

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA DOR CRÔNICA: UM OLHAR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL¹

Jéssica de Paula Oliveira Zanetti²

Auxiliatrice Caneschi Badaró³

RESUMO:

A dor crônica é uma condição complexa em termos psicofisiológicos, que repercute em importantes impactos negativos aos pacientes acometidos, afetando significativamente sua qualidade de vida. Considerada como uma questão de saúde pública com alta prevalência, é apontada como aquela que possui duração superior a quatro meses, podendo se instalar mesmo sem causa orgânica observável, embora possa também estar relacionada a traumas ou doenças preexistentes. Por se tratar de uma experiência subjetiva, os aspectos psicológicos envolvidos têm se evidenciado como fatores de grande influência nas condições dolorosas, tanto na percepção, quanto na intensidade da dor. Ansiedade e depressão têm sido fortemente associadas como comorbidades, vindo a atuar como fatores mediadores e mantenedores dos quadros álgicos. Por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, o objetivo do presente trabalho foi discutir os aspectos psicológicos envolvidos nas condições dolorosas crônicas, incluindo cognições e comportamentos observados em pacientes que vivenciam tais condições. A partir de uma perspectiva biopsicossocial e dentro de uma abordagem multidisciplinar de tratamento, o papel do psicólogo ganha enorme importância, ante ao que buscou-se destacar a terapia cognitivo-comportamental como alternativa terapêutica recomendável, diante das evidências de eficácia encontradas na literatura.

Palavras-chave: Dor Crônica. Terapia cognitivo-comportamental. Aspectos Psicológicos.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC PAIN: A LOOK FROM COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

ABSTRACT:

Chronic pain is a complex condition in psychophysiological terms, which has significant negative impacts on affected patients, significantly affecting their quality of life. Considered as a public health issue with high prevalence, it is identified as one that lasts longer than four months and can occur even without an observable organic cause,

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 19/05/24 e aprovado, após reformulações, em 19/06/2024.

² Graduada em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail:jessicazanetti56@gmail.com

³ Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail:auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

although it can also be related to trauma or pre-existing illnesses. As it is a subjective experience, the psychological aspects involved have been shown to be factors of great influence on painful conditions, both in perception and in intensity of pain. Anxiety and depression have been strongly associated as comorbidities, acting as mediating and maintaining factors for pain. Through a narrative literature review, the objective of the present work was to discuss the psychological aspects involved in chronic painful conditions, including cognitions and behaviors observed in patients who experience such conditions. From a biopsychosocial perspective and within a multidisciplinary treatment approach, the role of the psychologist gains enormous importance, in view of which we sought to highlight cognitive-behavioral therapy as a recommended therapeutic alternative, given the evidence of effectiveness found in the literature.

Keywords: Chronic Pain. Cognitive behavioral therapy. Psychological aspects.

1 INTRODUÇÃO

A dor crônica afeta cerca de 20% da população mundial, constituindo uma relevante fonte de sofrimento (La Porta; Calvetti, 2022). No Brasil, a média da população que sofre ou sofreu de dor crônica em algum momento da vida aproxima-se de 30%, o que a situa como um problema de saúde pública com importantes repercussões socioeconômicas (Sociedade Brasileira para Estudo da Dor – SBED, 2024).

A definição mais aceita indica que a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” e que sua cronicidade se caracteriza pela persistência por mais de quatro meses (Internacional Association the Study of Pain, 2020). No entanto, a dor crônica abrange mais do que um prolongamento de sintomas, constituindo uma condição complexa em termos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos que, por vezes, passa a constituir-se como uma doença em si, ocupando um lugar de destaque na vida do paciente (Lobato, 2010).

Por se tratar de uma experiência subjetiva, comporta compreensões e vivências diferentes para cada indivíduo, envolvendo suas crenças, expectativas, contextos culturais e atitudes, bem como seu julgamento acerca da sensação dolorosa e capacidade para lidar com a ela (Teixeira *et al*, 2022). Transcende, portanto, aspectos puramente biológicos, na medida em que sua natureza multidimensional sugere que seja concebida a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Neste sentido,

compreende-se que os fatores psicológicos são de fundamental importância para a avaliação, a percepção e a manutenção da dor (Sardá Junior, 2014).

O que tem se evidenciado na literatura é que, mesmo nos quadros eminentemente orgânicos, os fatores psicológicos tem se destacado nas queixas de dor. Em certa medida, porque ela provoca naturalmente respostas ansiosas ao desencadear um estado de alerta no organismo e, quando persistente, eleva o sofrimento inicial a sentimentos de desesperança e medo, podendo evoluir para estados depressivos (Castro, 2011). Os aspectos cognitivos são mediadores da percepção de intensidade da dor, de forma que, quanto maior é sua percepção, menor a sensação de capacidade de enfrentamento do indivíduo, refletindo em prejuízos sociais, abandono de atividades diárias, interferência no sono e apetite, dentre muitos outros impactos (Castro, 2011).

Sob um viés psicológico, a dor sofre influência pelo modo como um indivíduo pensa sobre si e sobre os outros, pelo seu comportamento, seu funcionamento cognitivo, e sua predisposição a transtornos emocionais (Sardá Junior, 2014). Na dimensão cognitiva, fenômenos como a atenção e distração, o significado e interpretação de situações dolorosas, além de fatores pessoais e situacionais, guardam relação com a modulação da dor (Simurro, 2014).

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho é, através de uma revisão narrativa da literatura, discutir os aspectos psicológicos envolvidos na dor crônica, reconhecendo-os como uma dimensão de grande importância dentro deste complexo fenômeno, além dos desdobramentos cognitivos, comportamentais e outras condições de saúde mental associadas. Este caráter multidimensional das condições dolorosas, manifesta-se também nas modalidades terapêuticas para controle e tratamento, de modo que o uso de abordagens que privilegiem sua natureza biopsicossocial, mostra-se mais adequado do que as intervenções fundamentalmente biomédicas (Vieira *et al*, 2019). Com isto, a intervenção psicológica evidencia-se como alternativa altamente recomendável e promissora, ante ao que se pretende elucidar como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode contribuir para o tratamento de pacientes com condições dolorosas crônicas, preconizando um aumento de sua capacidade funcional, ajustamento emocional e melhora na qualidade de vida.

2 DOR: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES

O conceito de dor, globalmente aceito por mais de quarenta anos pela Organização Mundial de Saúde, bem como por profissionais e pesquisadores da área, foi recentemente revisto pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP). A atual definição a descreve como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Internacional Association the Study of Pain, 2020). Associar a dor a uma experiência sensorial e emocional, perpassa por admiti-la como uma condição subjetiva, na medida em que cada indivíduo vai experimentá-la de uma forma diferente. Embora o conceito reconheça a perspectiva biológica, distancia-se de uma visão puramente biomédica, atribuindo um lugar importante aos aspectos psicológicos.

