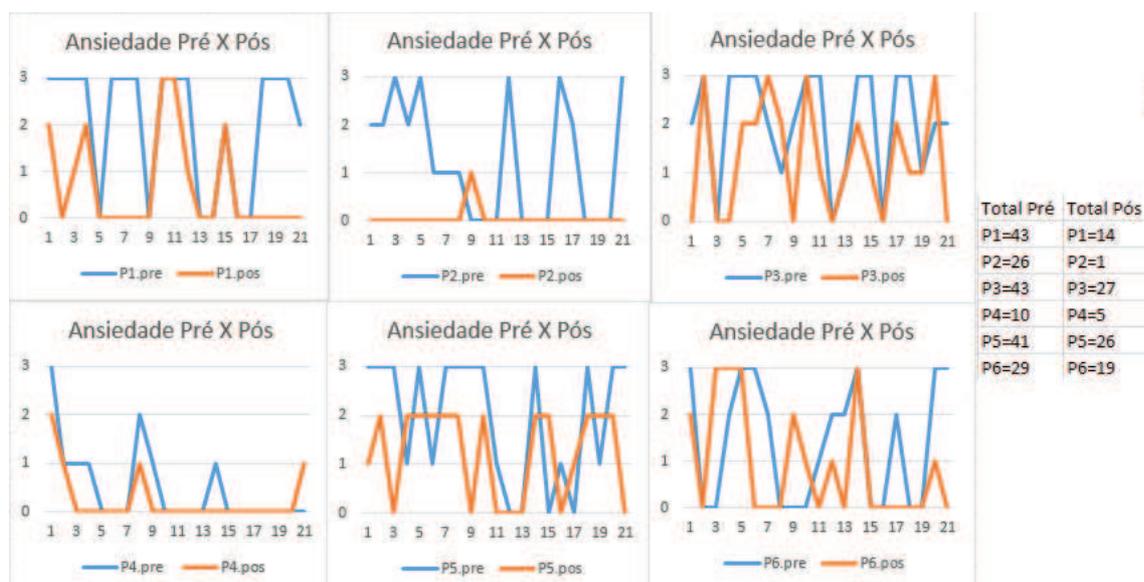


Figura 9. Comparação item a item do BAI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

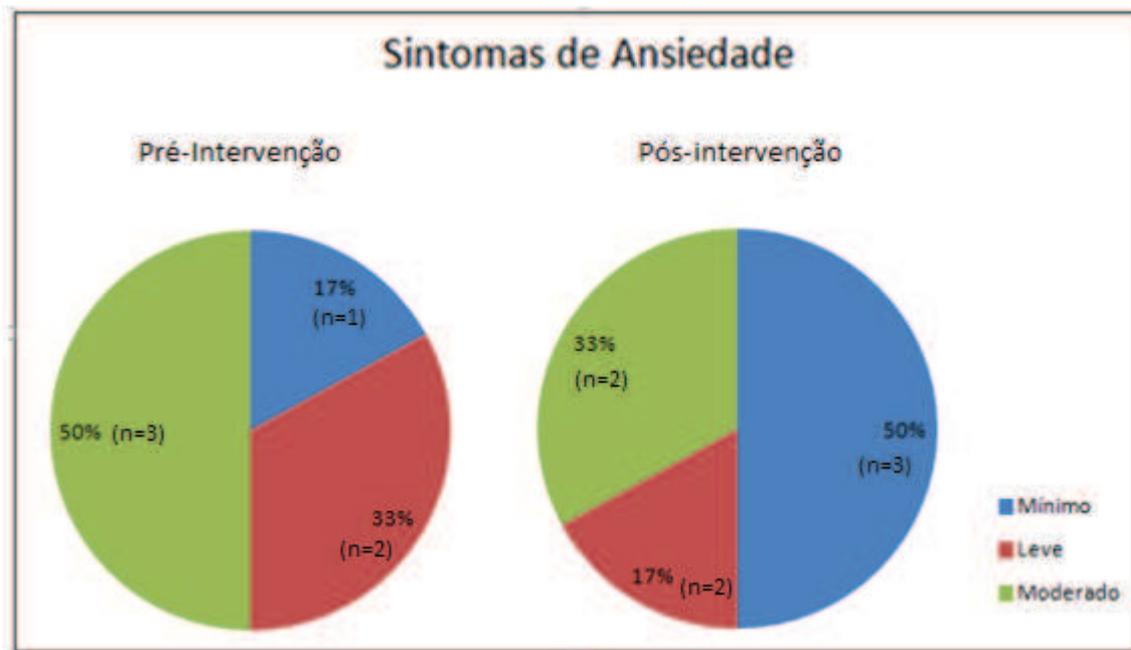


Figura 10: Classificação dos sintomas de ansiedade (BAI) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

A média dos escores na avaliação pré-intervenção foi $32 \pm 13,05$ e na avaliação pós-intervenção $15,33 \pm 10,74$. Houve redução significativa ($p = 0,028$) nos sintomas de ansiedade após a intervenção. Além disso, houve um aumento no número de pacientes que passaram de uma classificação mínima ou moderada para uma classificação leve de sintomas de ansiedade.

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

Os escores globais do BDI de cada participante (pré e pós-intervenção) estão apresentados na Figura 11, a comparação item a item do BDI pré e pós-intervenção, para cada um dos pacientes, está apresentada na Figura 12 e a classificação dos escores obtidos (sintomas mínimos, leves, moderados e graves) na Figura 13.

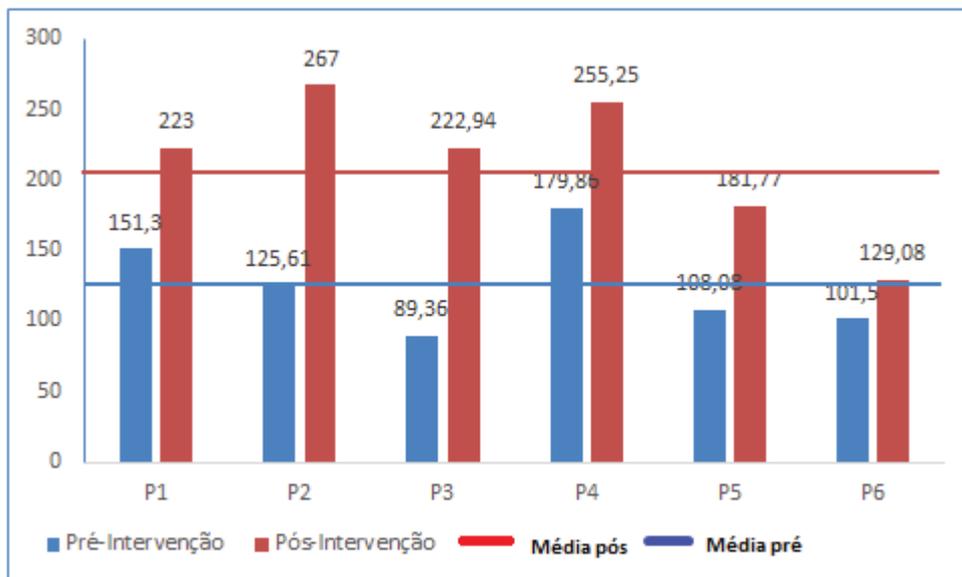


Figura 11: Escores individuais do BDI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

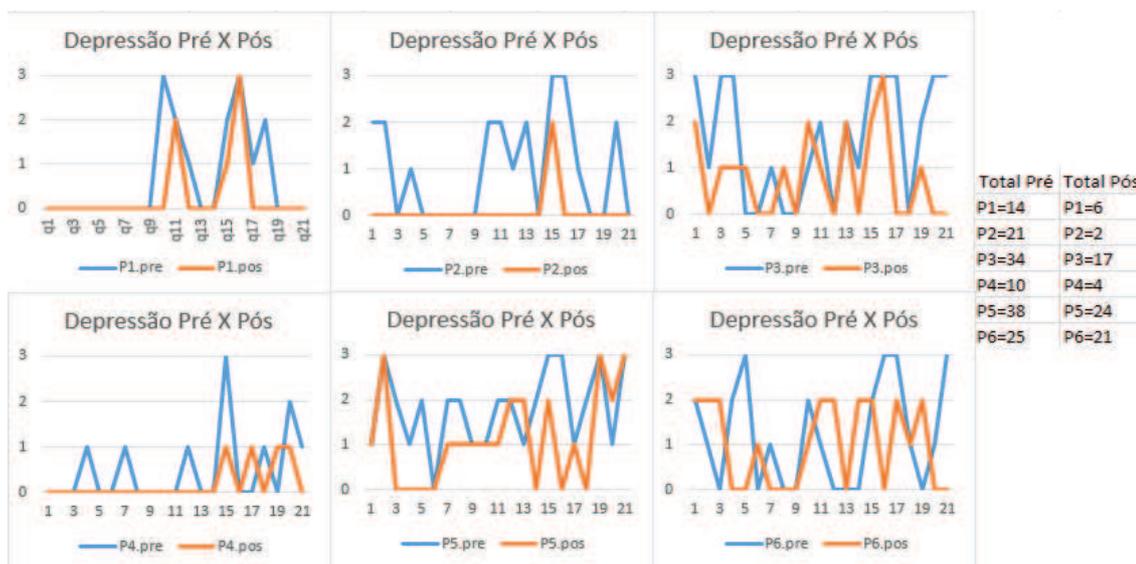


Figura 12. Comparação item a item do BDI pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

A média dos escores na avaliação pré-intervenção foi $23,66 \pm 10,96$ e na avaliação pós-intervenção $10,66 \pm 8,47$. Houve redução estatisticamente significativa ($p = 0,028$) nos sintomas de depressão após a intervenção. Além disso, houve um aumento no

número de pacientes que passaram de uma classificação mínima ou moderada para uma classificação leve de sintomas de depressão (Figura 13).

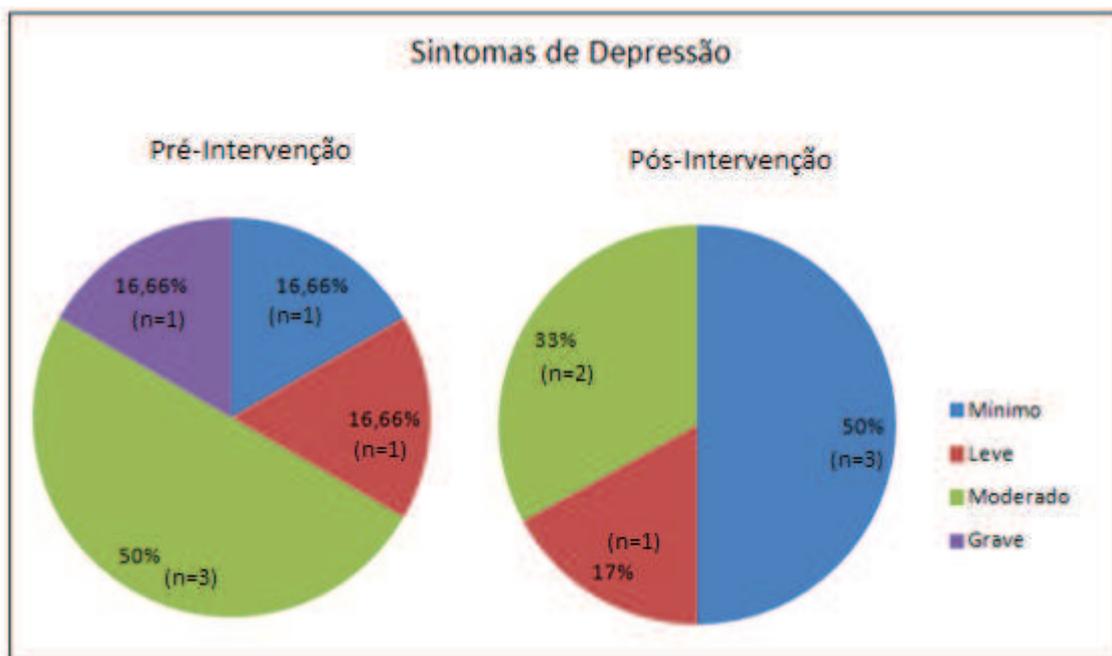


Figura 13: Classificação dos sintomas de depressão (BDI) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

- **Escala de Autoeficácia para dor crônica (CPSS)**

A Figura 14 apresenta os escores de autoeficácia para dor crônica de cada um dos participantes pré e pós-intervenção. A média dos escores pré-intervenção foi $125,87 \pm 34,13$ e pós-intervenção $213 \pm 50,82$ e todos os pacientes apresentaram aumentos dos escores após a intervenção. Houve melhora estatisticamente significativa na soma das médias da autoeficácia ($p = 0,028$), na autoeficácia para controle da dor ($p = 0,027$), para funcionalidade ($p = 0,046$) e para lidar com outros sintomas ($p = 0,026$). Esse aumento, entretanto, não foi estatisticamente significativo ($p = 0,125$) para o escore total do instrumento.

Antes da intervenção, todos os pacientes apresentavam escore abaixo de 185, considerado o escore de corte para autoeficácia para dor crônica.⁽⁷⁹⁾ Após a intervenção, apenas dois dos seis pacientes obtiveram escore abaixo de 185 e mesmo esses apresentaram aumento nos escores na avaliação pós-intervenção.

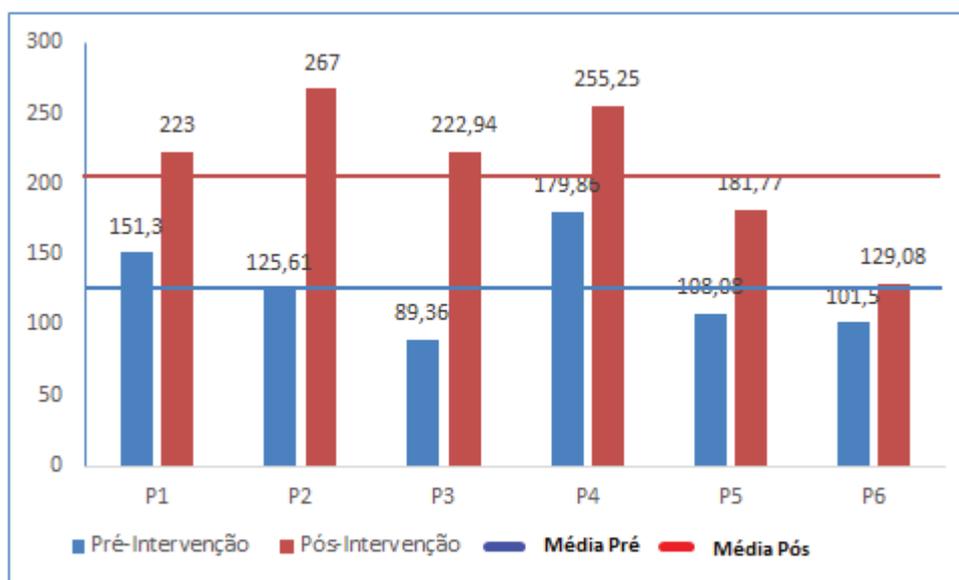


Figura 14. Escores de autoeficácia (CPSS) pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

A Figura 15 apresenta uma comparação da autoeficácia de cada um dos pacientes pré e pós-intervenção para controle da dor, para funcionalidade e para lidar com outros sintomas.

