



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Cláudia Zornoff Gavazza

**Intervenção multimodal em grupo para a dor crônica e seus efeitos na
intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e bem-estar
emocional**

Rio de Janeiro

2024

Cláudia Zornoff Gavazza

Intervenção multimodal em grupo para a dor crônica e seus efeitos na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e bem-estar emocional

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Villela

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

G281 Gavazza, Cláudia Zornoff.

Intervenção multimodal em grupo para a dor crônica e seus efeitos na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e bem-estar emocional / Cláudia Zornoff Gavazza. – 2024.

63 f.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Villela

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental.

1. Dor crônica – Tratamento farmacológico – Teses. 2. Terapia Cognitivo-Comportamental – Métodos – Teses. 3. Autocuidado – Psicologia – Teses. 4. Qualidade de Vida – Psicologia – Teses. I. Villela, Nivaldo Ribeiro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 613.97

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo CRB7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Claudia Zornoff Gavazza

Intervenção multimodal em grupo para a dor crônica e seus efeitos na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e bem-estar emocional

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 10 de junho de 2024.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Villela (Orientador)

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Danúbia da Cunha de Sá Caputo

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes - UERJ

Prof. Dr. Guilherme Carneiro Montes

Departamento de Farmacologia e Psicobiologia - UERJ

Prof.^a Dra. Halina Cidrini Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Beatriz Fátima Alves de Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

“Confiará em ti quem conhece teu nome, pois nunca abandonas os que te buscam Senhor.”

(Sl9,11)

Ao meu bom Senhor, que no cansaço, me levanta das minhas lutas, que na dúvida, coloca o caminho diante dos meus pés, e que, no meu desespero, nunca deixou de atender o meu clamor.

“A persistência é o caminho do êxito”.

(CHAPLIN, 1997, p.118)

A minha família, meus pais, Sérgio e Neusa, meu filho, Thiago, minhas irmãs, Cristina e Patrícia. Braço direito e amor incondicional, apoio incansável na concretização de todos os meus sonhos.

“É revelador perceber que muitos traços de personalidade que passamos a acreditar ser nós mesmos, e dos quais talvez até sintamos orgulho, na verdade exibem as cicatrizes de onde, num passado remoto, perdemos a conexão com nós mesmos.”

(MATÉ,2023, p.107)

Aos pacientes com dor crônica, que, de forma generosa, compartilharam suas histórias comigo e me ajudaram a ser uma pessoa melhor. Que expandiram minha visão de mundo, e me ensinaram a escutar, para ampliar a possibilidade de se chegar ao outro, e, só depois disso, poder agir de uma maneira mais eficaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Nivaldo Villela pela oportunidade de desenvolver esse projeto e pela confiança depositada no meu trabalho. Obrigada por acreditar no meu potencial e por todo apoio ao longo da caminhada rumo ao título.

À Profa. Dra. Beatriz Fátima Alves de Oliveira pela sua disponibilidade e imensa contribuição nesse estudo.

À minha querida amiga Joyce, por me escutar, acolher, incentivar, e, por ter tido sempre muito carinho e paciência comigo e com o meu filho Thi.

À Profa. Dra. Adalgisa Ieda Maiworm por me convidar para fazer parte do projeto do Atendimento Multidisciplinar em Dor Crônica

À Profa. e grande amiga, Dra. Fernanda Martins Pereira, e aos competentes e especiais psicólogos: Simara Candido da Silva, Taiana Gomes Lima e Raphael de Oliveira do Amaral pela valorosa contribuição na coleta dos dados.

À toda equipe médica, de enfermagem, de professores de Educação Física e secretárias do projeto de Atendimento Multidisciplinar em Dor Crônica por toda competência, apoio e incentivo nessa minha caminhada.

RESUMO

GAVAZZA, Cláudia Zornoff. **Intervenção multimodal em grupo para a dor crônica e seus efeitos na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e bem-estar emocional.** 2024. 63 f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Contexto: A dor crônica (DC) é uma causa comum de incapacidade e sofrimento emocional, necessitando de intervenção precoce efetiva para minimizar o seu impacto nas atividades de vida diárias, neste contexto, os programas de autogerenciamento para a dor crônica (PAGDC), conduzidos por profissionais de saúde, tem se mostrado eficazes para a redução da dor e melhora da qualidade de vida (QV) nessa população. **Objetivo:** Este estudo quase-experimental teve como intuito comparar os efeitos do tratamento de um grupo experimental, que realizou uma intervenção multimodal, associando o tratamento farmacológico a um PAGDC, realizado em grupo e baseado em terapia cognitivo comportamental e exercícios, com um grupo controle, que realizou o tratamento convencional, constituído somente pela abordagem farmacológica, na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e nos aspectos emocionais. **Métodos:** Um total de 206 pacientes (em sua maioria mulheres, na faixa etária de 40 a 59 anos) com DC participaram do estudo. O Grupo de Tratamento Convencional (GTC) formado por 103 pacientes que estavam na lista de espera para o PAGDC, foi utilizado como controle. O grupo experimental, constituído por 103 pacientes, realizou o PAGDC em grupos de 8 a 10 pacientes, através de 6 encontros semanais de 2 horas de duração. A intensidade da dor e interferência da dor na QV foram acessadas através da escala do Breve Inventário da Dor (BID). O desfecho primário foi a média da diferença entre as medidas do BID que atingiram uma mudança de -1 ponto do momento basal ao pós tratamento na escala numérica de dor. Sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD). O desfecho secundário foi a média da diferença entre as medidas do basal ao pós tratamento que implicaram em mudança de categoria de sintoma clínico de ansiedade e depressão. O teste Qui-quadrado (X^2) e o Mann-Whitney U-teste foram utilizados para comparar as variáveis entre os grupos no momento basal. O teste de t-student foi utilizado para comparar a média da diferença entre os grupos do momento basal ao pós-tratamento. **Resultados:** O estudo revela que, o grupo de intervenção, quando comparado ao GTC, obteve uma diminuição clinicamente significativa da média da intensidade da pior dor ($-1,09 \pm 3,11$, $p < 0,001$) e da média da interferência da dor nos domínios de qualidade de vida ($-1,78 \pm 3,31$ a $-2,44 \pm 4,56$, $p < 0,001$), com uma média de tamanho de efeito para esses ganhos de 0,68 (variação=0,54–0,88). Quanto a ansiedade e depressão, comparado ao GTC, os pacientes que realizaram o programa de autogerenciamento obtiveram uma mudança na percepção de sofrimento emocional com um tamanho de efeito em média de 0,52 (variação=0,43–0,60). O grupo de autogerenciamento quando comparado ao convencional, também obteve uma chance aproximadamente 3 vezes maior de relatar uma redução de pelo menos 1 ponto na pior dor no pós-tratamento (55% vs 30%; razão de odds [RO], 2,81 [95% de intervalo de confiança (IC), 1,58–5,01]) e, de 2 a 3 vezes mais chance (IC 95% 1,06–3,28 e 1,7–5,37) de diminuir os sintomas clínicos de ansiedade e depressão. Por outro lado, o GTC não mostrou melhoras nas variáveis estudadas ao longo do tratamento. **Conclusão:** A intervenção multimodal através do PAGDC contribuiu para melhora da intensidade da dor, qualidade de vida e bem estar emocional dos pacientes com DC, sugerindo que o PAGDC pode ser mais efetivo que o tratamento farmacológico somente.

Palavras-chave: autogerenciamento; dor crônica; cuidado multidisciplinar; atenção primária.

ABSTRACT

GAVAZZA, Cláudia Zornoff. *Multimodal group intervention for chronic pain: effects on pain, intensity, pain interference in quality of life and emotional well-being*. 2024. 63 f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Background: Chronic pain (CP) is a common cause of disability and distress, needing early and effective treatment to mitigate its impact on pain in daily life activities. Chronic pain self-management programs (CPSMP) carried out by healthcare professionals have demonstrated efficacy in reducing pain and enhancing quality of life (QOL). **Objective:** This quasi-experimental study aimed to compare the effect of a multimodal CPSMP based on cognitive-behavioral therapy and exercises associated to pharmacological treatment with a conventional treatment group (CTG), receiving only pharmacological treatment, on pain intensity (PI), pain interference in QOL, and emotional aspects. **Methods:** A total of 206 patients (mostly female; age range: 40-59 years) with CP participated in this study. The CTG (n=103) formed by the wait list to the CPSMP was used as control. The CPSMP (n=103) was carried out in groups of 8 or 10 patients in weekly sessions lasting 2 hours each, conducted over 6 weeks. Pain intensity and interference with QOL domains were accessed using the Brief Pain Inventory Scale (BPI), with a minimal clinically important difference of -1 point on the visual analog pain scale indicating effective change. Anxiety and depression were measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) considering change in categorical symptoms as parameter for effective improvement. The Chi-square test and the Mann-Whitney U-test were used to compare variables between groups in baseline moment. The t-student test was used to compare the difference in averages between groups from baseline to post treatment. **Results:** The study revealed that participants in the CPSMP group exhibited a significant decrease in the intensity of 'worst pain' (-1.09 ± 3.11 , $p < 0.001$) and 'pain interference' across QOL domains (-1.78 ± 3.31 to -2.44 ± 4.56 , $p < 0.001$) with an average effect size of 0.68 (range=0.54-0.88) for these gains. As for anxiety and depression, compared to the CTG, patients that participated in the CPSMP had a change in their perception of emotional distress with an average effect size of 0.52 (range=0.43-0.60) for this gain. Compared to the CTG, the self-management group had a 3 times higher chance to reduce in at least -1 point in their worst pain (55% vs 30%; odds ratio [OR], 2.81 [95% confidence interval (CI), 1.58 to 5.01]) and a 2 to 3 times higher chance (CI 95% 1.06-3.28 and 1.7-5.37) to reduce clinical symptoms of anxiety and depression in the post treatment. Conversely, the CTG showed no significant improvements across measured variables. **Conclusion:** The multimodal CPSMP was effective in reducing pain and improving quality of life and emotional well-being among patients with CP, suggesting that CPSMP may be more effective than pharmacological treatment alone.

Keywords: self-management; chronic pain; multidisciplinary care; primary care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama de fluxo do desenho de estudo.....	24
Figura 2 -	Probabilidades previstas da melhora da interferência da dor nas atividades gerais e da dor no momento de acordo com sexo e faixa etária.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo da Intervenção do Programa de Autogerenciamento	27
Tabela 2	Características demográficas, local de dor, intensidade da dor, interferência da dor, desordens emocionais e tratamento farmacológico dos grupos de estudo.....	31
Tabela 3	Resultados do pré-tratamento (baseline) ao pós-tratamento (Convencional vs Autogerenciamento) para intensidade da dor, interferência da dor e desordens emocionais.....	33
Tabela 4	Razão de odds (RO) para a melhora clínica nos escores de intensidade, interferência da dor e desordens emocionais, comparando as intervenções Convencional e autogerenciamento.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
EHAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
GTC	Grupo de tratamento convencional
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IASP	International Association for Study of Pain
IC	Intervalo de confiança
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros superiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAGDC	Programa de autogerenciamento da dor crônica
QV	Qualidade de vida
RO	<i>Razão de odds</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1	Dor crônica	14
1.1.1	<u>Qualidade de vida e dor crônica</u>	15
1.1.2	<u>Bem-estar emocional e dor crônica</u>	16
1.2	Intervenção multimodal na dor crônica	17
1.2.1	<u>Terapias de movimento</u>	18
1.2.2	<u>Terapia psicológica (terapia cognitivo comportamental)</u>	19
1.2.3	<u>Terapia farmacológica</u>	20
1.2.4	<u>Programas de autogerenciamento</u>	20
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos	22
3	MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1	Desenho do estudo e população	23
3.2	Considerações éticas	23
3.3	Participantes e contexto	23
3.4	Intervenção	25
3.5	Medidas de desfecho e questionários	28
3.6	Análise estatística	28
4	RESULTADOS	30
5	DISCUSSÃO	37

CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido	53
ANEXO A - Parecer do comitê de ética	55
ANEXO B - Inventário breve da dor (frente)	58
ANEXO C - Inventário breve da dor (verso)	59
ANEXO D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	60
ANEXO E - Reflexões sobre o Programa de Autogerenciamento: Visão do Autor	61

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP) (RAJA et al, 2020) a dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou não a uma lesão real ou potencial do tecido. A dor crônica (DC), é a dor que persiste por um período de tempo superior a 3 meses (TREEDE et al, 2015), ou aquela que permanece mesmo após o tempo normal de cura dos tecidos (BONICA, 1953). A DC é hoje reconhecida como uma doença em si, tendo em vista que até o determinado momento não existe uma cura para os pacientes que convivem com ela, sendo assim recomendado que o próprio paciente aprenda a gerenciar e manejar os seus sintomas, o seu tratamento e as mudanças necessárias no seu estilo de vida para minimizar os efeitos do sofrimento físico, psíquico e emocional imposto pelo quadro doloroso.

Dentro de um panorama mundial, a dor crônica é a principal causa de anos vividos com incapacidade, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (GBD, 2016). Ela corresponde a aproximadamente 50% das queixas trazidas pelos pacientes nos serviços de atenção primária, podendo apresentar comorbidades psiquiátricas como ansiedade e depressão, além de aumentar o risco de suicídio e pensamentos suicidas quando não tratada de maneira adequada. (DYDYK;CONERMANN, 2024) tornando-se um problema relevante para a saúde pública, já que impacta negativamente os indivíduos e toda a sociedade (SESSLE, 2011). Uma análise combinada de estudos realizados na Europa, Américas, Oceania e Ásia demonstraram que a dor crônica teve um impacto significativo nas dimensões física (51%), emocional (40%) e na qualidade de vida (59%). Ao mesmo tempo, o tratamento precoce foi essencial para a redução do seu impacto; quanto maior o tempo de espera para o alívio da dor, mais severo o impacto e o grau de cronicidade, assim como maior o custo com o sistema de saúde (HAGEN et al, 2020).