Uma das classificações mais utilizadas sobre a dor compreende o período de sua duração como fator de referência, podendo se tratar de uma dor aguda ou crônica, conforme se estabeleça por um período curto ou duradouro. A dor aguda é, portanto, aquela cujo tempo de duração é relativamente mais curto, podendo decorrer de lesões físicas e/ou de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e psicológicos. Neste contexto, a dor tem uma função de alarme para o organismo, cuja resposta básica em termos emocionais seria a ansiedade e suas decorrentes consequências físicas, diante da possível situação ameaçadora (Farias; Sousa, 2018). Assim, a dor agiria como um sinal de que há algo prejudicial a ser sanado, demandando uma ação do indivíduo para se preservar (Vandenberghe, 2014).

Em contrapartida, a dor crônica tem uma duração mais extensa, podendo se manifestar por meses ou anos, estando muito comumente associada a uma doença existente ou uma lesão que já foi submetida a tratamento (Farias; Sousa, 2018). No entanto, sua complexidade não reside no simples prolongamento de um sintoma, na medida em que sofre interferência de inúmeros outros aspectos como questões fisiopatológicas, diagnósticas e terapêuticas.

Em linhas gerais, quanto aos mecanismos fisiopatológicos, a dor pode ter origem nociceptiva, neuropática ou nociplástica. A dor nociceptiva seria provocada por uma lesão ou dano tecidual, como as artrites e artroses, dores musculoesqueléticas ou pós-cirúrgicas. Na dor neuropática, a lesão estaria relacionada ao sistema nervoso central ou periférico, como a neuropatia diabética, **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483**

neuralgia do nervo trigêmeo e outras neuropatias periféricas (Macedo *et al.*, 2020). Como uma terceira via, a dor nociplástica foi descrita pela IASP como aquela que surge por aumento da capacidade de resposta dos neurônios nociceptivos no sistema nervoso central, sem nenhuma evidência de lesão tecidual real ou potencial. É comumente associada à fibromialgia, síndrome do intestino irritável, síndrome dolorosa miofascial, dentre outras (Jacob; Milani, 2023).

Para Besset (2014), muitas vezes a dor se instala como uma condição sem substrato orgânico observável, e ao se cronificar deixa de se caracterizar como um sinal ao organismo e passa a se associar a complexos mecanismos de origem somática, ambiental e psicológica. Não raro, grande parte dos pacientes com quadros álgicos crônicos enfrentam uma longa peregrinação pelos consultórios médicos e serviços de saúde, com queixas extremamente resistentes aos tratamentos convencionais. A dor deixa, então, de ser um sintoma, passando a se constituir como uma doença em si, e por seus impactos pode se tornar o centro da vida do indivíduo e de seus familiares (Lobato, 2010).

Portanto, embora dor crônica possa se configurar inicialmente como sintoma, o próprio CID-11 sob o código MG32, a cataloga como uma doença, desde que persistente por mais de três meses. Além de promover uma unificação dos diagnósticos de dor, a classificação reforça em seu texto que se trata de uma condição de múltiplos fatores, dentre os quais biológicos, psicológicos e sociais (Classificação Internacional de Doenças, 2022).

3 A EXPERIÊNCIA DA DOR: ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS

Segundo Castro *et al.* (2021) observar a dor para além de sua dimensão física, pode ser o cerne para a compreensão de outras dimensões intrínsecas ao sofrimento humano. A expressão “dor total”, cunhada pela médica Cicely Saunders em 1964, foi precursora na introdução desta ideia, preconizando que as dimensões emocionais, sociais e espirituais são indissociáveis da sensação física (Saunders, 2018 *apud* Castro *et al.*, 2021).

Neste contexto, a comunidade científica foi percebendo que somente os aspectos biológicos não eram suficientes para explicar a experiência da dor, na medida em que era necessário compreendê-la por um viés multidimensional e não

unicausal. Esta visão constitui a base do Modelo Biopsicossocial da Dor, segundo o qual os estímulos nociceptivos podem desencadear, manter ou modular estados dolorosos, mas os fatores psicológicos mediam e influenciam a avaliação e percepção dos sintomas físicos. Por sua vez, os fatores sociais poderão refletir em respostas comportamentais do indivíduo sobre sua percepção de tais sinais fisiológicos (Sardá Junior, 2014). Portanto, a maneira como sentimos, pensamos e nos comportamos, juntamente com nossos contextos sociais e espirituais impactam de forma determinante em como vivenciaremos a sensação dolorosa.

De acordo com Sardá Junior *et al.* (2012), há ainda que se falar nas variáveis predisposicionais, que podem incluir fatores genéticos, processos de aprendizagem e fatores ocupacionais. Tais estímulos preceptores podem ser de ordem externa ou interna, e geralmente envolvem estressores e valores capazes de ocasionar diversas respostas autonômicas e musculoesqueléticas. A interpretação e responsividade do paciente a estes processos fisiológicos ou sintomas, podem incluir expectativas, modo de aprendizagem e crenças, bem como estratégias de enfrentamento que lhe são próprias.

Neste sentido, passando a uma perspectiva cognitivo-comportamental, tanto é verdadeiro que a dor pode afetar as cognições e emoções, quanto o contrário. Para Simurro (2014), emoções fortes podem alterar percepções, crenças, atitudes e expectativas, e assim causar inflamações dos tecidos. Embora os profissionais de saúde possam ter consciência do quanto os componentes afetivos permeiam as queixas de dor, a subjetividade e complexidade destes mecanismos psicofisiológicos, a tornam um fenômeno muitas vezes difícil de ser avaliado e tratado.

Isto significa que na dor crônica os sujeitos podem entrar em contato com seus afetos pela via somática, sendo tal mecanismo, inclusive, frequente. O problema reside em considerá-lo como um fator exclusivo ou preponderante, principalmente nos quadros dolorosos resistentes e de difícil avaliação e controle, desprezando o fato de que a dor é, por natureza, uma condição multifatorial. Quando a queixa dolorosa parece estar atrelada a distúrbios somáticos, não apresentando uma causalidade observável em exames de imagem ou laboratoriais, evidencia-se, de fato, uma íntima relação entre a dimensão psíquica e o aparelho somático (Santos *et al.*, 2021). O que não significa que a queixa dolorosa não seja real ou não necessite de tratamento

médico, de modo a ser direcionada exclusivamente ao tratamento psicológico, em que pese a essencialidade deste.

M. Zhang, Y. Zhang e Kong (2019) abordam o conceito de dor social, como sendo aquela sensação dolorosa sentida como resposta a exclusão ou distância psicológica de outras pessoas. Defendem que as experiências de exclusão social podem afetar nossa percepção de dor física, aumentando nossa sensibilidade e tornando-a mais intensa e desagradável. De forma contrária, a existência de uma rede de apoio social pode impactar positivamente na redução da percepção da dor, o que corrobora com a ideia de que a dor social não é apenas uma experiência emocional, mas também tem implicações físicas. Nesta perspectiva, já é possível vislumbrar a importância do apoio familiar e social aos pacientes com dores crônicas, o que será abordado no decorrer deste trabalho.