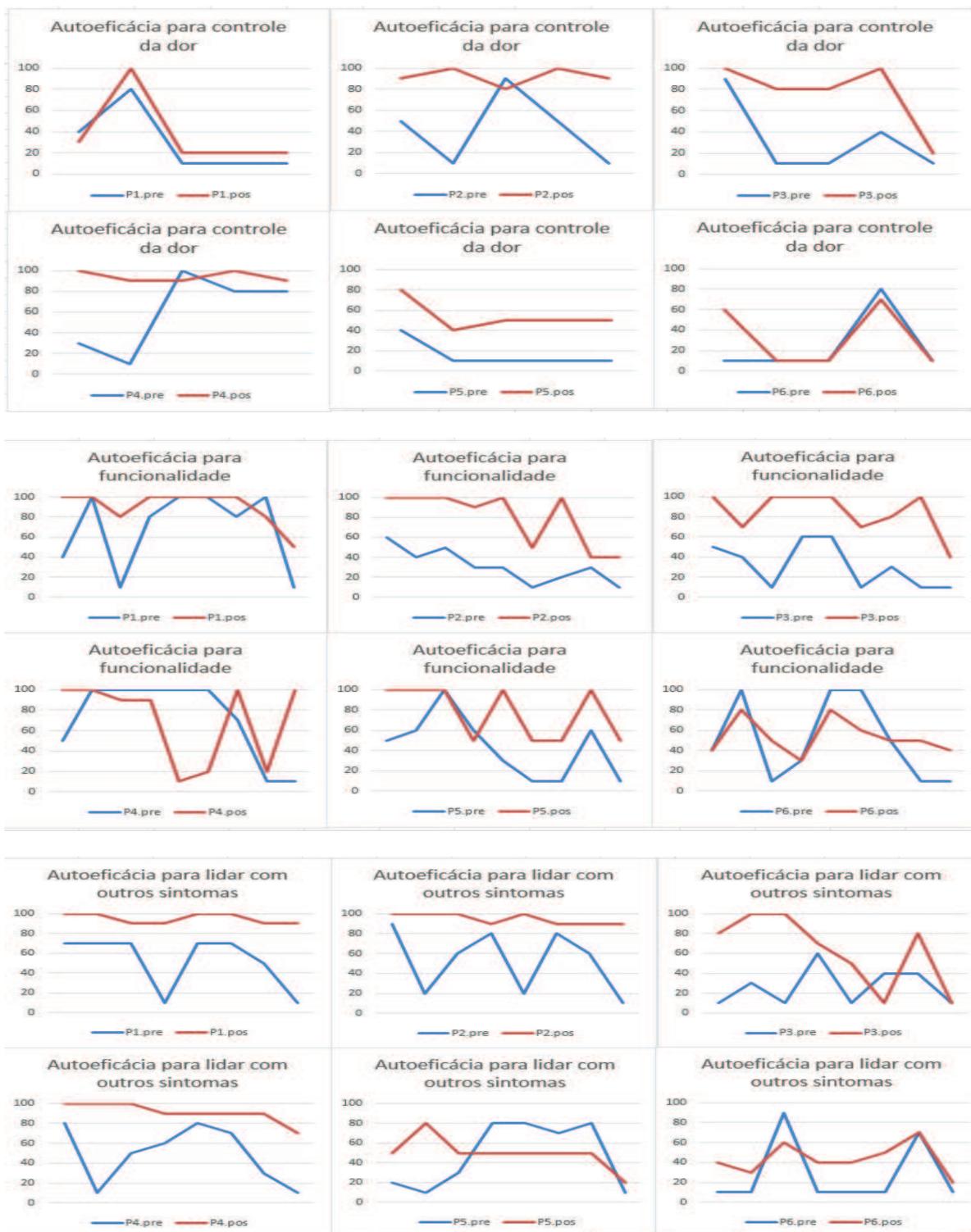


Figura 15. Autoeficácia (CPSS) para controle da dor, funcionalidade e para lidar com outros sintomas de cada um dos pacientes pré e pós-intervenção de (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

- **Escala de Apoio Social (MOS-SSS)**

A Tabela 3 apresenta uma comparação entre a avaliação pré e pós-intervenção com relação à percepção de apoio social dos participantes. Embora tenha havido aumentos nos escores nas dimensões apoio social material, afetivo, emocional/informacional, não foi encontrada diferença significativa entre a avaliação pré e pós-intervenção em relação ao apoio social. Durante a intervenção, nada específico foi trabalhado com relação ao apoio social.

Tabela 3. Análise comparativa da percepção de Apoio Social pré e pós-intervenção (ACT) em grupo para pacientes com dor crônica.

Apoio Social	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Valor P
Tipo material	6,5 (4 – 11)	9,5 (4 - 15)	0,216
Tipo afetivo	7 (0 - 10)	7,5 (4 – 12)	0,916
Tipo emocional/informacional	12 (0 – 26)	13,5 (5 – 31)	0,246
Tipo interação social	10 (3 – 16)	10 (3 – 16)	1,000

Variáveis numéricas estão descritas em mediana (variação).

Análise pré e pós-intervenção dos resultados dos instrumentos utilizados

A análise comparativa dos dados dos instrumentos de avaliação utilizados (pré e pós intervenção) está apresentada na Tabela 4. Foi encontrada diferença estatística significativa para a percepção de dor segundo a EVA ($p = 0,026$), para os sintomas de ansiedade segundo o BAI ($p = 0,028$), para os sintomas de depressão segundo o BDI ($p = 0,028$) e para autoeficácia segundo a CPSS, nas dimensões “controle da dor” ($p = 0,027$), “funcionalidade” ($p = 0,046$) e “lidar com outros sintomas” ($p = 0,026$). A soma das médias da autoeficácia também foi estatisticamente significativa ($p = 0,028$).

Não foi encontrada significância estatística para inflexibilidade psicológica segundo o AAQ-II ($p = 0,125$) e para boa autoeficácia ($p = 0,125$).

Tabela 4. Análise comparativa dos pacientes avaliados pré e pós-intervenção (ACT) em relação a percepção da dor (EVA), sintomas de ansiedade (BAI), de depressão (BDI), inflexibilidade psicológica (AAQ-II) e autoeficácia (CPSS).

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Valor P
Percepção de dor (EVA)	8 (5 – 10)	5 (1 – 7)	0,026
Sintomas de Ansiedade (BAI)	35 (10 – 43)	16,5 (1 – 27)	0,028
Sintomas de depressão (BDI)	23 (10 – 38)	11,5 (2 – 24)	0,028
Inflexibilidade* (AAQ-II) n (%)	6 (100)	2 (33,3)	0,125
Autoeficácia (CPSS)			
Para controle da dor	34,0 ± 15,4	64,3 ± 26,9	0,027
Para funcionalidade	49,2 ± 17,6	75,9 ± 12,9	0,046
Para lidar com outros sintomas	42,5 ± 12,3	72,9 ± 23,6	0,026
Autoeficácia, soma das médias	125,9 ± 34,1	213, 2 ± 50,8	0,028
Boa eficácia† (CPSS) n (%)	0 (0)	4 (66,7)	0,125

Variáveis numéricas estão descritas em média ± desvio-padrão ou mediana (variação); variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

* Considerado para pacientes com escore maior que 24 pontos.

† Considerada quando soma das três médias maior que 185.

EVA, Escala Visual Analógica; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck; BDI, Inventário de Depressão de Beck; AAQ, Questionário de Aceitação e Ação; CPSS, Escala de Autoeficácia para Dor Crônica.

Análise de Correlações entre variáveis

A Tabela 5 apresenta as correlações entre os domínios de qualidade de vida e sintomas de ansiedade, de depressão e inflexibilidade psicológica. A tabela 6 apresenta a análise de correlação entre inflexibilidade psicológica, ansiedade e depressão pré e pós-intervenção. A Tabela 7 apresenta a análise de correlação entre dor, ansiedade e depressão pré e pós-intervenção.

Tabela 5. Análise de correlação* entre os domínios do SF-36 e os escores do BDI, BAI, AAQ-II pré e pós-intervenção.

Pré-intervenção	BDI		BAI		AAQ-II	
	<i>r</i>	Valor P	<i>r</i>	Valor P	<i>r</i>	Valor P
Domínios SF36						
Capacidade funcional	-0,46	0,112	0,14	0,645	0,29	0,337
Aspecto físico	-0,13	0,663	0,36	0,231	-0,38	0,201
Dor	-0,45	0,128	-0,75	0,003	-0,25	0,411
Estado geral de saúde	-0,52	0,071	0,069	0,822	0,001	0,996
Vitalidade	-0,55	0,052	-0,78	0,001	0,29	0,336
Aspecto social	-0,31	0,293	-0,20	0,513	0,09	0,758
Aspecto emocional	-0,39	0,187	-0,55	0,051	0,28	0,364
Saúde mental	-0,75	0,003	-0,59	0,034	0,52	0,070
Pós-intervenção	BDI		BAI		AAQ-II	
Domínios SF36	<i>r</i>	Valor P	<i>r</i>	Valor P	<i>r</i>	Valor P
Capacidade funcional	-0,09	0,871	-0,37	0,468	-0,46	0,354
Aspecto físico	-0,97	0,001	-0,79	0,059	-0,85	0,032
Dor	-0,87	0,024	-0,58	0,228	-0,66	0,152
Estado geral de saúde	-0,81	0,050	0,67	0,148	-0,44	0,381
Vitalidade	-0,97	< 0,001	-0,75	0,084	-0,75	0,086
Aspecto social	-0,94	0,005	-0,76	0,080	-0,96	0,003
Aspecto emocional	-0,68	0,140	-0,78	0,069	-0,69	0,132
Saúde mental	-0,93	0,008	-0,84	0,036	-0,88	0,020

*Correlação de Spearman.

SF36 = *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*; BDI, Inventário de Depressão de Beck; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck; AAQ, Questionário de Aceitação e Ação.

Tabela 6. Análise de correlação entre inflexibilidade (AAQ-II), ansiedade (BAI) e depressão (BDI) pré e pós-intervenção.

Pré-Intervenção	Coefficiente r^*	Valor P
AAQ-II e BDI	0,56	0,023
AAQ-II e BAI	0,28	0,300
Pós-Intervenção	Coefficiente r^*	Valor P
AAQ-II e BDI	0,81	0,050
AAQ-II e BAI	0,64	0,173

*Correlação de Spearman.

AAQ, Questionário de Aceitação e Ação; BDI, Inventário de Depressão de Beck; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck.

Tabela 7. Análise de correlação entre dor (EVA), ansiedade (BAI) e depressão (BDI) pré e pós-intervenção.

Pré-intervenção	Coefficiente r^*	Valor P
EVA e BDI	0,29	0,27
EVA e BAI	0,40	0,12
Pós-intervenção	Coefficiente r^*	Valor P
EVA e BDI	0,58	0,228
EVA e BAI	0,49	0,321

*Correlação de Spearman.

EVA, escala visual analógica; BDI, Inventário de Depressão de Beck; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck.

O Quadro 1 apresenta verbalizações de um dos pacientes após a intervenção que exemplificam o aumento da flexibilidade psicológica.

Quadro 2. Verbalizações de um dos pacientes indicando aumento da flexibilidade psicológica após intervenção em grupo (ACT) para dor crônica.

Aceitação e ação orientada a valor (ser um bom pai):

Estava com dor. Meu filho me chamou ontem para olhar quadros. Antes eu não iria.

Agora vou. Deitei na cama dele e dei opinião

Valor: ser um bom pai

Estou fazendo mais coisas com meu filho. Antes éramos muito próximos, agora estamos voltando a ser. Mudou prá melhor.

Compromisso:

Quando meu filho me chamava para caminhar eu não ia com medo da dor. Agora vou porque me distraio, fico bem com meu filho. Posso ficar em casa com dor ou caminhar com dor. A dor não vai mudar. Então eu vou.

Eu como contexto:

Sinto dor. Antes eu achava que a dor controlava tudo. Hoje sei que a dor é um pedacinho. Consigo entender que a dor é uma parte, mas nem a maior ou mais importante. Sou mais que a dor. Sou pai, sou marido, etc...

Discussão

Dor crônica é uma das principais causas de procura por atendimento no sistema de saúde. Sua prevalência varia em função do local e da população estudada, mas dados indicam taxas próximas a 50% e uma associação com altos custos pessoais e sociais.^(5,6) Quando este estudo foi iniciado, em um complexo hospitalar de ensino de alta complexidade, que realiza aproximadamente 150 000 atendimentos por ano e inclui uma clínica de dor, a expectativa era recrutar pacientes para um estudo controlado randomizado (ECR). Como indicam os resultados, dos 88 pacientes identificados para participar do estudo, 16 foram incluídos e realizaram a avaliação inicial, mas apenas seis concluíram a intervenção.

O recrutamento de pacientes para estudos clínicos é apontado como um importante desafio para realizar pesquisas, tanto no Brasil como no exterior.^(92,93,94) Como afirma Reynolds⁽⁹³⁾, ao *British Medical Journal*, “qualquer pessoa que já tentou recrutar pacientes para estudos clínicos sabe que você convida 100 e, se tiver muita sorte, consegue randomizar 10”. Assim, estratégias para melhorar o recrutamento de pacientes têm sido discutidas e pesquisadas. Sugestões apontadas para um recrutamento bem-sucedido incluem o uso de mídias (inclusive mídia social), busca ativa na comunidade e no sistema de saúde, parceria com outras organizações e tempo suficiente para realizar essa tarefa. Este estudo retrata a dificuldade para recrutar pacientes, mesmo quando a pesquisa é feita em uma instituição de grande porte, com elevado número de atendimentos e considerada referência para o problema estudado (dor crônica). Os resultados obtidos neste estudo são promissores e indicam a necessidade de continuar essa linha de pesquisa, com um delineamento mais sofisticado (estudo controlado

randomizado), utilizando as estratégias sugeridas para melhorar o recrutamento de pacientes.

Além da dificuldade para incluir participantes no estudo, um número importante (mais da metade) de pacientes abandonou a pesquisa após a avaliação inicial. Tanto em pesquisas como na prática clínica, a baixa adesão e o abandono são questões relevantes.

Em psicoterapia, “embora não haja uma única definição, ... não adesão ou abandono ... [pode ser] definido como o caso em que o paciente compareceu a pelo menos uma sessão e resolveu interrompê-la, com ou sem comunicação prévia ao terapeuta”.⁽⁹⁵⁾ Assim, pode-se considerar que parcela importante dos pacientes (62% ou 10 de 16) não aderiu ao tratamento proposto, abandonando-o após a primeira sessão (avaliação inicial).

Estudos sobre abandono do tratamento psicológico indicam taxas que variam entre 30% e 60%,^(96,97) sendo a taxa maior de abandono da literatura, próxima dos dados deste estudo. Variáveis do paciente associadas ao abandono da terapia incluem aliança terapêutica deficitária, baixa motivação, baixa autoeficácia, hostilidade, impulsividade, expectativas irreais de resultados, descrença no tratamento e alguns transtornos mentais, como depressão e transtornos de personalidade.^(97,98) Características demográficas associadas ao abandono do tratamento ou à não adesão incluem baixa escolaridade, estado civil, idade, gênero e fazer parte de grupos minoritários.⁽⁹⁷⁾

Baixa adesão ao tratamento é um problema grave na área da saúde, especialmente para doenças crônicas e transtornos mentais.^(98,99,100,101,102,103)

Adesão ao tratamento foi definida pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁰⁴⁾ como a coerência entre os comportamentos emitidos pela pessoa e as orientações recebidas

dos profissionais de saúde. As baixas taxas de adesão ao tratamento são influenciadas por diversos fatores, como nível socioeconômico, escolaridade, envolvimento da família com a situação da doença, comunicação entre profissional e paciente, presença ou ausência de sintomas e duração do tratamento, isto é, quanto mais longo o tratamento maior a probabilidade de não adesão.^(100,105)

Uma metanálise sobre adesão ao tratamento em doenças crônicas concluiu que baixo suporte social mostrou-se associado à não adesão. “Considerando que suporte social por parte de profissionais, familiares e amigos é um fator modificável, essa variável representa uma área de interesse para pesquisas futuras”.⁽¹⁰⁰⁾

Entre os dez pacientes que compareceram à avaliação inicial e não participaram da intervenção, a maioria forneceu justificativas plausíveis (p.ex. cuida de neto para que filhos possam trabalhar; tem crises de pânico) que fornecem informações importantes para a organização de futuros grupos. Algumas unidades do Sistema Municipal de Saúde fornecem atendimento noturno e oferecer grupos nesse horário poderia facilitar a participação de muitos pacientes, que não podem comparecer durante o horário comercial. Realizar esses grupos em unidades de saúde, próximas à residência dos pacientes, poderia ser um fator facilitador da adesão.