Algumas barreiras, como a falta de educação e conhecimento adequados sobre a dor crônica, a dificuldade no acesso aos serviços especializados com uma abordagem multidisciplinar e o investimento inadequado no campo de pesquisa da dor, fazem com que esta permaneça, como um desconforto sem alívio, tornando-se assim, uma triste e frequente realidade (SESSLE, 2011). Neste sentido, sendo a dor um fenômeno biopsicossocial e multifatorial, ela necessita ser vista sob um aspecto multidisciplinar, onde todas as suas dimensões possam ser adequadamente avaliadas e apropriadamente abordadas (GATCHEL et al, 2007). Preconiza-se que o tratamento da dor crônica deve incorporar uma intervenção de tratamento multimodal, com a inclusão do tratamento medicamentoso associado a uma abordagem de autogerenciamento que inclua estratégias psicológicas e de movimentos através

de exercícios (HESTMANN et al, 2023). No entanto, o tratamento precoce e efetivo da dor crônica é mais desafiador em países em desenvolvimento, onde a abordagem multidisciplinar é escassa na primeira via acessível de cuidado para estes pacientes, a atenção primária.

No Brasil, apesar da alta prevalência de dor crônica, estimada ao redor de 35% (SANTIAGO et al, 2023), poucos estudos sobre a eficácia de programas de autogerenciamento de dor crônica no âmbito da atenção primária foram realizados até o momento. Os estudos existentes foram conduzidos em populações com idade e diagnósticos específicos (SOUZA et al, 2008; SANTOS et al, 2011), variando em tipo de contexto/cenário (SALVETTI et al, 2012) e forma de entrega (PEREIRA et al, 2022). Desta maneira, até o presente momento, não temos conhecimento de nenhum estudo realizado com a população brasileira adulta de dor crônica, com diferentes diagnósticos, no âmbito da saúde pública, mediado por equipe multidisciplinar e abordagem cognitivo comportamental.

Este estudo justifica-se pela necessidade da verificação das melhores estratégias de tratamento direcionadas à demanda específica do paciente com dor crônica dentro da abordagem dos programas de autogerenciamento, tendo em vista que, mesmo com existência de evidência suficiente sobre a eficácia destes programas de autogerenciamento baseados em terapia cognitivo comportamental, a escolha da melhor maneira de se ofertar este cuidado ainda precisa ser investigada (DINEEN-GRIFFIN et al, 2019). Além disso, a preocupação com o efeito colateral dos medicamentos, o escalonamento da crise associada à prescrição de opioides, e a ineficácia na utilização somente da terapia farmacológica na abordagem da natureza multifacetada da dor crônica, acende um alerta sobre a necessidade do desenvolvimento de modelos terapêuticos mais efetivos. Esses modelos devem incorporar tanto estratégias farmacológicas como não farmacológicas, e precisam ser estudadas de forma associada, de maneira a tratar mais eficazmente as necessidades desta população de pacientes (EUCKER et al., 2022). Somado a isso, estabelecer como as estratégias de tratamento possam contemplar as doenças crônicas como um todo, ao invés de diagnósticos específicos, será um passo essencial para o aprimoramento do campo de estudo do autogerenciamento.

Desta forma, temos como hipótese deste estudo que; a intervenção multimodal para a dor crônica realizada pela equipe multidisciplinar da Clínica da Dor da UERJ, que incorpora o tratamento farmacológico e não farmacológico, através do Programa de Autogerenciamento da Dor Crônica, é capaz de aliviar o impacto causado pela dor crônica sofrida pela população adulta e idosa advinda da atenção primária, sendo eficaz para a redução da dor, interferência da dor na qualidade de vida e no bem estar emocional destes pacientes.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Dor crônica

A dor crônica advém da desregulação do funcionamento normal da transmissão, processamento e modulação da percepção do estímulo nociceptivo no sistema equilibrado da dor aguda (YU;WEN, 2023). Na dor crônica o corno dorsal da medula, que é a via de entrada dos estímulos sensoriais nocivos, apresenta aumento da excitabilidade neuronal e inibição reduzida, amplificando e desregulando a transmissão do sinal de dor (APKARIAN et al,2005) fazendo com que os nociceptores sejam ativados inclusive até através de estímulos sensoriais normais (FORNASARI,2012).

A dor crônica é uma condição comum, afetando entre 30 e 50% da população mundial, com uma prevalência global estimada em 25% (CARVALHO et al, 2018). No Brasil, a prevalência é de 39 a 76% na população (SOUZA et al, 2017). Além disso, a dor crônica é uma causa comum de busca por serviços médicos, correspondendo a cerca de 22 a 50% das queixas nos serviços de atenção primária (SMITH et al, 2019). A maioria dos pacientes com dor crônica reclamam de mais de um tipo de dor (HARDT et al, 2008), com relatos de dor generalizada em cerca de 3,6% dos pacientes com dor crônica (ANNAGUR et al, 2014).

Existem 3 categorias principais de dor crônica: nociceptiva, neuropática e nociplástica (COHEN et al, 2021). A dor nociceptiva é o tipo mais comum, resulta de atividade na via neural secundária a estímulo real ou estímulo que possa potencialmente danificar o tecido e abrange por exemplo, a artrite e a maioria das formas de dores na coluna (DIBONAVENTURA et al, 2017). A dor neuropática corresponde a cerca de 15-25% dos tipos de dor crônica e é definida como uma dor causada por dano ou doença no sistema nervoso somato-sensorial que cursa com anormalidades sensoriais como dormência e alodinia (FINNERUP et al, 2016) e está relacionada a diagnósticos como neuropatia diabética, radiculopatia e neuralgia pós herpética (COHEN;MAO, 2014). Já a dor nociplástica surge do processamento anormal do sinal da dor, sem uma evidência clara de lesão tecidual ou patologia discreta envolvendo o sistema somato-sensorial, ela é causada por desordem que envolve o aumento do processamento sensorial e a diminuição da via inibitória descendente, gera hiperalgesia, dor difusa/ generaliza e sensibilização central (SANZARELLO et al, 2016, FITZCHARLES et al, 2021), incluindo dentre seus estados de dor a fibromialgia, síndrome do intestino irritável e dor lombar não específica (COHEN et al, 2021).

1.1.1 Qualidade de vida e dor crônica

Definir qualidade de vida tem sido um desafio (BRAZIER et al, 2014; MOONS et al, 2006), visto que muitos conceitos de abordagens existem para defini-la (FERRANS, 1990). A OMS, por meio do *The World Health Organization Quality of Live Group* (WHOQOL), indica que: “A qualidade de vida possui uma natureza multidimensional que engloba dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Possui essência subjetiva e leva em conta tanto os aspectos positivos, quanto aspectos negativos, definida como uma percepção individual de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, relacionada aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (KUYKEN;GROUP, 1995).

Apesar de muitas definições de qualidade de vida focarem em julgamentos subjetivos, alguns autores também sugerem a importância da inclusão de fatores objetivos na definição de qualidade de vida (MEEBERG, 1993;CUMMINS, 2005) conceituando-a como “um bem-estar geral que compreende descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, social e emocional, levando em conta a perspectiva de valores individuais” (FELCE,PERRY, 1995).

No entanto, quando falamos de qualidade de vida relacionada a saúde estamos falando de “quão bem uma pessoa funciona na sua vida, ou a percepção dela sobre o bem-estar físico, mental e social na dimensão de sua saúde” (HAYS;REEVE, 2010). Funcionamento se refere a habilidade individual de desempenhar algumas atividades pré-definidas (WILSON;CLEARY,1995; HAYS;REEVE, 2010), enquanto bem-estar se refere a sentimentos subjetivos (HAYS;REEVE, 2010).

Sabe-se que a dor crônica impacta de maneira importante tanto a qualidade de vida do indivíduo, quanto a de todos ao seu redor, repercutindo na sua capacidade funcional e produtiva, levando à diminuição da capacidade de realizar atividades diárias, tarefas domésticas e trabalho, podendo levar a incapacidades e influenciar em maiores níveis de dependência (KANENMATSUS et al, 2022). Além disso, ela afeta os relacionamentos e a autoestima e está relacionada à maiores taxas de divórcio e suicídio, além do aumento de risco para o abuso de substâncias (TANG;CRANE,2006; MORASCO et al, 2011; VIEIRA et al, 2012), contribuindo para a redução da expectativa de vida (SMITH et al, 2014). A dor crônica também pode levar a comorbidades como distúrbios do sono, ansiedade, depressão e alterações no humor gerando um impacto emocional, psicológico e social, apontando para uma piora na qualidade de vida (FONSECA et al, 2013).

Desta maneira, é importante escolher variáveis de desfecho adequadas que possam refletir os aspectos multidimensionais da qualidade de vida relacionada a saúde. Neste estudo optamos por variáveis de desfecho objetivas e subjetivas, através de questionários que aferiram o

impacto da dor na dimensão física e sua interferência em 7 domínios de qualidade de vida (expressas através de atividades de vida diária) e sintomas de ansiedade e depressão para aferir o impacto da dor crônica nas dimensões emocional, psicológica e social da qualidade de vida. Estudos demonstram que estas variáveis de desfecho e questionários utilizados neste trabalho são instrumentos adequados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida relacionada a saúde (COSTAL et al, 2021).

1.1.2 Bem-estar emocional e dor crônica

O bem-estar emocional (BEE) é um “termo guarda-chuva para conceitos psicológicos como satisfação com a vida, propósito de vida e emoções positivas ...” (FELLER et al,2018), descrito como “um estado geral positivo das emoções, que inclui a satisfação com uma vida que tem sentido e significado, onde existe a capacidade para concretização de metas pré-definidas (NIH, 2018b). Com relação às emoções e estado de humor, o BEE inclui a presença de emoções e humor positivos (contentamento, felicidade) e ausência de emoções e humor negativos (depressão e ansiedade, estresse, tristeza, solidão) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION,2018).

Atualmente, o BEE se tornou uma questão vital para desfechos positivos na saúde (LAMERS et al,2012; SEPTOE et al,2015), estando relacionado a melhores resultados de saúde, como ter saúde forte, resiliência, recuperação e longevidade tanto na população saudável como na doente (MOSKOWITZ et al,2008; BIRKET-SMITH et al,2009). Estudos tem demonstrado associações positivas entre bem-estar emocional e melhores comportamentos de saúde e sono (RYFF et al,2004; FOLKMAN;MOSKOWITZ,2000; GRAN et al,2009), menor incapacidade (FISHER et al,2004; BRUMMET et al,2009) e menor sofrimento (ONG,2010).

Considerando o seu conceito e impacto na vida do indivíduo, o bem-estar emocional deve ser levado em conta quando se considerar possíveis intervenções de saúde para uma população com queixas importantes relacionada às incapacidades como a população de dor crônica (VOS et al,2012; BERNFORT et al, 2015). Estudos sugerem que o bem-estar emocional positivo é fator preditivo de menor severidade de dor (LARSSON et al, 2019) e está associado a um melhor controle da dor (MULLER et al, 2016) e menores sintomas depressivos (FURRER et al, 2019).

Os sintomas de ansiedade e depressão muitas vezes ocorrem juntamente com a dor crônica (GERRITS et al, 2014), tendo em vista que, biologicamente, compartilham vias neurais e neurotransmissores (NEKOVAROVA et al, 2014), já que, regiões como córtex pré-frontal, tálamo, hipotálamo, amígdala que estão associadas ao processamento e modulação da dor, estão

também relacionadas a ansiedade e depressão (MEERWIJK;FORD;WEISS, 2013). Estima-se que aproximadamente 4,9% dos adultos nos EUA têm a conjunção de dor crônica e sintomas de ansiedade e depressão (A/D), (DE La ROSA et al, 2024). A coocorrência de dor crônica e sintomas de A/D contribuem para maiores limitações funcionais (BROOKS et al, 2019), risco aumentado para o abuso de substâncias, isolamento social e suicídio (GAREY et al, 2020), além de uma chance maior de relatar dificuldades para participar de atividades sociais e limitações para desempenhar funções no trabalho (DE LA ROSA et al, 2024).

1.2 Intervenção multimodal na dor crônica

O manejo da dor crônica representa um grande desafio para os profissionais da saúde e pesquisadores, pois ainda não existe um tratamento eficaz para a dor crônica, levando os pacientes a um longo período de sofrimento por consequência das repercussões físicas, psíquicas e sociais (REID et al, 2015; MILLS et al, 2016). Por não haver a possibilidade do reestabelecimento completo da dor crônica, os pacientes devem aprender a gerenciá-la e a lidar com os desafios associados a ela (DEZUTTER et al, 2017). Estudos mostram que a utilização de uma abordagem biopsicossocial é essencial para o cuidado e tratamento das pessoas com dor crônica, pois ela leva em conta a “pessoa como um todo” a partir de uma visão interconectada entre corpo e mente (BEVERS et al, 2016; HYLANDS-WHITE et al, 2017).