Seria rasa e insuficiente, portanto, uma compreensão sobre a dor que não reconhecesse a complexidade deste fenômeno e todas as duas dimensões. Simurro (2014) expõe que em um contexto emocional, a dor se influencia pelo modo como um indivíduo se sente sobre si e sobre os outros, pela maneira como se comporta, como suas cognições funcionam, sobre sua vulnerabilidade ao estresse e sua predisposição a transtornos emocionais. Inclusive, o caráter desagradável da dor seria melhor expresso pela dimensão afetiva em relação ao sofrimento que ela causa, do que pela sensação física propriamente.

Na dimensão cognitiva, teríamos vários processos que atuam na modulação da sensação algica, como os fenômenos da atenção e distração, o significado e interpretação de situações dolorosas, além de fatores pessoais e situacionais, bem como experiências vividas ou aprendidas pelo sujeito (Simurro, 2014). Além disto, sentimentos de desamparo em relação a continuidade da dor e da impossibilidade de receber ajuda, bem como um impacto na autoestima, muito atrelada a uma ideia de limitação da própria capacidade, são observadas nos pacientes com quadros crônicos. Na dimensão afetiva, pode haver um aumento da tristeza e da ansiedade. Enquanto na dimensão social, impactos no trabalho são sentidos, além de isolamento social e conflitos familiares (Gibbins, 2010).

O que torna a dor crônica uma condição ainda mais delicada que a dor em geral é que, dada a importância de sua dimensão emocional, ela pode desencadear mecanismos de cronificação de condições psicológicas também. Se partirmos do

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

pressuposto de que as perturbações associadas à dor crônica são causadas por processos somáticos ou altos níveis de estresse emocional, mesmo que haja uma doença física, haverá também um processo funcional de reação fisiológica ao estresse, como tensão muscular e aumento da sensibilidade dos receptores de dor, por exemplo. Com isto, na medida em que as perturbações se intensificam, os fatores desencadeantes acabam perdendo importância, enquanto a cronificação das perturbações psicológicas vai se tornando prevalente (Traue *et al.*, 2010).

Em suma, a importância de uma conceitualização completa e multidimensional da dor, reside principalmente no direcionamento daqueles que cuidam de pacientes com esta condição. Segundo Traue *et al.* (2010), se os profissionais de saúde privilegiam apenas um fator, desconsiderando os demais, os pacientes não receberão o cuidado adequado. Se a atenção for dispensada, por exemplo, somente aos sintomas físicos pela sua maior evidência, fatores psicológicos como a ansiedade, o humor depressivo, os comportamentos desajustados associados a dor, bem como comorbidades psicopatológicas, poderão ser negligenciadas.

4 CICLO DA DOR: FATORES PSICOLÓGICOS E DESDOBRAMENTOS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS

A dor crônica, por se prolongar e perder seu caráter de alarme, se refere a um complexo mecanismo de determinações de ordem somática, psicológica e/ou ambiental. Cada um destes fatores exerce grande importância no surgimento ou manutenção do processo doloroso, o que demanda uma abordagem mais abrangente e holística do mesmo. Isto se dá, principalmente, porque na medida em que se torna crônica, a linguagem dolorosa desenvolve uma tendência a evidenciar as dimensões emocionais e afetivas (Besset *et al.*, 2010).

Em termos gerais, a dor é gerada através de estímulos químicos ou mecânicos que ativam os nociceptores originando sinais nervosos, os quais são interpretados pelo nosso cérebro (Patel, 2010). A dor funciona como um estressor interno no organismo, e o prolongamento de exposição a este estressor ocasiona respostas fisiológicas e emocionais, podendo gerar efeitos devastadores para o indivíduo. Por sua vez, o estresse crônico pode ocasionar problemas cardiovasculares, tensão muscular, fadiga crônica, distúrbio digestivos, maior risco de

desenvolvimento de doenças crônicas, comprometimento de regiões cerebrais, alterações de memória e variados outros impactos (Simurro, 2014).

Nos pacientes com fibromialgia, por exemplo, em que um dos sintomas é a dor generalizada, como os circuitos neurológicos sofrem frequente exposição aos estímulos dolorosos, pode haver um desarranjo no processamento algico, relacionado ao controle inibitório da sensação dolorosa. Em outras palavras, a dor repetida ou duradoura, leva a sua maior percepção como um todo (Azevedo, 2018). Portanto, quando a dor é percebida de forma repetida, os circuitos neurológicos sofrem alterações que os tornam mais sensíveis aos estímulos e mais resistentes à sua inibição, levando a um ciclo no qual quanto mais dor se percebe, mais o corpo tenderá a senti-la nas mais diversas situações e aos menores estímulos. Por sua importância e íntima relação com os aspectos psicológicos da dor, alguns fatores interferentes e mantenedores dos processos dolorosos, bem como impactos experimentados pelos pacientes se tornam relevantes nesta discussão.

4.1 ESTRESSE E DOR CRÔNICA

O estresse tem sido utilizado como justificativa psicofisiológica de alguns efeitos psicológicos e comportamentais em organismos continuamente expostos a estímulos ou situações consideradas como negativas pelo indivíduo (Simurro, 2014). Considerando a dor crônica como um estressor, conseqüentemente ela afetará negativamente o sistema regulador de estresse de forma prolongada, podendo causar danos musculoesqueléticos e neurológicos ao corpo, o que, por sua vez, implicará em mais dor e alimentará um ciclo vicioso (Silva; Rieger, 2008).

Devido a este estressor contínuo, o organismo passa por um esforço constante em busca de regulação para restaurar a homeostase interna, o que implica em sensação de desgaste, cansaço e déficits de memória (Santos *et al.*, 2021). Ademais, qualquer processo de inflamação do corpo ou locais de tensão muscular, podem se tornar gatilhos de estresse e focos de ação de cortisol e degradação dos músculos. O cortisol pode, portanto, não ser uma causa direta da dor crônica, mas servir como fator contribuinte ou desencadeante do quadro algico, como um subproduto direto do estresse (Silva; Riger, 2008).

Em suma, o estresse e as emoções negativas estão associados e se manifestam concomitantemente, afetando diretamente os processos dolorosos (Simurro, 2014). Um organismo frequentemente exposto ao estresse, seja como fator externo ou como subproduto de seu quadro de saúde, estará mais suscetível a impactos psicológicos. A combinação e interrelação entre dor e estresse pode evocar sentimentos de desesperança, sendo estes preditores de um quadro depressivo (Sleutjes, 2014). De acordo com Silva e Rieger (2008), em termos clínicos, as implicações da dor crônica manifestam-se principalmente como estados depressivos, estresse e comprometimento da vida social.