Um dos pacientes apontou que, o fato de ter pânico, impedia sua participação no grupo. Sintomas de ansiedade, bem como de depressão, são condições prevalentes entre pacientes com dor crônica. Aumentam a probabilidade de desenvolver um transtorno de ansiedade ou de humor e acarretam importantes mudanças na vida diária, como problemas de sono e isolamento social.⁽¹⁰⁶⁾ A presença de pânico torna a participação no grupo aversiva. É possível que, para este paciente, o caráter potencialmente aversivo do

grupo supere os seus possíveis reforçadores a médio e longo prazo. Para alguém que já experienciou uma crise de pânico em um local fechado e com muitas pessoas, imaginar-se participando de um grupo em uma sala fechada é visto como ameaçador. Evitar o grupo, portanto, é um comportamento governado por regras, visto que o paciente não estava tendo uma crise, mas sim receava uma possível crise dada a semelhança topográfica da situação do grupo com situações em que experimentou crises de pânico (local fechado com muita gente).⁽¹⁰⁷⁾

Estudo experimental sobre alívio da dor indicou que um estímulo que sinaliza um possível evento aversivo posterior potencializa respostas de sobressalto, sugerindo que esse estímulo pode adquirir função aversiva. Neste caso, pode-se pensar que a possibilidade de um ataque de pânico no grupo torna a participação no mesmo algo aversivo.⁽¹⁰⁸⁾ Além disso, a presença de sintomas de ansiedade e de depressão estão associadas a baixa adesão ao tratamento em doenças crônicas.⁽¹⁰⁹⁾

Segundo o IBGE,⁽¹¹⁰⁾ até 2025 o Brasil terá cerca de 30 milhões de indivíduos com idade superior a sessenta anos e com pelo menos uma doença crônica. O índice de não adesão ao tratamento medicamentoso pode chegar a 50% em portadores de doenças crônicas, uma situação que requer estratégias de manejo e é preocupante.^(104,111)

Todos os pacientes que realizaram o grupo completaram a intervenção com 75% ou mais de presença nas sessões. A adesão ao tratamento resulta da interação de diversos fatores que afetam o comportamento do paciente em relação às orientações recebidas de profissionais da saúde. Esses fatores estão associados ao paciente, a questões sociais, econômicas e culturais, aos serviços e aos profissionais de saúde, à doença e ao tratamento.⁽¹⁰⁴⁾ Em atendimentos psicológicos em grupo, a qualidade da

relação estabelecida entre o profissional e os pacientes (vínculo terapêutico) e dos pacientes entre si (coesão do grupo) são importantes preditores do sucesso do tratamento.⁽¹¹²⁾

Neste estudo, a participação ativa dos pacientes, as verbalizações feitas no grupo sobre melhoras obtidas e suas dificuldades, os dados evidenciando essa melhora, o vínculo estabelecido entre os membros do grupo e destes com o terapeuta, sugerem que vários fatores associados à adesão estiveram presentes. Além disso, semelhanças entre os participantes do grupo em termos de queixa, possibilidade de compartilhar dificuldades e receber suporte social são importantes aspectos que podem ter contribuído para a adesão.^(104,113,114)

A média de idade dos participantes deste estudo condiz com a literatura sobre pacientes com dor crônica, isto é, na faixa entre 40 e 60 anos.^(116,117,118) Segundo a IASP⁽⁰⁶⁾ a prevalência da dor aumenta com a idade, é mais recorrente em mulheres, pessoas que exercem atividades laborais intensas e tem nível mais baixo de escolaridade. Todos esses dados são coerentes com o presente estudo que, apesar do número reduzido de pacientes, identificou participantes com baixa escolaridade e rotina intensa de trabalho antes da aposentadoria ou afastamento por questões médicas (p. ex. faxineira, serviços domésticos em chácara, trabalhador rural, etc).

A breve descrição das características de cada um dos participantes do estudo, a partir da perspectiva dos próprios pacientes sobre aspectos relevantes de suas vidas, permite observar detalhes de seu funcionamento e interações, a presença de importantes estressores e a dificuldade de conviver diariamente com a dor. Permite observar que a dor é uma importante fonte de sofrimento, mas não a única. É possível que experiências

adversas de vida, a presença da dor e as limitações do contexto socioeconômico cultural, associadas, agravem o seu sofrimento. Entretanto, não é possível afirmar uma relação de causa e efeito entre essas variáveis.

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) tem sido pesquisada e comparada a outros tipos de tratamentos não médicos mais conhecidos para dor crônica, como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Estudo controlado randomizado comparando essas duas modalidades terapêuticas não identificou diferença entre ACT e TCC em relação a benefícios, mas os participantes relataram maior satisfação com o tratamento em ACT.⁽¹¹⁹⁾

Estudos têm procurado identificar fatores de mudança relacionados ao tratamento na ACT. A inflexibilidade psicológica, conceito chave da ACT, parece exercer importante papel sobre o sofrimento emocional, o funcionamento físico e social.⁽¹²⁰⁾

Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa nos escores do AAQ-II pré e pós-intervenção, talvez em função do tamanho reduzido da amostra, é possível inferir que as mudanças ocorridas, em termos de redução da inflexibilidade, tenham sido importantes o suficiente para alterar outros aspectos que facilitam o manejo da dor, dada a redução significativa da intensidade de dor percebida pelos pacientes. Essa afirmação pode ser apoiada pela redução nos escores de inflexibilidade psicológica de todos os pacientes. Na avaliação pré-intervenção todos apresentaram escores compatíveis com os de populações clínicas e, na avaliação pós-intervenção, quatro dos seis pacientes obtiveram escores não clínicos e um deles próximo do escore não clínico. Houve, portanto, redução clinicamente significativa na inflexibilidade psicológica dos

pacientes, isto é, a maioria saiu do grupo disfuncional e foi incluída na população funcional de acordo com os escores do AAQ-II.⁽⁸⁸⁾

A redução da inflexibilidade psicológica e da dor percebida pelos pacientes, identificada neste estudo, é compatível com os resultados de um ensaio clínico randomizado que utilizou ACT em grupo para pacientes com dor crônica. Wicksell e colaboradores⁽¹²¹⁾ observaram melhora significativa na inflexibilidade psicológica, qualidade de vida, autoeficácia, depressão e ansiedade para pacientes com fibromialgia. Os autores observaram ainda que mudanças na inflexibilidade psicológica, ao longo do tratamento, “mediaram melhoras entre a pré-intervenção e o follow-up nas variáveis estudadas”.⁽¹²¹⁾

Dados qualitativos (verbalizações dos pacientes) identificam processos associados à inflexibilidade psicológica pré-intervenção, como esquiva experiencial (ex.” com dor eu largava tudo...””) e à maior flexibilidade após a intervenção, como aceitação e ação de compromisso (ex.: ... com dor eu largava tudo, agora me adaptei. Não consigo passar rodo na casa, mas uso os pés para limpar o chão com o pano. Faço com dor mesmo”). A ACT não tem como objetivo eliminar sentimentos ou experiências negativas como a dor, mas sim aceitar essas experiências e conviver com elas em uma vida direcionada para valores.⁽⁵²⁾ O Quadro 1 exemplifica essas mudanças.

A escolha para viver uma vida baseada em valores, um dos processos associados à redução da inflexibilidade psicológica, pode ser observada no relato de pacientes durante a intervenção: “segui o meu valor de ser um bom avô”, “estou fazendo mais coisas com meu filho”. Ação e compromisso associada à flexibilidade psicológica foi também observada nos pacientes: “Meu filho me chamou ontem para olhar quadros.

Antes eu não iria, agora vou. Deitei na cama dele, dei opinião”. Esses dados são compatíveis com a premissa da ACT, de que a inflexibilidade psicológica está associada à dor e ao sofrimento, impedindo que a pessoa se adapte ao seu contexto e situação de vida. Por outro lado, o aumento da flexibilidade permite que ela tenha contato com as consequências de seu comportamento no presente e uma vida vivida de acordo com seus valores.^(23,56,59)

Estudo recente concluiu que o tratamento baseado em ACT provocou mudanças no “eu como contexto” e no distanciamento compreensivo, auxiliando os pacientes a lidar com dor crônica.⁽¹²²⁾ O distanciamento do “eu conceitualizado” e a busca pelo “eu como contexto” possibilita mudança de perspectiva em relação ao evento que auxilia o cliente a lidar com a situação vigente por permitir um tipo de defusão cognitiva.

Revisão sistemática sobre a TCC para o manejo da dor crônica indicou que já existem ECRs em número suficiente para apoiar a efetividade desse tipo de tratamento. Os autores sugerem, entretanto, que mais estudos são necessários para identificar os componentes funcionam para que tipo de pacientes.⁽¹²³⁾ A ACT e mudanças comportamentais que aumentem flexibilidade psicológica parecem um caminho promissor nesse sentido.

O presente estudo usou a Escala Visual Analógica (EVA), um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas que avaliam presença e intensidade da dor. A EVA apresenta vantagens como a simplicidade e o fato de ser uma escala de autorrelato. Dada a característica subjetiva da dor, uma escala de autorrelato auxilia na compreensão e comparação da dor, do mesmo participante, em diferentes momentos.

Embora a ACT não tenha como foco a redução da dor, a diminuição significativa da percepção da dor observada neste estudo após a intervenção é compatível com dados da literatura.⁽⁴²⁾ Estudo realizado com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na Clínica de dor da mesma instituição onde foi feita a presente pesquisa, indicou que promover mudanças comportamentais, sem focar diretamente a dor, melhora a vida diária dos pacientes. O mesmo estudo indicou que o atendimento por uma equipe interdisciplinar é fundamental para a melhora do paciente e para manter essa melhora em longo prazo.⁽¹²⁴⁾ Esses dados são compatíveis com a literatura internacional sobre o tratamento biopsissocial da dor, realizado por equipes interdisciplinares, semelhante ao contexto onde este estudo foi realizado.^(23,86)

A aceitação da dor e a emissão de respostas que podem produzir reforçadores positivos, ainda que o paciente vivencie alguns aversivos no processo, indica que apesar da dor, existe possibilidade de viver uma vida que vale a pena.

Andreatta e colaboradores⁽¹⁰⁸⁾ realizaram estudo experimental sobre a emissão de comportamentos de fuga e esquiva na presença de dor, utilizando estimulação aversiva incondicionada (choque elétrico). Observaram que a apresentação prévia de um estímulo que sinaliza a ocorrência do aversivo incondicionado potencializa respostas de sobressalto e aumenta a probabilidade de possíveis respostas de fuga/esquiva. Além disso, um estímulo apresentado depois de transcorrido certo tempo do evento aversivo atenua respostas de sobressalto, o que implica que estímulos associados a alívio da dor podem ter função reforçadora.⁽¹⁰⁸⁾

Desde a década de 1990, opióides têm sido frequentemente prescritos para pacientes com dor crônica. Neste estudo, cinco dos seis pacientes relataram fazer uso de

morfina. As consequências negativas desse tipo de tratamento (p.ex. adicção), bem como a falta de resolutividade, levaram a mudanças nas diretrizes para o uso desse tipo de medicação nos Estados Unidos e a uma ênfase nos tratamentos não medicamentosos. A Associação Americana de Psicologia incluiu a ascensão dos tratamentos não medicamentosos para dor como uma das dez tendências importantes da psicologia para 2019.^(23,125)

Como concluem Sullivan e Ballantyne⁽¹¹⁾, a partir da análise do uso de opióides no tratamento da dor, “a raiz do problema não é o alto risco ou a baixa eficácia da terapia opióide de longa duração, mas sim o foco indevido na redução da intensidade da dor. Nosso dever para com os pacientes que têm dor crônica não é reduzir a intensidade da dor, mas sim melhorar a sua qualidade de vida. A dor crônica não só causa sofrimento incapacidade e sofrimento, mas é também causada por estes em um círculo vicioso de enfermidade e de infelicidade”.⁽¹¹⁾

Embora o objetivo da intervenção realizada neste estudo não tenha sido reduzir diretamente a dor, verificou-se uma diminuição significativa nos índices de dor crônica relatados pelos participantes. A aceitação da dor e o comprometimento com a retomada ou a inserção de atividades reforçadoras no cotidiano, auxiliam o paciente a ficar mais sob controle de contingências (p.ex. vivenciar situações reforçadoras, como sair para encontrar com amigos mesmo sentindo dor) do que sob controle de autorregras (p. ex. “não posso sair, pois sentirei muita dor”).

Nesse sentido, fica evidente que ações orientadas para valores podem auxiliar o paciente a lidar com situações cotidianas e enfrentar situações potencialmente aversivas (p. ex. possibilidade de dor). Isto é, ainda que exista o componente aversivo (dor), existe

também a possibilidade do evento reforçador (p.ex.: encontrar com amigos, relacionamento com familiares). A identificação de valores está relacionada à identificação dos reforçadores. Aceitar o sofrimento proveniente da experiência de dor e se engajar em atividades antes evitadas pode trazer benefícios que vão além da redução da dor, como aumento de reforçadores e melhora da qualidade de vida. Por outro lado, tentar controlar a dor e esperar a ausência desta para voltar a viver, pode resultar no afastamento de diversas atividades reforçadoras (p.ex.: contato com amigos) e prejuízos na qualidade de vida. Em muitos casos, esse distanciamento de situações potencialmente reforçadoras pode aumentar a vulnerabilidade para outros problemas, como a depressão.

Entre os participantes que receberam a intervenção o tempo médio de convivência com a dor crônica foi superior a 11 anos. Essa média de tempo é superior à de diversos estudos.^(124,126,127,128,129,130,131) Alguns desses estudos, realizados no mesmo ambulatório onde foi feita esta pesquisa, indicaram tempo médio de dor entre 1,25 e 4,2 anos.^(124,127,128,129,130,131,132) Os dados que mais se aproximam dos observados no presente estudo indicaram tempo médio de dor de 7,9 anos,⁽⁴⁰⁾ em pesquisa realizada para avaliar o impacto de uma intervenção psicológica (TCC) sobre dor crônica. É possível que o maior tempo de dor dos pacientes que participaram das intervenções psicológicas (TCC e ACT) se deva também ao fato destes terem procurado outras modalidades terapêuticas anteriormente, como por exemplo, as farmacológicas, que não resolveram o problema.⁽¹¹⁾

Dado o impacto da dor sobre o funcionamento global do indivíduo, estudos tem avaliado a qualidade de vida de pacientes com dor crônica. O instrumento utilizado no presente estudo, o SF-36, avalia qualidade de vida com base em oito domínios. Houve

uma melhora estatisticamente significativa nos escores obtidos pelos pacientes em todos os domínios de qualidade de vida, exceto aspecto físico e estado geral de saúde.

Os dados obtidos neste estudo são compatíveis com a literatura, que associa a dor com pior qualidade de vida e uma relação entre redução da dor e aumento da qualidade de vida.⁽¹⁸⁾ A fuga e a esquivia de situações que requerem movimento, evitadas por pacientes com dor crônica, também estão associadas a uma pior qualidade de vida. Neste estudo, os relatos dos pacientes permitem observar o quanto estes evitavam comportar-se em função da dor (ex. *O pior não é quando me isolo por conta da dor, mas quando ela passa e você percebe que perdeu o dia*), com perda de importantes reforçadores e um impacto negativo para a sua qualidade de vida. Por outro lado, os relatos evidenciam também o impacto que a intervenção teve sobre seus relacionamentos e qualidade de vida (ex. *Meu filho me chamou ontem para olhar quadros, antes eu não iria, agora vou! Deitei na cama dele, dei opinião*).

