UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI

INTERVENÇÃO INTERPROFISSIONAL BREVE PARA MANEJO DA
DOR CRÔNICA: ESTUDO PILOTO

São Paulo

2020

YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI

**INTERVENÇÃO INTERPROFISSIONAL BREVE PARA MANEJO DA
DOR CRÔNICA: ESTUDO PILOTO**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde de Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina de Góes Salvetti

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ali, Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed

Intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica: estudo piloto / Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed Ali. São Paulo, 2020.
140 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina de Góes Salvetti

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Dor crônica. 2. Educação interprofissional. 3. Terapia comportamental. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed Ali

Título: Intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica: estudo piloto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Orientador: Prof. Dr. Marina de Góes Salvetti

Instituição: EEUSP Assinatura:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as pessoas com dor crônica.

Aos meus pais, Sueli e Abou Bakr, que me ensinaram a ser forte mesmo diante de tantas dificuldades, por todo incentivo e apoio aos estudos desde sempre. Vocês são o meu porto seguro!

Aos meus irmãos, Omar e Nurhanna por serem a minha razão de lutar em busca de um futuro melhor para nós.

Ao meu amor, João Paulo, por sempre estar ao meu lado me dando forças para continuar em frente, por sempre me ajudar a enxergar alternativas, por ser meu companheiro em todos os momentos.

À toda minha família e amigos que sempre torcem por mim e compreendem a minha ausência.

Amo todos vocês! Muito obrigada por absolutamente tudo!

AGRADECIMENTOS

À Allah, “Em nome de Deus, O Clemente, O Misericordioso” alhamdulillah pela saúde, sustento, família, amigos e todas as bênçãos.

À Universidade de São Paulo por toda sua grandiosidade. Tenho muito orgulho de ter feito parte desta instituição.

Ao Serviço de Assistência Social da USP que me possibilitou a oportunidade de morar em São Paulo mesmo sem condições financeiras. Agradeço especialmente a Assistente Social Neusa Franzoi pelo excelente acolhimento durante esses anos.

À Profa Dra Marina de Góes Salvetti por me proporcionar sempre grandes oportunidades desde a graduação e que transformou minha vida completamente! Obrigada pela confiança, por tanta doçura, paciência e por ser tão incrível sempre!

Ao Dr. Hazem Abdel Ashmawi, à Enfermeira Áquila Lopes Gouvêa e a toda equipe do Ambulatório de Controle da Dor do Instituto Central do HCFMUSP, pela oportunidade e receptividade de recrutar os pacientes para este estudo.

À Fisioterapeuta Sara Martini e Psicóloga Milena Oliveira que fizeram parte da equipe interprofissional deste estudo. Obrigada pela parceria inesquecível. Aprendi muito com vocês!

A todos os participantes desde estudo que foram fundamentais tanto para o estudo quanto para o meu crescimento pessoal e profissional.

À toda equipe do Celab que nos proporcionou o local para realização da intervenção, pela ajuda na organização dos encontros, pelas conversas, além de sua calorosa receptividade de sempre!

Ao Grupo de Pesquisa “Dor, controle de sintomas e Cuidados Paliativos” pelo acolhimento por todos estes anos, pelas considerações importantes ao estudo e por me ajudarem no meu processo de crescimento no campo da pesquisa.

Ao Serviço de Pós-Graduação por todos os esclarecimentos de dúvidas e eficiência. Agradeço especialmente ao Paulo, a Adriana e a Vanessa por tantas conversas e acolhimento durante esses anos.

À toda equipe da Biblioteca, por serem tão atenciosos e simpáticos. Agradeço especialmente ao Paulo por toda calma e amizade e a Juliana pela excelente condução dos treinamentos que foram essenciais na elaboração desta dissertação e pela disposição em sanar minhas dúvidas.

À CAPES pela bolsa de mestrado que foi fundamental nesta trajetória.

À Profa Dra Cláudia Prado, à Dra Barbara B. Bonini e a Profa Débora R. Vaz por me mostrar a importância da educação transformadora e significativa, que me transformaram em Docente mesmo eu não acreditando que era capaz. Agradeço infinitamente por todo crescimento que me proporcionaram, pela confiança, incentivo e amizade.

A todos os amigos e colegas que fiz na EEUSP durante o mestrado e que compartilharam comigo as dificuldades e vitórias a cada encontro em disciplinas e pelos corredores. Obrigada por cada palavra amiga. Desejo sucesso a cada um de vocês!

Aos companheiros do CRUSP, agradeço por todo aprendizado, conversas profundas, festas, encontros e pela torcida de sempre.

A cada membro da equipe da EEUSP, agradeço de coração por cada atividade realizada por vocês, por cada cumprimento, por cada sorriso e ajuda prestados.

A todos que estiveram em minha trajetória de alguma maneira, muito obrigada!

"Lê, em nome do teu Senhor que criou, criou o homem de um
coágulo. Lê, que o teu Senhor é Generosíssimo, que ensinou
através do cálamo, ensinou ao homem o que este não sabia."

(Alcorão 96:1-5)

Ali YCMM. Intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica: estudo piloto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A dor crônica provoca impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e requer atenção interprofissional. **Objetivo:** Avaliar a aceitabilidade e viabilidade da intervenção interprofissional “Programa de Controle da Dor Crônica”; Avaliar os efeitos da intervenção na crença de autoeficácia, na intensidade da dor, incapacidade, fadiga e sintomas depressivos de pessoas com dor crônica; Verificar a correlação da incapacidade com a crença de autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos. **Método:** Estudo quase-experimental do tipo piloto que incluiu adultos com dor crônica de intensidade moderada a intensa. A intervenção foi elaborada com base na Teoria da Autoeficácia e Classificação das Intervenções de Enfermagem e utilizou estratégias educativas e Cognitivo-Comportamentais. O Programa foi realizado em grupo, ao longo de seis semanas, com um encontro semanal de duas horas de duração, aplicado por duas enfermeiras, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. O conteúdo do Programa incluiu estratégias educativas sobre o manejo da dor, alongamento e técnicas de relaxamento. A aceitabilidade da intervenção foi analisada por meio da taxa de aceitação em participar do estudo, taxa de retenção (frequência nas sessões), taxa de adesão às recomendações e satisfação por autorrelato. A viabilidade foi analisada pela exequibilidade da implementação da intervenção, disponibilidade, qualificação e treinamento das interventoras, recursos materiais, contexto, fidelidade ao manual da intervenção e alcance da população alvo. Os participantes foram avaliados antes e após a intervenção por meio do Questionário de Autoeficácia sobre Dor, Escala Visual Numérica de dor, Questionário de incapacidade relacionada à dor, Pictograma de fadiga e Inventário de Depressão de Beck. Os dados foram analisados por meio do teste t pareado e correlação de Pearson. **Resultados:** Entre 48 participantes elegíveis, 25 iniciaram o programa (taxa de aceitação = 52%), 15 concluíram (taxa de retenção = 60%) e 56% participaram de quatro a seis sessões. A taxa de adesão às recomendações do Programa foi muito boa para o alongamento (100%), relaxamento (73,3%) e moderada para caminhada (53,3%). Os participantes consideraram “ótimo”: acesso ao local (83,3%), sala (66,6%), conteúdo abordado (86,6%) e número de sessões (46,6%). Todos os participantes (100%) afirmaram que o programa deveria ter mais sessões ou poderia ser uma atividade contínua. A análise pós intervenção mostrou aumento significativo da autoeficácia ($p=0,004$) e redução significativa da intensidade da dor ($p=0,024$), incapacidade ($p=0,012$), fadiga ($p=0,001$) e sintomas depressivos ($p=0,042$). A análise da correlação entre incapacidade e as demais variáveis mostrou correlação negativa moderada entre incapacidade e autoeficácia ($r = -0,601$; $p<0,001$) e positiva moderada entre incapacidade e fadiga ($r = 0,603$; $p<0,001$) e incapacidade e sintomas depressivos ($r = 0,545$; $p<0,001$). Não se observou correlação significativa entre incapacidade e intensidade da dor. **Conclusões:** A intervenção interprofissional breve foi considerada aceitável e viável para pacientes com dor crônica. Além disso, contribuiu para melhorar a percepção de autoeficácia e reduzir a incapacidade, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos. Esta intervenção pode ser aplicada na atenção primária e em serviços ambulatoriais especializados, devendo ser testada em ensaios clínicos randomizados com amostras maiores.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crônica. Autoeficácia. Educação Interprofissional. Enfermagem. Terapia Cognitivo-Comportamental. Estudos de Viabilidade.

Ali YCMM. Brief interprofessional intervention for chronic pain management: pilot study [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain causes negative impact on quality of life and requires interprofessional attention. **Objective:** To evaluate the acceptability and feasibility of a brief intervention “Chronic Pain Management Program”; To evaluate the effects of the intervention on self-efficacy, pain, disability, fatigue and depressive symptoms in chronic pain patients; To assess the correlation between disability and self-efficacy, pain, fatigue and depressive symptoms. **Method:** A quasi-experimental pilot study that included chronic pain adults with moderate to severe pain. The intervention was based on Self-efficacy Theory, Nursing Interventions Classification, educative, and Cognitive Behavioral strategies. The Program was delivered in group, during six weeks, with two hours sessions, once a week, conducted by two nurses, a physiotherapist and a psychologist. The program content included educational strategies about pain management, stretching, and relaxation techniques. Acceptability analyzes the enrollment rate to participate on the study, retention rate (frequency in session), recommendation adherence rate and satisfaction by self-report. Feasibility analyzes the practicality of implementing the intervention through availability, quality, and training of interventionists, material resources, context, fidelity to intervention manual, and reach to the target population. The patients were evaluated before and after the intervention by the Pain Self-Efficacy Questionnaire, Visual Numerical Pain Scale, Pain Disability Questionnaire, The Fatigue Pictogram, and Beck Depression Inventory. The data were analyzed using the paired t test and Pearson's correlation. **Results:** Between 48 eligible patients, 25 began the program (enrollment rate = 52%), 15 completed (retention rate = 60%) and 56% has participated on 4 – 6 sessions. The recommendation adherence rate was good for stretching (100%) and relaxation technique (73.3%), moderate to walking (53.3%). The participants considered as “Great”: access to the meeting room (83.3%), room (66.6%), information content (86.6%) and number of sessions (46.6%). All participants (100%) stated that the program should have more sessions or could be a continuous activity. The analysis after intervention showed significant increase in self-efficacy ($p=0.004$) and significant decrease in pain intensity ($p=0.024$), disability ($p=0.012$), fatigue ($p=0.001$) and depressive symptoms ($p=0.042$). Correlations between disability and other variables showed moderate negative correlation between disability and self-efficacy ($r=-0.601$; $p<0.001$) and moderate positive correlations between disability and fatigue ($r=0.603$; $p<0.001$) and disability and depressive symptoms ($r=0.545$; $p<0.001$). There was no significant correlation between disability and pain intensity. **Conclusion:** The brief interprofessional intervention was considered acceptable and feasible to chronic pain patients. Furthermore, contributed to increase self-efficacy belief and to decrease disability, pain intensity, fatigue, and depressive symptoms. This intervention can be applied in primary health care or specialized outpatients' settings and should be tested in randomized clinical trials with larger samples.

Keywords: Chronic pain. Self-efficacy. Interprofessional education. Nursing. Cognitive Behavioral Therapy. Viability studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Intervenções e atividades de enfermagem contempladas em cada sessão da intervenção interprofissional para manejo da dor crônica. São Paulo, 2019.	40
Quadro 2	Atividades programadas para intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica. São Paulo, 2019.	41
Quadro 3	Variáveis de caracterização da intervenção. São Paulo, 2019.	42
Quadro 4	Variáveis de caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos. São Paulo, 2019.	43
Quadro 5	Variáveis de caracterização da amostra segundo dados clínicos. São Paulo, 2019.	44
Quadro 6	Variáveis dependentes ou desfecho segundo categorias e pontuação. São Paulo, 2019.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra do Programa de Controle da Dor Crônica. São Paulo, 2019.	50
Tabela 2	Adesão dos participantes às recomendações do Programa de Controle da Dor Crônica. São Paulo, 2019.	52
Tabela 3	Avaliação do Programa de Controle da Dor Crônica segundo os participantes. São Paulo, 2019.	52
Tabela 4	Comparação das variáveis desfecho antes e após o programa. São Paulo, 2019.	59
Tabela 5	Correlação entre incapacidade física e autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos. São Paulo, 2019.	60

LISTA DE ABREVIATURAS

ACDDA Ambulatório de Controle da Dor da Divisão de Anestesia

PCDC Programa de Controle da Dor Crônica

LISTA DE SIGLAS

IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LabHabEnf	Laboratório de Habilidades em Enfermagem
RPD	Registro de Pensamento Disfuncional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Dor crônica.....	21
2.	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	25
2.1	Autoeficácia e dor crônica.....	25
2.2	Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo e dor crônica.....	26
2.3	Aceitabilidade e viabilidade da intervenção: estudo piloto.....	28
3.	HIPÓTESE.....	31
4.	OBJETIVOS.....	33
5.	MÉTODO.....	35
5.1	População e amostra.....	35
5.2	Recrutamento e seleção.....	35
5.3	Intervenção Interprofissional Breve: Programa de Controle da Dor Crônica.....	38
5.4	Variáveis.....	42
5.5	Aspectos éticos.....	47
5.6	Análise dos dados.....	48
6.	RESULTADOS.....	50
6.1	Caracterização dos participantes.....	50
6.2	Desfechos Primários: Aceitabilidade e Viabilidade da Intervenção.....	51
6.2.1	Aceitabilidade.....	51
6.2.2	Viabilidade.....	54
6.3	Variáveis desfecho: Efeitos do Programa de Controle da Dor Crônica.....	59
7.	DISCUSSÃO.....	62
7.1	Caracterização dos participantes.....	62
7.2	Variáveis de caracterização da intervenção: Aceitabilidade e Viabilidade da Intervenção.....	63
7.3	Variáveis desfecho: Efeitos do Programa de Controle da Dor Crônica.....	67
7.4	Efeitos do Programa na crença de autoeficácia.....	68

7.5	Efeitos do Programa na dor, incapacidade, fadiga e sintomas depressivos.....	69
7.6	Correlação entre a incapacidade e as demais variáveis.....	70
7.7	Limitações.....	71
7.8	Forças.....	72
7.9	Recomendações para estudos futuros.....	73
8.	CONCLUSÃO.....	75
9.	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICES.....	92
	ANEXOS.....	123

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A definição clássica de dor da *International Association for the Study of Pain* (IASP), proposta desde 1979, afirma que dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nestes termos”⁽¹⁾. Diante desta definição, profissionais e pessoas envolvidas na área propuseram atualização da definição com o intuito de se considerar os novos conhecimentos sobre o assunto, o que levou a IASP a formar uma força tarefa em 2018 com membros de diversos países para avaliar a definição.

Após longo processo de discussões para se chegar a um consenso, a nova definição de dor proposta pela IASP e traduzida para a língua portuguesa pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) é “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” ⁽²⁾.

A dor é considerada crônica quando não desaparece após a cura de uma lesão ou está relacionada a processos patológicos crônicos^(3,4). Do ponto de vista clínico, a dor é considerada crônica quando persiste por mais de três meses, de modo contínuo ou intermitente. Já para pesquisa, a dor é considerada crônica quando persiste por seis meses ou mais.

Estudos realizados em diferentes populações indicam que a prevalência de dor crônica na população geral varia entre 30 e 45%^(5–10), enquanto que estudo descritivo realizado no Brasil destacou que a prevalência variou entre 29,3 a 73,3%⁽¹¹⁾. A dor crônica afeta diversas dimensões da qualidade de vida, podendo provocar prejuízos físicos, emocionais e sociais, como afastamento do trabalho, entre outros problemas ^(5–10).

A dor crônica, muitas vezes, está associada à presença de sintomas depressivos⁽¹²⁾. Estudo realizado nos Estados Unidos, indicou que indivíduos com dor crônica possuem três vezes mais chances de ter depressão em comparação com aqueles sem dor crônica⁽¹³⁾. Em São Paulo, pesquisa realizada em ambulatório de tratamento de dor crônica verificou que 48% dos pacientes apresentavam depressão⁽¹⁴⁾. Em contrapartida, pacientes com depressão têm risco três vezes maior

de desenvolver dor crônica⁽¹³⁾. Porém, a relação causal entre dor crônica e depressão ainda não está bem estabelecida e sabe-se apenas que estão inter-relacionadas^(12,14).

Fadiga também é frequente em pacientes com dor crônica e depressão. Estudo que avaliou pacientes com dor lombar crônica identificou 26% de fadiga, que esteve associada à depressão e crença de autoeficácia⁽¹⁵⁾. Pesquisa desenvolvida em Portugal, indicou que a presença de fadiga foi frequente em pacientes com dor lombar e esteve associada à intensidade da dor e incapacidade⁽¹⁶⁾. Estudos em pacientes com câncer indicam correlação significativa entre fadiga e dor, com os dois sintomas influenciando-se mutuamente⁽¹⁷⁾.

Outro fator impactante na qualidade de vida de muitos indivíduos com dor crônica é a incapacidade relacionada à dor^(12,18), pois a dor muitas vezes prejudica o desempenho de atividades de vida diária como autocuidado, atividades profissionais e pessoais, entre outros. Estudo brasileiro que avaliou pessoas com dor crônica destacou que 41% dos participantes encontravam-se desempregados por consequência da dor crônica⁽¹²⁾. Pesquisa que avaliou pessoas com dor lombar crônica concluiu que, a presença de incapacidade nestes pacientes esteve associada à ausência de trabalho remunerado, autoeficácia baixa e sintomas depressivos⁽¹⁴⁾. Assim, a presença da incapacidade pode ser considerada uma variável de maior importância na vida do indivíduo com dor crônica e que merece destaque e enfoque nas intervenções, tratamentos e estudos.

A crença de autoeficácia também é uma variável importante no contexto da dor crônica, definida como a percepção pessoal da capacidade de desempenhar determinados comportamentos para chegar a resultados desejados⁽¹⁹⁾. A autoeficácia pode ser compreendida como autoconfiança para desempenhar atividades e está relacionada a situações específicas⁽²⁰⁾. Pessoas com autoeficácia mais elevada tendem a apresentar menos sintomas depressivos, maior facilidade de adesão ao tratamento, menor incapacidade física e melhores resultados no manejo da dor crônica⁽²¹⁾.

As intervenções educativas com enfoque cognitivo-comportamental têm beneficiado pacientes com dor crônica e podem contribuir para melhorar a autoeficácia dos doentes^(22,23). Estudo realizado nos Estados Unidos, demonstrou que uma

intervenção com estratégias educativas e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicada em grupo, proporcionou melhora significativa na autoeficácia para manejo da dor de pessoas com dor crônica⁽²³⁾.

Intervenções de enfermagem que utilizam estratégias educativas e técnicas da TCC também tem demonstrado resultados promissores para pacientes com dor crônica, contribuindo para melhorar o conhecimento, ampliar a integração, estimular o autocuidado, reduzir a intensidade da dor e os sintomas depressivos, além de melhorar a percepção de autoeficácia dos pacientes^(18,23–27).

Atualmente há intervenções com características diversas, e um aspecto a ser destacado é o tempo de duração/entrega da intervenção. Há intervenções consideradas “intensivas”, pois ocorrem em dias consecutivos e/ou com elevada carga horaria como, por exemplo, sessões com 8h/dia, cinco dias/semana durante 4 semanas^(23,28). As intervenções “longas” são compostas por vários dias com intervalos maiores entre as sessões, chegando a completar meses de programa^(29–31), e as intervenções com curta duração, conhecidas como intervenções “breves” que são caracterizadas como aquelas possuem curta duração e com baixa carga horária^(21,32). Este tipo de intervenção evidencia que, apesar de ser considerada breve, apresenta resultados significativos e até mesmo semelhantes em relação às intervenções longas. Além disso, pode apresentar menor custo de execução e menor taxa de abandono ao longo das sessões.

O efetivo manejo da dor crônica, no entanto, é um desafio complexo e requer abordagens interprofissionais colaborativas, que vão além da expertise isolada de apenas uma das profissões da área da saúde⁽³³⁾. Diversas pesquisas mostram os benefícios da atuação interprofissional para alcançar resultados positivos em saúde, especialmente na área de dor^(34–37).

1.1 Dor crônica

A dor crônica causa impacto negativo em diversas áreas da vida. Os principais aspectos afetados são: físico, psicológico, social, cognitivo e econômico⁽³⁸⁾.

O impacto físico da dor crônica pode levar a dificuldade de realização de atividades da vida diária, dificuldades para realizar as atividades de trabalho e

incapacidade física^(38,39). Do ponto de vista psicológico, a dor constante está relacionada a sintomas de ansiedade, irritabilidade, tristeza e depressão⁽³⁸⁾. No aspecto social, a dor crônica tende a levar ao isolamento, evitação de atividades sociais e de lazer, absenteísmo, perda de produtividade e afastamentos do trabalho^(38,39). Outros fatores afetados pela dor crônica são os cognitivos e econômicos^(38,39).