As evidências atuais sobre as melhores práticas para o gerenciamento da dor crônica indicam o desenvolvimento de planos de tratamento que incluam o estabelecimento de um diagnóstico, mensuração de variáveis de desfecho com enfoque na melhora dos aspectos da qualidade de vida e utilização de abordagens individuais centradas no paciente (COHEN et al, 2021). Tanto tratamentos médicos como não médicos devem ser incorporados no manejo da dor crônica, numa perspectiva multimodal, com abordagem multidisciplinar incluindo terapias de movimento, terapia psicológica e abordagem farmacológica (HESTMANN, et al, 2023).

1.2.1 Terapias de movimento

A terapia através do movimento utiliza exercícios específicos e protocolos de treinamento físico para melhorar sintomas de dor (GARRIDO-ARDILA et al, 2022). O exercício é provavelmente a estratégia de autogerenciamento mais comumente recomendada, ele pode melhorar o sono (já que o sono não reparador aumenta a sensibilidade a dor), facilitar a perda de peso, estimular a secreção de endorfina e reverte o descondicionamento (COHEN et al,

2021). A atividade física libera opioides endógenos para produzir a “analgesia induzida pelo exercício” que reduz a percepção da dor após o exercício (NAUGLE et al, 2012). Além disso, ela tem efeito anti-inflamatório e pode reduzir a inflamação sistêmica, contribuindo assim para a redução da dor crônica (SLUKA et al, 2018).

Estudos demonstram que exercitar as partes do corpo que não tem dor pode ter um efeito analgésico nas partes que tem dor, ressaltando o fato dos mecanismos de dor se estenderem além de um ponto local da patologia, tendo um efeito sistêmico (BORISOVSKAYA et al, 2020). Não existe evidência de que um tipo de exercício seja mais benéfico que o outro, no entanto, existe a recomendação de que ele seja realizado de maneira lenta e progressiva, respeitando os limites individuais (YU;WEN, 2023) e direcionado para as necessidades específicas de cada paciente (BUFORD et al, 2013).

Evidências recentes propõe que a terapia do movimento pode prevenir ou reverter a sensibilização central através de mecanismos que aumentam os efeitos da via descendente inibitória, corrigem disfunções somáticas e otimizam vias de entrada sensoriais (VAN GRIENSVEN et al, 2020). Uma revisão da Cochrane, realizada por Geneen et al (2017) concluiu que o exercício é mais benéfico para a função do que para o alívio da dor e mais eficaz para a dor difusa e musculoesquelética do que para a dor neuropática, no entanto é utilizado com sucesso ao longo de todo espectro da dor. Quanto a modalidade de exercícios, estudos demonstram que, exercícios específicos de relaxamento (VAMBHEIN et al, 2021), respiração (ANDERSON et al, 2017), fortalecimento e treino da capacidade aeróbica (HURKMANS et al, 2009) tem se mostrado eficazes na melhora da intensidade da dor, incapacidade e sintomas depressivos (SOSA-REINA et al, 2017) em população de pacientes com dor crônica. Nos casos de dor que cursam com medo do movimento (cinesiofobia) crenças catastróficas e incapacidade significativa, exercícios de exposição gradual de movimentos funcionais direcionados a restauração da mobilidade e queixas de incapacidades específicas, devem ser incorporados ao tratamento, para uma diminuição na intensidade da dor e aumento na funcionalidade (GEORGE et al, 2009; LEOHARDT et al, 2017).

Evidências atuais demonstram benefícios da terapia através do movimento para uma ampla variedade de patologias relacionadas a dor crônica como dor neuropática, fibromialgia, dor de cabeça e dor temporomandibular (FALSIROLI et al, 2019; DE MELO et al, 2020; SCHULZE et al, 2020; YAO et al, 2022). Como aspecto adjuvante da terapia farmacológica, tem demonstrado bons resultados para o aumento dos efeitos analgésicos quando comparado somente a medicação, para dor lombar, dor cervical e osteoartrite, otimizando tanto os aspectos fisiológicos como cognitivo-comportamentais que influenciam a dor (MAHER et al, 2023).

Além disso, a integração de terapias de movimento a programas com abordagem de terapia cognitivo comportamental melhora o enfrentamento da dor, catastrofização e cinesiofobia quando comparada a essas terapias sozinhas (FLYNN et al, 2020).

1.2.2 Terapia psicológica (terapia cognitivo comportamental)

A intervenção psicológica mais utilizada no manejo da dor crônica é a terapia cognitivo comportamental (TCC), que envolve a reestruturação das crenças maladaptativas, atitudes e comportamentos que contribuem para o aumento do sofrimento associado à doença (COHEN et al, 2021).

A TCC é uma psicoterapia que tem como intuito modificar os pensamentos e comportamentos maladaptativos relacionados a dor crônica, ela funciona através da mudança na forma com que o indivíduo percebe a sua dor, enfrentando pensamentos negativos e potencializando os positivos através da reestruturação cognitiva (EHDE et al, 2014). A TCC também tem como objetivo trabalhar as consequências emocionais e comportamentais relacionadas a dor crônica como: medo, ansiedade, depressão e raiva, através da utilização de técnicas como terapia de exposição, treino de relaxamento, ativação comportamental e regulação emocional (EHDE et al, 2014; KNOERL et al, 2016). Somado a isso, a TCC também aborda fatores relacionados ao estilo de vida que podem impactar na dor, como: higiene do sono, dieta, atividade física e suporte social (KNOERL, 2016).

Pesquisas mostram que a TCC aumenta a secreção de opioides endógenos e reduz os fatores pró-inflamatórios, sugerindo um efeito analgésico e anti-inflamatório na dor crônica (HEFFNER et al, 2018). A TCC também modula a atividade e conectividade das regiões cerebrais que envolvem o processamento da dor, como o córtex pré-frontal, córtex singular anterior, ínsula e amígdala (YOSHINO et al, 2018). Ela regula a dor, facilitando a via descendente inibitória, liberando neurotransmissores como opioides, serotonina e norepinefrina para inibir o sinal nociceptivo (KNOERL et al, 2016).

A TCC demonstra boa utilidade clínica em uma ampla variedade de distúrbios relacionados a dor crônica, como dor lombar, fibromialgia, enxaqueca e dor neuropática (CLAUW, 2014; MARIANO et al, 2018; HIGGINS et al, 2022). Estudos recentes revelam que a TCC reduz a dor e melhora a função na dor cervical crônica, artrite reumatoide, síndrome do cólon irritável, distúrbios temporomandibulares, dor abdominal crônica e dor pélvica crônica (KINSINGER, 2017; SKELLY et al, 2020; SHEN et al, 2020). Como tratamento adjuvante, a TCC quando integrada ao exercício colabora para uma maior melhora na dor e função quando comparada as terapias sozinhas em pacientes com dor lombar crônica e osteoartrite (KHAN et

al, 2014). Nos casos de dor relacionada ao câncer, a TCC combinada ao tratamento farmacológico é mais efetiva para a redução da dor quando comparada somente a medicação, possivelmente pelo aumento das estratégias de enfrentamento e aderência a medicação (MAINDET et al, 2019).

1.2.3 Terapia farmacológica

A lista das opções farmacológicas para a dor crônica é extensa, incluindo analgésicos não opioides como anti-inflamatórios não esteroides, paracetamol e aspirina, tramadol, opioides e drogas antiepiléticas (gabapentina ou prégabalina), também podem ser úteis, antidepressivos como antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina, analgésicos tópicos, relaxantes musculares, os receptores antagonistas do N-methyl-d-aspartate (NMDA), e alpha 2 agonistas adrenérgicos, todos considerados terapias farmacológicas possíveis no tratamento da dor crônica (DYDKY;CONERMANN, 2024). A abordagem de tratamento farmacológico deve ser pensada passo a passo e incluir uma combinação de analgésicos não opioides, opioides e terapias não farmacológicas. A terapia de primeira linha deve incluir paracetamol e anti-inflamatórios não esteroide, na falha em se obter um alívio da dor adequado, o tratamento deve considerar a analgesia pelo uso de opioides (DYDKY; CONERMANN, 2024).

1.2.4 Programas de autogerenciamento

O autogerenciamento tem como objetivo a mudança de comportamento frente a dor, (SKIVINGON et al, 2021) através da entrega de um conjunto de ferramentas estratégicas para o indivíduo com o objetivo de auxiliá-lo a lidar e viver bem com uma ou mais condições crônicas de dor, proporcionando a motivação e a autoconfiança necessárias para gerenciar os aspectos médicos, físicos e emocionais relacionados a sua condição (IMUS, 2004). Os programas de autogerenciamento variam em composição, mas no geral incluem combinações de educação em dor, exercícios, estratégias de enfrentamento e treino em habilidades de comunicação e resolução de problemas (REID et al, 2008).

Os programas de autogerenciamento tem abordagem multidisciplinar e são realizados principalmente em grupo, favorecendo a comunicação e troca de interação entre pacientes e profissionais (GRONNING et al, 2016; GRONNING et al, 2017), que proporcionam um ambiente de validação de sentimentos e sensação de pertencimento (ANDERSEN et al, 2014) proporcionando a sensação de “não estar só” o que favorece o suporte social, dando aos pacientes a sensação de segurança e acolhimento (PIETILA et al, 2018; TURNER et al, 2020).

Outro fator importante trazido nos estudos qualitativos acerca dos programas de autogerenciamento é que estes favorecem a aceitação da condição crônica, através da experimentação da sensação de serem acreditados em seus sentimentos (PIETILA et al, 2018).

A evidência acerca dos efeitos dos programas de autogerenciamento é variada. Uma revisão sistemática recente demonstrou que, intervenções não farmacológicas como programas de autogerenciamento, são efetivas para melhorar a função física e reduzir a dor em pessoas com dor crônica (GERAGHTY et al, 2021). Por outro lado, estudos atuais apontam para a falta de evidência de ensaios clínicos randomizados demonstrando melhora na qualidade de vida física e mental de indivíduos com dor crônica que participaram de programas de autogerenciamento em comparação aos que realizaram tratamento convencional (OKOLI et al, 2023). A falta de uma uniformidade na composição e aplicação dos programas e sua comparação com o cuidado convencional são um dos motivos para a ausência de uma evidência significativa de melhora nas variáveis de medição (OKOLI et al, 2023).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

O objetivo deste estudo é avaliar os efeitos da intervenção multimodal de tratamento para a dor crônica comparada somente a intervenção medicamentosa, na intensidade da dor, na interferência da dor na qualidade de vida e no bem-estar emocional da população adulta e idosa com dor crônica

2.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico da população do estudo.
- b) Avaliar a intensidade da dor e interferência da dor na qualidade de vida da população de estudo.
- c) Analisar o bem-estar emocional através dos sintomas de ansiedade e depressão na população estudada.
- d) Investigar os efeitos da intervenção multimodal de tratamento na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e no bem estar emocional comparada ao tratamento convencional realizado somente pela abordagem farmacológica

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho de estudo e população

Este estudo quase-experimental foi realizado no Centro Multidisciplinar da Dor do Hospital Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que recebe pacientes referenciados por diversos serviços de atenção primária da saúde do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes chegavam à clínica da dor, realizavam a avaliação inicial para levantar características sociodemográficas, dor e ansiedade e depressão por intermédio de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e psicólogos. Após a avaliação inicial, os pacientes permaneciam em uma lista de espera para o início do programa de autogerenciamento da dor. As informações foram armazenadas em bancos de dados e as coletas de dados foram realizadas durante o ano de 2019.

3.2 Considerações éticas

Todos os pacientes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) cujo protocolo, procedimentos e métodos foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Protocolo Número 20220319.6.0000.5259) (ANEXO A).

3.3 Participantes e contexto

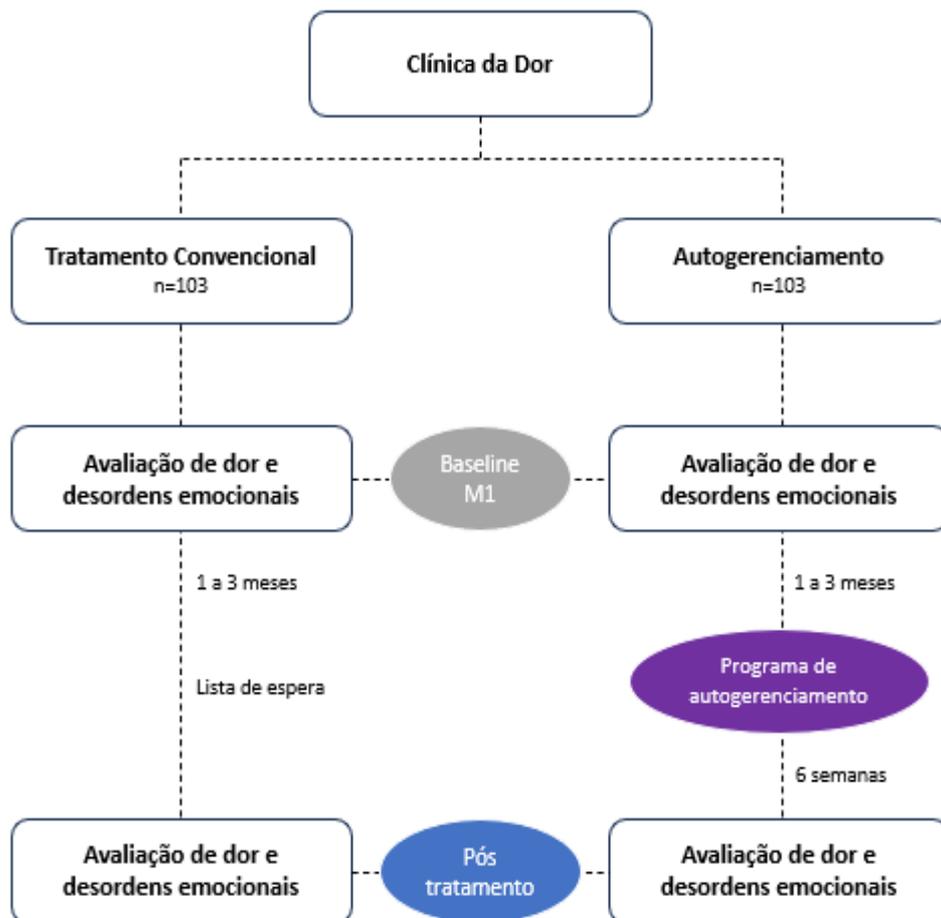
Foram recrutados para o estudo pacientes adultos e idosos, com idade superior a 18 anos e dor de duração maior ou igual a 3 meses, atendidos pela Clínica da Dor do Hospital da Universidade Estadual do Rio de Janeiro no período de fevereiro a novembro de 2019. Os dados dos pacientes foram coletados por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. No momento da entrada na clínica da dor (momento basal- momento 1) os pacientes tiveram seus dados sociodemográficos levantados e responderam a questionários para avaliar a sua dor (Breve Inventário da Dor) e os seus sintomas de ansiedade e depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão). Após a avaliação inicial os pacientes permaneceram na lista de espera até iniciar o programa de autogerenciamento. Durante o tempo de espera os pacientes fizeram o tratamento medicamentoso somente. A espera para o grupo do autogerenciamento variou de 1 a 3 meses.