Os domínios com piores escores de qualidade de vida foram Aspecto Físico e Dor na pré-intervenção e Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Físicos na pós-intervenção. Esses dados são compatíveis com resultados de estudos realizados com população atendida no mesmo ambulatório em anos anteriores. Nos estudos de Ramos et al.⁽¹¹³⁾ e Martins et al. (2017), os escores médios mais baixos para qualidade de vida de pacientes com dor crônica foram do domínio físico. Para Rocha et al.⁽¹²⁹⁾ os escores mais baixos foram do domínio psicológico, seguido pelo domínio físico em diversos momentos de avaliação durante o estudo e, por fim, Martins et al.⁽¹³⁰⁾ indicam que tanto resultados no aspecto saúde física quanto mental (medido pelo SF-12) mostraram-se comprometidos em pacientes com fibromialgia.

É possível que uma maior melhora no domínio físico da qualidade de vida desses pacientes não tenha ocorrido porque, apesar da melhora observada na dor, ela continua presente.

A literatura tem mostrado uma relação entre qualidade de vida, dor e sintomas de ansiedade e depressão.⁽¹³³⁾ O presente estudo obteve resultados semelhantes aos encontrados na literatura para essas características. Björnsdóttir e colaboradores⁽¹³⁴⁾ concluíram que intervenção interdisciplinar com equipe especialista em dor (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, e outros), baseadas em atenção plena (*mindfulness-based*) foi efetiva para lidar com dor crônica musculoesquelética em longo prazo (follow-up de seis meses).⁽¹³⁴⁾ O presente estudo também utilizou atenção plena em parte da intervenção, especificamente para auxiliar os participantes a entrarem em contato com o presente e quebrarem a relação de fusão estabelecida entre dor e outras facetas da vida.

O tratamento baseado no modelo biopsicossocial reconhece o importante papel que os fatores psicossociais têm sobre a dor. Independentemente da origem da dor, pacientes com dor crônica tem alta vulnerabilidade para transtornos mentais, “em parte em função do sofrimento físico e emocional, das mudanças no estilo de vida e das perdas decorrentes da dor crônica”.⁽²³⁾

Estudo com mulheres com dor pélvica crônica encontrou relação entre sintomas de ansiedade e depressão.⁽¹⁵⁸⁾ Outro estudo, realizado no mesmo ambulatório da presente pesquisa, mostrou que pacientes com diagnóstico de fibromialgia apresentavam níveis maiores de dor, de ansiedade, de depressão, menos flexibilidade e pior qualidade de vida.⁽¹²⁷⁾ A associação entre depressão e dor tem sido estudada⁽¹³⁵⁾ e

pode estar relacionada a questões neuronais, especificamente relacionadas ao hipocampo.⁽¹³⁶⁾ Além disso existe correlação entre a região do cérebro e o funcionamento do sistema neurológico, através da qual a dor crônica pode levar à depressão.⁽¹³⁷⁾

Em uma perspectiva comportamental, o paciente com dor crônica vive uma perda consistente de reforçadores provenientes da limitação ou redução de atividades.^(138,139) Essa perda ocorre não apenas pela dor, mas também por auto-regra e delimitações verbais (ex. *Sair piora minha dor*), que podem assumir a função de aversivo condicionado, mantido por reforçamento negativo^(20,37,108) que aumenta a probabilidade de respostas de fuga ou esquiva. Neste estudo, a relação “atividades sociais pioram a intensidade da dor” foi desconstruída durante a intervenção, o que diminuiu o controle por regras e aumentou um controle por contingência. Essa é uma das propostas da ACT, especialmente utilizando a defusão cognitiva, que modifica a forma como o paciente interage com seus pensamentos, reduzindo a função nociva destes sobre o comportamento.^(57,58) A intervenção também auxilia o participante a se comportar sob controle do reforço atrasado e não sob controle do aversivo imediato.

Cabe salientar ainda que a dor pode servir como punidor condicionado para diversas respostas. Ainda que não seja contingente à resposta, por sua contiguidade à mesma em diversos momentos da vida do sujeito, pode-se estabelecer uma relação de supressão condicionada.⁽¹⁴⁰⁾

No presente estudo houve melhora de sintomatologia de depressão e relevância clínica e estatística para esse fenômeno. Em alguns momentos do grupo (sessões 5, 6 e 7) foram discutidos padrões comportamentais que visam desenvolver repertórios

alternativos aos de fuga e esquiva (utilizados pelos pacientes para lidar com a dor) e que estivessem relacionados à obtenção de reforçadores positivos. Isso pode ter sido fator contribuinte para a diminuição da sintomatologia de depressão. Além disso, a utilização de metáforas e de exercícios de *mindfulness*, ao final de cada sessão, também favoreceram o enfrentamento de aversivos em curto prazo para a possível obtenção de reforçadores a médio e longo prazo. Esses treinos, associados a terapias comportamentais, tem apresentado resultados promissores no tratamento de depressão em pacientes com dor crônica.^(141,142)

A relação entre dor e sintomas depressivos e ansiosos é recorrente e bem descrita na literatura.^(23,143,144,145,146) Apesar de ser um modelo explicativo inicial para comportamentos ansiosos, a supressão condicionada oferece uma possibilidade de compreensão do tema. Entretanto, o desenvolvimento de tecnologias e de pesquisas ainda são necessárias nessa área.⁽¹⁴⁷⁾

Os participantes da pesquisa apresentaram melhora clínica tanto para os sintomas de depressão quanto para os de ansiedade. É possível que a relação estabelecida entre questões respondentes relacionadas à ansiedade (ex. taquicardia, hipersudorese, tremores) também se relacionem à dor e aos contextos de dor. Isso poderia aumentar o padrão de fuga e esquiva dos indivíduos com dor, diminuindo a emissão de respostas relacionadas ao reforço positivo e aumentando a emissão de respostas relacionadas ao reforçamento negativo. Essa diminuição de reforçadores se relaciona à depressão por definição. Portanto, a melhora nos sintomas pode ter se relacionado a práticas de aceitação de respondentes e ao desenvolvimento de repertório para enfrentar situações e se expor às contingências, que poderiam resultar na obtenção de reforçadores positivos.

Outra relação importante estabelecida entre sintomas de depressão e ansiedade é com flexibilidade psicológica. No estudo de validação do AAQ-II foi verificada uma correlação negativa com esses sintomas.⁽⁵¹⁾ Esse dado é importante e pode ser visualizado no presente trabalho, visto que os sintomas depressivos e ansiosos diminuíram e a Flexibilidade Psicológica aumentou. Entretanto, apenas sintomas depressivos apresentaram correlação moderada com FP e é possível que com um número maior de participantes uma correlação mais forte fosse obtida.

Artigos sobre o tema têm buscado o fator de mudança relacionado ao tratamento na terapia de aceitação e compromisso. A Flexibilidade Psicológica, conceito chave da teoria, foi associada a um papel importante para os resultados obtidos nos níveis de sofrimento emocional e funcionamento físico e social.⁽¹²⁰⁾ Estudo recente demonstrou que tratamento baseado em ACT provocou mudanças no “eu como contexto” e no distanciamento compreensivo que auxiliou participantes a lidar com dor crônica.⁽¹²²⁾

Esses dados indicam uma possível melhora para lidar com a situação atual de saúde e se relacionam com o aumento na autoeficácia dos participantes do estudo. A intervenção em grupo pode ter contribuído de algumas maneiras (p. ex. modelagem e modelação de repertório em sessão) para essa melhora devido ao desenvolvimento de repertório comportamental para lidar com as situações vivenciadas. Houve melhora nos escores de autoeficácia da avaliação pré para a avaliação pós-intervenção neste estudo, embora essa melhora não tenha sido estatisticamente significativa.

A autoeficácia foi avaliada para três classes de comportamentos (controle da dor, funcionalidade e lidar com outros sintomas) e é um constructo estudado na dor

crônica. A literatura mostra que melhores níveis de autoeficácia indiciam melhor adequação às situações e capacidade de lidar com o problema.⁽²⁵⁾

Tanto a intensidade da dor quanto a autoeficácia relacionada à dor já foram relacionadas com comprometimento funcional e depressão.⁽¹⁴⁸⁾ Artigo recente que estudou dor em pacientes com artrite reumatoide encontrou que níveis mais baixos no relato de dor estavam relacionados à prática de atividades de vida que são valorizadas pela pessoa.⁽¹⁴⁹⁾ Outro estudo que buscou relacionar auto-eficácia para dor e sintomas depressivos em adultos com dor crônica concluiu que autoeficácia é fator protetor para sintomas depressivos.⁽¹⁵⁰⁾ Isso implica que auto-eficácia pode estar relacionada à qualidade de vida.

Outro fator associado a melhor qualidade de vida é o suporte social,⁽¹⁵¹⁾ uma forma de comportamento social. “Comportamento social pode ser definido como o comportamento de duas ou mais pessoas em relação a uma outra ou em conjunto em relação a um ambiente comum.”⁽¹⁴⁰⁾ Essas relações (pessoa-pessoa; pessoa-pessoa-ambiente) são fundamentais e ficam evidentes no modelo de seleção pelas consequências.⁽¹⁵²⁾ Para melhor compreensão dessas relações é necessário um olhar para o entrelaçamento de contingências (*interlocking contingencies*). O termo entrelaçamento sinaliza a importância das duas ou mais pessoas da relação⁽¹⁵³⁾ e evidencia a importância do contexto no qual ocorre o “comportamento de dor”. Devido à mediação do reforço, algumas implicações para esse fenômeno merecem destaque. O reforço social geralmente depende da ocorrência da resposta. A segunda é que a condição do agente reforçador pode variar e isso implicaria na variação do reforço. Uma terceira seria a mudança lenta de algumas características da contingência. Por fim, o

ajuste do esquema de reforçamento por parte do agente reforçador raramente será encontrado na natureza inorgânica.^(140,154)

A relação operante na dor crônica foi evidenciada pela primeira vez por Fordyce⁽¹⁵⁵⁾ e, com isso, fica evidente a necessidade do estudo do suporte social para dor crônica. Por seu caráter crônico torna-se necessário que o sujeito com dor e as demais pessoas ao seu redor desenvolvam habilidades para lidar com a situação. Existem formas para lidar com a situação e duas merecem destaque: grupos que tem por base profissionais da saúde (*health-care professionals based intervention*) e grupos de apoio entre pares (colegas na mesma situação - *peer-led group*).

Finlay et al⁽¹⁵¹⁾ trabalharam com grupo de suporte social por pares e destacam algumas características importantes para o sucesso do grupo: uma identidade entre as pessoas do grupo; um ambiente acolhedor e crescimento pessoal pelo contato com as pessoas.

Outro estudo buscou a relação entre suporte social recebido (pelo paciente) e motivação para ajudar (para o cuidador) a pessoa com dor. Este estudo demonstrou que pessoas com dor afirmaram receber mais suporte social dos parceiros quando estes afirmaram ajudar porque queriam e não porque se sentiram pressionados a fazer. Quando não é possível estar presente o tempo todo para o paciente, é sugerido que a ajuda no momento certo seja oferecida, visto que isso pode ser fator protetor para os problemas relacionados à falta de suporte social.⁽¹⁵⁶⁾ Um terceiro estudo sobre o tema relaciona suporte social e depressão. Os participantes possuíam dor crônica lombar e responderam a questionários no início do estudo e após um ano no follow-up. Os

questionários foram comparados e possuir “suporte social o tempo” todo foi considerado fator “protetor” para depressão.⁽¹⁵⁷⁾

O presente estudo comparou suporte social antes e após a intervenção e, embora tenha havido aumento nos escores do instrumento, esse aumento não foi estatisticamente significativo. Esperava-se que o grupo servisse de importante suporte social para os participantes que o frequentaram, bem como fonte de desenvolvimento de habilidades para lidar com a dor, tanto com base no relato e estratégias utilizadas por outros participantes, repertório desenvolvido no contato entre pares quanto com base no material e discussão apresentada pelos profissionais de saúde.

Duas possibilidades podem ser elencadas sobre a falta de aumento significativo nos escores de suporte social. A primeira é que diferente do estudo de Finlay⁽¹⁵¹⁾, esses participantes não se conheciam previamente. Eles frequentavam o mesmo ambulatório, mas as consultas eram individuais e nem sempre as datas coincidiam. Além disso os participantes estiveram presentes no grupo apenas durante dois meses e pode não ter sido tempo suficiente para troca mais íntima de experiências fora do momento do grupo. Detalhe importante é que a partir do quarto encontro era comum encontrar os participantes conversando na sala de espera do ambulatório de psicologia, o que poderia indicar a formação de vínculo. É possível que isso implique que esse suporte pelo grupo não tenha sido o bastante para provocar mudanças mais amplas na vida das pessoas. A segunda possibilidade é que os participantes possuíssem suporte social adequado antes do grupo e que durante o grupo pouco tenha mudado com relação a isso.

Apesar disso, é possível verificar que os indivíduos se sentiram confiantes para relatar sentimentos - *“Tenho vergonha. O que vão pensar ao meu respeito? Eu era*

metalúrgico, nunca precisei de ajuda com ninguém. Depois da cirurgia, perdi todas as oportunidades.” (P4) – e também dificuldades - “Aconteceu algo essa semana. Não consegui me concentrar na atividade” (P6).

A análise da correlação entre as variáveis estudadas indicou que para qualidade de vida e sintomas de depressão e para alguns domínios de qualidade de vida e inflexibilidade psicológica houve correlação inversa, isto é, a qualidade de vida aumentou os sintomas de depressão e a inflexibilidade psicológica diminuíram. Além da significância estatística, houve também uma alta correlação entre essas variáveis. Esses dados apoiam a literatura que aponta que a redução da inflexibilidade psicológica está associada ao aumento da qualidade de vida e a melhora da sintomatologia depressiva.⁽⁷⁵⁾

A ausência de correlação entre dor, ansiedade e depressão está provavelmente relacionado ao reduzido tamanho da amostra.

Novas pesquisas na área devem ser realizadas para que possa ser verificada a efetividade desse tratamento, em função do número reduzido de participantes e do delineamento utilizado. Além disso, um importante aspecto deve ser incluído nos próximos estudos, que é a avaliação do sono, frequentemente alterado em pacientes com dor crônica.

Conclusões

Participantes do programa de intervenção em grupo baseado em ACT obtiveram melhora da dor crônica e de sintomas comumente associados a ela, tais como depressão, ansiedade e baixa eficácia para lidar com a dor. Após a intervenção, foi observada melhora clínica de todas as características avaliadas, com exceção do suporte social, e os seguintes resultados:

- * Redução da inflexibilidade psicológica de todos os participantes do grupo.

- * Redução significativa da intensidade da dor.

- * Melhora significativa da qualidade de vida para os domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Melhora dos escores de qualidade de vida, embora sem significância estatística, para o domínio aspecto físico; houve leve redução (piora) nos escores do domínio estado geral de saúde.

- * Redução estatisticamente significativa dos sintomas de ansiedade. Redução no número de pacientes enquadrados na classificação “moderado” e “leve” e um aumento no número de pacientes na classificação “mínimo” para ansiedade.

- * Redução estatisticamente significativa dos sintomas de depressão. Aumento no número de pacientes que passaram da classificação “mínima” e “moderada” para “leve”.

- * Melhora nos escores de todos os pacientes para autoeficácia. Enquanto na avaliação pré-intervenção todos apresentavam escores abaixo do corte proposto por Salvetti,⁽⁷⁹⁾ na avaliação pós-intervenção apenas dois pacientes ficaram abaixo dos escores de corte, mesmo tendo melhorado seus resultados no instrumento.