A fadiga também é um sintoma que pode estar presente em pessoas com dor crônica, é considerada de difícil identificação e não está bem definida pela literatura. Para isso, uma análise deste conceito para a área da saúde, esclareceu que a fadiga é observada pelo relato verbal de cansaço excessivo, dificuldade na realização de atividades cotidianas e pelo descanso não reparador. A fadiga é considerada como uma experiência abstrata, sendo possível apenas por meio da expressão oral do indivíduo⁽⁴⁰⁾.

A avaliação da fadiga pode ser um diferencial a ser analisado em pessoas com dor crônica, visto que outros sintomas podem estar associados a ela. Estudo que avaliou a fadiga em pessoas com dor lombar crônica mostrou que a fadiga esteve associada a sintomas depressivos e autoeficácia baixa, sugerindo que a redução dos sintomas depressivos e o fortalecimento da autoeficácia podem ter um papel no controle da fadiga⁽¹⁵⁾.

Considerando todos os prejuízos relacionados à presença de dor crônica, há uma série de opções de tratamento, farmacológico e não farmacológico, que podem contribuir para o sucesso da terapêutica. Enfatiza-se aqui o tratamento multimodal para a dor crônica, com a utilização de diferentes estratégias, visando melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas que convivem com esta condição. Embora existam muitas abordagens possíveis, ainda sem consenso, há resultados promissores para o tratamento da dor^(41–45).

Dentre as possibilidades de estratégias para manejo da dor, a prática regular de exercícios físicos estimula o sistema modulador da dor e pode reduzir sua intensidade, além de auxiliar na saúde de modo geral e no controle de doenças associadas^(31,46,47). É fundamental no tratamento de indivíduos com dor musculoesquelética, sendo considerado como tratamento não farmacológico⁽⁴⁶⁾. Vale

lembrar, no entanto, que as recomendações sobre tipo, dose e intensidade adequada de exercícios para que se obtenham resultados significativos, ainda não estão bem estabelecidas^(38,46).

As técnicas de relaxamento também são recomendadas para pessoas com dor crônica, pois promovem redução da tensão muscular e diminuição dos níveis de estresse. A prática do relaxamento amplia a autoconsciência corporal, que influencia a sensação de bem-estar e a percepção de autocontrole^(38,39).

Diversas técnicas de relaxamento podem ser implementadas para pessoas com dor crônica^(38,39): relaxamento autógeno, relaxamento muscular progressivo, meditação *mindfulness*, meditação transcendental, entre outras.

Além das técnicas de relaxamento, outros métodos físicos como massagem, aplicação de calor e frio, acupressão, hidroterapia e acupuntura, têm se destacado cada vez mais no manejo da dor crônica e são recomendados para complementar o tratamento medicamentoso^(38,48).

Estratégias educativas e psicoeducativas também são bastante utilizadas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde para auxiliar no manejo da dor crônica. Diversos estudos utilizaram estratégias educativas e alcançaram resultados significativos na redução da intensidade da dor e em outros sintomas apresentados pelos participantes, como: ansiedade, fadiga e sintomas depressivos^(18,22,23,25,27). Autoeficácia e funcionalidade também aumentaram significativamente após a aplicação de estratégias educativas para pacientes com dor crônica^(18,22,23,25,27).

Intervenções educativas, aplicação de métodos físicos e técnicas de relaxamento são componentes das intervenções de enfermagem para manejo da dor crônica, que estão entre as intervenções propostas pela Classificação Internacional de Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁴⁹⁾. Ao escolher as intervenções pertinentes à realização de uma intervenção de enfermagem, podem ser combinadas para atingir um determinado objetivo. Assim, constituem-se como ingredientes ativos de um Programa de Controle da Dor Crônica.

Diversos estudos, em diferentes países, têm utilizado intervenções interprofissionais ou conduzidas exclusivamente por enfermeiros com resultados positivos^(18,22,31,47,50,51).

Estudos que testaram programas de manejo da dor crônica com equipes interprofissionais utilizaram diferentes componentes: exercícios de flexibilidade e alongamento, estratégias educativas e técnicas de relaxamento, reduzindo significativamente a intensidade da dor, os sintomas depressivos, o estresse e a ansiedade^(18,23,50).

As autoras Sidani e Braden (2011) propõem critérios rigorosos e sistematizados para elaboração de intervenções, visando a obtenção de resultados de sucesso e que garantam sua replicação de modo fidedigno⁽⁵²⁾. Porém, antes mesmo de implementar uma intervenção em um determinado serviço de saúde recomenda-se fortemente a execução de um processo sistemático, em diversas fases, que permitam desenhar uma intervenção realmente eficaz para atingir o problema que se deseja abordar.

Neste sentido, uma das etapas é o estudo piloto, que permite a avaliação da aceitabilidade da intervenção (julgamento das pessoas envolvidas - participantes e profissionais), e viabilidade da intervenção (avaliação da estrutura e contexto)⁽⁵²⁾.

Com base nas informações obtidas por meio da avaliação da aceitabilidade e viabilidade, é possível identificar pontos positivos da intervenção e aspectos a serem aprimorados, refinando a intervenção inicialmente proposta. Além disso, o estudo piloto permite o cálculo da amostra ideal para um estudo clínico mais robusto, com a finalidade de avaliar a eficácia da intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A proposta de intervenção de interprofissional breve testada neste estudo foi baseada na Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977)⁽¹⁹⁾ e utilizou estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental⁽⁵³⁻⁵⁵⁾, seguindo as recomendações de Sidani e Braden (2011) para testar a viabilidade e aceitabilidade de intervenções⁽⁵²⁾.

2.1 Autoeficácia e dor crônica

O conceito de autoeficácia foi proposto por Albert Bandura em 1977⁽¹⁹⁾ no contexto da Teoria Social Cognitiva (1986)⁽⁵⁶⁾ que explica o modo de agir do indivíduo, que decide sobre seus atos e age para conquistar seu próprio desenvolvimento. Entre os tópicos abordados, autorreflexão é a característica mais significativa nesta teoria e a autoeficácia é considerada um determinante crítico, já que os indivíduos regulam seus próprios pensamentos e comportamentos com base nessa crença⁽⁵⁷⁾.

A autoeficácia é uma crença, caracterizada pela autoconfiança em realizar determinadas ações com êxito, a fim de alcançar o sucesso desejado. A crença de autoeficácia é composta por quatro fontes de informações⁽¹⁹⁾:

Realizações pessoais: são consideradas como elementos essenciais na percepção de autoeficácia, já que o próprio indivíduo as vivenciou. As experiências de sucesso fortalecem a crença de autoeficácia e as experiências de fracasso a enfraquecem.

Observação de experiências: O ato de observar as pessoas realizando atividades desafiadoras sem resultados adversos, pode gerar no observador motivação para realizá-las. Este elemento pode trazer resultados significativos e contínuos. No entanto, possui um peso menor do que as realizações pessoais, na formação da crença de autoeficácia.

Persuasão verbal: é uma estratégia muito utilizada pelos profissionais de saúde, para influenciar o comportamento dos indivíduos, motivando-os a enfrentarem situações desafiadoras. Esta prática pode contribuir para fortalecer a autoeficácia, no entanto, tem um impacto menor.

Estados emocionais: a resposta emocional interfere na percepção individual das capacidades, forças e vulnerabilidades em relação a situações desafiadoras. Emoções negativas diminuem a percepção de autoeficácia. Assim, a redução dos níveis de estresse, ansiedade e medo promovem melhora na percepção de autoeficácia, e maior chance de sucesso nas atividades a serem desempenhadas.

Diversos estudos demonstraram relação entre autoeficácia elevada com melhor controle da dor, melhor funcionalidade e menos sintomas depressivos em pessoas com dor crônica^(20,58,59), sugerindo que a crença de autoeficácia pode ser trabalhada por meio de intervenções que visem melhorar os resultados de doentes com dor crônica^(20,21,60,61). Vale a pena ressaltar que, o fortalecimento da autoeficácia pode contribuir para as modificações de comportamento necessárias para o manejo da dor crônica.

2.2 Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo e dor crônica

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada a primeira linha de tratamento psicossocial para indivíduos com dor crônica e objetiva abordar os aspectos físicos, psicológicos e sociais e tem efeitos sobre a dor e problemas associados^(53,62,63).

A terapia cognitiva foi desenvolvida como psicoterapia para tratamento de depressão e seu objetivo é alcançado por meio da resolução de problemas e alterações em pensamentos e comportamentos inapropriados, focando majoritariamente no momento presente⁽⁶⁴⁾.

O modelo cognitivo considera que o estado de humor e os comportamentos são determinados pelas interpretações do indivíduo frente a um evento, ou seja, a situação em si não determina o que ela sente, mas sim a interpretação que se faz da situação. Em diversas situações durante a vida os pensamentos ocorrem de maneira espontânea e rápida, conhecidos como pensamentos automáticos, que em geral são tomados como verdade e influenciam a forma como o indivíduo se sente⁽⁶³⁾. Pensamentos automáticos negativos podem levar a sentimentos e comportamentos disfuncionais⁽⁶³⁾.

A TCC baseia-se na tríade cognitiva (pensamento – emoção – comportamento) e estimula o paciente a observar nas situações do seu cotidiano, momentos de mudança de humor. Nestes momentos o paciente deve observar, e se possível anotar, os pensamentos automáticos e emoções frente às situações. Ao longo das sessões o paciente aprende a questionar os pensamentos automáticos e buscar evidências sobre a validade desses pensamentos. Em seguida, os pacientes são estimulados a pensar em visões alternativas sobre a situação e refletir sobre a resposta emocional que se segue. A partir destes exercícios de autoanálise e reflexão é possível trabalhar na modificação de pensamentos automáticos negativos e crenças disfuncionais^(63,65).

Para auxiliar na identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, pode-se utilizar um instrumento para registro e melhor identificação e reflexão. Este instrumento é conhecido como Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) e possui os seguintes tópicos: situação, pensamento automático, emoção, resposta adaptativa e resultado⁽⁶⁶⁾.

Na TCC para grupos, recomenda-se que a aprendizagem seja o objetivo principal, mas deve-se considerar as experiências individuais, a aquisição de novas habilidades e a troca de experiências entre os participantes do grupo⁽⁵⁵⁾. Além disso, a TCC contribui para o alívio dos sintomas relacionados a dor crônica e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida^(31,47,55).

A TCC tem se destacado por ser uma intervenção que promove a redução da dor e da incapacidade relacionada à dor crônica por meio da modificação de pensamentos negativos e aquisição de novas habilidades para lidar com a dor^(31,47,53,62).

Estudo que testou a efetividade de um programa multidisciplinar com abordagem Cognitiva-Comportamental para dor crônica acompanhou os pacientes em seguimento de seis meses e um ano. Os autores concluíram que a intervenção reduziu a percepção de dor, melhorou a qualidade de vida e contribuiu para melhorar o autocuidado de pacientes com dor crônica⁽³¹⁾.

A aplicação da TCC está respaldada pelo parecer normativo nº002/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que o Enfermeiro é também um dos

profissionais com autorização para sua realização por meio de cursos de pós-graduação e especializações⁽⁶⁷⁾.

Assim sendo, a utilização do modelo de TCC realizada em grupo pode beneficiar indivíduos com dor crônica, permitindo o aprendizado, a exposição e a troca de experiências.

2.3 Aceitabilidade e viabilidade da intervenção: estudo piloto

Os estudos do tipo piloto podem ter como objetivo principal testar a aceitabilidade e viabilidade de uma determinada intervenção⁽⁵²⁾. Não se encontrou estudo que tenha realizado esta etapa de avaliação de uma intervenção interprofissional, para população com dor crônica, no contexto nacional. Este tipo de estudo é útil para examinar com detalhes a intervenção proposta e aprimorar o desenho da intervenção, além de permitir cálculo da amostra, para estudos mais amplos⁽⁵²⁾.

A aceitabilidade refere-se ao julgamento dos atores envolvidos em relação à intervenção proposta, seja pela população alvo, os interventores (profissionais que executam a entrega da intervenção) e/ou pelos profissionais relacionados.

Em relação ao público-alvo, já na realização do convite para participar de uma determinada intervenção, os participantes analisam intuitivamente se há vantagens e desvantagens. Segundo as autoras Sidani e Braden (2011)⁽⁵²⁾, estas análises reflexivas são:

- 1) Adequação na abordagem do problema (a intervenção consegue afetar o problema?);
- 2) Conveniência (a adesão à intervenção é conveniente?);
- 3) Eficácia (a intervenção traz benefícios reais para a resolução/amenização do problema em curto e longo prazo?);
- 4) Riscos (a intervenção traz desconfortos ou riscos?);
- 5) Adesão (qual a disposição deve-se ter para seguir as ações propostas pela intervenção?).

Com bases nesses tópicos, é possível sanar estes pontos com o intuito de atraí-los a participar.

Além desses aspectos, outros fatores afetam a população-alvo, incluindo a compreensão, as crenças e os valores, e as experiências prévias, podendo agir de maneira direta ou indireta na avaliação da aceitabilidade intervenção.

Os aspectos citados são de grande importância para a aceitabilidade, porém, alguns são muito pessoais e individuais. Deste modo, a aceitabilidade da intervenção pode ser avaliada durante o período da entrega, tendo como indicadores, a taxa de aceitação em participar, a frequência nas sessões pela taxa de retenção, a adesão às recomendações, os relatos dos participantes e as avaliações finais.

A viabilidade de uma intervenção é verificada pela aplicabilidade da mesma, ou seja, pela avaliação dos meios e ações fundamentais para realizar a intervenção conforme o planejamento inicial. Nesta análise é possível identificar os problemas que surgem durante a implementação da intervenção, assim como as facilidades. A análise da viabilidade permite aprimorar a intervenção em futuros estudos⁽⁵²⁾.

Os indicadores para avaliar a viabilidade de uma intervenção são:

- a) Disponibilidade e qualidade dos intervencionistas (habilidades pessoais e profissionais para entregar adequadamente a intervenção);
- b) Treinamento dos intervencionistas (preparo adequado para executar a entrega da intervenção);
- c) Recursos materiais (equipamentos, impressos, materiais educativos, canetas, etc);
- d) Contexto (localização, acessibilidade e características do ambiente físico e social);
- e) Fidelidade (implementar a intervenção exatamente como foi planejada);
- f) Alcance (possibilidade de participação dos indivíduos).

Com base nestas características o estudo piloto permite aperfeiçoar a intervenção para uma entrega futura, pois é considerado o momento ideal para identificação dos obstáculos na implementação e avaliação, de modo geral, da intervenção proposta⁽⁵²⁾.

Assim, este estudo buscou avaliar a aceitabilidade, a viabilidade e os efeitos de uma intervenção interprofissional breve no manejo da dor crônica.

3. HIPÓTESE

3. HIPÓTESE

A hipótese deste estudo é que a intervenção interprofissional breve “Programa de Controle da Dor Crônica” é aceitável e viável para aplicação em indivíduos com dor crônica no contexto ambulatorial.

Espera-se que a intervenção interprofissional melhore a crença de autoeficácia das pessoas com dor crônica e que esta mudança contribua na redução da intensidade da dor, da incapacidade, da fadiga e dos sintomas depressivos relacionados à dor.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

- Avaliar a aceitabilidade e viabilidade da intervenção interprofissional breve “Programa de Controle da Dor Crônica”;
- Avaliar os efeitos da intervenção interprofissional breve na crença de autoeficácia;
- Avaliar os efeitos da intervenção interprofissional breve na intensidade da dor, incapacidade, fadiga e sintomas depressivos de pessoas com dor crônica;
- Verificar a correlação entre incapacidade e crença de autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos de pessoas com dor crônica.

5. MÉTODO

5. MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo piloto⁽⁶⁸⁾, que foi desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em parceria com o Ambulatório de Controle da Dor da Divisão de Anestesia (ACDDA) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP).

5.1 População e amostra

A população do estudo foi composta por pessoas com dor crônica de etiologia variada. A amostra, não probabilística, foi composta por pessoas atendidas no ACDDA do ICHC-FMUSP, pessoas interessadas por meio de anúncio realizado na rede social *Facebook*® e demais pessoas indicadas por colegas da EEUSP que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da intervenção interprofissional denominada “Programa de Controle da Dor Crônica” (PCDC).

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 65 anos, queixa de dor há mais de 6 meses, com intensidade moderada a intensa (intensidade da dor ≥ 4), de acordo com a Escala Verbal Numérica de Dor ⁽⁶⁹⁾ e residir na Região Metropolitana de São Paulo. Os critérios de exclusão foram: dor de origem oncológica, dificuldades de comunicação e compreensão, déficits motores e diagnóstico de demência.

5.2 Recrutamento e seleção

No ACDDA, a pesquisadora realizou análise de elegibilidade nos prontuários dos pacientes que aguardavam na sala de espera para passar em consulta médica. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão, foram convidados a passar pela entrevista de enfermagem antes da consulta médica.

Na entrevista, foram esclarecidos os objetivos do Programa de Controle da Dor Crônica e realizado o convite para participar do estudo. Com a manifestação de interesse dos pacientes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE), sendo uma via para o paciente e uma para a pesquisadora (Apêndice A).

Na entrevista foram levantados dados sociodemográficos e clínicos (avaliação da dor e fadiga), por meio de um instrumento desenvolvido especialmente para pacientes com dor crônica (Apêndice B), baseado nos critérios da NANDA Internacional (Diagnósticos de Enfermagem)⁽⁷⁰⁾ e em consulta de enfermagem desenvolvida para pacientes com dor crônica⁽⁷¹⁾. A Escala Visual Numérica de Dor⁽⁶⁹⁾ e o Pictograma de Fadiga⁽⁷²⁾ também foram utilizados na entrevista.

Durante o período de recrutamento e seleção muitos pacientes relataram desejo de participar da intervenção, porém, a longa distância entre o local de estudo e suas residências e a falta de recursos para deslocamento dificultaria muito a participação ao longo de 6 semanas. Assim, optou-se por utilizar um anúncio publicado no *Facebook*® e página de divulgação e contato entre o interessado e a recrutadora para elevar o número de participantes.

O anúncio foi realizado por apenas 24 horas de maneira objetiva, com intuito de encontrar pessoas com maiores chances de aceitação em participar do programa. Assim, alguns critérios de inclusão foram mais específicos e restritos:

- Adultos entre 40 e 65 anos de idade;
- Residentes no raio de 2 Km do local do estudo (EEUSP);
- Palavras chave “fibromialgia” e “dor crônica”.

Para os indivíduos que manifestaram interesse por meio de mensagem enviada à página de divulgação, a recrutadora solicitou o número para contato via ligação telefônica visando avaliar os critérios de inclusão (queixa de dor há mais de 6 meses, intensidade moderada a intensa, intensidade da dor ≥ 4 de acordo com a Escala Verbal Numérica de Dor⁽⁶⁹⁾ e os critérios de exclusão (dor de origem oncológica, dificuldades de comunicação e compreensão, déficits motores e diagnóstico de demência) por meio da entrevista de enfermagem (Apêndice B) e preenchimento do instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.

Aqueles que atenderam os critérios de elegibilidade, foram convidados a participar.

Figura 1 – Fluxograma de recrutamento e retenção dos participantes no Programa de Controle da Dor Crônica. São Paulo, 2019.

5.3 Intervenção Interprofissional Breve: Programa de Controle da Dor Crônica

A intervenção Interprofissional breve, testada neste estudo piloto, foi denominada Programa de Controle da Dor Crônica (PCDC) e foi idealizado e registrado na forma de um Manual da Intervenção desenvolvido pelas Enfermeiras, para guiar e padronizar a entrega da intervenção (Apêndice C).

O PCDC foi testado com 6 semanas de duração, sendo um encontro semanal com duas horas de duração (quartas-feiras das 14h às 16h), totalizando 12 horas de intervenção. As atividades foram realizadas no Laboratório de Habilidades em Enfermagem (LabHabEnf) da EEUSP e o horário foi determinado de acordo com a disponibilidade de agenda das interventoras. A intervenção foi aplicada a 2 grupos (G1 e G2) consecutivos, com 10 a 15 pacientes cada um, totalizando 25 pacientes. Os grupos foram realizados de modo sequencial, ou seja, durante 6 semanas um grupo foi atendido, depois outro grupo de pacientes foi conduzido por mais 6 semanas.

A intervenção foi aplicada por quatro profissionais, denominadas interventoras: uma enfermeira mestrande e principal pesquisadora (Interventora 1), uma enfermeira doutora em enfermagem, com aprimoramento em Terapia Cognitivo-Comportamental (Interventora 2), uma psicóloga com especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental (Interventora 3) e uma fisioterapeuta com especialização em Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, Reeducação Postural Global e Terapia Miofascial (Interventora 4).

Em cada sessão de duas horas, os pacientes tiveram uma hora com estratégias educativas, 45 minutos de alongamentos supervisionados e 15 minutos de relaxamento.

Esta intervenção foi operacionalizada a partir de três bases teóricas: Teoria da Autoeficácia⁽¹⁹⁾, Teoria Cognitivo-Comportamental^(53–55,64) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁴⁹⁾.