O Grupo Controle, formado pela lista de espera e que recebeu o tratamento convencional (somente farmacológico), respondeu a questionários para medir a intensidade da dor, a interferência da dor na qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão no basal

(momento 1) e antes de entrar no Programa de Autogerenciamento da Dor Crônica (PAGDC) (momento 2). O Grupo de Intervenção, que realizou o programa de autogerenciamento, respondeu aos mesmos questionários no basal (momento 1) e após a realização do programa (momento 2). As coletas foram conduzidas no basal e após intervalos que variaram entre três e cinco meses. (Figura 1).

O tamanho da amostra foi calculado baseado nos resultados da variável “dor” do estudo de Chien et al. (2013). A análise foi realizada considerando um tamanho de efeito de 0,37 para dor média, com um poder de 80% e um uma margem de erro de 5%. O cálculo identificou uma necessidade de uma amostra de 186 indivíduos, com 92 indivíduos em cada grupo. No entanto, considerando uma perda de 20%, 206 indivíduos foram recrutados, 103 para cada grupo (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama de fluxo do desenho de estudo



3.4. Intervenção

A intervenção consistiu em dois componentes primários: i) tratamento convencional com manejo farmacológico somente; ii) e manejo farmacológico associado ao PAGDC. O PAGDC consistiu em sessões de 2 horas de duração, realizadas uma vez por semana por um período de 6 semanas. Em grupos de 8 a 10 participantes, os pacientes com dor crônica foram atendidos por uma equipe de saúde multidisciplinar formada por psicólogo, fisioterapeuta e educador físico.

O PAGDC foi baseado em estratégias cognitivo-comportamentais, que tem como intuito aumentar a capacidade do indivíduo em adotar as mudanças necessárias no seu estilo de vida, de forma a ser capaz de gerenciar sintomas, tratamento e consequências físicas e psicológicas de uma vida vivida com dor crônica (BARLOW et al, 2002). O programa tem como intuito facilitar o retorno dos pacientes a uma rotina de vida diária funcional, através da incorporação de novos hábitos e estratégias de enfrentamento para a sua dor, contribuindo assim para a melhora da saúde e qualidade de vida. Os pacientes foram educados acerca de sua condição e encorajados a participar ativamente em seu processo de tratamento. Este programa ofereceu oportunidades para a melhora da capacidade dos pacientes em manejar sua saúde e aumentar seu conhecimento e ferramentas sobre a sua dor, para que dessa forma, pudessem ser capazes de colocar as estratégias de autogerenciamento em prática no seu dia a dia (MILES et al, 2011).

O formato das sessões em grupo facilitou a discussão, o suporte mútuo, o processo de tomada de decisão, a resolução ativa de problemas e a construção e desenvolvimento da utilização de recursos e ações para o manejo da dor. Todos os pacientes foram encorajados a realizar os exercícios e colocar as estratégias em prática durante os encontros, e entre as sessões de tratamento feitas em casa. A prática das atividades propostas e a inserção das estratégias de manejo comportamental na rotina diária foram reforçadas a cada sessão pela equipe multidisciplinar.

Alguns dos temas trabalhados durante os encontros foram: entender o que é a dor crônica e suas influências multidimensionais, reconhecer sentimentos e compreender como eles interferem na intensidade da dor, aprender a gerenciar a quantidade adequada de movimentos nas atividades de vida diária de forma a não aumentar a intensidade da dor, aprender como promover uma comunicação efetiva e assertiva, compreender a importância das atividades prazerosas, aprender estratégias para melhorar a qualidade do sono e a importância dos bons hábitos alimentares, aprender e vivenciar como progredir os níveis de atividade física para promover flexibilidade, força e “*Endurance*”, de forma a diminuir a intensidade da dor e sua interferência nas atividades de dia a dia e qualidade de vida.

As sessões incluíram técnicas da terapia cognitiva comportamental como psicoeducação, modelo cognitivo, planejamento de atividades prazerosas, treino em assertividade, reestruturação cognitiva e higiene do sono. Além disso, orientações sobre alimentação saudável utilizando o Guia Alimentar para a população brasileira organizada pelo Ministério de Saúde do Brasil (MONTEIRO, 2014). Sob o aspecto físico, os exercícios realizados durante as sessões do programa incluíram respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, exposição gradual dos movimentos do tronco, exercícios aeróbicos e exercícios de fortalecimento (Tabela 1).

Tabela 1 – Resumo da Intervenção do Programa de Autogerenciamento

Sessão 1 (2 h)
<p>Estratégia cognitiva comportamental: psicoeducação</p> <p>Fisioterapia: respiração diafragmática</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (5-minutos de caminhada na esteira)</p>
Sessão 2 (2 h)
<p>Estratégia cognitiva comportamental: modelo cognitivo</p> <p>Fisioterapia: relaxamento muscular progressivo</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (10-minutos de caminhada na esteira)</p>
Sessão 3 (2 h)
<p>Estratégia cognitiva comportamental: planejamento de atividades prazerosas</p> <p>Fisioterapia: movimentos do tronco (levar as mãos em direção aos pés, partindo da posição sentada, realizando a flexão anterior da coluna)</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (15-minutos de caminhada na esteira)</p>
Sessão 4 (2 h)
<p>Estratégia cognitiva comportamental: Treino de Assertividade</p> <p>Fisioterapia: movimentos do tronco (levar as mãos em direção aos pés, partindo da posição de pé, realizando a flexão anterior da coluna)</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (20-minutos de caminhada na esteira)</p>
Sessão 5 (2 h)
<p>Estratégia cognitiva comportamental: Reestruturação Cognitiva</p> <p>Fisioterapia: fortalecimento de membros inferiores através de atividades funcionais (sentar e levantar)</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (25-minutos de caminhada na esteira)</p>
Sessão 6 (2 h)
<p>Estratégia Cognitiva Comportamental: Higiene do Sono</p> <p>Fisioterapia: fortalecimento de membros inferiores através de atividades funcionais (subir e descer degrau)</p> <p>Atividade física: exercício aeróbico (30-minutos de caminhada na esteira)</p>

3.5. Medidas de desfecho e questionários

A intensidade da dor e a interferência da dor nas atividades diárias foram acessadas através da escala do Inventário Breve da Dor (*Brief Pain Inventory* - BPI) (TOLEDO, 2008) que pontua a severidade da dor através de 4 itens (dor do momento, pior dor, dor mais fraca e dor média) e a interferência da dor em 7 domínios de qualidade de vida (atividades gerais, caminhar, humor, sono, trabalho, relacionamento com as pessoas e apreciar a vida) (TAN et al, 2004). A pontuação do BPI varia de 0 a 10, onde 0 corresponde a “sem dor” ou “não interfere” e 10 corresponde a “pior dor que você possa imaginar” ou “interfere completamente” (TAN et al, 2004). Adicionalmente nós computamos duas variáveis: “severidade da dor”, que representa a média da intensidade da dor através dos 4 itens e a “interferência da dor”, representando a média da interferência da dor nos sete domínios. A intensidade e a interferência da dor foram graduadas de acordo com a IASP (TREEDE et al, 2019) em leve: 1-3; moderada: 4-6; e severa: 7-10. O desfecho primário foi a diminuição da intensidade da dor, aferida através da média da diferença entre as medidas dos itens do BPI e a proporção de casos em cada grupo que atingiram uma mudança de redução de no mínimo menos 1 ponto na média da diferença das medidas do baseline ao pós-tratamento, considerada uma mudança clínica minimamente significativa (SALAFFI et al, 2004).

O desfecho secundário incluiu a média da diferença entre as medidas do *baseline* ao pós-tratamento nas escalas de ansiedade e depressão e as médias de diferenças que implicaram em mudanças de sintomas clínicos repercutindo em melhora nas desordens emocionais. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) foi utilizada para detecção dos estados de ansiedade e depressão. Nela, escores separados para ansiedade (7 perguntas) e depressão (7 perguntas) são computados, cada pergunta possui 4 possíveis itens de resposta, variando numa pontuação de 0 a 3, com um escore total possível de 0 a 21 para ansiedade e 0 a 21 para depressão. Escores <7 são considerados como sem sintomas clínicos de ansiedade ou depressão, escores ≥ 8 e ≤ 10 pequenos sintomas, ≥ 11 e ≤ 14 sintomas moderados e escores entre ≥ 15 e ≤ 21 com sintomas severos de ansiedade e/ou depressão (Pais-Ribeiro et al, 2007).

3.6. Análise Estatística

Foram descritas as características demográficas, dor e escalas de desordens emocionais de acordo com os grupos de tratamento. As variáveis contínuas foram resumidas usando estatística convencional descritiva para distribuição não normal (mediana, 1º quartil e 3º quartil) e distribuição normal (média, desvio padrão). As variáveis categóricas foram resumidas

utilizando frequências e percentagens. As variáveis no basal foram comparadas entre os grupos usando o teste do Qui-quadrado (X^2) e o *Mann-Whitney* U-teste para variáveis categóricas e quantitativas respectivamente. A média da diferença entre o basal e o pós-tratamento demonstraram distribuição normal de dados e os resultados da diferença entre os grupos foi comparado utilizando o teste de t-*Student*.

O tamanho do efeito (Hedges' g) para desfecho contínuo foi calculado subtraindo a média do score do grupo de intervenção da média de score do grupo controle no pós-teste e dividindo o resultado pelo desvio padrão. Hedges' g é utilizado largamente por ser menos suscetível a distorções quando a variância da amostra é diferente. O tamanho do efeito foi classificado em pequeno (0,2 to 0,49), médio (0,5 to 0,79), ou grande ($> 0,8$) (Cohen, 1988). Modelos de regressão logística múltipla foram usados para estimar a probabilidade de melhora clínica significativa em ambos os escores de dor (redução de pelo menos -1 ponto) e escala de desordens emocionais (mudança de categoria de sintoma clínico) excluindo o escore de severidade da dor e interferência da dor. Todos os modelos foram ajustados para idade e faixa etária. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o pacote estatístico do Programa R, versão 3.4.3 (R Development Core Team, Viena, Austria; <http://www.r-project.org>).