* Aumento significativo da autoeficácia para controle da dor, para funcionalidade e para lidar com outros sintomas. A melhora no escore global do instrumento, entretanto, não foi estatisticamente significativa.

* Correlação inversa entre qualidade de vida e sintomas de depressão e entre domínios da qualidade de vida e inflexibilidade psicológica.

* Não houve correlação entre dor, ansiedade e depressão.

* Embora tenha havido aumento nos escores de suporte social, esse aumento não foi estatisticamente significativo.

Referências

1. American Pain Society. Pain: Current understanding, assessment, management, and treatments. J. Pain [Internet]. 2006 Disponível em: <http://americanpainsociety.org/uploads/education/npc.pdf>
2. Ashmawi HA. Programa de fisiopatologia e terapêutica da dor. Epidemiologia da dor. As dores mais frequentes. As dores crônicas como um problema de saúde pública mundial. 2016. Disponível em: http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Epidemiologia-da-dor_09_03_2016.pdf
3. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. 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(1), 1229. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-1229>
4. McMahon SB, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 6th. ed.. Philadelphia:Elsevier-Saunders. 2013
5. Ferreira KASL, Bastos TRPD, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira et al. Prevalência de dor crônica em área metropolitana de um país em desenvolvimento: um estudo de base populacional. 2016. Arq Neuropsiquiatr, 74:990-998.
6. International Association for the Study of Pain (IASP): Unrelieved pain is a major global healthcare problem 2017. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/factsheet.pdf>

7. Cabral DM. Prevalência de dor crônica e identificação de fatores associados em um segmento da população da cidade de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.
8. Blyth FM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: prevalence study. *J. Pain*, 2013; 89(2-3):127-134.
9. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10:287-333.
10. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*, 2001; 6:133-140.
11. Sullivan MD, Ballantyne JC. Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *J SPain Online* 2016; 157(1):65-69.
12. Ballantyne JC, Sullivan MD. Intensity of chronic pain – the wrong metric? *N Engl J Med* 2015; 373:2098-9.
13. Milton MB, Börsbo B, Rovner G, Lundgren-Nilsson A, Stibrant-Sunnerhagen K, Gerdle B. Is pain intensity really that important to assess in chronic pain patients? A study based on the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation. *PLoS One* 2013; 8(6): e65483.
14. Winerman, L. The rise of non-drug pain treatment. *Monitor* 2018; 49(10):46-49.
15. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res* 2016; 9:457-
16. Miyazaki MCOS, Santos Jr R, Cury PM. O trabalho do psicólogo em equipes interdisciplinares de dor crônica. In: E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A.

Ramos-Cerqueira, N. A. M. Domingos, organizadores. *Psicologia da Saúde: Teorias, conceitos e práticas*. Curitiba: Juruá 2018; p. 155-170.

17. McCarberg BH, Nicholson BD, Todd KH, Palmer T, Penles L. The Impact of Pain on Quality of Life and the Unmet Needs of Pain Management: Results From Pain Sufferers and Physicians Participating in an Internet Survey. *Am J Ther* 2008; 15(4): 312-20. doi:10.1097/mjt.0b013e31818164f2

18. Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J. Healthy Aging in Relation to Chronic Pain and Quality of Life in Europe. *Pain Pract* 2013 14(6): 547–58. doi:10.1111/papr.12125

19. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO. 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=AA12EBA2ABB3AAF64DFE292B7AD72740?sequence=1>

20. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic pain: a systematic review. *Br J Sports Med*, 2018. doi: 10.1136/bjsports-2017-098673

21. Harris RA. Chronic pain, social withdrawal, and depression. *J Pain Res* 2014. 7:555-56. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S71292>

22. Asmudson GJ, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State of the art. *Depress Anxiety* 2009; 26:888-901. <http://doi.org/10.1002/da.20600>

23. Darnall, BD. *Psychological Treatment for Patients with Chronic Pain*. Washington, DC: American Psychological Association, (eletronic edition); 2019.

24. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84:191-215.
25. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Pain* 2014; 15(8), 800–814. doi:10.1016/j.jpain.2014.05.002
26. Taylor SE. Social Support. In Friedman HS, Silver RC (Editors.), *Foundations of Health Psychology*. New York: OUP (p.145-171).
27. Straub RO. *Psicologia da Saúde. Uma abordagem biopsicossocial*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
28. Che X, Cash R, Ng SK, Fitzgerald P, Fitzgibbon BM. A systematic review of the processes underlying the main and the buffering effect of social support on the experience of pain. *Clin J Pain* 2018; 34(11):1061-1076. doi: 10.1097/AJP.0000000000000624. doi: 10.1371/journal.pone.0065483
29. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R., Patel KV. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *J Pain*, 2016; 17:T21-T49.
30. Stanos S. Pain rehabilitation. In: S. M. Fishman, J. C. Ballantyne, & J. P. Rathmell, editors. *Bonica's Management of Pain*. New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010 p.1313-1330.
31. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The J Pain*, 2016; 17:T70-T92.
32. Cope DK. Intellectual milestones in our understanding and treatment of pain. In: Fisiman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors, *Bonica's management of pain*. 4th ed. New York: Wolters Kluwer – Lippincott Williams & Wilkins. 2010; pp.1-13.

33. Mosely GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *J Pain* 2015; 9:807-813.
34. Perl ES. Ideas about pain, a historical view. *Nat Rev*, 2007; 8:71-80.
35. Butler S. A personal experience learning from two pain pioneers, J. J. Bonica and W. Fordyce: Lessons surviving for decades of pain practice. *Scand J Pain*, 2010; 1:34-37.
36. Main CJ, Keefe FJ, Jensen MP, Vlaeyen JWS, Vowles KE, editors. Fordyce's behavioral methods for chronic pain and illness. Republished with invited commentaries. Philadelphia, PA:Wolters Kluwer Health 2014.
37. Gatzounis R Schrooten MGS, Crombez G, Vlaeyen JWS. Operant Learning Theory in Pain and Chronic Pain Rehabilitation. *Curr Pain Headache Rep* (2012) 16:117–126 DOI 10.1007/s11916-012-0247-1
38. Dedeli O, Kaptan G. Spirituality and Religion in Pain and Pain Management Health Psychol Res, 2013; 1(3):e-29 doi: 10.4081/hpr.2013.e29
39. Kitz, JMRJ. Challenges of managing chronic pain. *BMJ*, 2017; 356:j741 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j741>
40. Santos Jr, R. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para pacientes com dor crônica. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo; 2017.
41. Agency for Healthcare Research and Quality. Noninvasive, nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. 2017 Dec. Disponível em: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=lhOpKyM04hM%3D&portalid=0>

42. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. A systematic review and meta-analyses. *J Pain*, 2017; 33:552-568.
43. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015; 5. Art. No.: CD010664. DOI: 10.1002/14651858.CD010664.pub2.
44. Sturgeon JA. Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 7:115-124.
45. Winerman, L. The rise of non-drug pain treatment. *Monit* 2018, 49(10):46-49.
46. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. Efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol* 2014; 69:153-166.
47. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *Clin J Pain* 2017; 33(6):552-568.
48. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4:33-47.
49. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
50. Hayes SC, Masuda A, De Mey H. Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch J Behav Ther)*, 2003; 2, 69-96.
51. Barbosa LM, Murta SG. Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 2015; 20:75-85.

52. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral Cognitive Therapies. *Behav Ther*, 2016; 47:869-885.
53. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44:1-25.
54. Barbosa LM, Murta SG. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2014; XVI:34-49
55. Hayes SC, Villatte, MLM, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology* [Internet]. 2011; 7:141-68.
56. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. The process and practice of mindful change*. 2nd ed. (Kindle version) 2012. Recuperado de Amazon.com.
57. Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para prevenção do suicídio. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2008; X:81-104.
58. Pergher GK, Melo WV. Terapia de Aceitação e Compromisso. In: W. V. Mel, organizadora. *Estratégias psicoterápicas de terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014 p. 344-367.
59. Gaudio BA. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *SRMHP*, 2011; 8:5-22.
60. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:1152–1168.

61. Twohig MP. Introduction: The basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cogn Behav Pract* 2012; 19:499-507.
62. Spinhoven P, Drost J, Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behav Ther* 2014; 45:840-850.
63. Vilardaga JCP. Acceptance and Commitment Therapy for longstanding chronic pain in a Community-based Outpatient Group Setting Tese (doutorado). University of Nevada, Reno; 2012. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=nJ4ongEACAAJ>
64. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:141-168.
65. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Assessment of chronic illness-related cognitive fusion: preliminar development and validation of a new scale with na IBD sample. *J Clin Psychol Med Settings* 2018. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9536-5>
Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10880-017-9536-5.pdf> Publicado online em 19 de fevereiro de 2018
66. Hayes SC, Pistorello J, Levin M. Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol* 2012; 40:976-1002.
67. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015; 84:30-36.

68. Graham CD, Gouick J, Krahé C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clin Psychol Rev* 2016; 46:46-58.
69. Öst LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review. *Behav Res Ther* 2014; 61:105-121.
70. McCracken LM., Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain. Model, process, and progress. *Am Psychol* 2014; 69:178-187.
71. Yang SY, McCracken LM. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *J Clin Out Manag* 2014. Disponible em:
<https://www.mdedge.com/jcomjournal/article/147127/pain/acceptance-and-commitment-therapy-chronic-pain>
72. Hann EJ, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality, and efficacy. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3:217-227.
73. McCracken LM. ACT for Chronic Pain. Released in 2015 Jun. Disponible em:
<https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/06/ACT-for-Chronic-Pain-manual-McCracken.pdf>
74. Vowles KE, Sorrell JT. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach. 2007 Jul. Disponible em:
https://contextualscience.org/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf
75. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011; 42:676-688.

76. Rocha LC, Mesquita LP, Leite ACS, Cavalcante MLSN. Confiabilidade de escalas de avaliação da dor no paciente com câncer. Anais do Enfermaio. Edição 2016. Disponível em: http://www.uece.br/eventos/seminarioppccclisenfermaio/anais/edicao_2016.html
77. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999; 39:143-150.
78. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
79. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. Rev Psiq Clin 2005; 32:202-210.
80. Chor D, Griep RH, Lopes CL, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: avaliação pré-intervenções e estudo piloto. Cad Saude Publica 2001; 14:887-896.
81. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32:705-714.
82. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-saúde. Cad Saude Publica 2003; 19:625-634.
83. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TDC. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. Trends Psychol 2018; 26(1):387-399
84. VandenBos G. Dicionário de Psicologia da American Psychological Association. Porto Alegre: Artmed 2010.
85. Spira JL. Group therapy for medically ill patients. New York: Guilford 1997.

86. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 2014, 69:119-130.
87. Johnson RB, Christensen L. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. 5th ed. London: Sage, 2019.
88. Jacobson NS, Truax PA. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1):12–19
89. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, de Morais JC, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioterapia em Movimento* 2017; 26(2).
90. Netto MB, Barranco ABS, Oliveira KWKD, Petronilho F. Influence of anxiety and depression symptoms on the quality of life in patients undergoing lumbar spine surgery. *Rev Bras Ortop* 2018; 53(1):38-44.
91. Donatti, L., Ramos, D. G., Andres, M. D. P., Passman, L. J., & Podgaec, S. (2017). Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. *Einstein (São Paulo)* 2017; 15(1):65-70.
92. Velleca MS. Estratégias de Recrutamento de Participantes para Pesquisa Clínica: aspectos importantes e desafios. *Blucher Medical Proceedings* 2014; 4(1) Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/2cisep/022.pdf>
93. Reynolds T. Clinical trials: can technology solve the problem of low recruitment? *BMJ* 2011; 342:1338-1339.
94. Lidewij EVEL, Ryan DEH. Recruiting patients as partners in health research: a qualitative descriptive study. *Research Involvement and Engagement* 2017; 3:15 DOI 10.1186/s40900-017-0067-x

95. Silva LR, Stegun MHCG, Batista TES. Psicoterapia em clínica escola: razões para o abandono de tratamento. Anais da VII Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2016. DeVry Brasil. Disponível em: www.even3.com.br/Anais/viimostradevry/33128-PSICOTERAPIA-EM-CLINICA-ESCOLA-RAZOES-PARA-O-ABANDONO-DE-TRATAMENTO
96. Wierzbicki M, Pekarik, G. A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychol Res Pract* 1993; 24:190-195. 10.1037/0735-7028.24.2.190.
97. Sharf J. Meta-analysis of psychotherapy dropout. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307557461_Meta-analysis_of_Psychotherapy_Dropout
98. Benetti SPC, Cunha, TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arq Bras Psicol* 2008; 60(2):48-59.
99. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais OS, Luiza MA, Oliveira ML, Ramos LR, Farias MR, Pizzol TSD. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica* 2016; 50(supl 2):10S
100. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. Dovepress 2018. Disponível em: <https://www.dovepress.com/primary-nonadherence-to-chronic-disease-medications-a-meta-analysis-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
101. Farooq S, Farooq N. Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10:1069-1077.
102. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2011; 54:S57-S60.

103. Muñoz Marrón E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida [Tese]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.
104. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO. 2003 Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=AA12EBA2ABB3AAF64DFE292B7AD72740?sequence=1>
105. Freitas JGA, Nielson SEDO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med* 2015; 13(1):75-84.
106. Harris RA. Chronic pain, social withdrawal, and depression. *J Pain Res* 2014; 7:555-556. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S71292> n
107. Zamignani DR, Banaco RA. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2005; 7(1):77-92.
108. Andreatta M, Andreas Mühlberger A, Yarali A, Gerber B, Pauli P. A rift between implicit and explicit conditioned valence in human pain relief learning. *Proc. R. Soc. B* 2010; 277:2411–2416 doi:10.1098/rspb.2010.0103 (Proceedings of the Royal Society).
109. Bautista LE, Vera-Cala LM, Colombo C, Smith P. Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *Am J Hypertens* 2012; 25(4):505-511. doi: [10.1038/ajh.2011.256
110. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

111. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.

112. Joyce AS, Piper WE, Ogrodniczuk JS. Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2007; 57(3):269-296.

113. Ramos-Cerqueira, ATA, Seidl EMF, Malerbi FEK, Nogueira GS, Côco LT. Adesão a tratamento em doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. In: Seidl EMF, Miyazaki MCOS, Ramos-Cerqueira ATA, Domingos NAM (Org) *Psicologia da Saúde. Teoria, conceitos e práticas* (p. 83-102). Curitiba: Juruá; 2018.

114. Spira, JL. *Group therapy for medically ill patients*. New York: Guilford; 1997.

115. Al-Maharbi S, Abolkhair AB, Al Ghamdi H, Haddara M, Tolba Y, El Kabbani A, Al-Khudhairi MW. Prevalence of depression and its association with sociodemographic factors in patients with chronic pain: A cross-sectional study in a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Saudi J Anaesth* 2018; 12(3):419.

116. Feitosa AS, Lopes JB, Bonfa E, Halpern AS. Estudo prospectivo de fatores prognósticos em lombalgia crônica tratados com fisioterapia: papel do medo-evitação e dor extraespinal. *Rev Bras Reumatol* 2016; 56(5):384-390.

117. Valença JBM, Ferraz KP, de Alencar MDCB, Souza FG, Lopes LV. Perfil de trabalhadores com doenças da coluna vertebral atendidos em um serviço de

saúde/Profile of workers with spine cord diseases attended in an occupational health service. *Cad Bras Terap Ocup* 2016; 24(2).

118. Martinez JE, Macedo AC, de Campos Pinheiro DF, Novato FC, Jorge CM, Teixeira DT. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiátrica* 2016; 11(2):67-71

119. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, Atkinson JH. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011; 152(9):2098-2107.

120. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther* 2011; 49(4):267-274.