4.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA DOR CRÔNICA

Há elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica (Gibbins, 2010; Pinheiro *et al.*, 2014; Radbruch; Kopf, 2010; Traue *et al.*, 2010). A intensidade do quadro algico, inclusive, é um dos fatores indicados como sendo diretamente proporcional a ocorrência e manutenção destes transtornos (Pinheiro *et al.*, 2014).

Em primeira análise, a ansiedade e as perturbações depressivas sustentam um importante papel na manutenção da dor, devido ao aumento da tensão muscular como uma reação fisiológica ao estado de alerta que é provocado no corpo (Olaogun; Kopf, 2010). Mas a interface nem sempre acontece sob esta lógica, já que os estados ansiosos e depressivos podem ser precursores, mantenedores ou consequências dos quadros algicos crônicos. Na visão de Traue *et al.* (2010), o medo da dor e a ansiedade frente a ideia de senti-la ou de obter um diagnóstico, são fatores importantes no processo de cronificação. Algumas situações como, por exemplo, levantar objetos pesados, fazer movimentos de rotação ou repentinos, fazer atividades físicas, dentre outras, podem gerar ansiedade ao paciente, contribuindo para um processo evitativo ainda mais reforçador do quadro e, conseqüentemente, da dor.

Um importante dado a ser colhido ao avaliar um paciente com dor crônica, é se esta se desenvolveu dentro do contexto de um quadro depressivo. Neste caso, são observados mais sintomas somáticos, antecedentes pessoais ou familiares de depressão maior, variação circadiana da intensidade da dor e sintomas neurovegetativos concomitantes, além de uma expressiva resposta de alívio da

sensação dolorosa ante ao tratamento com antidepressivos. Ao contrário, quando se observa que os pacientes eram mentalmente sadios e desenvolveram depressão juntamente ou após o início das dores, tais aspectos não são tão evidentes (Castro, 2011). É importante frisar, no entanto, que independente da causalidade entre os quadros e sintomas, a dor é uma condição que deve ser compreendida e tratada sob um viés multidimensional e multidisciplinar.

A terapia cognitivo-comportamental, desenvolvida por Beck, concebe um modelo cognitivo próprio da ansiedade, onde o processamento de informações é frequentemente influenciado pela noção de vulnerabilidade a perigos internos e externos (Clark; Beck, 2012). Sob efeito da ansiedade, os indivíduos têm avaliações exageradas e tendenciosas ao risco, aliadas a sensação de falta de controle sobre as situações, e se valem muitas vezes de auto afirmações negativas e disfuncionais, interpretações errôneas dos estímulos corporais e estimativas aumentadas de perigo (Clark; Beck, 2012; Wright *et al.*, 2019). Como a ansiedade, enquanto sintoma ou comorbidade, é frequente nos quadros dolorosos, acaba havendo uma semelhança no funcionamento cognitivo dos pacientes de ambas as condições.

Aos pacientes que enfrentam diagnósticos de doenças persistentes ou de prognóstico limitado, como é o caso das dores crônicas, é compreensível que enfrentem sofrimento emocional e possam vir a desenvolver quadros ansiosos e depressivos. Porém, são justamente estes sintomas que sobrecarregam ainda mais este indivíduo e impactam fortemente sua qualidade de vida (Radbruch; Downing, 2010). Em que pese a dor ser considerada a patologia central, por vezes um estado depressivo pode ser mais degradante ao paciente do que a própria dor, o que justifica que as comorbidades não sejam concebidas como simples e decorrentes sintomas justificáveis.

Na dimensão afetiva, pensamentos negativos, desesperançosos e de desamparo a respeito da dor, podem intensificar e aguçar sua percepção. Neste sentido, inicia-se um ciclo vicioso que se retroalimenta, onde as cognições do paciente são altamente influentes. A dor leva a uma inatividade física por medo de que ela se intensifique ou piore. O medo e a ansiedade ao pensar em desfechos negativos, levam a constante tensão e rigidez muscular, bem como a uma agitação que pode impactar o sono e resultar em distúrbios. Em um estado depressivo, o paciente tende a se isolar, paralisar atividades e assumir uma postura evitativa diante das mais diversas

situações, levando a mais ansiedade e sensação de desamparo, reiniciando o ciclo (Gibbins, 2010).

4.3 DISTÚRBIOS DO SONO E SINTOMAS ASSOCIADOS

Ao conviver com a dor crônica, o paciente experimenta com frequência, além das alterações de humor, sinais vegetativos como distúrbios do sono, mudança dos hábitos alimentares e até alteração de libido. A má qualidade do sono pode implicar em dificuldade de concentração, déficits de memória, tensão muscular, humor deprimido e irritadiço. Para manter o corpo em funcionamento nestas condições, é necessário haver um esforço além do limite, tanto física quanto psicologicamente, levando a uma piora no estado emocional (Azevedo, 2018).

A conexão entre ansiedade e sono também é conhecida, havendo uma interferência recíproca entre eles (Radbruch; Downing, 2010). Este é um fator prevalente no ciclo da dor, em que as anormalidades do sono agravam os sintomas dolorosos e afetivos, assim como o contrário também ocorre. Uma menor quantidade de atividade física desenvolvida durante o dia, bem como o uso exagerado de medicações para controle algico, podem ser fatores interferentes no padrão do sono (Teixeira; Lin, 2000 *apud* Castro, 2011).

Desta forma, muitos planos de tratamento de pacientes com dores crônicas preconizam estabilizar o sono, visando gerar ganhos e melhorias em diversos outros aspectos da saúde, como a irritabilidade, fadiga crônica, ansiedade, dentre outras. A intenção é frear o ciclo de interdependência entre estes múltiplos fatores envolvidos, proporcionando mais qualidade de vida ao paciente (Azevedo, 2018).

4.4 FATORES COGNITIVOS: CRENÇAS DISFUNCIONAIS E DISTORÇÕES COGNITIVAS

De acordo com Beck (2022), as crenças nucleares são nossas ideias mais centrais sobre nós mesmos, os outros e o mundo, tendo as crenças disfuncionais traço rígido e absoluto. Tais crenças são mantidas pelo processamento mal adaptativo das informações e começam a se desenvolver muito cedo, mas podem ser ativadas frequentemente ao longo da vida, frente a situações que relembrem tematicamente o

contexto em que se desenvolveram. Por se tratar de uma experiência subjetiva, pacientes que sofrem com dores crônicas têm variadas crenças a respeito de sua dor e diferentes formas de lidar ou gerir esta situação. Tanto as crenças, quanto as formas particulares de enfrentamento, estão fortemente associadas ao ajustamento físico e psicossocial do indivíduo (Loeser *et al.*, 2001).