A crença de autoeficácia foi operacionalizada com base nas quatro fontes de informação da crença de autoeficácia, elementos chave no fortalecimento da crença

de autoeficácia: Realizações pessoais, observação de experiências (experiência vicária), persuasão verbal e estado emocional.

Para promover experiências de realizações pessoais de sucesso, principal elemento de fortalecimento da crença de autoeficácia, foram estabelecidas metas individuais com os participantes com dor crônica, em relação às novas habilidades aprendidas na intervenção (realização de exercícios e técnicas de relaxamento com regularidade, estabelecimento de ritmo/regularidade para as atividades do dia-a-dia). O alcance das metas foi monitorado e valorizado, reforçando o alcance dos objetivos individuais estabelecidos.

A observação de experiências foi operacionalizada por meio da realização dos exercícios de alongamento e relaxamento em grupo. A realização de atividades em grupo permitiu a observação dos demais participantes vencendo o desafio de retomar ou aprender uma nova atividade, apesar da dor, contribuindo no fortalecimento da crença de autoeficácia.

A persuasão verbal foi operacionalizada por meio das orientações e estratégias educativas fornecidas pelas intervencionistas, que atuaram fornecendo reforço positivo e incentivo ao envolvimento com as atividades do PCDC.

O estado emocional equilibrado foi promovido por meio da técnica de relaxamento com música e imaginação dirigida. Os participantes do PCDC tiveram em cada sessão, 15 minutos de relaxamento e foram orientados a praticar a técnica em casa, com o auxílio de músicas suaves.

A TCC foi operacionalizada por meio da educação sobre a tríade cognitiva (pensamento – emoção – comportamento)⁽⁶³⁾. Os pacientes receberam informações sobre a tríade cognitiva e fizeram exercícios para ajudá-los a identificar a influência da percepção pessoal/interpretação dos eventos sobre suas emoções e comportamentos. Os exercícios cognitivos foram realizados com base nos exemplos de situações e pensamentos trazidos pelos próprios participantes com auxílio do instrumento de RPD⁽⁶⁶⁾ (Anexo A). Cada sessão contou com um tema central e os exercícios cognitivos foram orientados pelo tema central da sessão (Quadro 2).

Os pacientes realizaram tarefas de casa entre as sessões, que incluíam anotações sobre situações estressantes e pensamentos negativos, trabalhados pela psicóloga e enfermeiras na sessão seguinte. Estas tarefas ajudaram a fortalecer a reestruturação cognitiva por meio da compreensão da relação entre pensamento, emoção e comportamentos.

As Intervenções de Enfermagem para controle da dor foram operacionalizadas por meio de atividades educativas e colaborativas entre interventoras e participantes, conforme as recomendações da NIC⁽⁴⁹⁾ selecionadas de acordo com a conveniência de abordagem no PCDC que estão expressas no quadro 1.

Quadro 1 – Intervenções e atividades de enfermagem contempladas em cada sessão da intervenção interprofissional para manejo da dor crônica. São Paulo, 2019.

Sessão	Intervenções e atividades da NIC*
1	Usar estratégia terapêutica de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor
	Ensinar os princípios de controle da dor
2	Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
	Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para dor
3	Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a intervir de forma adequada
4	Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (medo, cansaço, monotonias, e falta de informação)
5	Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor
6	Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos
Ao longo das sessões	Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, imaginação dirigida, terapia com música, recreação, aplicação de frio/calor e massagem) antes, durante e após as atividades dolorosas, quando possível, antes que a dor ocorra ou aumente, e juntamente com outras medidas de alívio da dor
	Colaborar com o paciente na seleção e implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor

	Escolher e implementar uma variedade de medidas (farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado
	Usar medidas de controle da dor antes de seu agravamento
	Encorajar o paciente a conversar sobre sua experiência de dor, conforme apropriado

*NIC = Classificação das Intervenções de Enfermagem

Os elementos do PCDC incluíram: material impresso (cartilha e folder), estratégias educativas, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular e técnica de relaxamento.

No primeiro encontro foi realizada a apresentação das interventoras, dos participantes e o estabelecimento de metas. Os participantes receberam um Kit com Cartilha (Apêndice D) e Folder (Apêndice E) educativos sobre manejo da dor crônica, caderneta e caneta para anotações, e responderam os instrumentos de pesquisa antes de iniciar o PCDC.

A organização das atividades programadas para cada sessão da intervenção está descrita no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Atividades programadas para intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica. São Paulo, 2019.

Atividade	Sessão					
	1	2	3	4	5	6
Apresentação e estabelecimento de metas						
Educação sobre dor crônica						
Exercícios físicos e manejo da dor						
Enfrentamento do estresse e manejo da dor						
Ritmo/conservação de energia e higiene do sono						
Revisão do aprendizado e manutenção						
Alongamento e fortalecimento muscular						
Técnica de relaxamento						

No sexto e último encontro, foram aplicados todos os instrumentos de pesquisa novamente e os participantes responderam também a uma pesquisa de satisfação após o término das atividades, com a finalidade de analisar a estrutura da intervenção (Apêndice F).

5.4 Variáveis

As variáveis deste estudo foram divididas em três tipos: variáveis de caracterização (intervenção e amostra), variáveis dependentes ou desfecho (dor, incapacidade, fadiga, sintomas depressivos e autoeficácia) (Quadro 4) e variável independente (a intervenção).

Variáveis de caracterização da intervenção

Quadro 3 - Variáveis de caracterização da intervenção. São Paulo, 2019.

Caracterização da Intervenção	
<u>Aceitabilidade</u>	<u>Viabilidade</u>
Taxa de Aceitação	Disponibilidade e qualificação das interventoras
Taxa de Retenção	Treinamento das interventoras
Taxa de Adesão	Recursos Materiais
Satisfação	Contexto
	Fidelidade
	Alcance

A aceitabilidade da intervenção foi avaliada por meio dos seguintes indicadores: taxa de aceitação em participar do estudo, taxa de retenção dos pacientes (frequência nas sessões do Programa), taxa de adesão às recomendações da intervenção (uso da técnica de relaxamento e prática de alongamentos/caminhada em casa) e satisfação com o PCDC. A taxa de adesão às recomendações e a satisfação com a intervenção foram obtidas por meio do autorrelato no último dia do programa (questões abertas)⁽⁵²⁾. O cálculo das taxas foi realizado com base no número de participantes do grupo.

A viabilidade da intervenção foi avaliada por meio dos seguintes indicadores: disponibilidade e qualificação das interventoras, treinamento das interventoras (para entregar a intervenção), disponibilidade de recursos materiais (instrumentos de pesquisa, colchonetes para a prática do relaxamento, aparelho de som, carteiras para sessões em grupo, etc), contexto (ambiente tranquilo e agradável para as sessões em grupo), fidelidade (seguir de forma fidedigna o Manual da Intervenção e as atividades propostas) e alcance (atingir a população alvo)⁽⁵²⁾.

Variáveis de caracterização da amostra

As variáveis de caracterização da amostra deste estudo são apresentadas em dois grupos: variáveis sócio-demográficas (Quadro 5) e variáveis clínicas (Quadro 6).

Quadro 4 – Variáveis de caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos. São Paulo, 2019.

Variáveis	Categorias
Sexo	Feminino Masculino
Idade (em anos)	18 - 65
Escolaridade (em anos)	Ensino Superior Completo Ensino Médio Completo Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto
Estado marital	Com companheiro Sem companheiro
Situação profissional	Empregado/Autônomo Desempregado/Afastado Aposentado/Auxílio Doença

Quadro 5 – Variáveis de caracterização da amostra segundo dados clínicos. São Paulo, 2019.

Variáveis	Categorias
Diagnóstico da dor	Fibromialgia Bursite Artrose Hérnia discal Artrite
Doenças associadas	Hipertensão Diabetes tipo II Hipercolesterolemia Asma
Tempo de dor (meses)	≥ 6 meses
Atividade física regular	Sim Não
Medicamentos	Analgésicos Anti-inflamatórios Opioides fracos Opioides fortes Antidepressivos Neurolépticos Anticonvulsivantes Relaxantes musculares Anestésicos
Tempo de sono	≥6h ≤6h

Variáveis dependentes

Quadro 6 – Variáveis dependentes ou desfecho segundo categorias e pontuação. São Paulo, 2019.

Variáveis	Categorias	Pontuação
Autoeficácia	-	0 – 60
Intensidade da dor	Leve	1 – 3
	Moderada	4 – 6
	Intensa	7 – 10
Incapacidade	Leve/moderada	0 – 70
	Grave	71 – 100
	Extrema	101 – 150
Fadiga intensidade	Ausente	0
	Um pouquinho	1
	Moderada	2
	Muito	3
	Extremamente	4
Fadiga impacto	Consigo fazer tudo	0
	Consigo fazer quase tudo	1
	Faço algumas coisas	2
	Só faço o que tenho que fazer	3
	Consigo fazer muito pouco	4
Sintomas depressivos	Leves	0 – 15
	Moderados	16 – 20
	Graves	21 – 63

As variáveis dependentes (desfecho) deste estudo foram avaliadas por meio dos seguintes instrumentos:

Questionário de Auto-Eficácia sobre Dor

A crença em Auto Eficácia foi avaliada pelo *Pain Self-Efficacy Questionnaire* elaborada por Nicholas et al., em 1989 e validada no Brasil por Sardá Júnior et al.

(2007)⁽⁷³⁾. Baseada na teoria da autoeficácia de Bandura (1977)⁽¹⁹⁾, composta por 10 itens com pontuação por meio de escala tipo Likert variando de 0 (sem confiança) a 6 (completamente confiante), indicando o grau de confiança que o indivíduo apresenta para realizar atividades apesar da dor, assim, quanto maior a pontuação, maior a crença de autoeficácia do indivíduo⁽⁷³⁾. A versão em língua portuguesa demonstrou validade e confiabilidade aceitável entre os pacientes brasileiros com dor crônica⁽⁷³⁾ (Anexo B).

Escala Verbal Numérica de Dor

A intensidade da dor foi avaliada pela Escala Verbal Numérica (EVN) de dor que inclui a seguinte pergunta: "Diga-me, por favor, qual a intensidade média da dor na última semana, considerando 0 como nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar". A intensidade da dor foi categorizada como leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10), sendo esta escala considerada de simples e rápida aplicação com ampla utilização em pesquisas sobre dor⁽⁶⁹⁾.

Questionário para avaliação de incapacidade relacionada à dor

A Incapacidade foi avaliada pelo *Pain Disability Questionnaire* desenvolvido por⁽⁷⁴⁾ Anagnostis, Gatchel & Mayer (2004), traduzida e validada para a Língua Portuguesa por Giordano et al. (2012)⁽⁷⁵⁾. O Questionário mensura a incapacidade relacionada à dor e possui 15 itens divididos em dois domínios: aspectos físicos/funcionais (9 itens) e psicossociais (6 itens). O escore máximo para aspectos físicos/funcionais é de 90 pontos e para os aspectos psicossociais é de 60 pontos, totalizando 150 pontos a soma dos dois domínios. Os escores de incapacidade são classificados em leve/moderada (0-70), grave (71-100) e extrema (101-150). O questionário é considerado de rápida aplicação e fácil entendimento, com boas propriedades psicométricas⁽⁷⁵⁾ (Anexo C).

Pictograma de Fadiga

A fadiga foi avaliada pelo *The Fatigue Pictogram* desenvolvido por Fitch et al. (2003) e validado para a Língua Portuguesa para utilização no Brasil por Mota, Pimenta e Fitch (2009)⁽⁷²⁾. É instrumento ilustrado de fácil e rápida aplicação com o objetivo de avaliar a intensidade e o impacto da fadiga na vida do paciente. É

composto por duas questões com cinco ilustrações legendadas que avaliam a intensidade (nada cansado, um pouquinho cansado, moderadamente cansado, muito cansado e extremamente cansado) e o impacto da fadiga (eu consigo fazer tudo que habitualmente faço, eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço, eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço, eu só faço o que tenho que fazer e eu consigo fazer muito pouco)⁽⁷²⁾.

O instrumento não possui pontos de corte para diagnóstico ou classificação da intensidade da fadiga. Por isso, considera-se que quanto maior o item escolhido, maior a sensação e impacto da fadiga. Sua aplicação na prática clínica pode ser considerada vantajosa em indivíduos com baixa escolaridade devido à sua facilidade de compreensão e os resultados evidenciaram que suas propriedades psicométricas foram satisfatórias no Brasil⁽⁷²⁾ (Anexo D).

Inventário de Depressão de Beck

Os sintomas depressivos foram avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck (1961) validado para a Língua Portuguesa por Gorenstein e Andrade (1998) (Gorestein, Andrade, 1998)⁽⁷⁶⁾. O instrumento possui 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3, que demonstram a intensidade do sintoma, sendo o escore mínimo 0 e o máximo 63. Para pacientes sem diagnóstico prévio de depressão devem ser considerados escores entre 16 e 20 para disforia, 21 ou mais para depressão. Neste estudo, as categorias para verificação da intensidade dos sintomas depressivos foram leves (0-15), moderados (16-20) e graves (≥ 20)⁽⁷⁶⁾.

O Inventário de Depressão de Beck é utilizado com grande frequência em pesquisas e na aplicação clínica, pois possibilita verificar a presença e intensidade dos sintomas depressivos⁽⁷⁶⁾ (Anexo E).

5.5 Aspectos éticos

Este projeto seguiu todas as recomendações da Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁷⁷⁾ e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP pelo Parecer Nº 2.831.470/CAAE 94788818.3.0000.5392 (Anexo F) e pelo CEP do Hospital das

Clínicas da FMUSP (co-participante) pelo Parecer Nº 3.339.401/CAAE 94788818.3.3002.0068 (Anexo G).

5.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas do *Software Microsoft Excel®*. Os dados correspondentes às variáveis dependentes primárias (aceitabilidade e viabilidade) foram avaliados de forma qualitativa e os dados correspondentes às variáveis dependentes secundárias foram analisadas por meio do Programa Estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, no qual foram realizadas análises descritivas e inferenciais. As variáveis contínuas foram expressas por meio de média, desvio padrão e mediana, e as variáveis categóricas foram descritas em números brutos e percentuais. Os escores das variáveis do estudo foram comparadas por meio do teste t pareado de medidas repetidas antes e depois do PCDC. A análise da correlação entre a incapacidade e as demais variáveis (Autoeficácia, intensidade da dor, intensidade da fadiga, impacto da fadiga e sintomas depressivos) foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Pearson.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização dos participantes

Aceitaram participar do estudo 25 pessoas com dor crônica e destes, 15 concluíram o Programa de Controle da Dor Crônica (PCDC). A análise das características dos participantes do Programa (n=25) mostrou que 88% eram mulheres com idade média de 55 anos e em média 11 anos de estudo, 60% estavam desempregadas, afastadas do trabalho ou aposentadas. Em relação à situação marital, 52% não tinham companheiro (a) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra do Programa de Controle da Dor Crônica. São Paulo, 2019.

Variáveis	n*	%
Sexo		
Feminino	22	88,0
Masculino	3	12,0
Estado Marital		
Com companheiro(a)	12	48,0
Sem companheiro(a)	13	52,0
Anos de estudos		
Ensino Superior Completo	3	20,0
Ensino Médio Completo	8	53,3
Ensino Fundamental Completo	2	13,3
Ensino Fundamental Incompleto	2	13,2
Situação profissional		
Empregado/Autônomo	10	40,0
Desempregado/Afastado	8	32,0
Aposentado/Auxílio Doença	7	28,0

*Amostra = 25 participantes

Os participantes tinham em média 10 anos de dor e os principais diagnósticos etiológicos da dor foram: Fibromialgia, Bursite, Artrose, Hérnia discal e Artrite. As doenças associadas mais frequentes foram: hipertensão, diabetes tipo II, hipercolesterolemia e asma. Os medicamentos mais utilizados: analgésicos, anticonvulsivantes, opioides fracos, relaxantes musculares e antidepressivos. O tempo médio de sono foi de 5h30 por dia e 80% dos participantes eram sedentários.

6.2 Variáveis de caracterização da intervenção: Aceitabilidade e Viabilidade da Intervenção

6.2.1 Aceitabilidade

Os indicadores utilizados para avaliar a aceitabilidade da intervenção foram: taxa de aceitação, taxa de retenção, taxa de adesão às recomendações e satisfação com o Programa.

Durante o período de recrutamento e seleção, 202 pessoas foram avaliadas quanto à potencial participação no estudo. Destes, 48 pessoas preencheram os critérios de inclusão no estudo e declararam interesse em participar e 25 compareceram ao Programa de controle da dor. No período de coleta de dados foram realizados dois grupos: O grupo 1 (G1) iniciou com 11 participantes e 5 concluíram. Já o grupo 2 (G2) foi realizado na sequência e iniciou com 14 participantes, 10 concluíram. Considerando a soma dos dois grupos, 25 pessoas compareceram à primeira sessão, o que caracteriza a taxa de aceitação de 52%.

Entre as 25 pessoas que iniciaram o programa, 15 completaram, resultando em uma taxa de retenção de 60%. Vale lembrar que o programa incluiu 6 sessões e 56% dos participantes participaram de 4 a 6 sessões. Para compor os dados deste estudo, foi informado e estimulado aos participantes a importância do comparecimento na 6ª sessão para comparação dos dados antes e após o programa, além de haver 70% de frequência, ou seja, estar presente em pelo menos 4 sessões.

A taxa de adesão às recomendações do programa e a satisfação com o tratamento foram obtidas por autorrelato, no último dia do programa, por meio de

questões abertas. Os participantes relataram que no período do programa praticaram de duas a três vezes por semana a técnica de relaxamento (73,3%), o alongamento (100%) e a caminhada (53,3%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Adesão dos participantes às recomendações do Programa de Controle da Dor Crônica. São Paulo, 2019.

Pratica semanal n=15	Relaxamento		Alongamento		Caminhada	
	n	%	n	%	N	%
3x ou mais	6	40,0	10	66,6	6	40,0
2x ou mais	5	33,3	5	33,3	2	13,3
1x/semana	4	26,6	-	-	4	26,6
Nenhuma	-	-	-	-	3	20,0

A avaliação da estrutura do programa mostrou que diversos itens foram avaliados pelos participantes como “Ótimos”: acesso ao local (83,3%), sala usada para a intervenção (66,6%), conteúdo abordado (86,6%) e o número de sessões (46,6%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação do Programa de Controle da Dor Crônica segundo os participantes. São Paulo, 2019.

Categorias	Acesso ao local		Sala dos encontros		Conteúdo abordado		Nº de sessões	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ótimo	12	83,3	10	66,6	13	86,6	7	46,6
Bom	2	13,3	5	33,3	2	13,3	5	33,3
Regular	1	6,6	-	-	-	-	2	13,3
Ruim	-	-	-	-	-	-	1	6,6

O acesso ao local foi considerado adequado devido à facilidade de acesso e diversas alternativas do transporte público da cidade de São Paulo por meio de ônibus, trens e metros para chegar ao local da intervenção. Apesar desta facilidade, alguns participantes moravam longe e, nestes casos, a distância e o tempo dentro do

transporte foram pontos negativos, disparando cansaço e dor, além de limitações financeiras para pagamento do transporte.

A sala onde ocorreram as sessões da intervenção foi considerada adequada, limpa, com boa iluminação, acústica e temperatura, carteiras e colchonetes confortáveis, em local privativo, além de ser considerada confortável para o relaxamento, no entanto, alguns participantes relataram que a sala era quente (n=1) e pequena para a realização dos alongamentos (n=3).

O conteúdo abordado foi considerado impactante para a vida toda devido a modificação de pensamentos em relação ao mundo e a si mesmo. Os novos conhecimentos e habilidades proporcionaram o esclarecimento de muitas dúvidas referentes ao controle e convívio com a dor. Frente a isso, um dos participantes relatou que gostaria que o programa abordasse os conteúdos de forma mais aprofundada.

Apesar de 46,6% dos participantes terem considerado o número de sessões como “ótimo”, todos os participantes (100%) afirmaram que o programa deveria ter mais sessões ou poderia ser um programa contínuo, sem término, por causa de seus conteúdos interessantes, pelo desejo de aprender mais sobre a dor e para praticar em conjunto as habilidades aprendidas, pois sentem dificuldade em praticá-las individualmente.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de recomendar o programa para familiares, amigos e conhecidos, todos os participantes responderam que sim, que recomendariam. Alguns justificaram o motivo conforme os relatos a seguir:

“Sem dúvida. Aprende a respeitar as dores dos outros. Percebe que sempre tem gente pior. Forma de sincronizar ao invés de reclamar.”

“Me ajudou.”

“É maravilhoso!”

“Para eles também aprenderem a lidar com a dor.”

“Porque muitas pessoas estão precisando de muito apoio.”

“Acho interessante o conhecimento de exercícios e troca de experiência.”

“Me fez bem e com certeza indicaria”

“A importância de saber como conviver dia a dia com as dores crônicas.”

“Pelo acolhimento e motivação.”