121. Wicksell RK, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, Ingvar M, Olsson GL. Acceptance and Commitment Therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17(4):599-611. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x

122. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “self-as-context”(“perspective-taking”) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *J Pain* 2017; 18(6):664-672.

123. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152245>

124. Martins MRI, Foss MHD, Santos Junior RD, Zancheta M, Pires IC, Cunha AMR, Rocha CE. A eficácia da conduta do grupo de postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor* 2010; 11(2):116-21.
125. Winerman L. The rise of non-drug pain treatment. *Monitor* 2018; 49(10):46-49.
126. Nermin T, Umit S, Mehmet U, Asuman C, Ozlem B, Hakan A. et al. Pain, depression and sleep disorders in patients with diabetic and nondiabetic carpal tunnel syndrome: a vicious cycle. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2016; 74(3):207-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016000300006&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20160020>.
127. Martins MRI, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Junior R. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52(1):16-26.
128. Rocha CED, Martins MI, Foss MH, Santos Junior R, Dias LC, Forni JE, Silva Junior SCD. Melhora da qualidade de vida de pacientes com dor neuropática utilizando de monitorização ambulatorial contínua. *Rev Dor* 2011; 12(4):291-296.
129. Martins MRI, Cunha AMRD, Forni JEN, Santos Junior R, Dias LC, Araujo Filho G MD. Self-perception of quality of life and identification of alexithymia in failed back surgery syndrome patients. *Rev Dor* 2017; 18(1): 23-26.
130. Martins MRI, Gritti CC, Santos Junior R, Araújo MCLD, Dias LC, Foss MH, Rocha CE. Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Rev Bras Reumatol* 2014; 54(3):179-184.
131. Forni JE, Martins MRI, Rocha CE, Foss MH, Dias LC, Santos Junior R, Silva Junior SCD. Perfil sociodemográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma clínica de dor. *Rev Dor* 2012; 13(2):147-51.

132. Martins MRI, Ramos LL, Foss MHDA, de Melo SRM, Dias LC, dos Santos Junior R, Laurenti MR. Impacto funcional na qualidade de vida de indivíduos com síndrome dolorosa pós-laminectomia. *Arq de Ciências Saude* 2015; 22(4):41-45.
133. Siebra MMR, Vasconcelos TBD. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Rev Dor* 2014; 18(1):43-46.
134. Björnsdóttir SV, Triebel J, Arnljótsdóttir M, Tómasson G, Valdimarsdóttir UA. Long-lasting improvements in health-related quality of life among women with chronic pain, following multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2017; 40(15):1764–1772.
135. Karapetyan AA, Manvelyan HM. Chronic Pain and Depression. In *Depression*. InTech 2017. doi: 10.5772/66671. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/depression/chronic-pain-and-depression>
136. Fasick V, Spengler RN, Samankan S, Nader ND, Ignatowski TA. The hippocampus and TNF: Common links between chronic pain and depression. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 53:139-159.
137. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The link between depression and chronic pain: Neural mechanisms in the brain. *Neural Plast* 2017.
138. Ferreira DC, Tourinho EZ. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2011; 13(1).
139. Ferster CB. A Functional Analysis of Depression. *Am Psychol* 1973; 28:857-870
140. Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. 10a ed.; (Todorov JC, Azzi R Trads.). São Paulo: Martins Fontes 2003. (Trabalho original publicado em 1953).

141. Saban MT. Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 2013.
142. De Jong M, Peeters F, Gard T, Ashih H, Doorley J, Walker R, Hoge EA. A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *J Clin Psychiatry* 2018; 79(1).
143. Castro MM, Quarantini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC, Kraychete DC, Oliveira ID. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiq Clín* 2011; 38(4):126-9.
144. Ferreira AH, Godoy PBG, Oliveira NRCD, Diniz RAS, Diniz REAS, Padovani RDC, Silva RCBD. Investigation of depression, anxiety and quality of life in patients with knee osteoarthritis: a comparative study. *Rev bras reumatol* 2015; 55(5):434-438.
145. Ramos PDS, Costa JGGBD, Mancini RA, Gomez RS, Teixeira AL, Barbosa IG. Association of depressive and anxiety symptoms with migraine severity. *J Bras de Psiquiat* 2015; 64(2):3-99.
146. Dantas J, Martins MRI. Correlation between pain and quality of life of patients under hemodialysis. *Rev Dor* 2017; 18(2):124-127.
147. Neto DMR, Banaco RA, Borges NB, Zamignani DR. Supressão condicionada: Um modelo experimental para o estudo da ansiedade. *Perspect análise comport* 2011; 2(1):5-20.
148. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999; 80(3):483-491.

149. Ahlstrand I, Vaz S, Falkmer T, Thyberg I, Björk M. Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clin Rehabil* 2017; 31(6):824-834.
150. Cheng ST, Leung CM, Chan KL, Chen PP, Chow YF, Chung JW, Tam CW. The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. *PloS one* 2018; 13(9).
151. Finlay KA, Peacock S, Elander J. Developing successful social support: An interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychol Health* 2018; 33(7):846–871
152. Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507):501-504.
153. Glenn SS. Contingencies and metacontingencies: Relations among behavioral, cultural, and biological evolution. *Behav anal Soc Cult Pract* 1991; 39-73.
154. Andery MAPA, Micheletto N, Sérgio TMDAP. A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. *Rev Bras Anal Comport* 2005; 1(2).
155. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby 1976.
156. Kindt S, Vansteenkiste M, Josephy H, Bernardes SF, Goubert L. Helping Your Partner with Chronic Pain: The Importance of Helping Motivation, Received Social Support, and Its Timeliness. *Pain Med* 2018; doi: 10.1093/pm/pny006

157. McKillop AB, Carroll LJ, Jones CA, Battié MC. The relation of social support and depression in patients with chronic low back pain. *Disabil Rehabil* 2016; 39(15):1482–1488. doi:10.1080/09638288.2016.1202335
158. Aragão MS, Mascarenhas TS, Costa JPL, Corrêa RDGCF, Brito LMO (2016). Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev Pesq Saúde* 2016; 16(2):85-89.

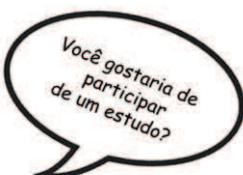
Apêndice

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: “Terapia de Aceitação e Compromisso: intervenção em pacientes com dor crônica”



Você está sendo convidado a participar desse estudo científico, porque você relata ter dor crônica de difícil controle, e estudar formas de atuação e intervenção nessa situação poderá aumentar o conhecimento a respeito de como lidamos com esse problema. O presente estudo se propõe a isso e é denominado “Terapia de Aceitação e Compromisso: intervenção em pacientes com dor crônica”.

Esse estudo será realizado para obter dados e aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passam pela mesma situação.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O presente estudo é de intervenção em pacientes com dor crônica e tem por base atendimento psicoterápico com noventa minutos semanais durante oito semanas. Durante as sessões do grupo de atendimento o participante entrará em contato com questões para auxiliá-lo a lidar com dor crônica.

O objetivo desse estudo é avaliar intensidade da dor, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes com dor crônica atendidos em Clínica da Dor de um hospital de ensino de alta complexidade do SUS (Sistema Único de Saúde) alocados em dois grupos: a) Grupo Intervenção ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso) e Grupo Controle que receberá o tratamento habitual fornecido pela Clínica da Dor.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado pelo próprio pesquisador, pessoalmente durante a consulta, para participar do estudo.

Após aceitar participar do estudo, você participará de oito sessões de psicoterapia em grupo (uma sessão por semana) com duração de duas horas. Os grupos serão fechados, com início, meio e fim e a frequência mínima



será de 70%. Os participantes responderão a questionários no início, final e após dois e quatro meses do término do grupo.

Com relação aos dados da pesquisa, suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. *Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.*

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer riscos, como por exemplo sensações e pensamentos desagradáveis, sentimentos negativos ou dificuldades em lidar com algumas questões da terapia. Caso isso aconteça, você será acolhido e atendido pelo psicólogo.

Você não receberá benefícios ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para melhorar o atendimento a pacientes com dor crônica de difícil controle.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo próprio participante do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Eduardo Santos Miyazaki pelo e-mail esmiya@hotmail.com ou ainda pelo telefone: 32015842.



Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br, no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Pesquisador Responsável

Orientador

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

(Nome e Assinatura)

Anexo 1. Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Terapia de Aceitação e Compromisso: intervenção em pacientes com dor crônica

Pesquisador: Eduardo Santos Miyazaki

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77680517.8.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.336.735

Apresentação do Projeto:

Projeto apresenta os itens recomendados e detalha de forma clara todos os passos do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primários e secundários bem definidos e coerentes ao método descrito

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram considerados no projeto e TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresenta informações relevantes sobre o protocolo de pesquisa. A dor crônica é um grave problema de saúde no mundo, acarreta custos elevados ao sistema de saúde e está associada a prejuízos na saúde mental e causa importante de absenteísmo e afastamento do trabalho. O estudo é de grande relevância uma vez que testa uma intervenção não farmacológica para pacientes com dor crônica. A ACT tem apresentado bons resultados nesta população e há carências de estudos no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.336.735

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_965580.pdf	27/09/2017 15:49:28		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Scan0006.pdf	27/09/2017 15:39:50	Eduardo Santos Miyazaki	Aceito
Folha de Rosto	Scan0032.pdf	21/08/2017 13:29:36	Eduardo Santos Miyazaki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdorcronicaACT.docx	15/08/2017 15:47:02	Eduardo Santos Miyazaki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodorcronicaACT.docx	15/08/2017 15:44:11	Eduardo Santos Miyazaki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 19 de Outubro de 2017

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br

Anexo 2. Questionário de Aceitação e Ação II – Versão Brasileira (AAQ-II)

Acceptance and Action Questionnaire-II - Versão Brasileira

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Sexo [F] [M] Idade _____

Anexo 3. Escala Visual Analógica



Anexo 4. Inventário de Qualidade de Vida (SF-36)

Instruções: este questionário faz perguntas sobre sua saúde. Estas informações vão nos manter informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer as suas atividades da vida diária. Responda cada pergunta marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro(a) ou em dúvida sobre como responder, por favor responda àquela que pareça a mais correta.

1. Em geral, você diria que a sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
5	4	3	2	1

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria a sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar o	1	2	3

aspirador, jogar bola, varrer a casa			
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas como o seu trabalho ou com a sua atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas em seu trabalho ou em outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez quaisquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou grupos?

(circule uma em cada linha)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma em cada linha)

Nenhuma	Muito leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

(circule uma em cada linha)

De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Essas perguntas são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido como você durante as **4 últimas semanas**. Para cada pergunta, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sentiu nas **4 últimas semanas**.

(circule uma em cada linha)

	O tempo	A maior	Uma boa	Alguma parte do	Uma pequena	Nunca
--	---------	---------	---------	-----------------	-------------	-------

	todo	parte do tempo	parte de tempo	tempo	parte do tempo	
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio(a) de vigor, cheio de vontade e cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido(a) que nada pode animá-lo(a)?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido cheio(a) de energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) ou abatido(a)?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado(a)?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (visitar amigos, parentes etc.)?

(circule uma em cada linha)

O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte de tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule uma em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas?					
b. Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço					
c. Acho que minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

Anexo 5. Escala de Auto-eficácia para dor crônica - Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS)

Anexo 1. Escala de auto-eficácia para dor crônica (AEDC)

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 <u>um pouco</u> 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 <u>pequena ou moderada</u> 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 <u>grande</u> 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 6. Escala de Suporte Social – Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOS-SSS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) _____ parentes não tenho nenhum parente
2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes) _____ amigos
() não tenho nenhum amigo

3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1	2	3	4	5
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1	2	3	4	5
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5
d) Para levá-lo ao médico?	1	2	3	4	5
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
f) Para divertirem-se juntos?	1	2	3	4	5
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1	2	3	4	5
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5
i) Que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5
j) Com quem relaxar?	1	2	3	4	5

l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1	2	3	4	5
m) De quem realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5
n) Com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1	2	3	4	5
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1	2	3	4	5
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5
r) Para fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
s) Que compreenda seus problemas?	1	2	3	4	5
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5

Anexo 07 - Manuscrito no formato de artigo

Terapia de aceitação e compromisso (ACT) em grupo para dor crônica

Eduardo Santos Miyazaki - Mestre em Psicologia da Saúde – Departamento de

Psicologia, Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP)

Av. Brg. Faria Lima, 5544 - Vila Sao Jose, São José do Rio Preto - SP, 15090-000

esmiya@hotmail.com

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki – Livre Docente – Departamento de

Psicologia, FAMERP

Roberto Alves Banaco – Doutor em Psicologia – Paradigma Centro de Ciências e

Tecnologia do Comportamento

Neide Aparecida Micelli Domingos – Pós-doutora em Psicologia – Departamento de

Psicologia, FAMERP

Carla Giovanna Belei Martins – Mestre em Psicologia

Trabalho realizado em conjunto entre Faculdade Regional de Medicina Rio Preto

(FAMERP) e Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME)

Não existe conflito de interesses.

Resumo

Objetivo: Avaliar inflexibilidade psicológica, intensidade da dor, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão, autoeficácia e suporte social de pacientes com dor crônica pré e pós-intervenção em grupo (Terapia de Aceitação e Compromisso/ACT). **Método:** Seis pacientes receberam oito sessões de ACT em grupo, com avaliação pré e pós-intervenção utilizando: Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), Escala Visual Analógica de Dor (EVA), Inventário de Qualidade de Vida SF-36, Escalas de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck, Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (CPSS) e Escala de Suporte Social (MOS). **Resultados:** média de idade: $52,16 \pm 5,63$; tempo médio de dor: $11,5 \pm 5,78$ anos. Houve redução da inflexibilidade psicológica ($36,6 \pm 5,7$ pré e $18,6 \pm 12,54$ pós); redução significativa da dor ($p = 0,026$), melhora significativa da qualidade de vida (SF-36) para Capacidade Funcional ($p = 0,003$), Dor ($p = 0,046$), Vitalidade ($p = 0,010$), Aspecto Social ($p = 0,010$), Aspecto Emocional ($p = 0,022$) e Saúde Mental ($p = 0,003$); redução significativa dos sintomas de ansiedade ($p = 0,028$) e de depressão ($p = 0,028$); aumento nos escores de autoeficácia ($p = 0,028$), autoeficácia para controle da dor ($p = 0,027$), funcionalidade ($p = 0,046$) e para lidar com outros sintomas ($p = 0,026$). Houve correlação inversa entre qualidade de vida e sintomas de depressão e entre domínios da qualidade de vida e inflexibilidade psicológica. **Conclusão:** ACT é um tratamento promissor a ser integrado no atendimento interdisciplinar da Clínica de dor. **Palavras-chave:** Dor crônica; Psicologia; Psicoterapia em grupo; Terapia de Aceitação e Compromisso; Análise do Comportamento.

Abstract

Objective: To assess psychological inflexibility, pain intensity, quality of life, anxiety and depression symptoms, self-efficacy and social support of patients with chronic pain pre- and post-intervention in a group based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). **Method:** Quasi-experimental study with pre and post-test. Six patients participated in the study: eight sessions of 90 minutes of ACT in a group, one session per week, with pre- and post-intervention evaluation with the following instruments: Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Brazilian version, Visual Analogue Pain Scale (EVA), SF-36 Quality of Life Inventory, Beck Anxiety (BAI) and Depression Scale (BDI), Self-efficacy Scale for Chronic Pain CPSS) and Social Support Scale (MOS). **Resultados** The mean age of patients (3 men and 3 women) was $52,16 \pm 5,63$, the mean time with pain was $11,5 \pm 5,78$ years and five of them used morphine. After the intervention there was a reduction in psychological inflexibility; there was also a significant reduction in pain ($p = 0,026$), improvement in Quality of Life (SF-36) for the domains: Functional Capability ($p = 0,003$), Pain ($p = 0,046$), Vitality ($p = 0,010$), Social Aspects ($p = 0,010$), Emotional Aspects ($p = 0,022$) and Mental Health ($p = 0,003$); significant reduction in anxiety (BAI) symptoms ($p = 0,028$) and depression (BDI) symptoms ($p = 0,028$); improvement in self-efficacy scores ($p = 0,028$), self-efficacy for pain management ($p = 0,027$), functionality ($p = 0,046$) and other symptoms ($p = 0,028$); the social support score also increased but with no statistical significance. **Conclusion:** Data shows that group based ACT intervention seems promising and should be integrated in the interdisciplinary treatment provided for Chronic Pain.