A dimensão cognitiva da dor engloba tentativas de se ajustar à ela, o que pode gerar emoções como medo, raiva, desespero e tristeza. Na visão de Gibbins (2010, p.97), ao se vincular a pensamentos como “a dor é algo insuportável” ou “a dor não vai passar”, em que há uma dimensão afetiva envolvida, reações como a ansiedade podem se intensificar. A crença de que não há soluções para a dor, somada a gama de emoções negativas experimentadas, pode constituir a raiz de um sentimento de desamparo que é bastante pronunciado nos pacientes com dores crônicas. O processamento mal adaptativo, como crenças baseadas no medo e sua evitação, é alimentado pelo pressuposto de que o quadro da dor não irá progredir de modo favorável (Gibbins, 2010).

Os aspectos cognitivos são mediadores, portanto, da intensidade da dor, incapacidade física e estados depressivos, sendo amplamente descrita na literatura a relação destes com os pensamentos de catastrofização (Loeser *et al.*, 2001; Sardá Junior, 2014; Teixeira *et al.*, 2022), isto é, imaginar e apegar-se a cenários extremamente negativos e catastróficos sobre a dor. Para Looser *et al.* (2001), pacientes que acreditam ter pouco controle sobre suas dores e pensam de modo catastrófico frequentemente, terão maior probabilidade de apresentar disfunções físicas e psicossociais. Isto porque existe uma estreita associação entre a catastrofização, medo da dor, hiper vigilância e outras sensações somáticas desagradáveis. Deste modo, a frequência catastrófica pode direcionar uma atenção exagerada à dor, causando dificuldades no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, principalmente àquelas que envolvam distração ou desvio de atenção.

Dentro da perspectiva cognitivo-comportamental, as previsões catastróficas sobre o futuro são muito comuns entre indivíduos com depressão e ansiedade, como consequência das distorções cognitivas observadas nestes transtornos (Wright *et al.*, 2019). No contexto de uma vivência permeada pela dor crônica, estas distorções podem implicar em comportamentos de medo e evitação da experiência dolorosa,

contribuindo para o desenvolvimento de uma síndrome do desuso, resultante em incapacidade física (Sardá Junior, 2014).

Sardá Junior (2014) sustenta que outra crença importante encontrada no universo da dor, seria a de autoeficácia. Citando o conceito desenvolvido por Bandura, segundo o qual as “expectativas de eficácia irão determinar quanto esforço e tempo as pessoas irão persistir diante de obstáculos” (Bandura, 1977 *apud* Sardá Junior, 2014), defende que o aumento de crenças de baixa autoeficácia contribuiria para o não engajamento em atividades gerais, por medo de que possam vir a gerar ou ativar a dor. O grande impacto deste comportamento seria a não realização de atividades físicas, serviços domésticos, trabalho ou atividades sociais. De alguma maneira, essa incapacidade que o comportamento do próprio paciente fomenta, poderia contribuir para uma percepção negativa de si e a manifestação de afetos negativos, alimentando todo o ciclo.

Em suma, a crença de incapacidade pode funcionar como mais um estressor psicológico, de forma que os pensamentos tendem a se concentrar muito em toda a problemática da dor, reduzindo toda a perspectiva de vida do paciente a ela (Gibbins, 2010). Nesta esteira, esta crença distorcida de autoeficácia nos pacientes com dores crônicas, impacta no desenvolvimento mais empobrecido de estratégias de enfrentamento, tornando-as menos efetivas nas mais diversas situações (Sardá Junior *et al.*, 2012).

Gibbins (2010) lista alguns aspectos cognitivos observados em pacientes com dor crônica. Dentre as crenças mais evidentes estão: a noção de que atividades físicas podem piorar a dor; que enquanto houver dor não deve haver atividades; convicção da incontrolabilidade da sensação dolorosa e ideias fixas sobre o desenvolvimento do tratamento. Sobre as emoções mais experimentadas temos: o medo da dor e da incapacidade; reações depressivas e de tristeza; atenção direcionada aos sintomas físicos e sensação de desamparo e resignação. Comportamentos claramente preventivos e de demonstração intensamente dolorosa são comuns, assim como evitação de atividades diárias e abuso de medicação analgésica.

Um estudo realizado junto a estudantes universitários com dores crônicas, revelou dados importantes sobre crenças adaptativas e mal adaptativas, que corroboram com o que foi explicitado até aqui. Os indivíduos analisados demonstraram pouca percepção de que suas emoções influenciam a experiência

dolorosa e trouxeram algumas crenças disfuncionais como: a ideia de que a dor não deve limitá-los ou incapacitá-los; de que não há estratégias de controle e que pessoas próximas não devem ser mais cuidadosas ou solícitas em relação à sua dor. Tais dados reforçam que a dor crônica impacta negativamente nos aspectos afetivo-emocionais e cognitivos daqueles que a vivenciam, podendo implicar em atitudes também mal adaptativas, que favorecem a incapacidade e induzem a esquivar da busca por auxílio profissional (Teixeira *et al.*, 2022).

4.5 IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

Além da sensação física da dor e também a partir dela, originam-se uma gama de fatores estressores e degradantes que impactam fortemente todas as dimensões da vida do indivíduo, levando a uma diminuição significativa de sua qualidade. Desde a sensibilidade aumentada para estímulos externos, passando por déficits cognitivos, até emoções difíceis, sensação de desamparo e incapacidade, dentre muitos outros.

Nesta engrenagem, é comum haver uma concentração exacerbada do paciente na sua dor, tornando-a o centro de sua vida. O afastamento de suas atividades diárias, do ambiente familiar e social ou do trabalho não é raro, principalmente como estratégia evitativa da dor e de ser vulnerabilizado ou incompreendido (Gibbins, 2010). A partir disto, compreende-se que, seja por uma limitação física real ou por pensamentos catastróficos, permeados por uma crença de baixa autoeficácia, o contato social e o desenvolvimento de atividades antes corriqueiras podem se tornar grandes desafios.

Como já foi apresentado, crenças relacionadas à autoeficácia e à catastrofização, são mencionados na literatura como preditores importantes de incapacidade e depressão, respectivamente (Sardá Junior *et al.*, 2012). Tais fatores cognitivos acabam por refletir no âmbito ocupacional, influenciando em baixa da produtividade, aumento de absenteísmo e consequentes problemas financeiros (Garcia; Vieira; Garcia, 2013). Conflitos nas relações também podem ser experimentados, tornando-se mais uma fonte de sofrimento emocional.

Portanto, a doença crônica não deixa de ser um ataque à integridade física, psíquica e social do indivíduo, enquanto é também uma realidade desconhecida por sua família e pessoas próximas. Ademais, há uma espécie de luto quando se é

acometido por uma doença, em que a perda está relacionada a sua funcionalidade, independência, autonomia, papéis e sonhos. Trata-se de um processo que implica frequentemente em sensação de vazio e isolamento (Palma, 2014).