“Seria muito bom se todos pudessem ter acesso”

A avaliação da satisfação com o programa indicou que 100% dos participantes ficaram satisfeitos. O nível de satisfação foi evidenciado pelos relatos dos participantes, conforme segue:

“Com certeza porque tudo que é oferecido é para o nosso bem-estar e melhora da qualidade de vida.”

“Muito! Forma de conhecer pessoas e profissionais sem custo nenhum. Ajuda porque as vezes deixo de procurar por falta de condições financeiras.”

“Aprendi muito e tenho que praticar.”

“Me senti muito acolhida pela equipe de profissionais e pelo grupo de pacientes. Fiquei muito incentivada para dar continuidade as orientações recebidas.”

“Eu aprendi muitas coisas que vou levar para minha vida.”

“Quando saio do encontro, me sinto muito bem e passo a semana muito bem.”

“Muito! Foi maravilhoso. Amei. Muito grata a todos do grupo.”

“O grupo foi sensacional.”

6.2.2 Viabilidade

Para avaliar a viabilidade do programa foram analisados a disponibilidade e qualificação das interventoras, treinamento, recursos materiais, contexto, fidelidade e alcance da intervenção.

Disponibilidade e qualificação das interventoras

As interventoras, responsáveis pela entrega do programa, estiveram disponíveis durante todo o período da intervenção, comparecendo em todas as sessões. O programa contou com quatro interventoras: uma enfermeira mestranda e principal pesquisadora, uma enfermeira doutora em enfermagem, com aprimoramento em Terapia Cognitivo-Comportamental, uma psicóloga com especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental e uma fisioterapeuta com especialização em Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, Reeducação Postural Global e Terapia Miofascial.

Treinamento das interventoras

O desenho da intervenção foi elaborado pelas enfermeiras, que treinaram as demais interventoras, com base no Manual da Intervenção (Apêndice C).

Recursos materiais

A sala onde a intervenção foi aplicada contava com carteiras (do tipo escolar, com apoio de braço), mesa e colchonetes. Os recursos materiais disponíveis para a intervenção eram: *notebook*, projetor, *pendrive*, *flipchart*, canetas hidrográficas coloridas para *flipchart*, aparelho de som, CD de músicas instrumentais suaves e os instrumentos impressos para coleta de dados^(69,72,73,75,76).

Para as estratégias educativas utilizou-se mesa, *notebook*, projetor, *pendrive* com a apresentação em *Microsoft PowerPoint®*, que foi utilizado como recurso visual e também para organizar a entrega do conteúdo programado. O *flipchart* e as canetas foram utilizados para anotações e esquemas.

Para o alongamento e técnica de relaxamento foram utilizados colchonetes. Além dos colchonetes, as interventoras utilizaram o aparelho de som com músicas suaves e sons da natureza para promover um ambiente relaxante.

Na primeira sessão os participantes receberam um kit com cartilha (Apêndice D) e folder (Apêndice E) sobre controle da dor crônica, com uma síntese dos principais temas discutidos ao longo do programa, além de uma caderneta para anotações e caneta. A cartilha e o folder foram utilizados como materiais de apoio e a caderneta

foi utilizada pelos participantes para registrar pensamentos, sentimentos e principais acontecimentos durante os intervalos entre as sessões semanais.

Durante a intervenção, alguns participantes relataram dificuldades para realizar os alongamentos em casa por conta de não se lembrarem exatamente das posições. Para facilitar a prática do alongamento em casa, as interventoras elaboraram uma cartilha simples (Apêndice G) com as principais posições dos alongamentos, que teve como base o livro “Alongue-se” ⁽⁷⁸⁾ e foi entregue aos participantes na sessão de revisão, um mês após o término do G2.

Contexto

O local das sessões localizava-se próximo ao HCFMUSP em região conhecida pelos participantes, com ampla oferta de transporte público.

A sala dos encontros localiza-se no primeiro andar com acesso exclusivo por meio de escada fixa, encontrava-se distante de demais atividades do prédio e da movimentação e sons da rua, promovendo privacidade aos participantes. Além disso, a sala possuía interruptor independente das demais salas, permitindo apagar as luzes para praticar a técnica de relaxamento.

O alongamento foi orientado e acompanhado pela fisioterapeuta em cinco sessões. Os participantes realizaram alongamentos na posição sentada ou deitada e os participantes com maior dificuldade receberam orientações para posições adaptadas. Na segunda sessão (primeiro dia de alongamento), alguns participantes sentiam-se desconfortáveis para deitar no colchonete e também havia medo de sentir dor, mas nas sessões seguintes já estavam mais encorajados pelos relatos positivos dos demais participantes e pela sensação de pertencimento ao grupo.

A técnica de relaxamento ocorreu em todas as sessões, na mesma sala, após o alongamento. Os participantes puderam escolher realizar a técnica de relaxamento sentados ou deitados. O relato verbal demonstrou que a maioria dos participantes apresentou facilidade de relaxar com a técnica utilizada, exceto uma paciente que tinha zumbido, que dificultava o relaxamento.

O ambiente social do programa buscou promover ambiente acolhedor com ênfase na compreensão, amizade e respeito. Além dos encontros presenciais, os

participantes mantiveram contato por meio de um grupo de *Whatsapp*® criado e acompanhado por uma das interventoras. O grupo de *Whatsapp*® permitia enviar lembretes das sessões e outras informações e levou à maior aproximação entre os participantes, com troca de informações e experiências. Este grupo permaneceu ativo mesmo com o término do programa.

Fidelidade

A entrega do Programa de Controle da Dor Crônica seguiu o Manual da Intervenção (Apêndice C) e teve como referenciais teóricos metodológicos: recomendações para aceitabilidade e viabilidade⁽⁵²⁾, Teoria da Autoeficácia⁽¹⁹⁾ e Terapia Cognitivo-Comportamental^(53–55,63).

Foi possível seguir a programação determinada para cada sessão, mesmo tendo alguma flexibilidade, permitindo a expressão verbal e emocional dos participantes. As interventoras respeitavam as situações que surgiam e procuravam controlar esses momentos de modo coerente.

Na 5ª sessão do G2, a sala original dos encontros encontrava-se em manutenção e a sessão precisou ser transferida para outra sala, mais ampla. Segundo os participantes e interventoras, nesta sala foi possível acomodar melhor os participantes, principalmente para a realização dos alongamentos. A mudança de sala não trouxe, portanto, nenhum prejuízo para o programa.

Assim, apesar das poucas situações não programadas, nenhum tópico proposto na intervenção deixou de ser entregue, permitindo considerar que a fidelidade ao Manual da Intervenção foi atingida no nível teórico e operacional.

Alcance

Para compreender o alcance da intervenção proposta, é preciso verificar se esta atingiu a população alvo e se os instrumentos de coleta de dados conseguiram mensurar as variáveis esperadas, e a opinião dos pacientes e interventores sobre seu preenchimento. Outro ponto importante a ser alcançado é a estimativa para o cálculo da amostra para que estudos posteriores obtenham sucesso.

A população alvo (pessoas com dor crônica) foi contemplada com a intervenção que proporcionou uma nova experiência de tratamento para manejo da dor crônica, além do tratamento convencional já vivenciado. Os participantes assíduos, sem nenhuma falta foram minoria (33,3%), enquanto que os participantes que faltaram uma ou mais sessões (66,6%) relataram ter faltado devido a compromissos de saúde e/ou pessoais.

Também foi possível identificar a taxa de desistência (40%) dos participantes que deixaram o programa antes de concluir, e os principais motivos foram:

- Compromissos pessoais (ex: cuidar de parentes e conhecidos, audiências judiciais e viagem agendada previamente) (16%);
- Incompatibilidade com o horário de trabalho (12%);
- Dor intensa e incapacitante (8%);
- Dificuldades financeiras para arcar com os custos da passagem (4%);

Portanto, participaram do Programa completo apenas pessoas sem ocupação fixa (desempregados, autônomos e aposentados) devido à maior disponibilidade de horário (quartas das 14h às 16h). O programa atingiu pessoas atendidas e acompanhadas por médicos especializados em Dor do ACDDA (ICHC-FMUSP), assim como pessoas sem acompanhamento específico para Dor Crônica (anúncio *Facebook*® e indicados).

Os instrumentos de coleta de dados respondidos pelos participantes tiveram tempo médio de preenchimento de 5 a 15 minutos e foram considerados de fácil e rápida compreensão, com exceção do Inventário de Depressão de Beck(76), que foi considerado difícil e alguns participantes precisaram de apoio das interventoras para preenchimento.

Este estudo permitiu calcular a amostra ideal para estudos futuros, com base na variabilidade do escore de incapacidade. A estimativa foi feita por meio do teste t pareado considerando um tamanho de efeito de 80%, erro tipo I de 5% e erro tipo II de 95%. Assim, para se obter efeito significativo em relação à redução da incapacidade, a amostra ideal deve ter 23 participantes ao final da intervenção.

Diante disso, e considerando que ao longo deste estudo piloto a perda de participantes foi de 40%, a amostra inicial deve ser de 46 participantes, 23 em cada grupo, pois mesmo que ocorra, por ventura, a perda de 50% dos participantes, ainda será possível manter o tamanho mínimo ideal da amostra ($n=23$) para se obter resultados significativos.

6.3 Variáveis desfecho: Efeitos do Programa de Controle da Dor Crônica

Ao final do programa verificou-se aumento significativo do escore de autoeficácia ($p=0,004$) e redução significativa da intensidade da dor ($p=0,024$), da incapacidade ($p=0,012$), da fadiga (intensidade; $p=0,016$ e impacto; $p=0,001$) e dos sintomas depressivos ($p=0,042$), evidenciando resultados positivos do programa em todas as variáveis analisadas (Tabela 4).

A intensidade da dor passou de intensa para moderada, a incapacidade passou de grave para leve/moderada e a fadiga foi reduzida, tanto na intensidade quanto no impacto para realização das atividades. Já o escore médio de sintomas depressivos, apesar da redução do escore médio, se manteve na mesma categoria, antes e após o programa, com sintomas leves.

Tabela 4 - Comparação das variáveis desfecho antes e após o programa. São Paulo, 2019.

Variáveis	Antes	Depois	Valor de p*
Autoeficácia	39,8	47,3	0,004
Intensidade da Dor	7,1	5,8	0,024
Incapacidade	80,3	62,9	0,012
Fadiga (Intensidade)	3,3	2,6	0,016
Fadiga (Impacto)	3,0	2,0	0,001
Sintomas depressivos	15,8	11,3	0,042

*Teste t pareado

Analisou-se também as correlações entre o escore de incapacidade e o escore das demais variáveis analisadas (autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas

depressivos). Encontrou-se correlação negativa moderada entre incapacidade e autoeficácia e correlações positivas moderadas entre incapacidade, fadiga e sintomas depressivos. Não se observou correlação significativa entre incapacidade e intensidade da dor (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre incapacidade e autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos. São Paulo, 2019.

	Incapacidade (Coeficiente de correlação)	Valor de p*
Autoeficácia	- 0,601	< 0,001
Intensidade da Dor	0,283	0,081
Fadiga Intensidade	0,585	< 0,001
Fadiga Impacto	0,603	< 0,001
Sintomas depressivos	0,545	< 0,001

*Correlação de Pearson

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a aceitabilidade, viabilidade e efeitos de uma intervenção interprofissional breve, denominada “Programa de Controle da Dor Crônica”. Esta intervenção teve como base as melhores evidências disponíveis sobre o manejo não farmacológico da dor crônica, incluindo educação sobre dor e seu controle, estratégias cognitivo-comportamentais, práticas de alongamento e técnicas de relaxamento, no formato de colaboração interprofissional^(29,79,80).

A intervenção testada no presente estudo foi composta de seis sessões de duas horas, aplicada por equipe interprofissional, incluindo duas enfermeiras, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. A maior parte das intervenções para manejo da dor crônica descritas na literatura inclui de 8 a 12 sessões e decidiu-se testar este formato de intervenção breve (6 sessões) na forma de estudo piloto para avaliar sua aceitabilidade, viabilidade e potenciais efeitos.

7.1 Caracterização dos participantes

A análise das características dos participantes deste estudo mostrou um perfil típico de pessoas com dor crônica, com predomínio de mulheres, idade média de 55 anos, desempregadas ou afastadas do trabalho, com dor há mais de 10 anos, sedentárias e com prejuízos no padrão de sono.

Pesquisas que analisaram populações com dor crônica descrevem predomínio de mulheres, com idade entre 40 e 58 anos, cerca de 11 anos de escolaridade e fora do mercado de trabalho^(11,18,21,28,30,79–86).

O tempo médio de dor entre os participantes do presente estudo foi de 10 anos, assim como observado em outros estudos desenvolvidos em populações com dor crônica^(28,30,86).

Em relação ao padrão de sono, identificou-se em torno de 5 horas de sono por noite, entre os participantes deste estudo, à semelhança de outros estudos em pessoas com dor crônica^(81,85). Observou-se também elevada taxa de sedentarismo, característica frequente em populações com dor crônica^(87,88).

Nesta pesquisa, os principais diagnósticos etiológicos da dor foram: Fibromialgia, Bursite, Artrose, Hérnia discal e Artrite, à semelhança de outros estudos que analisaram populações com dor crônica^(18,30,35,83).

Além dos diagnósticos etiológicos da dor, os participantes também referiram doenças associadas, entre elas hipertensão, diabetes tipo II, hipercolesterolemia e asma, que são frequentes na população geral e também apareceram em outros estudos que analisaram pessoas com dor crônica^(35,89).

Já em relação ao tratamento farmacológico verificou-se que os medicamentos mais utilizados pelos participantes deste estudo foram os analgésicos, anticonvulsivantes, opioides fracos, relaxantes musculares e antidepressivos, refletindo as recomendações nacionais e internacionais para manejo da dor crônica^(41,90–92).

7.2 Variáveis de caracterização da intervenção: Aceitabilidade e Viabilidade da Intervenção

No presente estudo a intervenção para manejo da dor crônica incluiu quatro componentes principais: educação sobre dor e seu controle, estratégias cognitivo-comportamentais, práticas de alongamento e técnicas de relaxamento.

A análise da aceitabilidade da intervenção mostrou pontos fortes e fragilidades. A taxa de aceitação (52%) para participar da intervenção e a taxa de retenção foram moderadas (60%). A adesão às recomendações do programa foi muito boa em relação às técnicas de relaxamento (73,3%) e alongamento (100%) e foi moderada em relação à prática da caminhada (53,3).

A estrutura da intervenção também foi avaliada em relação ao conteúdo oferecido, local de entrega, facilidade de acesso ao local e número de sessões, como parte da avaliação da aceitabilidade da intervenção.

De modo geral, estes aspectos foram muito bem avaliados, exceto o número de sessões, que todos os participantes avaliaram como insuficiente, referindo que gostariam que o programa continuasse, com número maior de sessões. Esta

declaração parece estar relacionada a motivos positivos e pessoais, pois a intervenção em grupo parece ter contribuído para melhorar a sociabilidade e o senso de pertencimento dos participantes.

A intervenção testada no presente estudo foi aplicada em sessões semanais de duas horas, durante 6 semanas, totalizando 12 horas de programa.

Estudo nacional semelhante, composto por programa psicoeducativo para manejo da dor crônica aplicado por equipe multiprofissional, com estratégias cognitivo-comportamentais, teve duração de oito semanas com dois encontros semanais, e com duas horas de duração, totalizando 32 horas. Em cada sessão os pacientes realizavam alongamento e momentos em grupo psicoeducativo com temas programados. Após a participação no programa, identificou-se redução significativa da intensidade da dor, incapacidade, e sintomas depressivos⁽¹⁸⁾.

A comparação do estudo descrito anteriormente⁽¹⁸⁾ com a presente pesquisa permite afirmar que os dois programas obtiveram resultados semelhantes, porém o presente estudo demonstra vantagens em relação ao menor tempo de duração da intervenção para atingir resultados similares.

Ainda em relação a avaliação da aceitabilidade da intervenção verificou-se que todos os participantes (100%) afirmaram que ficaram satisfeitos e recomendariam esta intervenção para amigos ou familiares com dor crônica, indicando elevada aceitabilidade da intervenção em relação a outros programas que obtiveram satisfação média de 90% ^(23,30).

A análise da viabilidade da intervenção incluiu avaliação da disponibilidade e qualificação das interventoras, treinamento, recursos materiais, contexto e alcance da intervenção. Estes aspectos foram avaliados pelas interventoras e participantes do programa.

A qualificação das interventoras no presente estudo foi semelhante à observada por outros autores^(23,29,79), com destaque para uma enfermeira mestranda, uma enfermeira com aprimoramento em TCC e Doutorado na área de dor crônica, uma psicóloga com especialização em TCC e uma fisioterapeuta com especialização

em Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, Reeducação Postural Global e Terapia Miofascial.

Revisão sistemática que analisou intervenções multidisciplinares com educação para manejo da dor crônica destacou que as intervenções foram executadas por pelo menos dois profissionais de diferentes disciplinas, sendo mais frequentes os fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros⁽⁷⁹⁾. A educação em dor e a abordagem interprofissional são aspectos fundamentais para a qualidade do cuidado ao paciente com dor⁽³⁷⁾.

Quanto aos recursos materiais, os participantes deste programa receberam um Kit com cartilha, folder, caderneta e caneta. A cartilha e o folder continham sínteses dos principais tópicos que foram abordados no PCDC. De acordo com os relatos dos participantes, estes materiais foram importantes para compreender os tópicos que seriam abordados durante o programa e também possibilitou aos familiares e amigos compreender melhor o que é a DC e possibilitou momentos de diálogos e exposição de sentimentos. Estes materiais foram elaborados exclusivamente para utilização nesta intervenção, por profissionais especializados e experientes na área de dor crônica, mas não passaram pelo processo de validação.

Outros estudos semelhantes com enfoque educativo também utilizaram materiais impressos e caderno para anotações como elementos da intervenção e obtiveram resultados positivos, além de recomendar e evidenciar seu potencial para colaborar no conhecimento sobre dor crônica^(23,79,93,94).

A realização de alongamento, um dos elementos da intervenção, foi essencial para os participantes, já que a maioria era sedentário e medo e evitação da dor são frequentes em pacientes com dor crônica, podendo levar a desfechos negativos^(95–97).

Durante a prática do alongamento, foi possível observar a relevância do contexto do grupo, evidenciada pelo no apoio mútuo e incentivo observados entre os participantes. A observação de experiências é uma das fontes de informação da crença de autoeficácia. Segundo a Teoria da Autoeficácia indivíduos que observam outros realizando tarefas desafiadoras tendem a se sentir motivados a realizá-las, o que fortalece a percepção de autoeficácia⁽¹⁹⁾.

Após o alongamento os participantes do grupo realizavam a técnica de relaxamento muscular progressiva, orientada pelas enfermeiras, com músicas compostas de sons da natureza e instrumentos suaves, para facilitar o relaxamento físico e mental. Outros estudos testaram técnicas de relaxamento, meditação e controle do estresse em pacientes com dor crônica e encontraram resultados positivos^(18,98).

Estudo que analisou os efeitos de uma intervenção de quatro semanas com relaxamento muscular progressivo evidenciou redução nos sintomas de ansiedade e depressão de pessoas com dor crônica⁽⁹⁸⁾.

A autopercepção do estado fisiológico também é uma das fontes de informação da crença de autoeficácia e pode ser melhor compreendida por meio do relaxamento físico e mental⁽¹⁹⁾. Assim, as técnicas de relaxamento foram utilizadas para favorecer o fortalecimento desta crença, que contribui para o sucesso do tratamento.

Intervenção baseada em TCC que utilizou o relaxamento como um dos elementos do programa mostrou que o grupo experimental apresentou melhora da crença de autoeficácia, que facilitou o controle da dor crônica⁽²³⁾.

O alongamento e as técnicas de relaxamento são elementos que potencializam a intervenção, proporcionando mudanças mais expressivas, se comparadas a intervenções que utilizam somente a educação em dor⁽⁹⁹⁾.

Um mês após a intervenção do G2 foi realizada uma sessão extra com o intuito de revisar o conteúdo do programa, esclarecer possíveis dúvidas e entregar a cartilha de alongamento, que foi elaborada para atender à solicitação dos participantes do estudo. Recomenda-se que futuros estudos utilizem material de apoio para facilitar a prática do alongamento em casa, direcionada aos participantes.

O alcance da intervenção foi considerado adequado, pois foi possível atingir a população alvo, os instrumentos de coleta de dados conseguiram mensurar as variáveis esperadas e foi possível calcular a amostra para futuros estudos, conforme descrito em resultados. No entanto, a perda de pacientes ao longo do programa foi elevada (40%) e deve ser minimizada em futuros estudos. Pesquisas semelhantes mostraram perdas entre 11 a 50% ao longo do programa^(29–31,100).

Nota-se, portanto, que a avaliação da aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção exige a análise de diversos aspectos, que juntos compõem uma visão global da estrutura e processo da intervenção⁽⁵²⁾.