4. RESULTADOS

No momento basal, ambos grupos de estudos estavam equilibrados e semelhantes em relação às características estudadas, exceto para a interferência da dor nas atividades gerais e ao tratamento medicamentoso de antipsicóticos (Tabela 2). Nos grupos de tratamento, tanto o convencional como o de autogerenciamento, a maioria dos pacientes foi formado por mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos. As áreas mais prevalentes de dor foram a coluna lombar e os membros inferiores. A mediana da intensidade e interferência da dor foi de aproximadamente 6 em ambos os grupos, com uma mediana de 12 para os escore de ansiedade na EHAD no grupo de tratamento convencional e de 11 no grupo de autogerenciamento. Adicionalmente, em termos de tratamento farmacológico, os antidepressivos tricíclicos e os gabapentinoides foram os medicamentos mais utilizados pelos indivíduos de ambos os grupos, sem diferença foi observada entre os grupos de estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Características demográficas, local de dor, intensidade de dor, interferência da dor, distúrbios emocionais e tratamento farmacológico dos grupos de estudo

	Tratamento convencional (N=103)		Autogerenciamento (N=103)		p-valor
Sexo, n (%)					
Feminino	66	64,1%	74	71,8%	0,295
Masculino	37	35,9%	29	28,2%	
Faixa etária (anos), n (%)					
< 39 anos	10	9,7%	9	8,7%	0,950
40 - 59 anos	66	64,1%	68	66%	
> 60 anos	27	26,2%	26	25,2%	
Educação (anos de estudo), n (%)					
< 9	30	29,1%	42	40,8%	0,547
9-12	31	30,1%	39	37,9%	
>12	18	17,5%	16	15,5%	
Faltando	24	23,3%	06	5,8%	
Índice de Massa Corporal, n (%)					
Normal	22	21,4%	17	16,5%	0,496
Sobrepeso/Obesidade	60	58,3%	33	32%	
Faltando	21	20,4%	53	51,5%	
Local da dor, n (%)					
Coluna Lombar	89	86,4%	94	91,3%	0,268
Membro Superior	56	54,4%	61	59,1%	0,481
Membro Inferior	85	82,5%	84	81,6%	0,856
Dor Generalizada	49	47,6%	50	48,5%	0,889
Pescoço	51	49,5%	48	46,6%	0,675
Peito	28	27,2%	24	23,3%	0,521
Pelve	15	14,6%	25	24,3%	0,080
Cabeça	16	15,5%	19	18,4%	0,578
Abdomên	13	12,6%	17	16,5%	0,429
Intensidade da dor, mediana [VIQ]¹					
Dor mais fraca	5	(3,0-7,0)	5	(3,0-6,0)	0,469
Dor média	6	(5,0-8,0)	6	(5,0-7,0)	0,689
Pior dor	8	(6,0-9,0)	8	(6,0-9,0)	0,657
Dor no momento	7	(4,0-9,0)	7	(4,0-8,0)	0,497
Escore Severidade da dor*, média (DP) ²	6,2	(2,18)	6	(2,13)	0,469
Interferência da dor, mediana [VIQ]¹					
Atividade geral	7	(5,0-9,5)	8	(6,0-10,0)	0,037
Humor	8	(4,5-10)	8	(5,0-10,0)	0,711
Caminhar	7	(5,0-9,0)	8	(5,0-9,0)	0,470
Trabalho	8	(5,0-10)	9	(5,0-10,0)	0,829
Relacionamento	6	(0-8,0)	6	(0,0-9,0)	0,777
Sono	8	(5,0-10,0)	8	(5,0-10,0)	0,428
Apreciar a Vida	7	(0-10,0)	8	(5,0-10,0)	0,198
Escore Interferência da dor* média (DP) ²	5	(2,39)	6	(2,24)	0,410
EHAD ansiedade, mediana [VIQ]¹	12	(8,0 -15,0)	11	(8,0-14,0)	0,774
EHAD depressão, mediana [VIQ]	9	(4,0-13,0)	9	(6,0-12,0)	0,634
Tratamento farmacológico					
Antipsicóticos	4	3,8%	0	0%	0,045
Antidepressivo tricíclico	22	21,1%	21	20,6%	0,920
Antidepressivo dual	17	16,3%	9	8,8%	0,104
Inibidores da recaptação seletiva de serotonina	9	8,6%	6	5,9%	0,444
Gabapentinoides	50	48,1%	40	39,2%	0,200
Benzodiazepínicos	5	4,8%	1	1%	0,102
Analgésicos	15	14,4%	8	8%	0,134
Anticonvulsivantes	1	1%	3	3%	0,303
Opioide fraco	10	9,6%	8	8%	0,652
Opioide Forte	1	1%	0	0%	0,321
Relaxante Muscular	5	4,8%	3	3%	0,488

EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, tratamento convencional vs. autogerenciamento no momento baseline; * média do escore das escalas de severidade e interferência da dor do BPI, VIQ: variedade inter-quartil

Comparado ao grupo convencional, os pacientes do grupo de autogerenciamento tiveram uma redução significativa na intensidade da dor e nos escores de severidade da dor após o tratamento. Os participantes do grupo de autogerenciamento também obtiveram redução significativa na média do escore de interferência da dor em todos os 7 domínios de qualidade de vida nas medidas do basal ao pós-tratamento. As diferenças entre os grupos no pós-tratamento também foram significativas para os escores de ansiedade e depressão, com uma diminuição em média de mais de 2 pontos nos 2 domínios (Tabela 3).

O tamanho do efeito do escore de severidade da dor foi de 0,61 (95% IC [0,33, 0,89]), indicando um tamanho de efeito moderado no grupo de intervenção de tratamento do autogerenciamento. Para a interferência da dor, o tamanho de efeito foi de 1,10 (95% IC [0,81, 1,39]), esta melhora foi clinicamente significativa e representa tamanho de efeito de tratamento grande (Tabela 3). Além disso, em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, o tamanho do efeito do tratamento para melhora dos distúrbios emocionais foi maior na EHAD para depressão (0,60; 95% IC [0,32, 0,87]) em comparação a EHAD de ansiedade (0,43; 95% IC [0,15, 0,70]) (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados do pré-tratamento (baseline) ao pós-tratamento (convencional vs autogerenciamento) para intensidade da dor, interferência da dor e desordens emocionais.

		Convencional média (DP)	Autogerenciamento média (DP)	<i>p</i> -valor ¹	Cohen's (d) (95% IC)
Dor mais fraca	baseline (M1)	4,87 (2,37)	4,64 (2,30)		
	pós-tratamento (M2)	5,51 (2,44)	3,92 (2,47)	<0,001	0,57 (0,29-0,85)
	diferença (M2-M1)	0,63 (2,11)	-0,72 (2,59)		
Dor média	baseline (M1)	6,10 (2,15)	5,94 (2,15)		
	pós-tratamento (M2)	6,60 (2,00)	5,17 (2,48)	<0,001	0,55 (0,27-0,83)
	diferença (M2-M1)	0,49 (1,95)	-0,77 (2,61)		
Pior dor	baseline (M1)	7,50 (2,15)	7,28 (2,32)		
	pós-tratamento (M2)	7,83 (1,93)	6,20 (2,68)	<0,001	0,54 (0,26-0,81)
	diferença (M2-M1)	0,33 (2,07)	-1,09 (3,11)		
Dor no momento	baseline (M1)	6,24 (2,18)	6,15 (2,79)		
	pós-tratamento (M2)	6,64 (2,59)	5,17 (2,93)	0,003	0,42 (0,15-0,70)
	diferença (M2-M1)	0,23 (2,61)	-0,97 (3,06)		
Escore Severidade da Dor	baseline (M1)	6,39 (3,43)	6,03 (2,13)		
	pós-tratamento (M2)	6,66 (2,02)	5,13 (3,39)	<0,001	0,61 (0,33-0,89)
	diferença (M2-M1)	0,42 (1,78)	-0,89 (2,44)		
Atividades Gerais	baseline (M1)	6,39 (3,43)	7,39 (2,90)		
	pós-tratamento (M2)	7,06 (2,80)	5,00 (3,39)	<0,001	0,88 (0,59-1,16)
	diferença (M2-M1)	0,67 (3,63)	-2,39 (3,31)		
Humor	baseline (M1)	6,62 (3,65)	6,76 (3,61)		
	pós-tratamento (M2)	6,50 (3,42)	4,32 (3,83)	<0,001	0,63 (0,35-0,91)
	diferença (M2-M1)	-0,13 (3,22)	-2,44 (4,03)		
Caminhar	baseline (M1)	6,41 (3,26)	6,87 (2,72)		
	pós-tratamento (M2)	7,23 (2,90)	4,91 (3,56)	<0,001	0,76 (0,48-1,04)
	diferença (M2-M1)	0,83 (3,28)	-1,96 (4,01)		
Trabalho	baseline (M1)	7,13 (3,55)	7,27 (3,49)		
	pós-tratamento (M2)	8,00 (2,78)	5,03 (3,60)	<0,001	0,78 (0,49-1,06)
	diferença (M2-M1)	0,84 (3,65)	-2,24 (4,25)		
Relacionamento	baseline (M1)	5,08 (3,96)	5,16 (4)		
	pós-tratamento (M2)	5,96 (3,14)	3,38 (3,58)	<0,001	0,66 (0,38-0,94)
	diferença (M2-M1)	0,88 (3,36)	-1,78 (4,56)		
Sono	baseline (M1)	6,85 (3,76)	6,70 (3,51)		
	pós-tratamento (M2)	7,28 (3,15)	4,78 (3,87)	<0,001	0,63 (0,35-0,91)
	diferença (M2-M1)	0,40 (3,00)	-1,91 (4,20)		
Apreciar a Vida	baseline (M1)	6,01 (4,12)	6,90 (3,50)		
	pós-tratamento (M2)	6,51 (3,49)	4,48 (3,65)	<0,001	0,78 (0,50-1,07)
	diferença (M2-M1)	0,51 (3,25)	-2,41 (4,14)		
Escore interferência da dor	baseline (M1)	6,01 (4,12)	6,02 (2,24)		
	pós-tratamento (M2)	6,92 (3,45)	4,60 (2,90)	<0,001	1,10 (0,81-1,39)
	diferença (M2-M1)	1,18 (1,89)	-1,45 (2,80)		
EHAD (Ansiedade)	baseline (M1)	11,3 (4,87)	11,13 (4,87)		
	pós-tratamento (M2)	11,3 (4,76)	9,01 (4,35)	0,002	0,43 (0,15-0,70)
	diferença (M2-M1)	-0,01 (3,42)	-2,10 (6,02)		
EHAD (Depressão)	baseline (M1)	8,91 (5,32)	9,18 (4,42)		
	pós-tratamento (M2)	9,50 (5,31)	6,87 (4,20)	<0,001	0,60 (0,32-0,87)
	diferença (M2-M1)	0,58 (3,38)	-2,30 (5,96)		

EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; ¹ teste *t-Student* para comparação de diferença de médias.

Pacientes do grupo de autogerenciamento tiveram uma chance significativamente maior de reportar melhora clínica na intensidade da dor e interferência da dor na qualidade de vida (Tabela 4). Além disso, os pacientes do grupo de autogerenciamento tiveram uma chance aproximadamente 3 vezes maior de relatar uma redução de pelo menos 1 ponto na pior dor no pós-tratamento (55% vs 30%; razão de odds [RO], 2,81 [95% IC, 1,58 a 5,01]). Os pacientes no grupo de intervenção também tiveram uma probabilidade maior de melhorar clinicamente a interferência da dor principalmente no trabalho (65% vs 28%, RO, 4,90 [95% IC, 2,7 a 8,9]) e na capacidade de caminhar (65% vs 30%, RO, 4,30 [95% IC, 2,4 a 7,7]). Adicionalmente, a razão de chance de diminuir os sintomas clínicos de ansiedade e depressão foi aproximadamente 2 a 3 vezes maior (IC 95% 1,06 a 3,28 e 1,7 a 5,37) no grupo de autogerenciamento comparado ao grupo convencional.

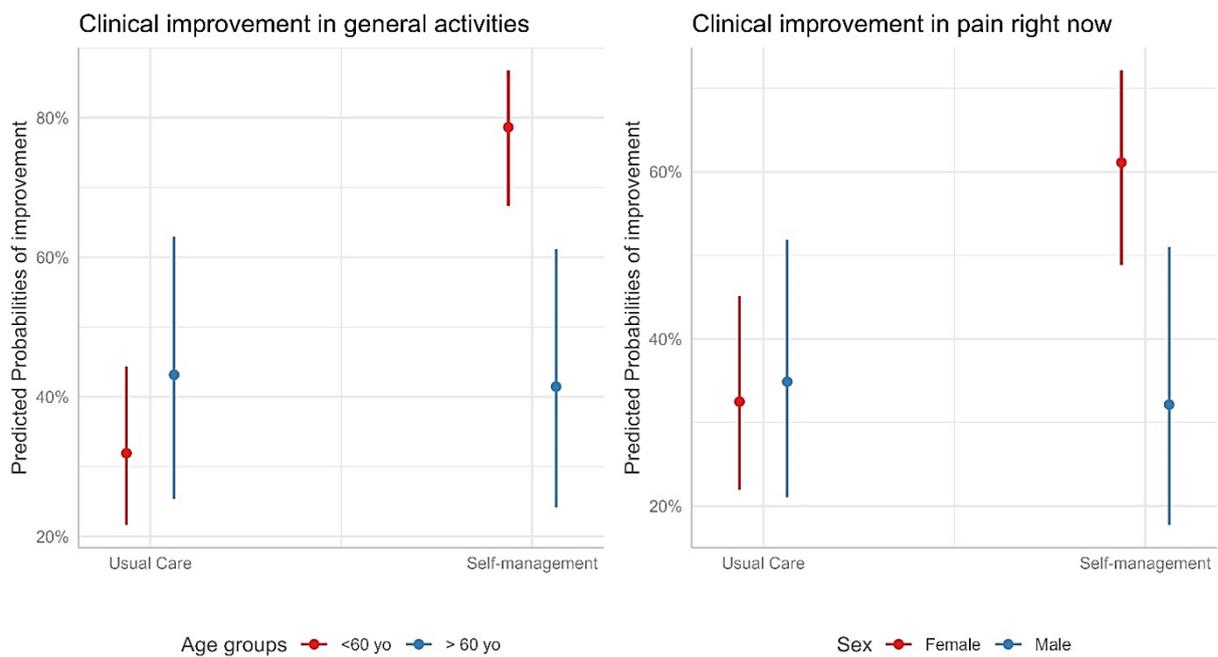
Tabela 4 – Razão de odds (RO) para a melhora clínica nos escores de intensidade, interferência da dor e desordens emocionais, comparando as intervenções convencional e autogerenciamento