5 A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA

Partindo da compreensão multidimensional da dor, entende-se que qualquer terapêutica precisa se apoiar em uma visão multidisciplinar também. A Psicologia, em suma, se insere neste processo debruçando-se sobre os aspectos emocionais da dor crônica, visando promover uma melhor elaboração psíquica do paciente diante de todos os impactos vivenciados com sua condição e, por conseguinte, otimizar suas respostas e percepção da dor, de forma a lhe proporcionar mais qualidade de vida. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido utilizada e apontada como uma abordagem eficiente e que promove inúmeros benefícios aos indivíduos que sofrem com dores crônicas (La Porta e Calvetti, 2022; Loeser *et al*, 2001; Lopes; Ferrari; Jorge, 2019; Teixeira, 2022; Traue *et al.*, 2010).

O modelo cognitivo compreende que os pensamentos disfuncionais influenciam o humor e o comportamento dos indivíduos, de forma que aprender a avaliar o próprio pensamento de forma mais realista e adaptativa, tende a gerar um decréscimo na emoção negativa e no comportamento mal adaptativo (Beck, 2022). No tratamento dos quadros dolorosos, a TCC ganhou relevância quando a comunidade científica se conscientizou sobre a importância das cognições e estratégias de enfrentamento dos pacientes em seu ajustamento físico e psicossocial à dor (Loeser *et al*, 2001). Esta abordagem tem, dentre outros, o escopo de capacitar os pacientes para a avaliação do impacto de pensamentos e sentimentos negativos relacionados à dor, na manutenção de comportamentos disfuncionais. Ao estimular a solução de problemas e o desenvolvimento de recursos de enfrentamento, há um incentivo ao reconhecimento de conexões e respostas de cognição, humor e comportamento (Castro, 2011).

Conforme exposto anteriormente, pensamentos catastróficos, crenças de autoeficácia e pensamentos negativos são comuns nos pacientes com quadro doloroso crônico. Como no modelo cognitivo há um papel importante das crenças e

distorções cognitivas nos comportamentos disfuncionais, neste contexto, o objetivo é, em princípio, orientar o uso de técnicas para enfrentamento e redução da dor por meio de treinos de relaxamento e distração cognitiva. Em um segundo momento, o intuito é se aprofundar em um processo de reestruturação cognitiva, visando impactar a percepção dolorosa e sua intensidade (Lopes; Ferrari; Jorge, 2019).

Estudo feito por La Porta e Calvetti (2022) por meio de revisão de escopo, mostrou que as intervenções cognitivo-comportamentais apresentaram melhorias em desfechos variados de dor crônica, sobretudo, na catastrofização, controle, aceitação, manejo e *coping* para dor. Possíveis efeitos da TCC e estratégias de *mindfulness* foram notados em estruturas neurológicas associadas a variáveis clínicas correlacionadas à dor e à regulação emocional. Observou-se, ainda, que o controle da depressão recorrente também influenciou na diminuição da dor, onde foram utilizadas estratégias de atenção plena.

A abordagem cognitivo-comportamental tem apresentado resultados muito expressivos no retorno da funcionalidade dos pacientes, com regresso a atividades e trabalho, em comparação a indivíduos que se beneficiaram apenas de alternativas medicamentosas. Portanto, mostra-se como alternativa eficaz na redução da experiência dolorosa, na melhoria das estratégias de enfrentamento, redução do comportamento de dor e aumento da capacidade funcional (Traue *et al.*, 2010).

No entanto, de acordo com Traue *et al.* (2010), não se trata de uma abordagem tão homogênea em termos de métodos de intervenção, de forma que, embora seus efeitos estejam suficientemente comprovados, não há expressiva clareza de quais combinações de intervenções realmente são eficazes. Em termos gerais, a literatura destaca algumas estratégias em comum, como o manejo de estresse e ansiedade por meio de exercícios de respiração e treinos de relaxamento progressivo muscular, o uso de distração cognitiva por meio de mudança do foco de atenção e registro de pensamentos disfuncionais (Lopes; Ferrari Jorge, 2019).

Dentro da multidisciplinaridade do tratamento da dor crônica, que envolve cuidado médicos, atividades físicas e estratégias alimentares, mais precisamente no campo da psicologia, a associação das técnicas cognitivo-comportamentais com outras abordagens, como *mindfulness* e psicologia positiva também podem ser benéficas (Teixeira, 2022). No primeiro caso, o intuito é desenvolver aceitação da dor, consciência sem julgamento das experiências sensoriais e desapego de conceitos

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

sobre si mesmos, sobre sintomas e fatores ambientais desfavoráveis. Já a psicologia positiva, tende a contribuir para o fortalecimento de laços interpessoais e emoções positivas, auxiliando no desenvolvimento de uma habilidade de sustento do estado emocional positivo frente aos momentos de dor intensa, podendo ajudar na redução da sensibilidade e percepção da dor, na medida em que se amortece o afeto negativo em futuros episódios (Teixeira, 2022).

A psicoeducação é uma ferramenta amplamente utilizada na psicoterapia, sendo eficaz durante todo o processo para instrumentalizar os pacientes com conhecimentos que os ajudarão a compreendê-lo, conhecer as próprias limitações e pontos fortes, além de reduzir o risco de recaídas após a alta (Wright *et al*, 2019). No contexto da dor crônica, a psicoeducação é fundamental no tratamento, promovendo a compreensão do paciente acerca de seu protagonismo no processo de manejo das emoções relacionadas à dor e à doença, bem como de suas crenças sobre sua própria habilidade em lidar com elas (Teixeira, 2022). Esta é uma boa ferramenta também para os familiares e pessoas próximas ao paciente, visto que constituem a rede de apoio do mesmo e precisam estar instrumentalizados para auxiliar em todo o processo.

Na medida em que o tratamento psicoterápico evolui satisfatoriamente, espera-se uma maior flexibilidade nas crenças que permeiam os comportamentos dolorosos e a diminuição da ativação dos pensamentos automáticos negativos, favorecendo o surgimento de pensamentos e estratégias mais adaptativas (Castro, 2011). Em outras palavras, percebe-se que conforme o paciente vai se tornando mais funcional física e emocionalmente, passa a se sentir mais preparado e capacitado a lidar com os impactos de sua condição, refletindo, conseqüentemente, em sua autoeficácia e autoestima.

Os grupos de psicoterapia apoiados na abordagem cognitivo-comportamental tem sido aplicados no tratamento da dor crônica. Para Castro (2011), a terapia de grupo apresenta vantagens como o contato com pessoas em condições similares, promovendo troca e aprendizado, além de uma função encorajadora e positiva para a melhora de quadros depressivos e ansiosos. Citando um protocolo aplicado no hospital universitário da Bahia (HUPES-UFBA), consistente em um grupo terapêutico para pacientes com dor crônica, a autora descreve em que consistiriam as atividades e técnicas aplicadas em cada sessão. O protocolo envolveu entrevistas com os

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

pacientes, com a verificação do humor e aplicação de escala de dor, assim como psicoeducação, treino de registro de pensamentos disfuncionais, treino de resolução de problemas e relaxamento. Por fim, foram aplicadas técnicas de reestruturação cognitiva, auto percepção sobre dor, sono e humor, bem como protocolo de prevenção de recaídas (Castro, 2011).