Key-words: Chronic pain; Psychology; Group Psychotherapy; Acceptance and commitment therapy; Behavior Analyses.

INTRODUÇÃO

Dor crônica é uma das principais causas de procura por atendimento no sistema de saúde e de incapacidade para o trabalho, com graves consequências psicossociais e econômicas. Seu custo é alto para o paciente, para a sociedade e para o sistema de saúde e é também “uma dimensão silenciosa” das dez doenças com maiores taxas mundiais de mortalidade.^(1,2)

Estudo realizado com paulistanos⁽³⁾ fornece um retrato do problema: maior prevalência de dor crônica entre as mulheres, pessoas mais velhas, com menor escolaridade, separadas e viúvas; dor associada a múltiplas doenças (p.ex.: fibromialgia, doenças cardiovasculares, artrite) e a transtornos mentais (p.ex.: depressão, ansiedade). Medicação foi o tratamento utilizado nos últimos 12 meses por 58,5% dos participantes e 16% relataram o uso de estratégias não farmacológicas.⁽³⁾

Muitos comportamentos de dor (p.ex.: expressão facial, relatar dor) são adaptativos para a dor aguda, visto que aumentam a probabilidade de receber ajuda e cuidados. Contudo, na dor crônica, esses comportamentos podem ser punidos, acarretando prejuízos na interação entre o paciente e o contexto no qual vive. A dor é portanto um evento complexo, que está além das possibilidades de compreensão do modelo biomédico.⁽⁴⁾

Atualmente, psicólogos desempenham importante papel em clínicas de dor no mundo⁽⁵⁾ e no Brasil⁽⁶⁾ e intervenções psicológicas têm sido avaliadas no país⁽⁷⁾ e em estudos internacionais.⁽⁸⁻¹¹⁾ A Associação Americana de Psicologia apontou o foco nos tratamentos não farmacológicos como uma das dez principais tendências para o próximo ano (2019).⁽¹²⁾ Uma revisão sistemática recente sobre tratamentos não farmacológicos para dor crônica incluiu, no item terapias psicológicas, quatro tipos de

intervenção: terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de aceitação e compromisso (ACT), *biofeedback* e relaxamento.⁽⁸⁾

A ACT está incluída na terceira onda das terapias comportamentais, como a redução do estresse com base em *mindfulness*⁵⁽¹³⁾ e a terapia comportamental dialética.⁽¹⁴⁾ A ACT “busca prever e influenciar as interações atuais do organismo como um todo, com contextos definidos histórica e situacionalmente”.⁽¹⁵⁾ Baseia-se em uma teoria comportamental da linguagem e da cognição humana, denominada Teoria das Molduras Relacionais (TMR)⁶. Segundo a TMR, o núcleo da linguagem e da cognição humana é a “habilidade aprendida e controlada contextualmente de arbitrariamente relacionar eventos mutuamente e em combinação e de mudar a função de eventos específicos baseando-se em suas relações com outros eventos”.^(16,17)

O modelo de psicopatologia da ACT é utilizado para conceitualizar casos e para delinear intervenções. A inflexibilidade psicológica é considerada a essência da psicopatologia ou do sofrimento e “caracteriza o comportamento controlado pela linguagem e pouco orientado por valores”.⁽¹⁷⁾ Flexibilidade psicológica (FP), por sua vez, é a “habilidade para entrar em contato com o momento presente em sua totalidade, como um ser humano consciente, modificando ou mantendo seu comportamento de acordo com valores pessoais e autênticos”.⁽¹⁶⁾ O modelo de flexibilidade psicológica é, portanto, ao mesmo tempo, um modelo de psicopatologia, de saúde mental e de intervenção psicológica.⁽¹⁸⁾

O objetivo da ACT é colocar processos verbais e cognitivos sob um melhor controle contextual, para que a pessoa “tenha maior contato com as consequências

⁵ A palavra *mindfulness*, que quer dizer atenção plena ou consciência clara do que está acontecendo no momento presente, é utilizada em todo o mundo, pois não há um termo que traduza exatamente seu significado.

⁶Também traduzida como Teoria dos Quadros Relacionais, TQR.⁽²¹⁾

positivas de seu comportamento no presente”, como parte de uma vida vivida de acordo com seus valores.⁽¹⁹⁾ O funcionamento psicológico saudável está associado “à habilidade da pessoa para responder, de forma adaptativa, a um ambiente onde as contingências estão em constante mudança”.⁽²⁰⁾

As terapias comportamentais contextuais, como as baseadas na aceitação e compromisso e *mindfulness*, são apontadas como um avanço em relação ao modelo tradicional da TCC para o manejo da dor.^(9,22) Em pacientes com dor, aceitação envolve “a disposição para sentir dor, mas ao mesmo tempo permanecer capaz de escolher continuar participando ativamente da sua vida, da forma como deseja que sua vida se desenvolva”.⁽²³⁾

Diversos estudos fornecem dados apoiando o uso da ACT para pacientes com dor crônica.^(22,24) Entretanto, revisões sistemáticas apontam que mais estudos ainda são necessários para que a ACT se torne uma intervenção bem estabelecida para problemas crônicos de saúde, inclusive dor.^(24,25) O objetivo deste estudo é avaliar um programa de intervenção em grupo baseado em ACT para pacientes com dor crônica atendidos na Clínica de Dor do ambulatório de um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde (SUS).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo quase-experimental com grupo único (pré e pós-teste).⁽²⁶⁾ Foram convidados a participar pacientes com diagnóstico de dor crônica em acompanhamento no ambulatório da Clínica de Dor no ano de 2017. Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 70 anos e diagnóstico de dor crônica. Foram critérios de exclusão: dor crônica oncológica; presença de transtornos psiquiátricos graves (ex. esquizofrenia); uso abusivo de álcool ou outras substâncias; características registradas no prontuário que

dificultassem a participação no estudo; pacientes recebendo qualquer tipo de intervenção psicológica.

Estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da FAMERP, parecer 2.336.735. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido

Forma utilizados os Questionários de Aceitação e Ação II (Acceptance and Action Questionnaire II - AAQ-II), a Escala Visual Analógica de Dor (EVA), o Inventário de Qualidade de Vida SF-36, a Escala de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala de Depressão de Beck (BDI), a escala de autoeficácia para dor crônica (Chronic Pain Self-Efficacy Scale - CPSS) e o Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOS-SSS).

Os dados demográficos, clínicos e dos instrumentos de avaliação foram coletados no início do estudo (avaliação pré-intervenção). Após o término da intervenção, os instrumentos foram reavaliados (avaliação pós-intervenção).

Os participantes do grupo frequentaram oito sessões semanais (uma sessão por semana) durante dois meses e a duração de cada sessão foi de aproximadamente uma hora e meia (90 minutos). Todas as sessões foram estruturadas com base em um protocolo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para dor crônica.⁽²⁷⁾ Uma linguagem simples foi utilizada para facilitar a aprendizagem dos termos e conceitos técnicos da ACT e uma frequência mínima de 70% foi estabelecida para caracterizar intervenção.

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A

distribuição Normal das variáveis contínuas foi verificada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov.

Comparação de variáveis entre grupos relacionados (antes e após intervenção) foi realizada com o teste t pareado (para variáveis contínuas) ou teste dos postos assinalados de Wilcoxon (para variáveis ordinais); variáveis categóricas foram comparadas pelo teste qui quadrado de McNemar.

A análise estatística foi realizada com o software IBM-SPSS Statistics versão 24 (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de $P < 0,05$ foram considerados significantes.

RESULTADOS

Foram identificados no período delineado para o estudo, 88 pacientes que passaram pela triagem médica da Clínica de Dor. Destes, 16 atenderam aos critérios de inclusão e seis (6,81%) concluíram a intervenção. A média de idade dos participantes foi $52,16 \pm 5,63$ anos. Todos estavam em um relacionamento estável e o tempo médio de dor foi de $11,5 \pm 5,78$ anos.

A Tabela 1 apresenta os resultados para dor, sintomas de ansiedade, depressão, inflexibilidade psicológica e autoeficácia. A média de dor pré-intervenção foi $7,83 \pm 1,6$ e pós-intervenção $4,5 \pm 2,16$. No AAQ-II a média dos escores na avaliação pré-intervenção foi $36,16 \pm 5,70$ e na pós-intervenção $18,16 \pm 12,54$. Para Bond e Hayes,⁽²⁸⁾ escores superiores a 24 sugerem sofrimento psicológico atual e maior probabilidade de absenteísmo no trabalho.

Para os sintomas de ansiedade, a média dos escores na avaliação pré-intervenção foi $32 \pm 13,05$ e pós-intervenção $15,33 \pm 10,74$, com redução significativa dos sintomas.

Para os sintomas de depressão, a média dos escores na avaliação pré-intervenção foi $23,66 \pm 10,96$ e na pós-intervenção $10,66 \pm 8,47$, também com redução estatisticamente significativa após a intervenção. Além disso, tanto para sintomas de ansiedade quanto para de depressão, houve um aumento no número de pacientes que passaram de uma classificação mínima ou moderada para uma classificação leve.

Embora tenha havido redução da inflexibilidade psicológica de acordo com os escores do AAQ-II, da avaliação pré para a avaliação pós-intervenção para todos os participantes, essa diferença não foi estatisticamente significativa. O escore médio dos participantes após a intervenção (18,16), entretanto, foi abaixo do escore médio de populações não clínicas (média $18,51 \pm 7,05$),⁽²⁸⁾ indicando que, embora não tenha havido diferença estatística significativa, houve uma diferença clinicamente significativa pré e pós-intervenção.

Para a auto-eficácia, a média dos escores pré-intervenção foi $125,87 \pm 34,13$ e pós-intervenção $213 \pm 50,82$ e todos os pacientes apresentaram aumentos dos escores após a intervenção. Houve melhora estatisticamente significativa na soma das médias da autoeficácia, na autoeficácia para controle da dor, para funcionalidade e para lidar com outros sintomas. Esse aumento, entretanto, não foi estatisticamente significativo para o escore total do instrumento. Antes da intervenção, todos os pacientes apresentavam escore abaixo de 185, considerado o escore de corte para autoeficácia para dor crônica.⁽²⁹⁾ Após a intervenção, apenas dois dos seis pacientes obtiveram escore abaixo de 185 e mesmo esses apresentaram aumento nos escores na avaliação pós-intervenção.

A Tabela 2 apresenta as correlações entre os domínios de qualidade de vida e sintomas de ansiedade, de depressão e inflexibilidade psicológica pré e pós intervenção. A Tabela 3 apresenta uma análise comparativa da percepção de apoio social pré e pós

intervenção. Embora tenha havido aumento nos escores nas dimensões apoio social material, afetivo, emocional/informacional, não foi encontrada diferença significativa entre a avaliação pré e pós em relação ao apoio social.

A Tabela 4 apresenta uma análise comparativa da qualidade de vida pré e pós intervenção. Houve melhora significativa após a intervenção para Capacidade Funcional, Dor, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental. Embora tenha havido melhora dos escores após a intervenção para os domínios Aspecto Físico e Estado Geral de Saúde, não houve diferença significativa pré e pós-intervenção nesses dois domínios.

DISCUSSÃO

Dor crônica é uma das principais causas de procura por atendimento no sistema de saúde. O principal tratamento para dor é medicamentoso, mas a Associação Americana de Psicologia incluiu a ascensão dos tratamentos não medicamentosos para dor como uma das dez tendências importantes da Psicologia para 2019.^(30,31) Apesar da alta incidência de dor crônica, a adesão ao estudo foi baixa. Baixa adesão ao tratamento é um problema grave na área da saúde, especialmente para doenças crônicas e transtornos mentais.⁽³²⁻³⁷⁾

A breve descrição das características de cada um dos participantes do estudo, permite observar detalhes de seu funcionamento e interações, a presença de importantes estressores e a dificuldade de conviver diariamente com a dor. Para eles, a dor é uma importante fonte de sofrimento, mas não a única. É possível que experiências adversas de vida, a presença da dor e as limitações do contexto socioeconômico cultural, associadas, agravem o seu sofrimento.

Sobre o sofrimento emocional, o funcionamento físico e social, a inflexibilidade psicológica, conceito chave da ACT, parece exercer importante papel.⁽³⁸⁾ Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa nos escores do AAQ-II pré e pós-intervenção é possível inferir que as mudanças ocorridas, em termos de redução da inflexibilidade, tenham sido importantes o suficiente para alterar outros aspectos que facilitam o manejo da dor, dada a redução significativa da intensidade de dor percebida pelos pacientes. Houve, portanto, redução clínica na inflexibilidade psicológica dos pacientes, isto é, a maioria saiu do grupo disfuncional e foi incluída na população funcional de acordo com os escores do AAQ-II.⁽³⁹⁾ Redução na inflexibilidade psicológica é compatível com os resultados de um ensaio clínico randomizado que utilizou ACT em grupo para pacientes com dor crônica.⁽⁴⁰⁾

A escolha para viver uma vida baseada em valores, um dos processos associados à redução da inflexibilidade psicológica, foi observada no relato de pacientes durante a intervenção. Esses dados são compatíveis com a premissa da ACT, de que a inflexibilidade psicológica está associada à dor e ao sofrimento, impedindo que a pessoa se adapte ao seu contexto e situação de vida. Por outro lado, o aumento da flexibilidade permite que ela tenha contato com as consequências de seu comportamento no presente e uma vida vivida de acordo com seus valores.^(18,20)

Estudo recente concluiu que o tratamento baseado em ACT provocou mudanças no “eu como contexto” e no distanciamento compreensivo, auxiliando os pacientes a lidar com dor crônica.⁽⁴¹⁾ O distanciamento do “eu conceitualizado” e a busca pelo “eu como contexto” possibilita mudança de perspectiva em relação ao evento que auxilia o cliente a lidar com a situação vigente por permitir um tipo de defusão cognitiva.

A aceitação da dor e a emissão de respostas que podem produzir reforçadores positivos, ainda que o paciente vivencie alguns aversivos no processo, indica que apesar da dor, existe possibilidade de viver uma vida que vale a pena.

Como concluem Sullivan e Ballantyne⁽⁴²⁾, a partir da análise do uso de opióides no tratamento da dor, “a raiz do problema não é o alto risco ou a baixa eficácia da terapia opióide de longa duração, mas sim o foco indevido na redução da intensidade da dor. Nosso dever para com os pacientes que têm dor crônica não é reduzir a intensidade da dor, mas sim melhorar a sua qualidade de vida. A dor crônica não só causa sofrimento incapacidade e sofrimento, mas é também causada por estes em um círculo vicioso de enfermidade e de infelicidade”⁽⁴²⁾.

Embora o objetivo da intervenção realizada neste estudo não tenha sido reduzir diretamente a dor, houve redução significativa nos índices de dor dos participantes. A aceitação da dor e o comprometimento com a retomada ou a inserção de atividades reforçadoras no cotidiano, auxiliam o paciente a ficar mais sob controle de contingências (p.ex. vivenciar situações reforçadoras, como sair para encontrar com amigos mesmo sentindo dor) do que sob controle de auto-regras (p. ex. “não posso sair, pois sentirei muita dor”).