	Convencional		Autogerenciamento		RO crua (IC95%)	RO ajustada (IC95%) ¹
	não melhorou	melhorou	não melhorou	melhorou		
Intensidade da dor						
Dor mais fraca	73 (71%)	30 (30%)	49 (48%)	54 (52%)	2,68 (1,51,4,76)	2,61 (1,47,4,66)
Dor média	74 (72%)	29 (28%)	51 (49%)	52 (51%)	2,60 (1,46,4,64)	2,56 (1,43,4,59)
Pior Dor	72 (70%)	31 (30%)	46 (45%)	57 (55%)	2,88 (1,62,5,10)	2,81 (1,58,5,01)
Dor no momento	66 (64%)	37 (36%)	46 (45%)	57 (55%)	2,21 (1,26,3,87)	2,17 (1,23,3,82)
Interferência da dor						
Atividades Gerais	66 (64%)	37 (36%)	31 (30%)	72 (70%)	4,14 (2,31,7,42)	4,27 (2,36,7,71)
Humor	57 (55%)	46 (45%)	30 (29%)	73 (71%)	3,02 (1,70,5,36)	3,01 (1,68,5,39)
Caminhar	72 (70%)	31 (30%)	36 (35%)	67 (65%)	4,32 (2,41,7,75)	4,30 (2,39,7,73)
Trabalho	74 (72%)	29 (28%)	36 (35%)	67 (65%)	4,75 (2,63,8,57)	4,90 (2,70,8,92)
Relacionamentos	62 (60%)	41 (40%)	30 (29%)	73 (71%)	3,68 (2,06,6,57)	3,68 (2,05,6,58)
Sono	66 (64%)	37 (36%)	41 (40%)	62 (60%)	2,70 (1,54,4,74)	2,86 (1,61,5,08)
Apreciar a Vida	61 (59%)	42 (41%)	33 (32%)	70 (68%)	3,08 (1,74,5,45)	3,06 (1,72,5,44)
Desordens emocionais						
EADH ansiedade	60 (58%)	43 (42%)	44 (43%)	59 (57%)	1,87 (1,08,3,25)	1,87 (1,06,3,28)
EADH depressão	58 (56%)	45 (44%)	32 (31%)	71 (69%)	2,86 (1,62,5,06)	3,01 (1,69,5,37)

¹ Ajustado por sexo e faixa etária; grupo de referência: tratamento convencional; EADH: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

No presente estudo, também foi testado se as variáveis sexo e faixa etária modificavam a probabilidade de melhora clínica entre os grupos de tratamento para os desfechos estudados (Figura 2). Apesar da probabilidade de melhora clínica da interferência da dor nas atividades gerais ter sido maior nos indivíduos abaixo de 60 anos de idade no grupo do autogerenciamento, a probabilidade de melhora clínica da dor no momento foi observada somente em mulheres. As variáveis independem de sexo e idade.

Figura 2 - Probabilidades preditas da melhora da interferência da dor nas atividades gerais e da dor no momento da avaliação, de acordo com sexo e faixa etária



5 DISCUSSÃO

Este estudo quase-experimental teve como intuito analisar a efetividade de uma intervenção multimodal, realizada em grupo, na intensidade da dor, interferência da dor nas atividades diárias e no bem-estar emocional, em uma população de pacientes com dor crônica não controlada encaminhados da atenção primária. O estudo demonstrou que, o PAGDC realizado em 6 semanas, conduzido por uma equipe multidisciplinar teve um efeito benéfico na redução da intensidade da dor e na interferência da dor na qualidade de vida com um tamanho de efeito de moderado a grande. Além disso, comparado ao grupo convencional, houve um tamanho de efeito pequeno a moderado na melhora do bem estar emocional, manifestado pela redução dos escores de ansiedade e depressão, nos pacientes que participaram do PAGDC.

Devido o número limitado de estudos controlados avaliando o efeito de Programas de autogerenciamento de dor crônica, poucos estudos foram realizados para detalhar os aspectos funcionais destes programas (DINEEN-GRIFFIN et al, 2019). Há uma limitação quanto a descrição detalhada das estratégias utilizadas para elaboração do conteúdo destes programas. Portanto, os estudos são muito diversos, variando em tipo de população de paciente estudada, local e forma de entrega de conteúdo, tempo de duração, equipe profissional e variáveis de desfecho (CARNES et al, 2012). As características demográficas da nossa população de estudo foram semelhantes à outros estudos conduzidos com pacientes com dor crônica em programas de autogerenciamento, sendo a amostra formada em sua maioria por mulheres, na faixa etária de 45 a 60 anos (RUEHLMAN et al, 2012, TURNER et al, 2015, MEHLSEN et al, 2017, WILSON et al, 2023), com aproximadamente metade da população com mais de 9 anos de estudo (RUEHLMAN et al, 2012), dor generalizada, região lombar e os membros inferiores como locais mais prevalentes de dor (NICHOLAS et al, 2013), presença de escores maiores de severidade da dor associados a dor na cabeça e nas pernas (ELLIOTT et al, 1999), membros superiores, face, boca, coluna lombar e articulações (BAIR et al, 2009, RUEHLMAN et al., 2012, AGUIAR et al, 2021, Silva et al, 2021). Nosso estudo contribui com percepções valiosas através da demonstração da efetividade de um PAGDC desenvolvido para atender uma população com dor crônica e diagnósticos diversos em um país em desenvolvimento.

Os participantes desse estudo relataram, no momento basal, sintomas moderados de ansiedade e depressão, com aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados com dor generalizada. Eles relataram uma dor com interferência e severidade moderada a intensa, sugerindo uma provável ineficácia dos tratamentos direcionados ao manejo da dor. Estes achados corroboram com o estudo nacional realizado por Souza et al, (2017) onde a maioria

dos participantes avaliaram o seu tratamento da dor como de “pouco efeito” ou “sem efeito”. Essa prevalência é semelhante a outros estudos, que buscaram definir um grupo recorrente de pacientes da atenção primária com dor crônica músculo esquelética associada a sintomas somáticos, que, em sua maioria são subdiagnosticados (KUMAR,2003, BLOTMAN,2005, ARSHAD,2007, KAMOUN,2010) e inadequadamente manejados pelos seus clínicos gerais (BUSKILA,1997, DIAMOND, 1991, ARSHAD,2007, KAMOUN, 2010, PADE et al, 2012, MANSFIELD et al, 2017, WORLEY et al, 2016).

Apesar dos achados positivos do nosso estudo, é importante ressaltar a evidência mista e conflitante a respeito da eficácia dos programas de autogerenciamento da dor crônica. Enquanto vários estudos relataram desfechos positivos, como redução na intensidade da dor e nas incapacidades, além de melhora na qualidade de vida e saúde mental (DONOVA et al, 1987, LE FORT et al, 1998, REID et al, 2008, DU et al, 2011, RUEHLMAN et al, 2011, TURNER et al, 2015, DU et al, 2017), outros não observaram efeitos positivos significativos (WARSI et al, 2004, CHODOSH et al, 2005, MEHLSSEN et al, 2017). Grupos heterogêneos de pacientes com uma larga variedade de idades, programas conduzidos por facilitadores leigos (que não eram profissionais de saúde) (MEHLSSEN et al, 2017) e autogerenciamento direcionado a doenças crônicas específicas como osteoartrite (WARSI et al, 2004, CHODOSH et al, 2005) são algumas das razões do motivo pelo qual os pacientes não colheram resultados benéficos em alguns estudos realizados com PAGDC. Em estudos que incluíram adultos mais velhos e residentes em asilos nenhum efeito positivo a respeito dos PAGDC foi observado (ERSEK et al, 2008), dessa forma, se os PAGDC são mais adequados para adultos mais jovens, a larga variedade de faixa etária pode afetar seu resultado (MEHLSSEN et al, 2017).

Por outro lado, entrevistas qualitativas, revelam que alguns participantes se sentem incomodados com a falta de “expertise” dos líderes leigos, comunicação generalizada e adesão insensível ao protocolo, o que possivelmente explica o motivo pelo qual, um estudo recente, encontrou que, intervenções em grupo para dor crônica musculoesquelética conduzidos por profissionais de saúde são preferíveis a programas conduzidos por leigos (CARNES et al, 2012). Além disso, segundo Warsi et al, (2004), programas de autogerenciamento podem ser eficazes somente para algumas doenças crônicas e em subgrupos específicos de pacientes, dessa maneira, doenças crônicas como artrite que não obtêm resultados efetivos apesar de diversas abordagens de tratamento, pode ser menos afetada pelos programas de autogerenciamento.

A ocorrência da depressão/ansiedade associada a dor crônica acarreta intensidades maiores de dor e limitação funcional (DE LA ROSA et al, 2023) além de aumentar a chance de ideação e tentativa de suicídio em países em desenvolvimento (SMITH et al, 2023). Abordar a

depressão pode ser um passo essencial na redução da intensidade da dor e incapacidade nessa população (VOUTE et al, 2023). A melhora observada na intensidade da dor, interferência da dor na qualidade de vida e no bem estar emocional tem implicações importantes para a prática clínica. Os profissionais da saúde devem considerar integrar os programas de autogerenciamento na rotina de cuidados dos pacientes com dor crônica, principalmente naqueles com sintomas não controlados e sofrimento emocional significativo associado. Otimizar as ferramentas de intervenção, como abordagem psicológica, técnicas de relaxamento e programas de exercício, pode potencializar os efeitos do tratamento e a satisfação do paciente.

A utilização de um tratamento adequado das desordens emocionais está associada à diminuição na intensidade da dor e melhora na incapacidade relacionada a dor (LIN et al, 2003; BUONO et al, 2020). O nosso estudo colabora com esta visão, integrando à abordagem multimodal, um programa de autogerenciamento baseado em terapia cognitivo comportamental que, mostrou-se eficaz, para a redução da dor e interferência da dor nas atividades de vida diária. Nossos pacientes que realizaram o programa de autogerenciamento tiveram cerca de 2x mais chance de reduzir a intensidade da dor e cerca de 3 a 4 x mais chance de reduzir a interferência da dor nas atividades de vida diária quando comparado ao grupo que fez somente o tratamento farmacológico. Também fomos capazes de observar que, no grupo do autogerenciamento, a melhora da interferência da dor nas atividades gerais estava ligada ao grupo com faixa etária menor de 60anos. Nosso grupo é formado em sua maioria por mulheres, os estudos indicam que, em mulheres idosas, a frequência maior de doenças crônicas e um pior status funcional, maior sofrimento psíquico e menores níveis de atividade podem ser fatores que contribuem para um maior risco de severidade de dor e por este motivo uma resposta provável menor às estratégias de autogerenciamento (BARTLY et al, 2013; GARCIA et al, 2019). Além disso, uma abordagem interdisciplinar, que leve em conta a dimensão biopsicossocial da dor crônica, é reconhecida como padrão ouro de tratamento para o cuidado efetivo no manejo da dor (RUEHLMAN et al, 2012, CARNES et al, 2012, TSE et al, 2013). Apesar da evidência científica dar suporte à necessidade de uma abordagem biopsicossocial no tratamento da dor, estudos recentes mostram que 25% dos pacientes com dor crônica nos Estados Unidos manejam sua condição somente com medicação (HARRIS, 2023). Nosso estudo apoia a importância dessa abordagem para melhora dos desfechos nos pacientes com dor.

Este estudo mostra os resultados de uma intervenção multimodal para a abordagem de tratamento de pacientes com dor crônica. Os resultados obtidos a curto prazo e o formato de abordagem protocolar apontam para a necessidade de mais estudos, onde variáveis de desfecho direcionadas às demandas específicas de cada paciente e a observação da permanência dos

efeitos a longo prazo possam vir a contribuir para um manejo cada vez mais adequado às necessidades de uma população com condições variadas de dor crônica.

Como limitações deste trabalho está o fato de que; como a melhora nas variáveis estudadas depende do paciente colocá-las em prática na sua rotina de vida e atividades diárias, elas exigem uma mudança no estilo de vida e na forma como o indivíduo incorpora as estratégias e enfrenta o seu processo de dor. Desta maneira, o efeito da melhora é paciente dependente, de forma que os pacientes podem não melhorar, se adotarem uma postura passiva diante do tratamento, ou obter níveis de melhora diferentes, conforme a adesão e grau de compreensão do objetivo do programa.

Como pontos fortes deste estudo temos o fato de ter conseguido desenvolver e aplicar uma intervenção multimodal para o tratamento da dor que mostrou-se eficaz para diminuir a intensidade da dor e sua interferência nas atividades de vida diária, melhorando a qualidade de vida e bem estar emocional de uma população de adultos e idosos com dor crônica advinda dos mais variados tipos de diagnósticos.