Diante do exposto neste estudo, evidencia-se que a realização deste tipo de intervenção pode obter resultados ainda mais promissores caso o local de entrega seja em locais próximos às residências dos participantes como, por exemplo, nas Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, há facilidade em relação à distância, pois o deslocamento torna-se menor e pode não haver necessidade do uso de transporte pago. Outro ponto importante que pode ser um fortalecedor, é a possibilidade dos participantes criarem laços mais fortes, já que são usuários do mesmo serviço e podem ser até mesmo vizinhos, tornando a oportunidade de participação ainda maior pelo incentivo do colega. O que mais uma vez, fortaleceria a crença de autoeficácia.

Estudos destacam a valorização de programas em grupo realizados na atenção básica e, principalmente, em unidades que possuem Estratégia Saúde da Família, pois promovem a educação em saúde e participação ativa do participante, transformando seu comportamento em busca de melhores resultados em sua saúde^(101–103).

7.3 Variáveis desfecho: Efeitos do Programa de Controle da Dor Crônica

Os efeitos da intervenção também foram avaliados, como desfechos secundários, e mostraram resultados promissores, com melhora significativa da autoeficácia e redução da intensidade da dor, da incapacidade, da fadiga e dos sintomas depressivos.

Para a execução do PCDC foram utilizadas estratégias educativas, fundamentais para o alcance dos resultados obtidos.

Revisão sistemática com meta-análise investigou os efeitos de 14 ensaios clínicos randomizados que testaram intervenções compostas por estratégias educativas e fisioterapia para pessoas com dor crônica⁽¹⁰⁴⁾. Os resultados mostraram

que 13 dos 14 estudos analisados evidenciaram efeitos significativos destas intervenções na intensidade da dor em curto e longo prazo e na incapacidade em longo prazo⁽¹⁰⁴⁾. Intervenções que incluem estratégias educativas apresentam resultados mais expressivos quando comparadas à intervenções que oferecem apenas fisioterapia^(29,104).

Diversas pesquisas têm reforçado a importância da educação sobre dor para pessoas com dor crônica^(23,79,99). Dentre os estudos que testaram intervenções educativas, muitos destacam o papel da TCC como recurso impulsionador da modificação de comportamentos frente a experiência dolorosa, ressaltando efeitos positivos também em relação à autoeficácia, incapacidade, fadiga e sintomas depressivos^(23,29,79,100,105–107).

7.4 Efeitos do Programa na crença de autoeficácia

O conteúdo desta intervenção foi elaborado com o intuito de reforçar a crença de autoeficácia⁽¹⁹⁾, que tem demonstrado ser uma variável mediadora dos efeitos positivos no manejo da dor crônica.

Revisão sistemática analisou o impacto da crença de autoeficácia em pessoas com artrite reumatoide e concluiu que autoeficácia elevada esteve associada à redução da dor, dos sintomas depressivos e da ansiedade⁽⁶¹⁾. Este estudo destacou também que indivíduos com autoeficácia elevada são mais positivos, aceitam melhor sua condição de saúde e demonstram-se mais dispostos para realizar exercícios físicos⁽⁶¹⁾.

No presente estudo os pilares da crença de autoeficácia foram trabalhados ao longo da intervenção, por meio da valorização das realizações pessoais, da observação dos colegas do programa, da persuasão verbal das interventoras (reforço positivo e incentivo), e das técnicas de relaxamento. O ambiente acolhedor promovido durante os encontros também pode ter contribuído para aumentar os escores de autoeficácia após o programa, favorecendo o alcance dos objetivos propostos.

Pesquisas apontam a crença de autoeficácia como um elemento-chave a ser trabalhado com pessoas com dor crônica, visto que a autoeficácia baixa está

associada à maior intensidade da dor, sintomas depressivos, fadiga e incapacidade, dificultando a adesão aos tratamentos propostos^(20,21,23,35,108).

Outra característica que pode explicar o sucesso da intervenção, se refere ao contexto de grupo, que favorece o suporte entre os membros, que têm problemas semelhantes e se sentem fortalecidos e instigados a viver bem, apesar da dor crônica⁽¹⁰⁹⁾. A intervenção em grupo reforça também o segundo pilar da autoeficácia, pois permite as experiências vicárias ou observação de experiências⁽¹⁹⁾.

7.5 Efeitos do Programa na dor, incapacidade, fadiga e sintomas depressivos

Este estudo buscou avaliar também os efeitos do PCDC na intensidade da dor, na incapacidade, nos sintomas de fadiga e de depressão.

Diversas pesquisas confirmam a importância das estratégias de educação em dor, com ênfase nos conhecimentos sobre a neurofisiologia da dor, para pessoas que sofrem de dor crônica^(29,99,110). Esta abordagem promove mudanças nas crenças e nos comportamentos, resultando em melhora significativa na saúde mental e na funcionalidade, com redução da intensidade da dor^(29,99,110).

A comparação da intensidade média da dor antes e após o PCDC mostrou redução significativa da intensidade da dor, passando de “dor intensa” (EVN= 7,1) para “dor moderada” (EVN=5,8), à semelhança de outras intervenções para manejo da dor crônica realizadas de modo presencial ou por telemonitoramento^(84,100,104,106,111,112).

Em relação à incapacidade, a média do escore passou de “grave” (80,3), antes da intervenção, para “leve/moderada” (62,9) após a intervenção, mostrando redução significativa do escore de incapacidade. Estes achados confirmam os efeitos positivos do PCDC na melhora da funcionalidade de pessoas com dor crônica, como observado em outras intervenções semelhantes^(21,89,112).

A funcionalidade é essencial para a manutenção da capacidade de trabalho. Estudo que comparou pessoas com e sem dor crônica demonstrou que os indivíduos

com dor intensa têm menor chance de ter um trabalho, em comparação com aqueles que apresentam dor leve a moderada, destacando as perdas de produtividade e o pior desempenho no trabalho⁽⁸⁰⁾.

Revisão sistemática que analisou 41 Ensaios Clínicos Randomizados, comparou o cuidado usual associado a tratamentos físicos, em relação à intervenção com reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para pessoas com dor lombar crônica. Os autores concluíram que os pacientes que receberam tratamento biopsicossocial multidisciplinar apresentaram menor intensidade de dor e menos incapacidade em comparação àqueles que recebem apenas cuidados usuais e tratamento físico⁽¹¹³⁾.

Enfatiza-se, portanto, a relevância de intervenções com enfoque educativo, psicossocial e interprofissional no manejo da dor crônica.

O presente estudo analisou também os efeitos do PCDC na fadiga. Os resultados indicaram diminuição significativa na intensidade e no impacto da fadiga. Pesquisa que comparou pessoas com dor lombar crônica submetidas a programa interdisciplinar ou a sessões de fisioterapia mostrou que o programa interdisciplinar promoveu redução significativa na fadiga, o que corrobora com os achados do presente estudo em relação à fadiga⁽²⁹⁾.

Sintomas depressivos também são frequentes em pessoas com dor crônica^(80,84,114,115), daí a recomendação de utilizar abordagens psicoeducativas e comportamentais em programas para dor crônica, como o testado no presente estudo^(18,80,100,107). A análise dos efeitos do PCDC mostrou redução significativa nos sintomas depressivos, mesmo no formato breve, com seis semanas de duração.

Apesar deste estudo ser um estudo piloto, é possível afirmar que o PCDC obteve resultados positivos no manejo da dor crônica e tem potencial para ser testado em estudos mais robustos.

7.6 Correlação entre a incapacidade e as demais variáveis

A incapacidade relacionada à dor pode levar a redução de produtividade, absenteísmo, afastamento do trabalho, isolamento social, depressão, entre outros

prejuízos^(35,80,89). Considerando-se este impacto negativo da incapacidade na vida de pessoas com dor crônica o presente estudo testou a possível correlação entre incapacidade e as demais variáveis analisadas: autoeficácia, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos.

Identificou-se correlação negativa moderada entre incapacidade e autoeficácia, evidenciando que quanto maior o escore de autoeficácia, menor o escore de incapacidade. Em contrapartida, não observou-se correlação significativa entre incapacidade e intensidade da dor, o que confirma achados de outros estudos, que indicam que não há linearidade nesta relação entre dor e incapacidade^(116,117).

Pesquisa realizada no Japão analisou incapacidade, autoeficácia, ansiedade e depressão e intensidade da dor em pessoas com dor crônica⁽¹¹⁶⁾. Os resultados mostraram que as alterações na ansiedade e depressão não foram associadas com a incapacidade, enquanto que a elevação da autoeficácia esteve relacionada à diminuição da incapacidade, mas a dor não apresentou correlação com a incapacidade⁽¹¹⁶⁾. Outros autores sugerem que o tratamento para dor crônica deve ter foco na melhora das crenças de autoeficácia, que têm potencial para contribuir na redução da incapacidade^(108,116).

Já a análise da relação entre incapacidade e fadiga mostrou correlação positiva e moderada tanto para a intensidade quanto para o impacto da fadiga, indicando que quanto maior a fadiga, maior a incapacidade. Achados semelhantes foram observados em estudo português, que evidenciou relação significativa entre dor e fadiga e também entre fadiga e incapacidade em pessoas com dor crônica⁽¹⁶⁾.

A avaliação da relação entre incapacidade e sintomas depressivos no presente estudo demonstrou correlação positiva e moderada, indicando que quanto mais sintomas depressivos, maior o grau de incapacidade. Estudos sugerem que trabalhar a diminuição destes sintomas pode ser considerado um plano significativo para diminuição da incapacidade^(21,114,115,118,119).

7.7 Limitações

Este estudo tem limitações, que devem ser apontadas. Em primeiro lugar utilizou-se um método pouco usual para o recrutamento de pacientes (rede social - *Facebook®*), devido à dificuldade encontrada na disponibilidade e possibilidade de participação dos pacientes do ACDDA do ICHC-FMUSP. As dificuldades relatadas pelos potenciais participantes do PCDC estavam relacionadas à dificuldade de acesso ao local do estudo e dificuldades financeiras para pagar o transporte, o que também esteve associado às perdas ao longo da intervenção, resultando em uma amostra muito pequena, que pode ser considerada a principal limitação.

Outra limitação, durante a entrega da intervenção, foi a relativa dificuldade de acesso para pessoas com dificuldades de locomoção, visto que a intervenção foi realizada no primeiro andar do prédio do Laboratório de Habilidades em Enfermagem e o elevador do encontrava-se inoperante.

Os instrumentos de coleta de dados deste estudo foram aplicados pelas interventoras, o que pode ter influenciado de alguma maneira as respostas dos participantes, pois estes possuíam ciência de que a interventoras teriam acesso aos instrumentos identificados.

7.8 Forças

O PCDC foi complementar ao tratamento medicamentoso para a dor crônica. A realização deste estudo piloto apresenta dados que permitirão o refinamento da proposta de intervenção interprofissional breve para manejo da dor crônica. Em breve, será possível testar esta intervenção com desenhos de estudo mais robustos e amostras maiores, pois são escassas as intervenções nacionais desta natureza, para pessoas com dor crônica.

7.9 Recomendações para estudos futuros

- Elaboração de programas com amostras maiores e maior tempo de seguimento para avaliar a manutenção dos efeitos da intervenção em longo prazo,
- Utilização de desenhos de estudo mais robustos, como ensaio clínico randomizado.
- O local da intervenção deve ser calmo, distante de movimentações de pessoas e veículos para promover melhor relaxamento e atenção.
- O local das sessões deve ser em piso térreo ou em local que possua elevador operante para facilitar o acesso a pessoas com mobilidade prejudicada.
- O local deve ser espaçoso para facilitar a realização dos alongamentos;
- O local deve contar com bebedouro ou jarra de água;
- O local deve ter temperatura agradável, preferencialmente com janelas amplas ou ar condicionado;
- Avaliar a possibilidade de utilizar outros instrumentos para avaliar sintomas depressivos, visto que o Inventário de Depressão de Beck mostrou-se um instrumento complexo. Muitos participantes do estudo apresentaram dificuldade de compreensão, necessitando de ajuda das interventoras.

8. CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

A intervenção interprofissional breve foi considerada aceitável e viável para pacientes com dor crônica. Além disso, contribuiu para melhorar a percepção de autoeficácia e diminuir a incapacidade, intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos de pessoas com dor crônica, indicando o potencial da intervenção a ser testada em futuros estudos.

9. REFERÊNCIAS

9. REFERÊNCIAS

1. Raja S, Car D, Cohen M, Finnerup M, Flor H, Gibson S et al. IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment. *Int Assoc Study Pain* [Internet]. 2019; Available from: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>
2. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira-junior JO de, Correia LMF, Oliveira CM de, Fonseca PRB da. Definição de dor revisada após quatro décadas. *Br J Pain* [Internet]. 2020;3(3):197–8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922020000300197&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Pimenta C. *Dor: manual clínico de enfermagem*. São Paulo; 2000.
4. Treede R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 15];156(6):1003–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450869/>
5. Vieira ÉBM, Garcia JBS, Silva AAM, Araújo RLTM, Jansen RCS. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *J Pain Symptom Manag* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15];44(2):239–51. Available from: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00212-6/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(12)00212-6/fulltext)
6. Grol-Prokopczyk H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. *ncbi.nlm.nih.gov* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 15];158(2):313–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5242384/>
7. Raftery M, Sarma K, Murphy A, Harpe DD Ia, Normand C, McGuire B. Chronic pain in the Republic of Ireland—community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, Part 1. *Pain* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 15];152(5):1096–103. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395911000261?casa_token=Ltph1hjnyB4AAAAA:sQnx5y_yem_xe1A9MbDInNOG-u5zWFJ37mrh-pzIOA1ZbST8m_HUBKWgjumqTBMRjqu8UZUrSao
8. Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan: A second survey of people with or without

- chronic pain. *J Orthop Sci* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 17];19(2):339–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00776-011-0102-y>
9. Azevedo L, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias C. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15];13(8):773–83. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590012006645>
 10. Wong WS, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. *J Pain*. 2011 Feb 1;12(2):236–45.
 11. Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Br J Pain* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 17];1(2):176–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922018000200176&script=sci_arttext
 12. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15];13(2):111–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000200003&script=sci_arttext&lng=pt
 13. Harvard Medical School. Pain Relief Without Drugs or Surgery - Harvard Health [Internet]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.health.harvard.edu/pain/pain-relief-without-drugs-or-surgery>
 14. Pinheiro R, Uchida R, Mathias L, Perez M, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15];63(3):213–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000300213&script=sci_arttext&lng=pt
 15. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, McGillion M. Prevalência de fadiga e fatores relacionados em pacientes com dor lombar crônica. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 15];21(spec):1–8. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
 16. Fraga M, Pinheiro JP, Costa JS, Ramos S, Pedro L. Dor Lombar Crônica e Fadiga: Um Estudo Clínico na População Portuguesa. *Rev da Soc Port Med Física e Reabil* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 17];28(2):15–9. Available from: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/6847>

17. Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 17];45(2):508–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200029&script=sci_arttext&lng=pt
18. Salvetti M, Cobelo A, Vernalha P, Vianna C, Canarezi L, Calegare R. Efectos de un programa psicoeducativo en el control del dolor crónico. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 17];20(5):07-telas. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2814/281424796011/>
19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977 [cited 2020 Apr 15];84(2):191–215. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>
20. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 15];41(1):135–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100018&script=sci_arttext
21. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15];46(spe):16–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700003&script=sci_arttext
22. Broderick J, Keefe F, Bruckenthal P. Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15];155(9):1743–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395914002577>
23. Nash V, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 15];14(4):236–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212000458>
24. Kawi J. Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15];15(1):258–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001476>
25. Manias E, Gibson SJ, Finch S. Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. *Pain Med* [Internet]. 2011 [cited 2020

- Apr 15];12(8):1199–215. Available from: <https://academic.oup.com/painmedicine/article-abstract/12/8/1199/1829093>
26. Prevost V, Delorme C, Grach M-C, Le Chvetzoff G, Hureau M. Therapeutic Education in Improving Cancer Pain Management: A Synthesis of Available Studies. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2020 Apr 15];33(6):599–612. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909115586394>
 27. Mehlsen M, Heegaard L, Counseling LF. A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 15];98(5):677–80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399115000142>
 28. Gagnon CM, Scholten P, Atchison J. Multidimensional Patient Impression of Change Following Interdisciplinary Pain Management. *Pain Pract*. 2018 Nov 1;18(8):997–1010.
 29. Davin S, Lapin B, Mijatovic D, Fox R, Benzel E. Comparative Effectiveness of an Interdisciplinary Pain Program for Chronic Low Back Pain, Compared to Physical Therapy Alone. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];44(24):1715–22. Available from: https://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2019/12150/Comparative_Effectiveness_of_an_Interdisciplinary.10.aspx?casa_token=FYGzKCKzrmUAAAAA:54M_HZ8wiMO7Bmn6wYt4970hNhEamD5OCisgIdaA4HHHEqw3pDncxNdaqS5AvptMq2jqdqR8HhgSM8soqFTeLRnbiDk
 30. Casey MB, Cotter N, Kelly C, Mc Elchar L, Dunne C, Neary R, et al. Exercise and Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Case Series with One-Year Follow-Up. *Musculoskeletal Care*. 2020 Mar 1;18(1):64–73.
 31. Dysvik E, Kvaløy JT, Natvig GK. The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: A 6- and 12-month follow-up study. *J Adv Nurs*. 2012 May;68(5):1061–72.
 32. Vieira EB de M. Programa para aumentar a autoeficácia e diminuir o medo da dor e evitação do movimento em pacientes com lombalgia crônica - PROAME [Internet]. 2016. Available from: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12052017-153543/pt-br.php>
 33. Watt-Watson J, Baptista AF, Carr EC, Hughes JH, Jamison RN, Kariuki HN. IASP Interprofessional Pain Curriculum Outline - IASP [Internet]. International Association for

- the Study of Pain. 2019 [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2057>
34. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface-Comunicação* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 15];20(59):905–16. Available from: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/905-916/en/>
 35. Souza M, Hortense P, Napoleão AA, Stefane T. Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. *Rev Eletronica Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 18];18. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/e5ad/218551e7a9d72fc589dc835f171be117c393.pdf>
 36. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM. TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. *TrabEducSaúde* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 15];18(s1):e0024678. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000400401&script=sci_arttext&lng=pt
 37. Gordon DB, Watt-Watson J, Reports BBH. Interprofessional pain education—with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. *Pain* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 15];3(3):1–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5999416/>
 38. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 15];377(9784):2226–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611604029>
 39. Nicholas M, Molly A, Tonkin L, Beeston L. Practical and positive ways of adapting to chronic pain: manage your pain. Sidney: ABC Books; 2001.
 40. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2020 Apr 15];18(3):285–93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300009&script=sci_arttext
 41. Cuomo A, Bimonte S, Forte CA. Multimodal approaches and tailored therapies for pain management: the trolley analgesic model. *J Pain Res* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 15];12:711–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388734/>
 42. Kaiser U, Kaiser U, Treede R-D, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need for further clarification? Development of

- measurement instruments for IMST View project OMERACT View project Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need fo. Pain [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 15];158(10):1855–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000902>
43. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. Med Clin [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 15];100(1):55–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.012>
 44. Müller-Schwefe G, Alon E. Treatment for chronic low back pain: the focus should change to multimodal management that reflects the underlying pain mechanisms. Curr Med Res Opin [Internet]. 2017 Jul 3 [cited 2020 Apr 15];33(7):1199–210. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03007995.2017.1298521>
 45. Deckert S, Kaiser U, Kopkow C, Trautmann F, Sabatowski R, Schmitt J. A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain. Vol. 20, European Journal of Pain. Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 51–63.
 46. Gold MS, Pogatski-Zahn ME, Wallace MS. Physical Activity and Exercise for Pain. In: Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain. Washington D C: IASP Press; 2018.
 47. Dysvik E, Kvaløy JT, Stokkeland R, G K Natvig. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010 [cited 2020 Apr 17];47(7):826–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909003939>
 48. Demir Y. Non-Pharmacological Therapies in Pain Management [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 18]. Available from: www.intechopen.com
 49. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) Tradução da 5a edição [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
 50. Ruehlman LS, Karoly P, Enders C. A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self management program. Pain [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15];153(2):319–30. Available from:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395911006269>
51. Morales-Fernandez A, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Moreno-Martin G, Vergara-Romero M, Ortigosa IG, et al. Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: An open, randomized controlled parallel study protocol. *J Adv Nurs*. 2016 May 1;72(5):1182–90.
 52. Sidani S, Braden C. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. 2011 [cited 2020 Apr 15]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=qYmHZFGb4OgC&oi=fnd&pg=PT10&dq=Sidani+S,+Braden+CJ.+Design,+evaluation,+and+translation+of+nursing+interventions.+John+Wiley+%26+Sons,+2011.&ots=ZCkGwYgWAc&sig=2L94eGTDdtuhXngUiZdnCzv3O5A>
 53. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain Efficacy, Innovations, and Directions for Research. *psycnet.apa.org* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 18];69(2):153–66. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/a0035747>
 54. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *Am Psychol* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 18];69(2):178–87. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2014-04960-007?casa_token=ozxr-1fxRhIAAAAAA:j-v8qtcqKFf9qsA8DC9L-t3tjcOsGNCcijDxdINxKqaz_kg9V4hBYv783mnt3-sT-9GhrJKXv8Rva6M01eThKSz2
 55. Bieling PJ, McCABE RE, Antony MM. Terapia cognitivo-comportamental em grupos [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2009 [cited 2020 Apr 18]. Available from: https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=XHuvCkCgs0C&oi=fnd&pg=PA8&dq=Bieling+PJ,+McCabe+RE,+Antony+MM.+Terapia+cognitivo-comportamental+em+grupos.+Trad+de+Ivo+Haun+de+Oliveira.+Porto+Alegre:+Artmed%3B+2009.&ots=deLc9R_g3_&sig=qsdA6ivW0VNORWqdbi_MS
 56. Bandura A. Social foundations of thought and action. NJ: Englewood Cliffs; 1986.
 57. Bandura A, Azzi R, Polydoro S. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. 2009;
 58. Salvetti MG, Pimenta CAM, Lage L V, Oliveira-junior JO, Rocha JO. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Rev Psiq Clin* [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 15];34(3):111–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000300002&script=sci_arttext

59. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15];15(8):800–14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152659001400724X>
60. Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Luque-Suarez A. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. Vol. 36, *Physiotherapy Theory and Practice*. Taylor and Francis Ltd; 2020. p. 21–37.
61. Martinez-Calderon J, Zamora-Campos C, Navarro-Ledesma S, Luque-Suarez A. The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review [Internet]. Vol. 19, *Journal of Pain*. 2018 [cited 2020 Apr 15]. p. 10–34. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590017306995?casa_token=CdC2Lzv12VAAAAAA:jDj2o1HcRwF3V--h21jNAzK5phdADpK73w3X46c3RNYDvaa_N_RQklDpcrm5YTQUI6i0w9UobCQ
62. Palermo TM, McCracken LM, Nicholas MK. Psychological Treatment for Chronic Pain: Improving Access. In: *Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain*. Washington D C: IASP Press; 2018.
63. Beck J. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. São Paulo: Artmed; 2013.
64. AT Beck. Thinking and depression: II. Theory and therapy. 1964 [cited 2020 Apr 18]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488562>
65. Knapp P, AT Beck. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2020 Apr 18];30:s54–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600002&script=sci_arttext&tlng=pt
66. Beck J. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
67. COFEN. PARECER NORMATIVO Nº 002/2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-0022012_53515.html
68. Polit D, Beck C. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 2011 [cited 2020 Apr 15]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=pt->

- BR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Polit+FD,+Beck+CT.+Fundamentos +de+pesquisa+em+enfermagem:+avaliação+de+evidências+para+a+prática+da+enfermagem.+7^a+Ed.+Porto+Alegre:+Artmed%3B+2011.&ots=hNp9jV4NS3&sig=fgDXx1WjyWINB273E039XYeXW4
69. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care Res.* 2011 Nov;63(SUPPL. 11).
 70. Herdman HT, Kamitsuru S. NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020. 2017.
 71. Cruz DALM, Pimenta CAM. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 1999 [cited 2020 Apr 18];7(3):49–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11691999000300008&script=sci_arttext&lng=pt
 72. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2020 Apr 18];43(spe):1079–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500012&script=sci_arttext
 73. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: A psychometric analysis. *Stress Heal.* 2007 Aug;23(3):185–90.
 74. Anagnostis C, Gatchel RJ, Mayer TG. The pain disability questionnaire: a new psychometrically sound measure for chronic musculoskeletal disorders. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2004 [cited 2020 Apr 18];29(20):2290–302. Available from: https://journals.lww.com/spinejournal/fulltext/2004/10150/The_Pain_Disability_Questionnaire__A_New.18.aspx?casa_token=AC6e8SYDdgAAAAA:Srzgluf6jmr-KEeMhIQaqbHwCbTZI6-NQ3NSE0KIkOZZs8Okm0juypba6x1I8QiESkr-7i9HlyrrkShYM-0EBFQ8oII
 75. Giordano PCM, Alexandre NMC, Rodrigues RCM, Coluci MZO. The Pain Disability Questionnaire: a reliability and validity study. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012

- [cited 2020 Apr 18];20(1):8 telas. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100011&script=sci_arttext
76. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* [Internet]. 1998 [cited 2020 Apr 18];25(2):245–50. Available from: <http://www.academia.edu/download/60912079/beck-propriedades-psicometricasGorensteinAndrade199820191015-20780-1acr39q.pdf>
 77. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CNS; 2012.
 78. Anderson B. *Alongue-se: Edição de 30º Aniversário*. São Paulo: Summus Editorial; 2013.
 79. Joypaul S, Kelly F, McMillan SS, King MA. Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];14(10):e0223306. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6774525/>
 80. Kawai K, Kawai A, Wollan P, Yawn B. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Fam Pract* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 18];34(6):656–61. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/34/6/656/3748262>
 81. Generaal E, Vogelzangs N, Penninx B, Sleep JD-, 2017 undefined. Insomnia, sleep duration, depressive symptoms, and the onset of chronic multisite musculoskeletal pain. *academic.oup.com* [Internet]. [cited 2020 Apr 18]; Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-abstract/40/1/zsw030/2661546>
 82. de la Vega R, Miró J, Esteve R. Sleep disturbance in individuals with physical disabilities and chronic pain: The role of physical, emotional and cognitive factors. *Disabil Health J* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];12(4):588–93. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657419300603?casa_token=FosT7ViGgIMAAAAA:Z-eFgNLdrpisHjJGHTP4k9Gnv8HMiXzMkm4H-7vp6PT_UQ7JsgQiWxj4dbr-P6ZbCODLYSylmw8
 83. Carvalho RC, Maglioni CB, Machado GB, Araújo JE. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *Br J Pain* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 18];1(4):331–8. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922018000400331&script=sci_arttext
84. Ali YCMM, Sanches MB, Lauretti LG, Salvetti M de G. Effects of a nursing intervention in the control of symptoms in patients with fibromyalgia. Case report. *Brazilian J Pain*. 2018;1(4).
 85. Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Prados G, Cáliz R, et al. Efficacy of Combined Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia and Pain in Patients with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Cognit Ther Res*. 2018 Feb 1;42(1):63–79.
 86. Burgess H, Burns J, ... AB-TC journal, 2019 undefined. Associations Between Sleep Disturbance and Chronic Pain Intensity and Function. *ingentaconnect.com* [Internet]. [cited 2020 Apr 18]; Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/cjpn/2019/00000035/00000007/art00002>
 87. Barreto IG, Sá KN. Prevalence and factors associated with chronic neuropathic pain in workers of a Brazilian public university. *Br J Pain* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];2(2):105–11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922019000200105&script=sci_arttext
 88. Toscano JJO, Zefferino ACG, Felix JBC. Prevalência de dor em servidores públicos: associação com comportamento sedentário e atividade física de lazer. *Rev Dor* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 18];17(2):106–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000200106&script=sci_arttext
 89. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 18];51:9s. Available from: <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl1/9s/pt/>
 90. Brasil. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. Ministério da Saúde. 2012;
 91. Vargas-Schaffer G. Commentary Is the WHO analgesic ladder still valid? [Internet]. Vol. 56, *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*. 2010 [cited 2020 Apr 18]. Available from: www.cfp.ca
 92. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. The Modified WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? *J Pain Res* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 18];13:411–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7038776/>

93. Mendez SP, Sá KN, Araújo PCS, Oliveira IAVF. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. *Rev Dor* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 18];18(3):199–211. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132017000300199&script=sci_arttext&tlng=pt
94. Vieira ASM, Castro KVF, Canatti JR, Oliveira IAVF. Validation of an educational booklet for people with chronic pain: EducaDor. *Br J Pain* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];2(1):39–43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922019000100039&script=sci_arttext&tlng=pt
95. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* [Internet]. 2000 [cited 2020 Apr 18];85:317–32. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395999002420?casa_token=NKx_-zp6giQAAAAA:6cTXz3YFOsXtKax03eeDA0j7lbbdqJRhDsdadJAlj1D8QllmeJG2Qx5n1y-Jb6zOG1NE48yUVjU
96. de Moraes Vieira ÉB, de Góes Salvetti M, Damiani LP, de Mattos Pimenta CA. Self-Efficacy and Fear Avoidance Beliefs in Chronic Low Back Pain Patients: Coexistence and Associated Factors. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15];15(3):593–602. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904213000362?casa_token=PneZpIYECGcAAAAA:dGjWG_PiY9vcFM_4vq_W5R6oUP_itCXkwphUB3_0WjzO5uPoGVeYLoD-OTXS4F8DnHvaifC7s_E
97. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain-related fear, pain intensity and function in individuals with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];20:1394–1415. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018305947?casa_token=7f5J3GYs2cUAAAAA:B-Sa1Ah00qp9m0FCkHnHfgn4HAp4xl7LEq_-CFQEui4qbMA286jYTO17Nbo3K30M9Eq_kumYpfc
98. Suri K, M Pandey. Effect of Jacobson Progressive Muscle Relaxation (JPMR) on psychopathological problems in chronic non-malignant pain patients. *Indian J Heal Wellbeing* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 18];9(4). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=22295356&AN=135040400&h=%2BbUzEmvBiYHrNFcfbo2%2F4yPS>

- TvLjXirxep94Rb6g6qzKL8DfhW%2FY%2F6yElqfdZRWXST5cUAtmASJKvRqq88RIbw%3D%3D&cr=c
99. Louw A, Zimney K, Puentedura EL, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Artic Physiother Theory Pract* [Internet]. 2016 Jul 3 [cited 2020 Apr 18];32(5):332–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>
 100. Thorn B, Campbell L, Van Dyke BP. Literacy-adapted cognitive behavioral therapy versus education for chronic pain at low-income clinics: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 18];168(7):471–80. Available from: https://annals.org/acp/content_public/journal/aim/937502/aime201809180-l180348.pdf
 101. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO DE GRUPOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. *Rev APS*. 2009;12(2):221–7.
 102. Vasconcelos MIO, Farias QLT, Nascimento FG, Cavalcante ASP, Mira QLM, Queiroz MVO. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES COM HIPERTENSOS. *Rev APS* [Internet]. 2017;20(2):253–62. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15943>
 103. Cervera DPP, Pereira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16:1547–54. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>
 104. Marris D, Theophanous K, Cabezon P, Dunlap Z, Donaldson M. The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiother Theory Pract*. 2019 Jun 28;1–12.
 105. Lopes CR, Ferrari V, Jorge CC. Dor crônica sob a ótica comportamental: compreensão e possibilidades de intervenção. *Rev Psicol e Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];11(3):63–78. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300005
 106. Fraser C, Beasley M, Macfarlane G, Lovell K. Telephone cognitive behavioural therapy to prevent the development of chronic widespread pain: A qualitative study of patient perspectives and treatment acceptability. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 May 10;20(1):198.

107. Kirchner LF, Jorge CC, Reis MJD. Group cognitive-behavioral therapy for chronic pain adults: review of Brazilian trials. *Rev Dor* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 18];16(3):210–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132015000300210&script=sci_arttext
108. Thompson DP, Antcliff D, Woby SR. Cognitive factors are associated with disability and pain, but not fatigue among physiotherapy attendees with persistent pain and fatigue. *Physiotherapy* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 18];106:94–100. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940619300124?casa_token=WBq6FenxJJEAAAAA:NmK6N7A0hOSjagAzf7542d5JpihXN_CXcdIhf3uM2gHxUZ8GbTwtSh8nO8-fKUXMwhb9_Qhvd9w
109. 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 Heal*. 2018 Jul 3;33(7):846–71.
110. Bittencourt J V, Corrêa LA, Reis FJJ, Nogueira LAC. Pain neuroscience education for patients with musculoskeletal pain. *Br J Pain* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 18];3(1):89–89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922020000100089&script=sci_arttext
111. Herbert MS, Afari N, Liu L, Heppner P, Rutledge T. Telehealth versus in-person acceptance and commitment therapy for chronic pain: a randomized noninferiority trial. *J Pain* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 18];18(2):200–11. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590016302929?casa_token=R0Sym8q8ClwAAAAA:zY6pLoOqY5MTpWglqcykejf6-AtqSc8TGBMavwSUu5CaxsyG0WBYlvioJT3rTAS1DLiLTzL3ZgU
112. Ali, Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed; Sanches, Mariana Bucci; Lauretti, Luciana Garcia; Salvetti M de G. Intervenção de Enfermagem por Telemonitoramento para Pacientes com Artrite Reumatoide: Impacto na Dor e Funcionalidade Telemonitoring nursing intervention for patients with rheumatoid arthritis: Impact on pain and functionality. *Rev Paul Enferm*. 2019;30:1–9.
113. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets R. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 18];350. Available from: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.H444>

114. Probst T, Neumeier S, Altmeppen J, Angerer M, Loew T, Pieh C. Depressed Mood Differentially Mediates the Relationship between Pain Intensity and Pain Disability Depending on Pain Duration: A Moderated Mediation Analysis in Chronic Pain Patients. *Pain Res Manag* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 18];2016:1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3204914>
115. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Pain AS-, 2016 undefined. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *ncbi.nlm.nih.gov* [Internet]. [cited 2020 Apr 17]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912238/>
116. Karasawa Y, Yamada K, Iseki M, Yamaguchi M. Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PLoS One* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];14(4):e0215404. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6467389/>
117. Ferrari S, Chiarotto A, Pellizzer M, Vanti C, Monticone M. Pain Self-Efficacy and Fear of Movement are Similarly Associated with Pain Intensity and Disability in Italian Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Pract*. 2016 Nov 1;16(8):1040–7.
118. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The link between depression and chronic pain: neural mechanisms in the brain. *Neural Plast* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 18];2017:1–10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/np/2017/9724371/abs/>
119. Jo KB, Lee YJ, Lee IG, Lee SC, Park JY. Association of pain intensity, pain-related disability, and depression with hypothalamus–pituitary–adrenal axis function in female patients with chronic. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 18];69:106–15. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453016300786?casa_token=Lw9wE4kUZEQAAAAA:Wo_sickzc0ZcQS4qLHt85rce1kHXzygBVxZBflxI5sxdJ4j7EJEE09qqDe_V5SrgEhlWdXDQafM

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido(amos) o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Intervenção complexa de enfermagem para manejo da dor crônica: estudo piloto” desenvolvida pelas Enfermeiras Yasmin C. M. Mohamed Ali e Marina de Góes Salvetti. O objetivo do estudo é avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem no controle da dor crônica. O procedimento do estudo envolve a participação no Programa de Controle da Dor Crônica, com 1 encontro semanal de 2 horas ao longo de 6 semanas.

Os riscos da sua participação estão relacionados ao fato de o Sr.(a) poder se emocionar ao falar sobre a sua dor. O benefício direto para o participante é a participação no Programa de Controle da Dor Crônica, que inclui educação sobre dor, técnicas de relaxamento e exercícios, que podem ajudar a aliviar a sua dor.

O estudo inclui duas avaliações e a participação nos encontros semanais do Programa de Controle da Dor Crônica, não há procedimentos após o período de estudo. O Sr.(a) pode recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. As pesquisadoras se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes do estudo.

Este termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias. Uma das vias deste documento ficará com o pesquisador e outra com o participante do estudo, assinada e rubricada pelo pesquisador. Não há despesas pessoais decorrentes da participação. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Eventuais danos decorrentes da pesquisa serão indenizados, se comprovada a relação entre a participação no estudo e o referido dano.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Sra. Marina de Góes Salvetti, que pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP: 05403-000 Telefone: (11) 99907-8667. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP– Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP: 05403-000 Telefone: (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br ou com o CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar - Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP: 05403-10 – Telefone: (11) 2661-7585/2661-1548/26611549 - e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do participante _____

Data...../...../.....

Que resultados obteve com esses tratamentos?		
O que o(a) senhor(a) espera do tratamento?		
Tem algo que gostaria de me perguntar?		
4.1 Tratamento atual para dor (inclui medicamentos adjuvantes):		
Medicamento	Dose	Efeitos colaterais
Toma os medicamentos conforme a prescrição médica? () Sim () Não		
Tem alguma dificuldade para seguir a prescrição? () Sim () Não		
Qual dificuldade?		
4.2 Comunicação verbal:		
Lê? () Sim () Não	Escreve? () Sim () Não	Prolixo? () Sim () Não
Informa detalhes necessários? () Sim () Não		
Mostra clareza de ideias? () Sim () Não Especifique:		
Impedimentos à expressão verbal? () Sim () Não Especifique:		
4.3 Comunicação não verbal:		
Sofrimento/dor () Sim () Não Especifique:		
Tristeza () Sim () Não Especifique:		
Desesperança () Sim () Não Especifique:		
Contrariedade () Sim () Não Especifique:		
Choro () Sim () Não Especifique:		
Contato ocular () Sim () Não Especifique:		
Fácies tranquila () Sim () Não Especifique:		
Inquietação () Sim () Não Especifique:		
Postura de proteção () Sim () Não Especifique:		
5. Princípios da vida		
Tem preferência religiosa? () Sim () Não Especifique: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra:		
Praticante? () Sim () Não		
Existem coisas espirituais importantes para o(a) senhor(a)? () Sim () Não		
Especifique:		
Elas o ajudam a aguentar a dor? () Sim () Não		
Especifique:		
6. Papéis e Relacionamentos		
Mora sozinho? () Sim () Não Se não, com quem mora? () Companheiro(a) () Filho(a) () Filhos nº____ () Mãe () Pai		
Outro(s):		
Quem ajuda no seu tratamento? () Companheiro(a) () Filho(a) () Filhos () Mãe () Pai		
Outro(s):		
Tem familiares ou amigos que o apoiam? () Sim () Não Quem?		
Sente-se sozinho com frequência? () Sim () Não Por quê?		
Observações sobre a interação paciente/família/cuidador:		

7. Atividade/repouso			
7.1 Sono/repouso			
Quantas horas dorme por dia?		Sente-se disposto ao acordar? () Sim () Não	
Especifique:			
Tem dificuldade para pegar no sono? () Sim () Não		Há interrupções no sono? () Sim () Não	
Especifique:			
7.2 Atividade/exercício			
O que faz para se distrair?			
Há algo que gostaria de fazer e não pode? () Sim () Não			
Especifique:			
Precisa de ajuda para alguma atividade do dia-a-dia? () Sim () Não			
Qual?			
Pratica algum exercício físico regularmente? () Sim () Não			
Qual(is)?			
Frequência semanal: () 1x () 2x () 3x () Mais Quanto?			
Equilíbrio de energia (Fadiga) – Aplicar Pictograma de Fadiga:			
Intensidade da fadiga:		Impacto da fadiga:	
8. Enfrentamento/tolerância ao estresse			
Como o(a) senhor(a) lida com a dor?			
Há algo que te ajude a lidar com a dor/ter algum alívio?			
9. Nutrição			
Aparenta equilíbrio nutricional? () Sim () Não		Peso:	Altura:
Tipo de desequilíbrio nutricional: Mais do que as necessidades corporais ()		Menos do que as necessidades corporais ()	
Dificuldade de deglutição? () Sim () Não			
Tem náuseas/vômitos? () Sim () Não		Especifique:	
10. Eliminação e troca			
Apresenta alguma dificuldade para urinar? () Sim () Não Especifique:			
Constipação: () Sim () Não		Diarréia: () Sim () Não	
Observações:			
11. Impacto emocional da dor			
Inventário de Depressão de Beck (IDB) Score:		≥ 21 = Não selecionado ()	
12. Observações e outros comentários relevantes:			

APÊNDICE C – MANUAL DA INTERVENÇÃO

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOR CRÔNICA

MANUAL DA INTERVENÇÃO

Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed Ali
Marina de Góes Salvetti

Projeto: Intervenção interprofissional para manejo da dor crônica: estudo
piloto

São Paulo
2019

INTRODUÇÃO

Este manual tem o objetivo de descrever as ações a serem realizadas para a entrega da intervenção de enfermagem proposta para pessoas que convivem com dor crônica de diferentes etiologias que participarão da pesquisa “Intervenção interprofissional para manejo da dor crônica: estudo piloto”.

O manual detalha as atividades a serem realizadas durante as sessões da intervenção e inclui o contexto geral e as ações que serão efetuadas pelos interventores ao longo da intervenção. A entrega desta intervenção deverá seguir este manual para garantir a fidelidade da intervenção.

DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

Objetivo geral

Promover melhora das crenças de autoeficácia e melhora da funcionalidade de pessoas com dor crônica.

Objetivos específicos

Reduzir a intensidade da dor, reduzir os escores de fadiga e reduzir os sintomas depressivos em pessoas com dor crônica.

Resultados esperados

- Aumentar os escores de autoeficácia;
- Melhorar o autocontrole da dor;
- Reduzir a intensidade da dor;
- Reduzir o grau de incapacidade relacionada à dor;
- Reduzir os escores de fadiga;
- Reduzir os sintomas depressivos;

População alvo

Pessoas com dor crônica de diversas etiologias entre 18 e 65 anos.