Em um outro grupo terapêutico foram abordados o ensino de habilidades sociais, manejo da dor e exploração de emoções; discussão em grupo; trabalho com crenças e sentimentos; tarefas visando à modificação de contingências interpessoais na família, no trabalho e na relação com profissionais de saúde, além de atividades para facilitar a generalização de novos aprendizados para o cotidiano (Silva; Rocha; Vandenberghe, 2010).

Quer se trate de uma intervenção psicoterápica em grupo ou individual, apesar de já haver evidências acerca da aplicação e eficácia da TCC, há, por hora, uma aplicação apoiada em parâmetros da teoria fundamentada em dados, ante ao que se compreende a necessidade de investimento em outros estudos que delimitem e orientem melhor a atuação terapêutica nesta seara (Silva; Rocha; Vandenberghe, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho discutiu a importância dos aspectos psicológicos envolvidos na dor crônica, enquanto experiência subjetiva que abrange uma natureza complexa e multifatorial. Explorou, ainda, a relevância do assunto ante a existência de uma interface importante entre a psicologia e as ciências médicas no cuidado ao paciente de síndromes dolorosas. Considerando a alta incidência destas condições na população, há uma grande probabilidade de nos depararmos, enquanto profissionais de saúde mental, com pacientes que vivenciem tal quadro, sendo fundamental que estejamos preparados para oferecer o suporte necessário e adequado.

Como foi abordado, a presença de uma dor constante atinge muitas dimensões da vida de um indivíduo, afetando desde a sua condição física, até suas emoções, afetos, relações, comportamentos e cognições. Portanto, a escuta profissional no cuidado de alguém que vivencia este problema, deve ser qualificada e

atenta o suficiente para promover acolhimento, mas também para ofertar um olhar integral, principalmente por se tratar de pacientes que, frequentemente, enfrentam uma longa jornada pelos consultórios médicos em busca de diagnósticos e tratamentos. Não raras vezes, passam por avaliações que invalidam suas queixas, por não encontrarem equivalência orgânica, desconsiderando todas as outras dimensões envolvidas, além dos diversos manifestações associadas, como estresse, ansiedade, depressão, distúrbios de sono, etc.

Ante à importância do cuidado psicológico, destacou-se neste artigo como a psicoterapia, conduzida a partir da abordagem cognitivo-comportamental, viria a contribuir para o tratamento e a qualidade de vida do paciente com dor crônica. Apesar da literatura corroborar a escolha desta abordagem como eficaz e recomendável no tratamento das condições dolorosas persistentes, observa-se uma limitação em relação aos estudos, de modo que não há uma compreensão efetiva de quais técnicas conduziriam a um bom processo terapêutico. Deste modo, mostra-se necessário um investimento em mais pesquisas direcionadas aos quadros dolorosos crônicos, afim de embasar a aplicação da TCC de forma mais sólida.

A dor tem uma estreita relação com o sofrimento humano, que merece ser acolhido e priorizado. No entanto, esta é uma questão paradoxal em uma perspectiva de cuidado, visto que dentro dos serviços de saúde, frequentemente pacientes que não obtém a cura da dor pelos tratamentos médicos, são encaminhados ao cuidado psicológico devido a uma atribuição de sua condição a problemas emocionais. A problemática não reside primordialmente no reconhecimento da influência psicológica na sensação de dor e da importância da psicoterapia para tratá-la, mas em atribuir a ela uma relação causal exclusiva quando o olhar biomédico não alcança soluções efetivas.

Conscientizar o paciente de que o trabalho conjunto entre profissionais da saúde, incluindo psicólogos, médicos, fisioterapeutas e outros especialistas, é essencial para proporcionar uma abordagem abrangente e eficaz para o manejo da dor crônica, é também instrumentalizá-lo com as ferramentas mais importantes para que se torne o protagonista de seu processo de cuidado e retomada de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

AZEVEDO, Pedro Ming. **A ciência da dor: sobre fibromialgia e demais síndromes dolorosas persistentes e sobre a natureza humana**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. *E-book*.

BESSET, Vera Lopes. Dor/Visão Psicanalítica. *In*: PORTNOI, Andréa G. (Org.). **A psicologia da dor**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p.12-18.

BESSET, Vera Lopes; GASPARD, Jean-Luc; DOUCET, Caroline; VERAS, Marcelo; COHEN, Ruth Helena P. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal Estar e Subjetividade**. Fortaleza. v. X. n 4. p. 1245-1269. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009. Acesso em: 22 mar. 2024.

CASTRO, Maria C. Freitas de; FULY, Patrícia dos S. Claro; SANTOS, Mauro Leonardo S. C. dos.; CHAGAS, Marléa C. Chagas. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 42. p. 1-7. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rqenf/a/TSSc3FTFp8Wf4zqJ37bKnPs/?lang=pt> . Acesso em: 27 mar. 2024.

CASTRO, Marta M. C. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com dor crônica. *In*: RANGÉ, Bernard (Col). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 608-616.

CLARK, David. A.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. *E-book*.

CLASSIFICAÇÃO Internacional de Doenças. 11 Revisão. **CID-11**. Código MG32: Dor crônica. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1581976053>. Acesso em: 01 mar. 2024.

FARIAS, Ana Karina C. R. de-; SOUSA, Danielle D. de. Dor crônica e terapia de aceitação e compromisso: um caso clínico. *In*: FARIAS, Ana Karina C. R. de-; FONSECA, Flávia Nunes; NERY, Lorena Bezerra (Org.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 654-682.

GARCIA, Beatriz Tavares; VIEIRA, Erica B. Moraes; GARCIA, João B. Santos. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. **Revista Dor**. v.14. n.3. p. 204-209. 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000300011>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/G7Qd8Lvtgn9QGk7d5sfSRMR/#>. Acesso em: 10 fev. 2024.

GIBBINS, Claudia Schulz. Avaliação Psicológica do Paciente com Dor Crônica. *In*: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. **Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos**. IASP Press. 2010. *E-book*. p. 97-106. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

INTERNATIONAL Association for the Study of Pain. **Pain. The Journal of the International Association for the Study of Pain**. v.161, n.9, p. 1976-1982. 2020. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Acesso em: 29 fev. 2024.

JACOB, Maria Teresa R. J.; MILANI, Beatriz Jacob. Inibição retrógrada das vias centrais e hiperativas nas dores nociplásticas. **BrJP**. v.6. n.2. p.120-125. 2023. DOI: 10.5935/2595-0118.20230029-pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/rqjdfTDV9cshcqvwvpGsr5D/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 29 fev. 2024.