CONCLUSÃO

O programa de autogerenciamento da dor crônica realizado pela UERJ no Brasil mostrou efeitos positivos na redução da intensidade da dor, na interferência da dor na qualidade de vida e no alívio do sofrimento emocional nos pacientes com dor crônica encaminhados da atenção primária do Estado do Rio de Janeiro, minimizando o impacto das incapacidades nas atividades do dia a dia e melhorando o bem-estar emocional. Nosso estudo reflete resultados de curto prazo e por conta de seu formato protocolar pode ser amplamente replicado em variados tipos de ambientes. Desta forma, nosso estudo mostra a eficácia de um programa de autogerenciamento de fácil aplicabilidade por conta de seu formato protocolar apontando para a necessidade da incorporação de estratégias multimodais através de programas de autogerenciamento no contexto da atenção primária, que representa a linha de frente do cuidado da população com dor crônica. Portanto, este estudo oferece evidências substanciais que podem ser utilizadas para justificar a implantação de políticas públicas que visam implementar esta estratégia nas unidades básicas de saúde, através da elaboração de programas de capacitação e multiplicação de conhecimento para a formação de equipes de apoio interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Débora Pinheiro et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **Brazilian Journal of Pain**, v. 4, p. 257-267, 2021.
- ANDERSEN, Lotte Nygaard et al. “Here we're all in the same boat”—a qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 55, n. 4, p. 333-342, 2014.
- ANDERSON, Barton E.; BLIVEN, Kellie C. Huxel. The use of breathing exercises in the treatment of chronic, nonspecific low back pain. **Journal of Sport Rehabilitation**, v. 26, n. 5, p. 452-458, 2017.
- ANNAGÜR, Bilge B. et al. Psychiatric disorders and association with quality of sleep and quality of life in patients with chronic pain: a SCID-based study. **Pain Medicine**, v. 15, n. 5, p. 772-781, 2014.
- APKARIAN, A. Vania et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. **European Journal of Pain**, v. 9, n. 4, p. 463-484, 2005.
- BAIR, Matthew J. et al. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. **Pain Medicine**, v. 10, n. 7, p. 1280-1290, 2009.
- BARLOW, Julie et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling**, v. 48, n. 2, p. 177-187, 2002.
- BERNFORT, Lars et al. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden—impact on costs and quality of life. **Pain**, v. 156, n. 3, p. 521-527, 2015.
- BEVERS, Kelley et al. The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. **United States Neurology**, v. 12, n. 2, p. 98-104, 2016.
- BIRKET-SMITH, Morten et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients—6-year survival. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 67, n. 1, p. 5-10, 2009.
- BONICA, John J.; HOFFMAN, James F. The Management of Pain with Special Emphasis on the Use of Analgesic Blocks in Diagnosis, Prognosis, and Therapy. **Anesthesia & Analgesia**, v. 34, n. 5, p. 57-58, 1954.
- BORISOVSKAYA, Anna; CHMELIK, Elizabeth; KARNIK, Ashwin. Exercise and chronic pain. **Physical Exercise for Human Health**, p. 233-253, 2020.
- BRAZIER, John et al. A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. **Health Technology Assessment (Winchester, England)**, v. 18, n. 34, p. vii, 2014.

BROOKS, Jessica M. et al. Pain intensity, depressive symptoms, and functional limitations among older adults with serious mental illness. **Aging & Mental Health**, v. 23, n. 4, p. 470-474, 2019.

BRUMMETT, Beverly H. et al. Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 64, n. 4, p. 461-469, 2009.

BUFORD, Thomas W.; ROBERTS, Michael D.; CHURCH, Timothy S. Toward exercise as personalized medicine. **Sports Medicine**, v. 43, p. 157-165, 2013.

BUONO, Frank D. et al. Chronic pain, mood disorders and substance use: outcomes of interdisciplinary care in a residential psychiatric hospital. **Journal of Pain Research**, p. 1515-1523, 2020.

CARNES, Dawn et al. Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: a systematic literature review. **The Clinical Journal of Pain**, v. 28, n. 4, p. 344-354, 2012.

CARVALHO, Ravena Carolina de et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, p. 331-338, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Well-being concept. (No Title), 2018.

CHAPLIN, C. Chaplin Vida e Pensamentos. São Paulo: **Editora Martins Clarinet**, 1997.

CHIEN, Chi-Wen et al. Comparative responsiveness of verbal and numerical rating scales to measure pain intensity in patients with chronic pain. **The Journal of Pain**, v. 14, n. 12, p. 1653-1662, 2013.

CHODOSH, Joshua et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. **Annals of Internal Medicine**, v. 143, n. 6, p. 427-438, 2005.

CLAUW, Daniel J. Fibromyalgia: a clinical review. **JAMA**, v. 311, n. 15, p. 1547-1555, 2014.

COHEN, H. *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences* [m]. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COHEN, Steven P.; VASE, Lene; HOOTEN, William M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, v. 397, n. 10289, p. 2082-2097, 2021. Cohen SP, Mao J. Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. **BMJ** 2014; 348: f7656

CORRIGAN, Janet M.; GREINER, Ann C.; ADAMS, Karen (Ed.). *The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities: Report of a Summit*. 2004.

COSTA, Daniel SJ et al. How is quality of life defined and assessed in published research?. **Quality of Life Research**, v. 30, p. 2109-2121, 2021.

CUMMINS, Robert A. Moving from the quality of life concept to a theory. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 49, n. 10, p. 699-706, 2005.

DAENEN, Liesbeth et al. Exercise, not to exercise, or how to exercise in patients with chronic pain? Applying science to practice. **The Clinical Journal of Pain**, v. 31, n. 2, p. 108-114, 2015.

DE MELO, Laércio Almeida et al. Manual therapy in the treatment of myofascial pain related to temporomandibular disorders: a systematic review. **Journal of Oral Facial Pain Headache**, v. 34, n. 2, p. 141-8, 2020.

DEZUTTER, Jessie et al. Meaningful coping with chronic pain: Exploring the interplay between goal violation, meaningful coping strategies and life satisfaction in chronic pain patients. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 58, n. 1, p. 29-35, 2017.

DIAMOND, A. The future development of chronic pain relief. **Anaesthesia**, v. 46, n. 2, p. 83-84, 1991.

DIBONAVENTURA, Marco D. et al. The prevalence of probable neuropathic pain in the US: results from a multimodal general-population health survey. **Journal of Pain Research**, p. 2525-2538, 2017.

DINEEN-GRIFFIN, Sarah et al. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. **PloS One**, v. 14, n. 8, p. e0220116, 2019.

DOS SANTOS KANEMATSU, Jaqueline et al. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista De Medicina*, v. 101, n. 3, 2022.

DU, Shizheng et al. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 37-49, 2017.

DU, Shizheng et al. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 85, n. 3, p. e299-e310, 2011.

DYDYK, A. M.; CONERMANN, T. Chronic Pain.[Updated 2023 Jul 21]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

EHDE, Dawn M.; DILLWORTH, Tiara M.; TURNER, Judith A. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. **American Psychologist**, v. 69, n. 2, p. 153, 2014.

ELLIOTT, Alison M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. **The Lancet**, v. 354, n. 9186, p. 1248-1252, 1999.

ERSEK, Mary et al. Results of a randomized controlled trial to examine the efficacy of a chronic pain self-management group for older adults [ISRCTN11899548]. **Pain**, v. 138, n. 1, p. 29-40, 2008.

EUCKER, Stephanie A.; KNISELY, Mitchell R.; SIMON, Corey. Nonopioid treatments for chronic pain—integrating multimodal biopsychosocial approaches to pain management. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 6, p. e2216482-e2216482, 2022.

FALSIROLI MAISTRELLO, Luca; RAFANELLI, Marco; TUROLLA, Andrea. Manual therapy and quality of life in people with headache: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Current Pain and Headache Reports**, v. 23, p. 1-14, 2019.

FELCE, David; PERRY, Jonathan. Quality of life: Its definition and measurement. **Research in Developmental Disabilities**, v. 16, n. 1, p. 51-74, 1995.

FELLER, Sophie C. et al. Emotional well-being and public health: Proposal for a model national initiative. **Public Health Reports**, v. 133, n. 2, p. 136-141, 2018.

FERRANS, Carol Estwing. Quality of life: conceptual issues. In: Seminars in oncology nursing. 1990. p. 248-254.

FINNERUP, Nanna B. et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. **Pain**, v. 157, n. 8, p. 1599-1606, 2016.

FISHER, Michielle N. et al. Positive affect and disability among older Mexican Americans with arthritis. **Arthritis Care & Research**, v. 51, n. 1, p. 34-39, 2004.

FITZCHARLES, Mary-Ann et al. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. **The Lancet**, v. 397, n. 10289, p. 2098-2110, 2021.

FLYNN, Diane M. Chronic musculoskeletal pain: nonpharmacologic, noninvasive treatments. **American Family Physician**, v. 102, n. 8, p. 465-477, 2020.

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie. Positive affect and the other side of coping. **American Psychologist**, v. 55, n. 6, p. 647, 2000.

FONSECA, João César; LOPES, Manuel José; RAMOS, Ana Filipa. Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 771-778, 2013.

FORNASARI, Diego. Pain mechanisms in patients with chronic pain. **Clinical Drug Investigation**, v. 32, p. 45-52, 2012.

FURRER, Angela et al. Modeling subjective well-being in individuals with chronic pain and a physical disability: the role of pain control and pain catastrophizing. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 5, p. 498-507, 2019.

GAREY, Lorra et al. Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: A review of recent prospective research. **Current Addiction Reports**, v. 7, p. 344-355, 2020.

GATCHEL, Robert J. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin**, v. 133, n. 4, p. 581, 2007.

GARRIDO-ARDILA, Elisa María et al. A systematic review of the effectiveness of virtual reality-based interventions on pain and range of joint movement associated with burn injuries. **Journal of Personalized Medicine**, v. 12, n. 8, p. 1269, 2022.

GENEEN, Louise J. et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2017.

GEORGE, Steven Z.; ZEPPIERI JR, Giorgio. Physical therapy utilization of graded exposure for patients with low back pain. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 39, n. 7, p. 496-505, 2009.

GERAGHTY, Adam WA et al. Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 16, n. 7, p. e0254642, 2021.

GERRITS, Marloes MJG et al. Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. **BMC Psychiatry**, v. 14, p. 1-9, 2014.

GRANT, Nina; WARDLE, Jane; STEPTOE, Andrew. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 16, p. 259-268, 2009.

GRØNNING, Kjersti; MIDTTUN, Live; STEINSBEKK, Aslak. Patients' confidence in coping with arthritis after nurse-led education; a qualitative study. **BMC Nursing**, v. 15, p. 1-8, 2016.

GRØNNING, Kjersti; BRATÅS, Ola; STEINSBEKK, Aslak. Patients' perceptions of having a good life one year after arthritis patient education: A qualitative study nested within a randomized controlled trial. 2017.

HAGEN, Martina; MADHAVAN, Taara; BELL, John. Combined analysis of 3 cross-sectional surveys of pain in 14 countries in Europe, the Americas, Australia, and Asia: impact on physical and emotional aspects and quality of life. **Scandinavian Journal of Pain**, v. 20, n. 3, p. 575-589, 2020.

HARDT, Jochen et al. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. **Pain Medicine**, v. 9, n. 7, p. 803-812, 2008.

HARRIS, Emily. One-Quarter of People Manage Chronic Pain With Only Medication. **JAMA**, 2023.

HEFFNER, Kathi L. et al. Clinical pain-related outcomes and inflammatory cytokine response to pain following insomnia improvement in adults with knee osteoarthritis. **The Clinical Journal of Pain**, v. 34, n. 12, p. 1133-1140, 2018.

HESTMANN, Ragnhild; BRATÅS, Ola; GRØNNING, Kjersti. Chronic pain self-management interventions in primary care—does it make any difference? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, v. 23, n. 1, p. 537, 2023.

HIGGINS, Diana M. et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy compared with diabetes education for diabetic peripheral neuropathic pain. **Journal of Health Psychology**, v. 27, n. 3, p. 649-662, 2022.

HURKMANS, Emalie et al. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2009.

HYLANDS-WHITE, Nicholas; DUARTE, Rui V.; RAPHAEL, Jon H. An overview of treatment approaches for chronic pain management. **Rheumatology International**, v. 37, p. 29-42, 2017.

JENNIFER, S. et al. Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in US adults: prevalence, functional impacts, and opportunities. *Pain*, v. 165, n. 3, p. 666-673, 2024.
Kinsinger SW. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. **Psychology Research and Behavior Management**, 2017;10:231–7.

KINSINGER, Sarah W. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. **Psychology Research and Behavior Management**, p. 231-237, 2017.

KNOERL, Robert; LAVOIE SMITH, Ellen M.; WEISBERG, James. Chronic pain and cognitive behavioral therapy: An integrative review. **Western Journal of Nursing Research**, v. 38, n. 5, p. 596-628, 2016.

KROENKE, Kurt et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 301, n. 20, p. 2099-2110, 2009.

LAMERS, Sanne MA et al. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 35, p. 538-547, 2012.

LARSSON, Britt et al. Positive psychological well-being predicts lower severe pain in the general population: a 2-year follow-up study of the SwePain cohort. **Annals of General Psychiatry**, v. 18, p. 1-11, 2019.

LEFORT, Sandra M. et al. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. **Pain**, v. 74, n. 2-3, p. 297-306, 1998.

LEONHARDT, Corinna et al. Graded exposure for chronic low back pain in older adults: a pilot study. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v. 40, n. 1, p. 51-59, 2017.

LIN, Elizabeth HB et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 290, n. 18, p. 2428-2429, 2003.

MAHER, Chris; MCLACHLAN, Andrew; SHAHEED, Christina Abdel. A second look at the risks of serious adverse events with orthopaedic manual therapy, paracetamol, and NSAID treatment of neck pain. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 53, n. 6, p. 369-369, 2023.

MANSFIELD, Kathryn E. et al. Identifying patients with chronic widespread pain in primary care. **Pain**, v. 158, n. 1, p. 110-119, 2017.

MARIANO, Timothy Y. et al. Cognitive behavioral therapy (CBT) for subacute low back pain: a systematic review. **Current Pain and Headache Reports**, v. 22, p. 1-7, 2018.

MEEBERG, Glenda A. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, n. 1, p. 32-38, 1993.

MEHLSSEN, Mimi et al. The effect of a lay-led, group-based self-management program for patients with chronic pain: a randomized controlled trial of the Danish version of the Chronic Pain Self-Management Programme. **Pain**, v. 158, n. 8, p. 1437-1445, 2017.