Organização do Programa

O programa de intervenção de enfermagem conta com 6 sessões, sendo uma sessão semanal em grupo, com 2 horas de duração (Total:12h).

Elementos da intervenção

Os participantes da intervenção receberão um kit com Cartilha para Manejo da Dor Crônica, Folder sobre manejo da dor crônica, Caderneta e Caneta para anotações.

Estrutura das sessões de intervenção

Quadro 1 - Atividades programadas para intervenção de enfermagem para manejo da dor crônica. São Paulo, 2019.

Atividade	Sessão					
	1	2	3	4	5	6
Apresentação e estabelecimento de metas						
Educação sobre dor crônica						
Exercícios físicos e manejo da dor						
Enfrentamento do estresse e manejo da dor						
Ritmo/conservação de energia e higiene do sono						
Revisão do aprendizado e manutenção						
Alongamento e fortalecimento muscular						
Técnica de relaxamento						

Tipo de intervenção

Intervenção presencial em grupo com estratégias educativas e cognitivo-comportamentais.

ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR A ADESÃO

- Convidar por *Whatsapp*® os participantes para comparecer toda semana no dia anterior;
- Atentar e acompanhar a presença dos participantes em cada dia de sessão;
- Em casos de falta, entrar em contato por telefone ou mensagem de *Whatsapp*® para saber o motivo da ausência e convidar o participante a comparecer na sessão seguinte;
- Registrar o dia em que entrou em contato e o motivo da ausência exposto pelo participante;
- Em casos de desistência, proceder com a mesma forma de registro das informações.

HABILIDADES REQUERIDAS DAS INTERVENTORAS

- Empatia;
- Atenção;
- Escuta qualificada;
- Acolhimento.

ATIVIDADES

Interventora 1 (Enfermeira)

- Aplicar o conteúdo educativo;
- Conduzir os diálogos do grupo;
- Responder eventuais dúvidas.

Interventora 2 (Enfermeira)

Pré-intervenção

- Montar os kits dos participantes para a 1ª sessão;
- Imprimir os instrumentos para a 1ª e 6ª sessão;
- Imprimir a lista de presença;
- Contactar ou avisar pelo *Whatsapp*® e/ou por ligação telefônica sobre a aproximação do início da intervenção na semana anterior.

Pré-sessão

- Estar atenta às mensagens de *Whatsapp*®;
- Organizar o *notebook*, projetor e *pendrive* para a apresentação;
- Levar a lista de presença;
- Organizar crachás;
- Organizar flipchart e canetas;
- Verificar o funcionamento do aparelho de som e CD;
- Verificar o nível de limpeza do chão da sala;
- Organizar as cadeiras em círculo/roda;
- Organizar os colchonetes;

Durante o período do programa

- Convidar os participantes por *Whatsapp*® para comparecer toda semana no dia anterior;

Durante as sessões

- Sinalizar a trajetória para que os participantes consigam acessar o local;
- Recepcionar os participantes;
- Registrar a presença dos participantes;
- Encaminhar os participantes ao local;
- Atentar ao cronograma preestabelecido;
- Entregar os crachás;
- Monitorar o tempo determinado para cada atividade;
- Entregar os kits aos participantes (no primeiro dia);
- Atentar às eventuais dúvidas que surgirem;
- Ajudar na organização da sala para a realização de alongamento;
- Apagar as luzes e preparar o aparelho de som para a técnica de relaxamento;
- Levar os instrumentos para coleta de dados na primeira e última sessão;
- Aplicar e recolher os impressos organizadamente;
- Ajudar os participantes no preenchimento dos instrumentos;
- Recolher, organizar e higienizar os colchonetes;
- Despedir-se dos participantes e reforçar a participação na sessão seguinte;
- Aplicar a técnica de relaxamento;

- Fazer a observação da sessão e anotação de aspectos importantes trazidos pelos participantes.
- Parabenizar pela participação no grupo de *Whatsapp*® e convidar para a semana seguinte.

Interventora 3 (Psicóloga)

- Atentar às eventuais dúvidas que surgirem;
- Atentar e agir em possíveis situações e/ou comentários delicados/significativos;
- Incentivar os participantes a encontrar pensamentos alternativos;
- Acolher os participantes que apresentarem necessidades manifestadas ou percebidas diálogo privado;

Interventora 4 (Fisioterapeuta)

- Atentar às eventuais dúvidas que surgirem;
- Atentar e agir em possíveis situações e/ou comentários delicados/significativos em relação a ações e/ou impedimentos para realização de tarefas e alongamento;
- Propor e recomendar modificações/adaptações para melhor desempenho físico tanto para a vida cotidiana quanto para a realização do alongamento durante a sessão.

DETALHAMENTO DAS SESSÕES

Todos os dias:

- Lista de presença na entrada;
- Notebook;
- Projetor;
- Crachás;
- Flipchart e canetas;
- Alongamento (colchonetes);
- Relaxamento (aparelho de som + CD com músicas);

1ª sessão: Apresentação e estabelecimento de metas

1ª sessão: Apresentação e estabelecimento de metas	
14h00 – 14h10	Recepção, entrega de kit, objetivos, cronograma e contrato
14h10 – 14h50	Dinâmica de apresentação
14h50 – 15h15	Preenchimento dos instrumentos
15h15 – 15h30	Tríade Cognitiva e Estabelecimento de metas pessoais
15h30 – 15h50	Técnica de relaxamento
15h50 - 16h00	Encerramento das atividades

- **Recepção, entrega dos kits e apresentação dos objetivos do grupo, cronograma e contrato:** Explicar os objetivos, como acontecerá o grupo e as atividades que serão propostas em cada encontro com base no cronograma e ressaltar a importância do comparecimento em cada encontro.

OBS: Promover o sentimento de pertença para que queiram voltar nos próximos encontros.

- **Dinâmica de apresentação:** 2 minutos de apresentação pessoal, conforme roteiro a seguir:
 - Nome, idade e ocupação principal (atual e pregressa)
 - Há quanto tempo sente dor?
 - Conhece a causa da dor (doença)?
 - Qual o local principal de dor?
 - Motivação para participar do programa.
 - O que me ajuda a lidar com a minha dor?
- **Aplicar instrumentos:**
 - Escala Numérica de Dor (Manias, Gibson, Finch, 2011);
 - Pictograma de Fadiga (Mota, Pimenta, Fitch, 2009);

- Questionário de Autoeficácia sobre Dor (Sardá Jr et al., 2007);
- Inventário de Depressão de Beck (Gorestein, Andrade, 1998);
- Questionário para avaliação da incapacidade causada pela dor (Giordano et al., 2012).
- **Modelo cognitivo** – Tríade cognitiva (Pensamento-Emoção-Comportamento);
- **Estabelecimento de uma meta pessoal** (o que eu gostaria de alcançar com a participação no programa – anotar na caderneta);
- **Técnica de Relaxamento (ANEXO)**;
- **Orientação sobre anotações na caderneta** (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Fechamento das atividades** (recomendações para a próxima semana).

2ª sessão: Educação sobre dor crônica

2ª sessão: Educação sobre dor crônica	
14h00 – 14h20	Recepção, revisão do conteúdo e anotações da semana
14h20 – 14h50	Fisiologia da dor e métodos para alívio da dor
14h50 – 15h00	Revisão do conteúdo e esclarecimento de dúvidas
15h00 – 15h45	Alongamento
15h45 – 15h55	Técnica de relaxamento
15h55 - 16h00	Encerramento das atividades e orientações de anotações

- **Recepção**;
- **Revisão da sessão anterior/anotações**: (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Fisiologia da dor** (linguagem simples e acessível): apresentação de slides;
- **Métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor**;
- **Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para dor** (leve, moderada, intensa e adjuvantes);

- Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a intervir de forma adequada;
- Revisão do aprendizado e esclarecimento de dúvidas;
- Alongamento com fisioterapeuta;
- Técnica de Relaxamento;
- Fechamento das atividades/orientação de anotações para a próxima semana (emoções, facilidades e dificuldades).

3ª sessão: Exercícios físicos e manejo da dor

3ª sessão: Exercícios físicos e manejo da dor	
14h00 – 14h20	Recepção, revisão do conteúdo e anotações da semana
14h20 – 14h50	Benefícios dos exercícios no manejo da dor crônica
14h50 – 15h00	Revisão do conteúdo e esclarecimento de dúvidas
15h00 – 15h45	Alongamento
15h45 – 15h55	Técnica de relaxamento
15h55 - 16h00	Encerramento das atividades e orientações de anotações

- **Recepção;**
- **Revisão da sessão anterior/anotações:** (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Benefícios dos exercícios no manejo da dor crônica** (fazer questionamento socrático);
- **Revisão do aprendizado e esclarecimento de dúvidas;**
- **Alongamento com fisioterapeuta;**
- **Técnica de Relaxamento;**
- **Fechamento das atividades/orientação de anotações para a próxima semana** (emoções, facilidades e dificuldades).

4ª sessão: Enfrentamento do estresse e manejo da dor

4ª sessão: Enfrentamento do estresse e manejo da dor	
14h00 – 14h20	Recepção, revisão do conteúdo e anotações da semana
14h20 – 14h50	Emoções negativas e dor, relaxamento, controle do estresse
14h50 – 15h00	Revisão do conteúdo e esclarecimento de dúvidas
15h00 – 15h45	Alongamento
15h45 – 15h55	Técnica de relaxamento
15h55 - 16h00	Encerramento das atividades e orientações de anotações

- **Recepção;**
- **Revisão da sessão anterior/anotações:** (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Relação entre emoções negativas e dor, importância de técnicas de relaxamento/meditação/controle do estresse;**
- **Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor** (medo, cansaço, monotonias, e falta de informação);
- **Revisão do aprendizado e esclarecimento de dúvidas;**
- **Alongamento com fisioterapeuta;**
- **Técnica de Relaxamento;**
- **Fechamento das atividades/orientação de anotações para a próxima semana** (emoções, facilidades e dificuldades).

5ª sessão: Ritmo/conservação de energia e higiene do sono

5ª sessão: Ritmo/conservação de energia e higiene do sono	
14h00 – 14h20	Recepção, revisão do conteúdo e anotações da semana
14h20 – 14h50	Organização cotidiana, higiene do sono e repouso
14h50 – 15h00	Revisão do conteúdo e esclarecimento de dúvidas
15h00 – 15h45	Alongamento
15h45 – 15h55	Técnica de relaxamento
15h55 - 16h00	Encerramento das atividades e orientações de anotações

- **Recepção;**
- **Revisão da sessão anterior/anotações:** (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Organização cotidiana: Como organizar a semana para manter o ritmo nas atividades?;**
- **Higiene do sono** (recomendações: usar a técnica de relaxamento; reduzir a luminosidade, reduzir uso de celular e TV, leitura, usar o quarto só para dormir);
- **Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;**
- **Revisão do aprendizado e esclarecimento de dúvidas;**
- **Alongamento com fisioterapeuta;**
- **Técnica de Relaxamento;**
- **Fechamento das atividades/orientação de anotações para a próxima semana** (emoções, facilidades e dificuldades).

6ª sessão: Revisão do aprendizado e manutenção

6ª sessão: Revisão do aprendizado e manutenção	
14h00 – 14h20	Recepção, revisão do conteúdo e anotações da semana
14h20 – 14h50	Revisão dos tópicos abordados no programa
14h50 – 15h05	Técnica de relaxamento
15h05 – 15h40	Alongamento
15h40 – 15h55	Preenchimento dos instrumentos
15h55 - 16h00	Encerramento do programa

- **Recepção**
- **Revisão da sessão anterior/anotações:** (Quantas vezes realizou o relaxamento em casa? Quantas vezes realizou caminhada durante a semana? Facilidades e dificuldades encontradas; Emoções negativas/positivas durante a semana);
- **Revisão dos tópicos abordados durante o programa;**

- **Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor;**
- **Alongamento com fisioterapeuta;**
- **Técnica de Relaxamento;**
- **Aplicar instrumentos aos participantes:**
 - Escala Numérica de Dor (Manias, Gibson, Finch, 2011);
 - Inventário de Depressão de Beck (Gorestein, Andrade, 1998);
 - Questionário de Auto-eficácia sobre Dor (Sardá Jr et al., 2007);
 - Questionário para avaliação da incapacidade causada pela dor (Giordano et al., 2012);
 - Pictograma de Fadiga (Mota, Pimenta, Fitch, 2009);
 - Pesquisa de satisfação em relação ao programa;
- **Encerramento do Programa.**

REFERÊNCIAS:

- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Pain Measures for Adults: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res.* 2011;63(S11):S240–52.
- Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatria Clín.* - Edição Especial 1998;25(5):245-50.
- Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp):1080-7.
- Giordano PCM, Alexandre NMC, Rodrigues RCM, Coluci MZO. The Pain Disability Questionnaire: um estudo de confiabilidade e validade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2012 [acesso em: 02/11/2017];20(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_11.pdf

- Sardá Júnior J, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: a psychometric analysis. *Stress Health*. 2007;23:185–90.
- Anderson B. *Alongue-se: Edição de 30º Aniversário*. São Paulo: Summus Editorial; 2013.
- Vieira EBM, Salvetti MG, Damiani LP, Pimenta CAM. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Management Nursing*. 2014;15(3):593-602. [acesso em: 02/11/2017]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2013.04.004>
- Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e pratica*. São Paulo: Artmed; 2013.
- Beck AT. Thinking and depression: II theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-71.
- Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.

ANEXO

Relaxamento Humanista

Busque uma posição confortável (deitado ou sentado)

Feche os olhos, afaste pensamentos e preocupações...

Concentrar sua atenção na respiração, sentindo o caminho que o ar faz do nariz até chegar aos pulmões. Respirando profundamente e soltando todo o ar lentamente...

Repita algumas vezes essa respiração profunda e.. depois deixe a respiração livre...

Vá mentalmente até a sua cabeça, sinta o couro cabeludo, sinta os músculos da testa e os músculos ao redor dos olhos, sinta os dois lados do nariz, as faces, os lábios, relaxe o queixo e a mandíbula.

Mentalmente desça pelos lados do pescoço, continue descendo suavemente pelos ombros, braços e antebraços. Procure deixar tudo completamente relaxado. Sinta as mãos e relaxe os dedos um por um.

Volte mentalmente até a sua cabeça, relaxe o couro cabeludo, relaxe profundamente os músculos da testa e os músculos ao redor dos olhos, relaxe os dois lados do nariz, relaxe as faces e os lábios, relaxe a língua, relaxe o queixo e a mandíbula.

Desça pelas laterais da nuca, suavemente desça por duas linhas ao lado da coluna e procure manter tudo completamente relaxado. Desça pelas nádegas, pernas e pés. Lembre-se de deixar tudo profundamente relaxado.

Volte mentalmente a sua cabeça relaxe o couro cabeludo, relaxe profundamente os músculos da testa e os músculos ao redor dos olhos, relaxe os dois lados do nariz, relaxe as faces e os lábios, relaxe a língua, solte..relaxe o queixo e a mandíbula.

Sinta o couro cabeludo, abaixo dele o crânio, relaxe. Relaxe o fundo dos olhos, relaxe a garganta e continue, como que descendo por tudo e vá até o centro do peito. Relaxe o coração e os pulmões. Relaxe os órgãos internos do abdômen.

Volte mentalmente a sua cabeça. Relaxe o crânio, e logo abaixo dele o cérebro, relaxe a parte superior do cérebro. Desça um pouco e relaxe o meio do cérebro, desça ainda mais e relaxe a parte inferior do cérebro.

Agora, observe o seu interior...

Perceba como se sente...

Volte a respirar profundamente, sinta seu corpo, movimente os dedos mãos e os pés...

Espreguice, abra os olhos.

APÊNDICE D – CARTILHA

1. Por que sentimos dor?

A dor é um fenômeno multidimensional e a dor aguda é um sintoma importante, que indica que há algo errado no nosso corpo e nos oferece proteção, pois a partir da sua presença procuramos ajuda e buscamos profissionais, ou serviços de saúde.

Pessoas que nascem com uma anomalia que não permite a percepção da dor sofrem muitas lesões e tendem a morrer precocemente, pois não tem a sinalização de perigo e não percebem o risco de lesão. Assim, nota-se que a dor aguda tem uma função biológica importante.

1

Índice

1. Por que sentimos dor ?	1
2. O que é dor crônica ?	2
3. Quais são as causas da dor crônica ?	3
4. O que acontece no meu corpo quando eu tenho dor ?	4
5. Quais são as pessoas mais afetadas pela dor crônica ?	5
6. Por que algumas pessoas não acreditaram na sua dor ?	6
7. Qual a relação entre dor crônica e sintomas emocionais ?	7
8. Existe cura para a dor crônica ?	8
9. O que eu posso fazer para controlar a dor crônica ?	9
10. Benefícios dos exercícios físicos	10
11. Benefícios do ritmo/organização do tempo	11
12. Benefícios da Terapia Cognitivo-Comportamental	12
13. Benefícios do Tratamento Medicamentoso	13
14. Benefícios do Tratamento Medicamento	15
15. Mensagem Final	16

2. O que é dor crônica?

A dor é considerada crônica quando é contínua ou recorrente e dura mais de três meses, ou quando está associada a problemas de saúde crônicos. A dor crônica não tem uma função biológica conhecida e por vezes está presente mesmo após a cura da lesão que iniciou a dor. Causa sofrimento, prejuízos físicos, emocionais e sociais, afetando de modo negativo a qualidade de vida das pessoas.

2

3. Quais são as causas da dor crônica?

A dor crônica pode estar relacionada a diversas doenças ou afecções de saúde como problemas na coluna, tendinites, artrite reumatoide, fibromialgia, cefaleias, neuropatias, câncer entre outros. A presença de dor crônica geralmente está associada a alterações no sistema nervoso periférico e no sistema nervoso central, que aumentam a percepção da dor e reduzem a capacidade natural do corpo de minimizar a dor.

3

4. O que acontece no meu corpo quando eu tenho dor?

O mecanismo fisiológico da dor é bastante complexo, mas de modo simplificado podemos dizer que a dor envolve a geração do impulso nervoso, a transmissão da informação de dor e a percepção de dor no cérebro.

A geração do impulso doloroso ocorre no Sistema Nervoso Periférico (SNP): no local onde ocorre uma lesão (ex. corte, fratura ou queimadura) são liberadas substâncias químicas que ativam terminações nervosas que por sua vez conduzem o estímulo doloroso para o Sistema Nervoso Central (SNC).

A transmissão da informação de dor é feita por neurônios do SNP que vão até a medula espinhal onde transmitem o estímulo para outros neurônios, agora do Sistema Nervoso Central (SNC).

A percepção de dor ocorre no cérebro e envolve estruturas e mecanismos relacionados aos pensamentos, às emoções e aos comportamentos.

4

5. Quais são as pessoas mais afetadas pela dor crônica?

A dor crônica afeta milhões de pessoas ao redor do mundo. Estudos internacionais indicam que entre 20 e 40% da população apresenta algum tipo de dor crônica. Estudos realizados no Brasil apontaram taxa de 42% de dor crônica na população geral. As mulheres são mais afetadas pela dor crônica, assim como as pessoas sedentárias, com mais idade, obesas, que fumam e que consomem álcool em excesso.

5

6. Por que algumas pessoas não acreditam na sua dor?

A dor é um sintoma subjetivo e pessoal, difícil de avaliar e de quantificar. Muitas vezes pessoas com aparência saudável sentem dor crônica e sofrem preconceito, principalmente no ambiente de trabalho, que muitas vezes banaliza a presença da dor.

Embora pessoas com dor crônica apresentem comportamentos dolorosos e reclamem frequentemente da dor, às vezes, mesmo a família ou pessoas próximas podem não acreditar no relato de dor.

6

7. Qual a relação entre dor crônica e sintomas emocionais?

A dor tem um caráter desagradável, com íntima relação com as emoções e tende a piorar na presença de estresse e emoções negativas como angústia, tristeza e ansiedade. Assim, quem sente dor crônica precisa cuidar muito bem das emoções. Emoções negativas tendem a produzir tensão muscular, e a tensão muscular aumenta a dor, gerando um ciclo vicioso de dor – tensão – mais dor. As emoções estão intimamente ligadas à percepção, expressão e modulação da dor. Emoções positivas tendem a minimizar a percepção de dor.

7

8. Existe cura para a dor crônica ?

Não. Não existe cura para a dor crônica, mas embora ela raramente desapareça por completo, ela pode ser controlada, minimizada e é possível ter qualidade de vida, apesar da dor.

Assim como diabetes e hipertensão arterial, a dor crônica deve ser tratada de modo contínuo e na grande maioria das vezes é necessário mudar comportamentos e aprender novas habilidades para ter sucesso no controle da dor.

9

9. O que eu posso fazer para controlar a dor crônica?

Há muitas coisas que você pode fazer para controlar a sua dor. Seguir o tratamento medicamentoso, receitado pelo seu médico, é o primeiro passo, mas é apenas uma das opções. Trabalhar, praticar atividade física regularmente, relaxar, ter atividades de lazer e atividades prazerosas são aspectos muito importantes para o manejo da dor crônica. Conhecer estratégias não medicamentosas para lidar com a dor é fundamental para o sucesso no controle da dor.