LA PORTA, Lucas Geremia; CALVETTI, Prislá Ucker. Terapia Cognitivo-comportamental e regulação emocional para tratamento da dor crônica em ensaios clínicos randomizados: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v.18. n.1. p. 94-103. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20220009>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872022000100009&script=sci_abstract. Acesso em: 3 abr. 2024.

LOBATO, Oly. O Problema da Dor. *In*: MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam (Org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 235-254.

LOESER, John D.; BUTLER, Steven H.; CHAPMAN, C. Richard.; TURK, Dennis C. **Bonica's Management of Pain**. 3.ed. Seattle: Williams & Wilkins Publishers, 2001.

LOPES, Cristiane Rodrigues; FERRARI, Vanessa; JORGE, Cynthia Carvalho. Dor crônica sob a ótica comportamental: compreensão e possibilidades de intervenção. **Revista Psicologia e Saúde**. v.11. n.3. p. 63-78. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300005. Acesso em: 03 abr. 2024.

MACEDO, Bernardo F. S. de; VIRGOLINO, Gabriela Lobato; ALMEIDA, Jair J. P de; ROCHA, Leonardo Sousa; ALMEIDA, Manuela S. de; LOBATO, Pablo R. Nascimento. Anatomia e fisiopatologia da dor. *In*: ARAÚJO, Mauro (Org.). **Manual de avaliação e tratamento da dor**. Belém: EDUEPA, 2020. Disponível em: https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024. *E-book*. p.1-6.

OLAOGUN, Matheus O. B.; KOPF, Andreas. Dor nas Costas Crônica e Inespecífica. *In*: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. **Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos**. IASP Press. 2010. *E-book*. p. 221-228. Disponível em: **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483**

<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

PALMA, Rosane Raffaine. A Resiliência Familiar e a Equipe Multiprofissional de Dor. *In: PORTNOI, Andréa G. (Org.). A psicologia da dor*. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p. 60-66

PATEL, Nilesh B. Fisiologia da Dor. *In: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos*. IASP Press. 2010. *E-book*. p. 9-13. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

PINHEIRO, Ricardo Cardoso; UCHIDA, Ricardo Riyoití; MATHIAS, Lígia A. S. Telles; PÉREZ, Marcelo Vaz; CORDEIRO, Quirino. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v.63 n.3. p. 213-219. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jMfb36hvgZYkr4Y54tPv8Cc/>. Acesso em: 21 mar. 2024.

RADBRUCH, Lukas; DOWNING, Júlia. Princípios dos cuidados paliativos. *In: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos*. IASP Press. 2010. *E-book*. p. 44-56. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

SANTOS, Mariana F. Ramos dos; VIEIRA, Fernando A. Souza; SANTOS, Zilmara T. da Silva; JARDIM, Katia C. Lacerda. O adoecimento psicossomático: um novo olhar a partir da terapia cognitivo comportamental. *Brazilian Journal of Development*. v.7. n.8. p. 79687-79705. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-264>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34296>. Acesso em: 19 fev. 2024.

SARDÁ JUNIOR, Jamir; NICHOLAS, Michael Keneth; PIMENTA, Cibele A. de Mattos; ASGHARI, Ali. Preditores Biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Revista Dor*. v.13. n.2. p.111-8. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/Mxccfpy9J7CHCSfhC4CbPzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SARDÁ JUNIOR, Jamir. Dor/Visão Biopsicossocial. *In: PORTNOI, Andréa G. (Org.). A psicologia da dor*. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p. 35-44.

SILVA, Daiane Soares; ROCHA, Eliana Porto; VANDENBERGHE, Luc. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*. v.18. n. 2. p. 335-343. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200008. Acesso em: 3 abr. 2024.

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p.86-110, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

SILVA, Leonardo M. da.; RIEGER, Raquel Vitola. Dor crônica e as implicações psicoimunológicas decorrentes do estresse: uma revisão teórica. **Aletheia**. n.28. p. 11-20. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942008000200002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 mar. 2024.

SIMURRO, Sâmia A. Brandão. Dor/Visão Psicofisiológica. *In*: PORTNOI, Andréa G. (Org.). **A psicologia da dor**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p. 28-34.

SLEUTJES, Adriana. Dor, Atenção e Memória. *In*: PORTNOI, Andréa G. (Org.). **A psicologia da dor**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p. 84-88.

SOCIEDADE Brasileira para Estudo da Dor – SBED. Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública. **Capítulo Brasileiro da Internacional Association for the Study of Pain**. Disponível em: https://www.sbed.org/materias.php?cd_secao=74&codant=&friurl=-Dor-no-Brasil-. Acesso em: 10 abr. 2024

TEIXEIRA, Bruna B. de Souza; MAGALHÃES, Alessandra Tanuri; SILVA, Patrick J. Carvalho; NERY, Clara V. De Farias; CERQUEIRA, Walany Fontenele; CARDOSO, Vinícius Saura. HAZIME, Fuad Ahmad. Dor crônica em universitários. Parte 2: crenças, atitudes, interferência e catastrofização da dor. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 15. e.15950. p. 1-18. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v15.15950>. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/15950>. Acesso em: 15 mar. 2024.

TEIXEIRA, Livia Agostinho. Resiliência e dor em pacientes com fibromialgia: Um estudo observacional transversal. 2022. 69p. **Tese** (Doutorado em anestesiologia) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/07193524-c861-4600-a12e-cff7fc3669a0>. Acesso em: 3 abr. 2024.

TRAUE, Harald C.; BRETZKE, Lucia Jerg-; PFINGSTEN, Michael; HRABAL, Vladimir. Fatores Psicológicos na Dor Crônica. *In*: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. **Guia para o tratamento da dor em contexto de poucos recursos**. IASP Press. 2010. *E-book*. p. 14-22. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024

VANDENBERGHE, Luc. Dor/Visão Comportamental. *In*: PORTNOI, Andréa G. (Org.). **A psicologia da dor**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. *E-book*. p.19-27.

VIEIRA, Ana S. Maranhão; CASTRO, Kamyle V. Flor; CANATTI, Janine Ribeiro; OLIVEIRA, Adélia V. Fernandes; SÁ, Katia Nunes. Validação de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica: EducaDor. **BrJP**. v. 2. n. 1. p. 39-43. 2019. DOI: 10.5935/2595-0118.20190008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brijp/a/XnkNprGB3nPtgZSjMXyf8sk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

WRIGHT, Jesse H.; BROWN, Gregory K.; THASE, Michael E.; BASCO, Monica R. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZHANG, Ming; ZHANG, Yuqi; KONG, Yazhuo. Interaction between social pain and physical pain. **Brain Science Advances**. v. 5. n.4. p. 265-273. 2019. DOI: <https://doi.org/10.26599/BSA.2019.9050023>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.26599/BSA.2019.9050023>. Acesso em: 27 fev. 2024.