Nesse sentido, fica evidente que ações orientadas para valores podem auxiliar o paciente a lidar com situações cotidianas e enfrentar situações potencialmente aversivas (p. ex. possibilidade de dor). Isto é, ainda que exista o componente aversivo (dor), existe também a possibilidade do evento reforçador (p.ex.: encontrar com amigos, relacionamento com familiares).

Dado o impacto da dor sobre o funcionamento global do indivíduo, estudos tem avaliado a qualidade de vida de pacientes com dor crônica. Os dados obtidos neste

estudo são compatíveis com a literatura, que associa a dor com pior qualidade de vida e uma relação entre redução da dor e aumento da qualidade de vida.⁽⁴³⁾ A fuga e a esquiva de situações que requerem movimento, evitadas por pacientes com dor crônica, também estão associadas a uma pior qualidade de vida. Neste estudo, os relatos dos pacientes permitem observar o quando estes evitavam comportar-se em função da dor (ex. *O pior não é quando me isolo por conta da dor, mas quando ela passa e você percebe que perdeu o dia*), pode existir perda de importantes reforçadores e um impacto negativo para a sua qualidade de vida. Por outro lado, os relatos evidenciam também o impacto que a intervenção teve sobre seus relacionamentos e qualidade de vida (ex. *Meu filho me chamou ontem para olhar quadros, antes eu não iria, agora vou! Deitei na cama dele, dei opinião*).

Os domínios com piores escores de qualidade de vida foram Aspecto Físico e Dor na pré-intervenção e Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Físicos na pós-intervenção. Esses dados são compatíveis com resultados de estudos realizados com população atendida no mesmo ambulatório em anos anteriores. Nos estudos de Ramos et al.⁽⁴⁴⁾ e Martins et al. (2017)⁽⁴⁵⁾, os escores médios mais baixos para qualidade de vida de pacientes com dor crônica foram do domínio físico e, por fim, Martins et al.⁽⁴⁶⁾ indicam que tanto resultados no aspecto saúde física quanto mental (medido pelo SF-12) mostraram-se comprometidas em pacientes com fibromialgia. É possível que uma maior melhora, no presente estudo, no domínio físico da qualidade de vida desses pacientes não tenha ocorrido porque, apesar da melhora observada na dor, ela continua presente.

A literatura tem mostrado uma relação entre qualidade de vida, dor e sintomas de ansiedade e depressão.⁽⁴⁷⁾ O presente estudo obteve resultados semelhantes aos

encontrados na literatura para essas características. Björnsdóttir e colaboradores⁽⁴⁸⁾ concluíram que intervenção interdisciplinar com equipe especialista em dor (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, e outros), baseadas em atenção plena (*mindfulness-based*) foi efetiva para lidar com dor crônica musculoesquelética em longo prazo (follow-up de seis meses).⁽⁴⁸⁾ O presente estudo também utilizou atenção plena em parte da intervenção, especificamente para auxiliar os participantes a entrarem em contato com o presente e quebrarem a relação de fusão estabelecida entre dor e outras facetas da vida.

Em uma perspectiva comportamental, o paciente com dor crônica vive uma perda consistente de reforçadores provenientes da limitação ou redução de atividades.^(49,50) Essa perda ocorre não apenas pela dor, mas também por auto-regra e delimitações verbais (ex. *Sair piora minha dor*), que podem assumir a função de aversivo condicionado, mantido por reforçamento negativo^(51,52,53) que aumenta a probabilidade de respostas de fuga ou esquiva. Neste estudo, a relação “atividades sociais pioram a intensidade da dor” foi desconstruída durante a intervenção, o que diminuiu o controle por regras e aumentou um controle por contingência. Essa é uma das propostas da ACT, especialmente utilizando a defusão cognitiva, que modifica a forma como o paciente interage com seus pensamentos, reduzindo a função nociva destes sobre o comportamento.^(19,21) A intervenção também auxilia o participante a se comportar sob controle do reforço atrasado e não sob controle da eliminação do aversivo presente.

No presente estudo houve melhora de sintomatologia de depressão e relevância clínica e estatística para esse fenômeno. Em alguns momentos do grupo foram discutidos padrões comportamentais que visam desenvolver repertórios alternativos aos

de fuga e esquiva e que estivessem relacionados à obtenção de reforçadores positivos. A utilização de metáforas e exercícios de *mindfulness*, ao final de cada sessão, também favoreceram o enfrentamento de aversivos em curto prazo para a possível obtenção de reforçadores a médio e longo prazo. Esses treinos, associados a terapias comportamentais, tem apresentado resultados promissores no tratamento de depressão em pacientes com dor crônica.^(54,55)

Outra variável de análise foi a autoeficácia. A literatura mostra que melhores níveis de autoeficácia indicam melhor adequação às situações e capacidade de lidar com o problema.⁽⁵⁶⁾ Estudo que tentou buscar relação entre auto-eficácia para dor e sintomas depressivos em adultos com dor crônica concluiu que autoeficácia é fator protetor para sintomas depressivos.⁽⁵⁷⁾ Isso implica que auto-eficácia pode estar relacionada à qualidade de vida.

O suporte social também pode contribuir com a melhora na qualidade de vida.⁽⁵⁸⁾ “Comportamento social pode ser definido como o comportamento de duas ou mais pessoas em relação a uma outra ou em conjunto em relação a um ambiente comum.”⁽⁵⁹⁾ Essas relações (pessoa-pessoa; pessoa-pessoa-ambiente) são fundamentais e ficam evidentes no modelo de seleção pelas consequências.⁽⁶⁰⁾ Para melhor compreensão dessas relações é necessário um olhar para o entrelaçamento de contingências, que sinaliza a importância de duas ou mais pessoas da relação⁽⁶¹⁾ e evidencia a importância do contexto no qual ocorre o “comportamento de dor”. Devido à mediação do reforço, algumas implicações para esse fenômeno merecem destaque. O reforço social geralmente depende da ocorrência da resposta. A segunda é que a condição do agente reforçador pode variar e isso implicaria na variação do reforço. Uma terceira seria a mudança lenta de algumas características da contingência. Por fim, o ajuste do esquema

de reforçamento por parte do agente reforçador raramente será encontrado na natureza inorgânica.^(59,62)

A relação operante na dor crônica foi evidenciada pela primeira vez por Fordyce⁽⁶³⁾ e, com isso, fica evidente a necessidade do estudo do suporte social para dor crônica. Por seu caráter crônico torna-se necessário que o sujeito com dor e as demais pessoas ao seu redor desenvolvam habilidades para lidar com a situação.

O presente estudo comparou suporte social antes e após a intervenção e, embora tenha havido aumento nos escores do instrumento, esse aumento não foi estatisticamente significante. Esperava-se que o grupo servisse de importante suporte social para os participantes que o frequentaram, bem como fonte de desenvolvimento de habilidades para lidar com a dor, tanto com base no relato e estratégias utilizadas por outros participantes, repertório desenvolvido no contato entre pares quanto com base no material e discussão apresentada pelos profissionais de saúde.

Duas possibilidades podem ser elencadas sobre a falta de aumento significante nos escores de suporte social. A primeira é que diferente do estudo de Finlay⁽⁵⁸⁾, esses participantes não se conheciam previamente. A segunda possibilidade é que os participantes possuíssem suporte social adequado antes do grupo e que durante o grupo pouco tenha mudado com relação a isso.

O presente estudo possibilita verificar que o tratamento ACT em grupo foi efetivo para os participantes da pesquisa, resultando em redução estatisticamente significante da dor, dos sintomas de ansiedade, depressão e redução da inflexibilidade psicológica bem como melhora estatisticamente significante para qualidade de vida, e melhora para os escores de auto-eficácia. Novas pesquisas na área devem ser realizadas para que possa ser verificada a efetividade desse tratamento, em função do número

reduzido de participantes e do delineamento utilizado. Além disso, um importante aspecto deve ser incluído nos próximos estudos, que é a avaliação do sono, frequentemente alterado em pacientes com dor crônica.

Referências

1. Ashmawi HA. Programa de fisiopatologia e terapêutica da dor. Epidemiologia da dor. As dores mais frequentes. As dores crônicas como um problema de saúde pública mundial. 2016. Disponível em: http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Epidemiologia-da-dor_09_03_2016.pdf
2. McMahon SB, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 6th. ed.. Philadelphia:Elsevier-Saunders. 2013
3. Ferreira KASL, Bastos TRPD, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira et al. Prevalência de dor crônica em área metropolitana de um país em desenvolvimento: um estudo de base populacional. 2016. Arq Neuropsiquiatr, 74:990-998.
4. Gatzounis R Schrooten MGS, Crombez G, Vlaeyen JWS. Operant Learning Theory in Pain and Chronic Pain Rehabilitation. Curr Pain Headache Rep (2012) 16:117–126 DOI 10.1007/s11916-012-0247-1
5. Kitz, JMRJ. Challenges of managing chronic pain. BMJ, 2017; 356:j741 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j741>
6. Miyazaki MCOS, Santos Jr R, Cury PM. O trabalho do psicólogo em equipes interdisciplinares de dor crônica. In: E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A. Ramos-Cerqueira, N. A. M. Domingos, organizadores. Psicologia da Saúde: Teorias, conceitos e práticas. Curitiba: Juruá 2018; p. 155-170.
7. Santos Jr, R. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para pacientes com dor crônica. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo; 2017.

8. Agency for Healthcare Research and Quality. Noninvasive, nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. 2017 Dec. Disponível em: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=lhOpKyM04hM%3D&portalid=0>
9. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. A systematic review and meta-analyses. *J Pain*, 2017; 33:552-568.
10. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015; 5. Art. No.: CD010664. DOI: 10.1002/14651858.CD010664.pub2.
11. Sturgeon JA. Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 7:115-124.
12. Winerman, L. The rise of non-drug pain treatment. *Monit* 2018, 49(10):46-49.
13. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4:33-47.
14. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
15. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral Cognitive Therapies. *Behav Ther*, 2016; 47:869-885.
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44:1-25.
17. Barbosa LM, Murta SG. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2014; XVI:34-49

18. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. The process and practice of mindful change*. 2nd ed. (Kindle version) 2012. Recuperado de Amazon.com.
19. Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para prevenção do suicídio. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2008; X:81-104.
20. Gaudiano BA. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *SRMHP*, 2011; 8:5-22.
21. Pergher GK, Melo WV. Terapia de Aceitação e Compromisso. In: W. V. Mel, organizadora. *Estratégias psicoterápicas de terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014 p. 344-367.
22. McCracken LM., Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain. Model, process, and progress. *Am Psychol* 2014; 69:178-187.
23. Yang SY, McCracken LM. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *J Clin Out Manag* 2014. Disponível em:
<https://www.mdedge.com/jcomjournal/article/147127/pain/acceptance-and-commitment-therapy-chronic-pain>
24. Hann EJ, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality, and efficacy. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3:217-227.
25. Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clin Psychol Rev* 2016; 46:46-58.

26. Johnson RB, Christensen L. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. 5th ed. London: Sage, 2019.
27. Vowles KE, Sorrell JT. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach. 2007 Jul. Disponível em:
https://contextualscience.org/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf
28. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011; 42:676-688.
29. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev Psiq Clin* 2005; 32:202-210.
30. Darnall, BD. Psychological Treatment for Patients with Chronic Pain. Washington, DC: American Psychological Association, (eletronic edition); 2019.
31. Winerman L. The rise of non-drug pain treatment. *Monitor* 2018; 49(10):46-49.
32. Benetti SPC, Cunha, TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arq Bras Psicol* 2008; 60(2):48-59.
33. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais OS, Luiza MA, Oliveira ML, Ramos LR, Farias MR, Pizzol TSD. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica* 2016; 50(supl 2):10S
34. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. Dovepress 2018. Disponível em:
<https://www.dovepress.com/primary-nonadherence-to-chronic-disease-medications-a-meta-analysis-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

35. Farooq S, Farooq N. Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10:1069-1077.
36. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2011; 54:S57-S60.
37. Muñoz Marrón E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida [Tese]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.
38. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther* 2011; 49(4):267-274.
39. Jacobson NS, Truax PA. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1):12–19
40. Wicksell RK, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, Ingvar M, Olsson GL. Acceptance and Commitment Therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17(4):599-611. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x
41. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “self-as-context”(“perspective-taking”) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *J Pain* 2017; 18(6):664-672.
42. Sullivan MD, Ballantyne JC. Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *J SPain Online* 2016; 157(1):65-69.

43. Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J. Healthy Aging in Relation to Chronic Pain and Quality of Life in Europe. *Pain Pract* 2013 14(6): 547–58. doi:10.1111/papr.12125
44. Ramos-Cerqueira, ATA, Seidl EMF, Malerbi FEK, Nogueira GS, Côco LT. Adesão a tratamento em doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. In: Seidl EMF, Miyazaki MCOS, Ramos-Cerqueira ATA, Domingos NAM (Org) *Psicologia da Saúde. Teoria, conceitos e práticas* (p. 83-102). Curitiba: Juruá; 2018.
45. Martins MRI, Cunha AMRD, Forni JEN, Santos Junior R, Dias LC, Araujo Filho G MD. Self-perception of quality of life and identification of alexithymia in failed back surgery syndrome patients. *Rev Dor* 2017; 18(1): 23-26.
46. Martins MRI, Gritti CC, Santos Junior R, Araújo MCLD, Dias LC, Foss MH, Rocha CE. Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Rev Bras Reumatol* 2014; 54(3):179-184.
47. Siebra MMR, Vasconcelos TBD. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Rev Dor* 2014; 18(1):43-46.
48. Björnsdóttir SV, Triebel J, Arnljótsdóttir M, Tómasson G, Valdimarsdóttir UA. Long-lasting improvements in health-related quality of life among women with chronic pain, following multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2017; 40(15):1764–1772.
49. Ferreira DC, Tourinho EZ. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analíticocomportamental. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2011; 13(1).
50. Ferster CB. A Functional Analysis of Depression. *Am Psychol* 1973; 28:857-870

51. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic pain: a systematic review. *Br J Sports Med*, 2018. doi: 10.1136/bjsports-2017-098673
52. Gatzounis R Schrooten MGS, Crombez G, Vlaeyen JWS. Operant Learning Theory in Pain and Chronic Pain Rehabilitation. *Curr Pain Headache Rep* (2012) 16:117–126 DOI 10.1007/s11916-012-0247-1
53. Andreatta M, Andreas Mühlberger A, Yarali A, Gerber B, Pauli P. A rift between implicit and explicit conditioned valence in human pain relief learning. *Proc. R. Soc. B* 2010; 277:2411–2416 doi:10.1098/rspb.2010.0103 (Proceedings of the Royal Society).
54. Saban MT. Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 2013.
55. De Jong M, Peeters F, Gard T, Ashih H, Doorley J, Walker R, Hoge EA. A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *J Clin Psychiatry* 2018; 79(1).
56. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Pain* 2014; 15(8), 800–814. doi:10.1016/j.jpain.2014.05.002
57. Cheng ST, Leung CM, Chan KL, Chen PP, Chow YF, Chung JW, Tam CW. The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. *PloS one* 2018; 13(9).
58. Finlay KA, Peacock S, Elander J. Developing successful social support: An interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychol Health* 2018; 33(7):846–871

59. Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. 10a ed.; (Todorov JC, Azzi R Trads.). São Paulo: Martins Fontes 2003. (Trabalho original publicado em 1953).
60. Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507):501-504.
61. Glenn SS. Contingencies and metacontingencies: Relations among behavioral, cultural, and biological evolution. *Behav anal Soc Cult Pract* 1991; 39-73.
62. Andery MAPA, Micheletto N, Sérgio TMDAP. A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. *Rev Bras Anal Comport* 2005; 1(2).
63. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby 1976.