9

10. Benefícios dos exercícios físicos

A prática regular de exercícios traz muitos benefícios para pessoas com dor crônica. O exercício promove a liberação de endorfinas, substâncias que contribuem na modulação da dor, além de produzir relaxamento muscular e promover a socialização e novas amizades. Pessoas que praticam atividade física regularmente tem menor percepção da dor e menor risco de desenvolver dor crônica.

10

11. Benefícios do ritmo/organização do tempo

As pessoas com dor crônica tendem a manter longos períodos de repouso e quando se sentem melhor realizam atividades em excesso, para “compensar” o que ficou “atrasado”. Essa dinâmica tende a se repetir sem que a pessoa se dê conta e após uma atividade mais intensa a pessoa tende a experimentar piora, ou crises de dor aguda, com consequente repouso e repetição do ciclo.

Para evitar esse padrão de repouso, excesso de atividade, dor e maior necessidade de repouso (crise de dor/fadiga), é importante organizar as suas atividades do dia-a-dia e manter um ritmo mínimo para evitar crises de dor aguda. Uma boa recomendação é dividir as tarefas ao longo da semana, evitando sobrecarga de atividades, e se permitir períodos de descanso durante as atividades: pequenas paradinhas de 15 a 20 minutos para conseguir manter a atividade, seja ela qual for.

11

12. Benefícios da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem mostrado beneficiar pessoas com dor crônica, pois ajuda na modificação de crenças disfuncionais, pensamentos negativos e comportamentos pouco adaptativos, aspectos importantes no controle da dor crônica. A TCC ajuda a compreender a relação entre pensamentos e emoções e contribui para a mudança de comportamentos disfuncionais e aquisição de novas habilidades para auto-controle da dor. Recomenda-se procurar um profissional habilitado para realizar esse tipo de terapia.

12

13. Benefícios das Técnicas de relaxamento

Diversas técnicas de relaxamento podem beneficiar pessoas com dor crônica (respiração, relaxamento muscular progressivo, meditação mindfulness ou da atenção plena). As técnicas de relaxamento produzem relaxamento físico e mental, tiram a atenção da dor, contribuem para o equilíbrio emocional e ajudam a evitar a tensão muscular, que gera mais dor.

As técnicas de respiração são simples, exigem dedicação de 5 a 20 minutos diários e podem incluir respiração rítmica e/ou respiração profunda, que ajudam a tranquilizar o corpo e a mente.

O relaxamento muscular progressivo é uma técnica muito antiga, que consiste na contração e relaxamento de todos os grupos musculares, até atingir o relaxamento do corpo todo. Essa técnica aumenta a consciência corporal e facilita o relaxamento físico e mental, e pode ser associada à música e técnicas de respiração. A meditação também tem muitos benefícios para pessoas com dor crônica e pode ser praticada em períodos curtos, iniciando com 5 minutos diários, podendo chegar a períodos mais longos, de até 20 minutos.

13

14. Benefícios do Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso deve ser prescrito pelo médico e é importante tomar os medicamentos conforme a prescrição médica, de modo regular, respeitando a dose e os horários definidos. Medicamentos para as crises de dor também devem ser prescritos, para alívio mais rápido, nos momentos de dor mais intensa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma escala analgésica para tratamento da dor que tem sido utilizada pelos profissionais de saúde e combina diversos grupos de medicamentos de acordo com a intensidade da dor.

Medicamentos com menor potência para dores mais leves e com maior potência para dores mais intensas. Converse com seu médico sobre o tratamento medicamentoso. Os enfermeiros também podem ajudá-lo a entender a função dos diferentes medicamentos e prevenir ou controlar possíveis efeitos colaterais.

15

15. Mensagem Final

Conviver com a dor crônica é difícil e desgastante, mas existem estratégias que podem te ajudar a superar as dificuldades. Buscar manter-se ativo é fundamental. Outro aspecto importante é o controle do estresse e das emoções negativas. Permita-se fazer o que você gosta, busque a sua paz interior, converse com as pessoas, dance, pinte, borde, vá ao cinema. Não permita que a dor assuma o controle da sua vida!

16

APÊNDICE E – FOLDER

QUAIS ATITUDES POSSO TER PARA VIVER BEM MESMO TENDO DOR CRÔNICA?

Primeiramente você deve seguir o tratamento medicamentoso receitado pelo seu médico. Além disso, praticar atividade física regularmente, relaxar, meditar, ter atividades de lazer, artesanato, entre muitas outras.

Conhecer estratégias não medicamentosas para lidar com a dor é fundamental para o sucesso no controle da dor.

UMA MENSAGEM PARA VOCÊ

Existem estratégias que podem te ajudar a superar as dificuldades que você tem. Buscar manter-se ativo, controlar o estresse e as emoções negativas, é fundamental. Permita-se fazer o que você gosta, busque a sua paz interior, converse com as pessoas, cante, dance, pinte, borde, vá ao cinema.

NÃO PERMITA QUE A DOR ASSUMA O CONTROLE DA SUA VIDA!

Criação e desenvolvimento:

Prof. Dra. Marina de Góes Salvetti
Enf. Áquila Lopes Gouvêa
Enf. Yasmin C. Metwaly Mohamed Ali
Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi
Prof. Dra. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta

Apoio:

CONTROLE DA DOR CRÔNICA PARA PACIENTES

O QUE É DOR CRÔNICA?

A dor é considerada crônica quando é contínua ou recorrente, e dura mais de três meses, ou quando está associada a problemas de saúde crônicos. A dor crônica não tem uma função biológica conhecida e por vezes está presente mesmo após a cura da lesão que iniciou a dor. Causa sofrimento, prejuízos físicos, emocionais e sociais, afetando de modo negativo a qualidade de vida das pessoas.

A dor crônica afeta milhões de pessoas ao redor do mundo, e as mulheres são mais afetadas, assim como as pessoas sedentárias, com mais idade, obesas, que fumam e que consomem álcool em excesso.

A DOR CRÔNICA AFETA MEU ESTADO EMOCIONAL?

A dor tem um caráter desagradável, com íntima relação com as emoções e **tende a piorar na presença de estresse e emoções negativas como angústia, tristeza e ansiedade.** Assim, quem sente dor crônica precisa cuidar muito bem das emoções. Emoções negativas tendem a produzir tensão muscular, e a tensão muscular aumenta a dor, gerando um ciclo vicioso de dor – tensão – mais dor. As emoções estão intimamente ligadas à percepção, expressão e modulação da dor. **Emoções positivas tendem a minimizar a percepção de dor.**

EXISTE CURA PARA A DOR CRÔNICA?

Não. Não existe cura, mas embora ela raramente desapareça por completo, ela **pode ser controlada**, minimizada e **é possível ter qualidade de vida**, apesar da dor. Assim como diabetes e hipertensão arterial, a dor crônica deve ser tratada de modo contínuo e na grande maioria das vezes é necessário **mudar comportamentos** e aprender novas habilidades para ter sucesso no controle da dor.

POR QUE ALGUMAS PESSOAS NÃO ACREDITAM NA SUA DOR?

A dor é um sintoma subjetivo e pessoal, difícil de avaliar e de quantificar. Muitas vezes pessoas com aparência saudável sentem dor crônica e sofrem preconceito, principalmente no ambiente de trabalho, que muitas vezes banaliza a presença da dor. Embora pessoas com dor crônica apresentem comportamentos dolorosos e reclamem frequentemente da dor, às vezes, mesmo a família ou pessoas próximas podem não acreditar no relato de dor.

APÊNDICE F – PESQUISA DE SATISFAÇÃO E OPINIÃO

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOR CRÔNICA
 Projeto "Intervenção de Enfermagem para Manejo da Dor Crônica: Estudo Piloto"
 Mestranda: Yasmin C.M. Mohamed Ali Orientadora: Marina de Góes Salvetti

Programa de Controle da Dor Crônica

Pesquisa de Satisfação e Opinião

1) Acesso ao local dos encontros: (☐) Ótimo (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

Justifique: _____

2) Sala dos encontros: (☐) Ótimo (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

Justifique: _____

3) Conteúdo abordado: (☐) Ótimo (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

Justifique: _____

4) Número de sessões/encontros: (☐) Ótimo (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

Justifique: _____

5) Quantas vezes por semana você tem realizado a técnica de relaxamento? (☐) 1x (☐) 2x (☐) 3x ou mais

6) Quantas vezes por semana você tem realizado alongamento? (☐) 1x (☐) 2x (☐) 3x ou mais

7) Quantas vezes por semana você tem realizado caminhada? (☐) 1x (☐) 2x (☐) 3x ou mais

8) Você recomendaria o programa para familiares e conhecidos? (☐) Sim (☐) Não

Justifique: _____

9) Você está satisfeito(a) com o programa? (☐) Sim (☐) Não

Justifique: _____

10) Que nota, de 0 a 10, você atribui ao programa?

Sugestões: _____

APÊNDICE G – CARTILHA PARA ALONGAMENTO

ANEXOS

ANEXO A – REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL

Registro de Pensamentos Disfuncionais

Instruções: Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se *O que está passando no meu pensamento?* E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna **Pensamento automático**. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento.

A seguir, verifique quais pensamentos ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação.

Avalie quanto mudou seu pensamento e sua emoção original.

Situação	Pensamento automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu. Onde você estava, fazendo o quê. Quem estava envolvido.	Que pensamentos e/ou imagens passaram por sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais lhe incomodou. Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%).	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu naquela situação. Se possível, avalie a intensidade de cada emoção (0-100%).	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais as possíveis distorções cognitivas (veja <i>Lista de Distorções Cognitivas</i>) que você fez?	Avalie quanto você acredita agora em seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade de suas emoções (0-100%).

Para construir a resposta alternativa, faça as perguntas:

1. Quais são as **evidências** de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?
2. Há **explicações alternativas** para o evento, ou **formas alternativas** de enxergar a situação?
3. Quais são as implicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual é o pior da situação? O que é o mais realista? O que é possível fazer a respeito?

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA SOBRE DOR

Questionário de Auto-Eficácia sobre Dor - QAESD

(Nicholas, M. K. 1989, adaptado por Sardá, Nicholas, Pimenta, Asghari, 2007)

Nome/Iniciais: _____ Data: _____

Por favor, indique o quanto confiante você está neste momento em poder fazer as seguintes coisas apesar da sua dor. Para indicar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que (0) indica nem um pouco confiante e (6) completamente confiante.

Por exemplo:

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

Lembre-se, este questionário não está perguntando se você tem feito estas coisas ou não. Mas sim o quanto confiante você se sente em poder fazê-las neste momento, apesar da sua dor.

1. Posso aproveitar as coisas apesar da dor.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

2. Posso fazer a maior parte das minhas tarefas domésticas (ex: Lavar a louca, arrumar a casa, lavar o carro....) apesar da dor.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

3. Continuo encontrando meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes apesar da dor.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

4. Posso lidar com a dor na maior parte das situações.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

5. Posso fazer alguns trabalhos apesar da minha dor (ex: trabalhos de casa e emprego remunerado ou não).

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

6. Posso fazer muitas coisas que aprecio apesar da dor (ex: lazer, artesanato, esporte....).

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

7. Posso lidar com a dor sem usar remédios.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

8. Posso alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida apesar da dor.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

9. Apesar da dor posso viver uma vida normal.

Nem um pouco confiante 0 1 2 3 4 5 6 Completamente confiante

10. Posso aos poucos me tornar mais ativo apesar da dor.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE CAUSADA PELA DOR

Questionário para avaliação de incapacidade causada pela dor (Pain Disability Questionnaire – PDQ)

Nome: _____ Data: _____

Este questionário pede sua opinião sobre como a dor que você sente afeta atualmente o desempenho de suas atividades diárias. Essas informações ajudarão a entender como você se sente e em quais condições é capaz de realizar suas tarefas diárias. Por favor, responda cada questão, fazendo um círculo no número que corresponde a quanto a dor afeta as suas atividades.

POR FAVOR, RESPONDA A **TODAS** AS QUESTÕES

1) A dor que você sente interfere no seu trabalho dentro e fora de casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Trabalho normalmente

Não consigo fazer
nenhum trabalho

2) A dor que você sente interfere na realização de seus cuidados pessoais (tomar banho, se vestir, etc)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Cuido de mim sem
ajuda

Preciso de ajuda em
todos os cuidados
pessoais

3) A dor que você sente interfere na sua locomoção?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vou para onde quiser

Vou apenas a
consultas médicas

4) A dor que você sente afeta a sua capacidade de sentar ou ficar em pé?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Não afeta

Não consigo
sentar/ficar em pé

5) A dor que você sente afeta a sua capacidade de levantar objetos acima de sua cabeça, segurar objetos ou alcançar coisas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Não afeta

Não consigo realizar
essas atividades

6) A dor que você sente afeta a sua capacidade de levantar objetos do chão, curvar-se, inclinar-se ou agachar-se?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Não afeta

Não consigo realizar

7) A dor que você sente afeta a sua capacidade de caminhar ou correr?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta								Não consigo realizar essas atividades		

8) A sua renda mensal diminuiu desde que sua dor começou?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não diminuiu								Perdi toda a renda		

9) Você tem que tomar medicamentos todos os dias para controlar a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não preciso de medicação								Fico sob efeito de medicação o dia todo		

10) A dor que você sente o(a) obriga a procurar médicos com muito mais frequência do que antes da sua dor começar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca vou ao médico								Consulto médicos semanalmente		

11) A dor que você sente interfere na sua capacidade de ver as pessoas que são importantes para você tanto quanto gostaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere								Eu nunca os vejo		

12) A dor que você sente interfere nas atividades de recreação e lazer que são importantes para você?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere								Interfere totalmente		

13) Você precisa de ajuda dos seus familiares e amigos para terminar suas tarefas diárias (incluindo tanto trabalho fora de casa quanto doméstico) por causa da sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca preciso de ajuda								Sempre preciso de ajuda		

14) Atualmente você se sente mais deprimido, tenso ou ansioso do que antes da sua dor começar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem depressão								Depressão/tensão grave		

15) Você apresenta problemas emocionais causados pela dor, que interferem no relacionamento familiar, na vida social ou nas atividades do trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não apresento									Apresento problemas graves	

Giordano PCM. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento: "The Pain Disability Questionnaire". Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2009.

ANEXO D - PICTOGRAMA DE FADIGA

Quanto cansado você se sentiu na última semana?

Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?

Figura 1 - Pictograma de Fadiga

ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Inventário de Depressão de Beck – IDB

Neste questionário existem grupos de frases. Escolha, em cada grupo, a frase que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.

2. 0 Não estou sem coragem para o futuro.
 1 Sinto-me sem coragem quanto ao futuro.
 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. 0 Obtenho tanta satisfação nas coisas como costumava ter.
 1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
 2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja sendo castigado(a).
 1 Sinto que possa ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 3 Sinto que estou sendo castigado(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 3 Eu me odeio.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
 1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
 2 Gostaria de me matar.

- 3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Atualmente choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que eu queira.
11. 0 Não me irrita mais agora do que em qualquer outra época.
1 Fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo mais velho(a) e sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) que de hábito.
1 Fico mais cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.

- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.
() Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores ou aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse no sexo.

ANEXO F – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção de enfermagem para manejo da dor crônica

Pesquisador: YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94788818.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEU SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.831.470

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende testar os efeitos de uma intervenção complexa de enfermagem, com enfoque cognitivo-comportamental, para melhorar o manejo da dor em pacientes com dor crônica. As intervenções complexas se caracterizam como intervenções que incluem múltiplos componentes que interagem entre si para alcançar um resultado desejado. O estudo será conduzido na modalidade estudo piloto, quase-experimental, do tipo antes e depois, desenvolvido na Escola de Enfermagem da USP em parceria com o Ambulatório de Controle da Dor da Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICHC-FMUSP). Com a amostra de conveniência, de pacientes internados em tratamento para dor crônica. Tem como critérios de inclusão idade entre 18 e 65 anos, com queixa de dor há mais de 6 meses avaliados pela Escala Numérica de Dor. Os participantes serão selecionados durante a Consulta de Enfermagem desenvolvida Ambulatório de Controle da Dor. Responderão aos instrumentos: Inventário Breve de Dor, Questionário para avaliação da incapacidade causada pela dor, e o Questionário de Autoeficácia sobre a Dor. A intervenção complexa de enfermagem incluirá: estratégias educativas (fisiologia e manejo da dor, importância dos exercícios e manejo do estresse, higiene do sono e uso de ritmo no manejo da dor crônica), técnicas de resolução de problemas, técnicas de relaxamento e exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, todas aplicadas por enfermeiras responsáveis pelo estudo. Espera-se como resultados, contribuir para reduzir a intensidade da dor, a fadiga e os sintomas depressivos, e caso os resultados sejam

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419		CEP: 05.403-000
Bairro: Cerqueira César		
UF: SP	Município: SÃO PAULO	E-mail: cep@usp.br
Telefone: (11)3061-8858

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.831.175

positivos, poderão ser replicados em outras instituições de saúde, seja na atenção primária ou em serviços ambulatoriais especializados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos de uma intervenção complexa de enfermagem no manejo da dor crônica. Avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem na intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos de pacientes com dor crônica; Avaliar o efeito de uma intervenção complexa de enfermagem na auto-eficácia e incapacidade em pacientes com dor crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores descrevem no TCLE que o risco da participação no estudo é relativo a emoção que o participante pode sentir ao falar sobre sua dor. Como Benefícios destacam a participação no programa de controle da dor desenvolvido pelas intervenções complexas, com recebimento de educação sobre a dor, técnicas de relaxamento e exercícios, que podem ajudar a aliviar a dor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta-se bem delineado, bem fundamentado, sobre tema relevante para área do conhecimento bem como para assistência à saúde no sistema público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O estudo não propõe dispensa do TCLE. O mesmo descreve os esclarecimentos necessários para condução do estudo. Apresenta todos os instrumentos e o transcorrer das semanas com cada intervenção. Não apresenta cronograma do projeto.

Recomendações:

Incluir Cronograma de desenvolvimento do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbvios éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepae@usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.831.476

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1156215.pdf	31/07/2018 14:55:04		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoYasmin310718.pdf	31/07/2018 14:46:44	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	31/07/2018 14:46:15	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDorCronicaYasmin300718.pdf	30/07/2018 15:34:13	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2018 15:29:15	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	30/07/2018 15:28:27	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
Orçamento	Orcamento_cep.pdf	30/07/2018 15:27:28	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/07/2018 15:25:06	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Agosto de 2018

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8658

E-mail: cepem@usp.br

ANEXO G - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção de enfermagem para manejo da dor crônica

Pesquisador: YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94788818.3.3002.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.339.401

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo a ser desenvolvido no ambulatório do Grupo de dor, onde o foco será com atendimento de pacientes com dores crônicas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos de uma intervenção complexa de enfermagem no manejo da dor crônica. Avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem na intensidade da dor, fadiga e sintomas depressivos de pacientes com dor crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o participante poderá se emocionar ao falar sobre sua dor ao responder as perguntas.

Benefícios: espera-se melhorar o controle da dor dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo terá a participação da Escola de Enfermagem (EEUSP) em parceria com o Ambulatório de Controle da Dor da Divisão de Anestesia do ICHCFMUSP, e dos pacientes em tratamento para dor crônica. Participarão cerca de 60 pacientes com dor crônica no atendimento de consulta de enfermagem, onde serão aplicados questionários para coleta dos dados. O TCLE permanece com frases que merecem atenção para que o paciente compreenda o que realmente será feito, e a expressão "...verificar os resultados da intervenção de enfermagem..." sugiro "verificar se o que a enfermagem está fazendo tem ajudado no seu tratamento ou algo semelhante". Sugiro também, esclarecer o que é o "programa de controle da dor, para que serve, além de citar os encontros".

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 3.339.401

Ambas sugestões elucidam o estudo para o participante e evitam conflitos de falha na compreensão sobre o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexado Carta de anuência da Divisão de Enfermagem do Instituto Central.

TCLE presente, porém requer alterações para melhor entendimento sobre a participação no estudo.

Recomendações:

As sugestões propostas para o TCLE evitará a possibilidade de problemas futuros, assim como garantir que o participante tenha suas dúvidas esclarecidas formalmente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicito considerar as sugestões para o TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1304543.pdf	02/05/2019 18:22:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE4.pdf	02/05/2019 18:20:32	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito
Outros	CartaanuênciaEnfHCYasmin.pdf	29/04/2019 13:04:55	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito
Outros	AnuencialCHC.pdf	25/02/2019 14:46:28	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoYasmin310718.pdf	31/07/2018	YASMIN CARDOSO	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 3.339.401

/ Brochura Investigador	ProjetoYasmin310718.pdf	14:46:44	METWALY MOHAMED ALI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	31/07/2018 14:46:15	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDorCronicaYasmin300718.pdf	30/07/2018 15:34:13	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2018 15:29:15	YASMIN CARDOSO METWALY MOHAMED ALI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Maio de 2019

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br