MEERWIJK, Esther L.; FORD, Judith M.; WEISS, Sandra J. Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. **Brain Imaging and Behavior**, v. 7, p. 1-14, 2013.

MILES, Clare L. et al. Can we identify how programmes aimed at promoting self-management in musculoskeletal pain work and who benefits? A systematic review of sub-group analysis within RCTs. **European Journal of Pain**, v. 15, n. 8, p. 775. e1-775. e11, 2011.

MILLS, Sarah; TORRANCE, Nicola; SMITH, Blair H. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, p. 1-9, 2016.

MELO, Eduardo Alves; JAIME, Patrícia Constante; MONTEIRO, Carlos Augusto. Guia alimentar para a população brasileira. 2014.

MOONS, Philip; BUDTS, Werner; DE GEEST, Sabina. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 7, p. 891-901, 2006.

MORASCO, Benjamin J. et al. Systematic review of prevalence, correlates, and treatment outcomes for chronic non-cancer pain in patients with comorbid substance use disorder. **Pain**, v. 152, n. 3, p. 488-497, 2011.

MOSKOWITZ, Judith Tedlie; EPEL, Elissa S.; ACREE, Michael. Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. **Health Psychology**, v. 27, n. 1S, p. S73, 2008.

MÜLLER, Rachel et al. Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability: a feasibility trial. **The Clinical Journal of Pain**, v. 32, n. 1, p. 32-44, 2016.

NAUGLE, Kelly M.; FILLINGIM, Roger B.; RILEY III, Joseph L. A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 12, p. 1139-1150, 2012.

NEKOVAROVA, Tereza et al. Common mechanisms of pain and depression: are antidepressants also analgesics?. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 8, p. 99, 2014.

NICHOLAS, Michael K. et al. Self-management intervention for chronic pain in older adults: a randomised controlled trial. **Pain**, v. 154, n. 6, p. 824-835, 2013.

NICHOLAS, Michael et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 28-37, 2019.

OKOLI, George N. et al. Self-Management Programs for Chronic Non-Cancer Pain: A Rapid Review of Randomized Trials. **Canadian Journal of Neurological Sciences**, v. 50, n. 4, p. 584-596, 2023.

ONG, Anthony D. Pathways linking positive emotion and health in later life. **Current Directions in Psychological Science**, v. 19, n. 6, p. 358-362, 2010.

PADE, Patricia A. et al. Prescription opioid abuse, chronic pain, and primary care: a co-occurring disorders clinic in the chronic disease model. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 43, n. 4, p. 446-450, 2012.

PAIS-RIBEIRO, José et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychology, Health & Medicine**, v. 12, n. 2, p. 225-237, 2007.

PEREIRA, FM et al. Grupos remotos para autogerenciamento da dor crônica na pandemia de Covid-19: a experiência do Centro Multidisciplinar de Dor da Uerj. In book: Experiências e Impacto da Pandemia pela COVID-19 no Complexo de Saúde UERJ (pp.584-591). Editora FCM/UERJ, 2022.

PIETILÄ HOLMNER, Elisabeth et al. "The acceptance" of living with chronic pain—an ongoing process: A qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 50, n. 1, p. 73-79, 2018.

RAJA, Srinivasa N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020.

REID, M. Carrington et al. Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. **Pain Medicine**, v. 9, n. 4, p. 409-424, 2008.

REID, M. Carrington; ECCLESTON, Christopher; PILLEMER, Karl. Management of chronic pain in older adults. **BMJ**, v. 350, 2015.

RUEHLMAN, Linda S.; KAROLY, Paul; ENDERS, Craig. A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self management program. **Pain**, v. 153, n. 2, p. 319-330, 2012.

RYFF, Carol D.; SINGER, Burton H.; DIENBERG LOVE, Gayle. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, v. 359, n. 1449, p. 1383-1394, 2004.

SALAFFI, Fausto et al. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. **European Journal of Pain**, v. 8, n. 4, p. 283-291, 2004.

SALVETTI, Marina de Góes et al. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 896-902, 2012.

SANTIAGO, Bruno Vitor Martins et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Clinics**, v. 78, p. 100209, 2023.

SANTOS, Fania Cristina et al. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. **Revista Dor**, v. 12, p. 209-214, 2011.

SANZARELLO, Ilaria et al. Central sensitization in chronic low back pain: a narrative review. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 29, n. 4, p. 625-633, 2016.

STENMAN, U. et al. Measurement and modeling of health-related quality of life. **Epidemiology Demography Public Health**, v. 195, n. 1, p. 130-135, 2010.

SOUZA, Juliana Barcellos de et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, 2017.

SCHULZE, Nina B. et al. Efficacy of manual therapy on pain, impact of disease, and quality of life in the treatment of fibromyalgia: a systematic review. **Pain Physician**, v. 23, n. 5, p. 461, 2020.

SESSLE, Barry J. et al. Unrelieved pain: a crisis. **Pain Research and Management**, v. 16, p. 416-420, 2011.

SHEN, Biyu et al. Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. **Psychology, Health & Medicine**, v. 25, n. 10, p. 1179-1191, 2020.

SILVA, Sandro Max Castro et al. Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain. **Brazilian Journal of Pain**, v. 4, p. 216-220, 2021.

SKELLY, Andrea Clare et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review update. 2020.

SKIVINGTON, Kathryn et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. **BMJ**, v. 374, 2021.

SLUKA, Kathleen A.; FREY-LAW, Laura; BEMENT, Marie Hoeger. Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. **Pain**, v. 159, p. S91-S97, 2018.

SMITH, Lee et al. The association of pain with suicidal ideation and suicide attempts with depressive symptoms among adults aged ≥ 50 years from low-and middle-income countries. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 38, n. 7, p. e5962, 2023.

SMITH, Blair H. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 83-87, 2019.

SMITH, Diane et al. Chronic pain and mortality: a systematic review. **PloS One**, v. 9, n. 6, p. e99048, 2014.

SOSA-REINA, M. Dolores et al. Effectiveness of therapeutic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **BioMed Research International**, v. 2017, 2017.

SOUZA, Juliana Barcellos de et al. Escola inter-relacional de fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor-estudo clínico randomizado. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, p. 218-225, 2008.

SOUZA, Juliana Barcellos de et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, 2017.

STEPTOE, Andrew; DEATON, Angus; STONE, Arthur A. Subjective wellbeing, health, and ageing. **The Lancet**, v. 385, n. 9968, p. 640-648, 2015.

TAN, Gabriel et al. Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. **The Journal of Pain**, v. 5, n. 2, p. 133-137, 2004.

TANG, Nicole KY; CRANE, Catherine. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. **Psychological Medicine**, v. 36, n. 5, p. 575-586, 2006.

TOLEDO, Flávia Oliveira; SOBREIRA, Cláudia Ferreira da Rosa. Adaptação cultural do inventário breve da dor para a língua portuguesa no Brasil e teste de suas propriedades psicométricas. 2008.

TREEDE, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160, n. 1, p. 19-27, 2019.

TSE, Mimi MY; VONG, Sinfia KS; TANG, Shuk Kwan. Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 13-14, p. 1843-1856, 2013.

TURNER, Andrew et al. An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions. **Patient Education and Counseling**, v. 98, n. 2, p. 213-219, 2015.

TURNER, Barbara J. et al. Chronic Pain Self-Management Program for low-income patients: themes from a qualitative Inquiry. **Pain Medicine**, v. 21, n. 2, p. e1-e8, 2020.

VAMBHEIM, Sara Magelssen et al. Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. **Heliyon**, v. 7, n. 8, 2021.

VAN GRIENSVEN, Hubert et al. Central sensitization in musculoskeletal pain: lost in translation?. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 50, n. 11, p. 592-596, 2020.

VIEIRA, Érica Brandão de Moraes et al. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1459-1467, 2012.

VOS, Theo et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1211-1259, 2017.

VOS, Theo et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2163-2196, 2012.

VOUTE, Marion et al. Assessment of initial depressive state and pain relief with ketamine in patients with chronic refractory pain. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 5, p. e2314406-e2314406, 2023.

WARSI, Asra et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 15, p. 1641-1649, 2004.

DE C WILLIAMS, Amanda C. et al. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2020.

WILSON, Marian et al. Opioid dose and pain effects of an online pain self-management program to augment usual care in adults with chronic pain: a multisite randomized clinical trial. **Pain**, v. 164, n. 4, p. 877-885, 2023.

WILSON, Ira B.; CLEARY, Paul D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **Jama**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.

WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLEY, Matthew J. et al. Pain volatility and prescription opioid addiction treatment outcomes in patients with chronic pain. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, v. 23, n. 6, p. 428, 2015.

YAO, Chongjie et al. Transcriptome profiling of microRNAs reveals potential mechanisms of manual therapy alleviating neuropathic pain through microRNA-547-3p-mediated Map4k4/NF- κ b signaling pathway. **Journal of Neuroinflammation**, v. 19, n. 1, p. 211, 2022.

YOSHINO, Atsuo et al. Changes in resting-state brain networks after cognitive-behavioral therapy for chronic pain. **Psychological Medicine**, v. 48, n. 7, p. 1148-1156, 2018.

SHI, Yu; WU, Wen. Multimodal non-invasive non-pharmacological therapies for chronic pain: Mechanisms and progress. **BMC Medicine**, v. 21, n. 1, p. 372, 2023.

APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação e atendimento multidisciplinar para o autogerenciamento da dor em pacientes com dor crônica

Investigador principal: Prof. Dr. Nivaldo Villela (médico anestesiologista)

Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Laboratório de Atividade Física e Promoção de Saúde (LABSAU), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O Sr(a), está sendo convidado(a) para participar do projeto de **autogerenciamento da dor**, com pacientes com dor crônica, atendidos pela atenção primária de saúde no HUPE/UERJ. Antes de decidir participar é importante que fique claro para você o objetivo deste projeto e quais são os passos do projeto e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que pode lhe causar. Leia com calma as informações abaixo, esclarecendo todas as dúvidas.

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é avaliar e intervir de maneira multidisciplinar (médico, fisioterapia, psicologia e educação física) para a aprendizagem do autogerenciamento da dor crônica pelos pacientes atendidos pela atenção primária de saúde no HUPE.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: os pacientes serão selecionados após avaliação médica pela equipe da Clínica de Dor do HUPE. Em seguida, serão avaliados por psicólogos e fisioterapeutas, através de questionários, escalas e análises funcionais e teste de caminhada. O tempo gasto para preenchimento dos questionários e escalas será de cerca de 15 minutos e para a análise funcional e teste de caminhada de 5 minutos. Sendo elegíveis para ingressarem ao grupo de intervenção de autogerenciamento da dor, são encaminhados para os atendimentos multidisciplinar, 1 sessão por semana, com duração de 2 horas, num total de 6 sessões. Após as 6 sessões, os pacientes serão reanalisados por toda a equipe.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO: Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para você e nem será remunerada. Somente serão coletados dados a partir de seus registros médicos e avaliações feitas pela equipe multidisciplinar no HUPE.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Nenhum procedimento realizado pela equipe de autogerenciamento oferecerá riscos à sua saúde. Toda atividade realizada no projeto respeitará as limitações relacionadas à sua condição clínica e psicológica e sempre ocorrerá sob supervisão de profissionais da fisioterapia, educação física e psicologia. O curso de autogerenciamento permitirá que o Sr (Srª) obtenha informações sobre dor crônica, os fatores relacionados à piora e melhora da sua condição clínica e possibilitará o aprendizado de condutas e exercícios para melhora da dor e reabilitação física.

CONFIDENCIALIDADE: As normas brasileiras garantem o sigilo de seus dados. As informações deste estudo, as provenientes de registros médicos e dados pessoais são confidenciais. Sua identidade pessoal (nome, endereço e outros dados pessoais), permanecerão sob sigilo do nosso grupo de pesquisa e só serão utilizados para fins científicos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é totalmente voluntária; você não é obrigado(a) a participar. Caso decida participar, receberá este termo de consentimento para assinar em duas vias. Uma ficará com você e outra com a nossa equipe. Você ainda tem liberdade para deixar o estudo a qualquer momento, sem precisar explicar porque decidiu sair. Caso você recuse participar deste projeto, você não será penalizado de nenhuma forma e sua decisão não prejudicará qualquer cuidado médico ao qual você tem direito.

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: O médico pesquisador responsável deste projeto é o Dr. Nivaldo Villela. Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos e fisioterapeutas poderão ser encontrados na Av. 28 de Setembro 87, no prédio do Ambulatório, 2º andar, telefone (21) 2868-8332. Os profissionais de educação física por sua vez, podem ser encontrados na Rua São Francisco Xavier, 524 – bloco F – 8121, CEP 20550-900, telefone: (21) 2334-0775 , ambos na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

-
- 1- Eu li, ou leram para mim o termo de consentimento livre e esclarecido para este estudo. Recebi todas as explicações sobre a natureza, objetivo e duração deste estudo. As minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente.
 - 2- Concordo em participar deste estudo.
 - 3- Entendo que minha participação no estudo é voluntária e que posso me recusar a participar ou posso sair do estudo a qualquer momento. Caso eu recuse participar deste estudo, não serei penalizado de nenhuma forma e minha decisão não prejudicará qualquer cuidado médico ao qual tenho direito.

Nome do Paciente:

Assinatura do Paciente:

Nome da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Nome do Pesquisador que apresentou o TCLE:

Assinatura do Pesquisador que apresentou o TCLE:

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Características da população assistida pelo Projeto de Atendimento Multidisciplinar de Pacientes com Dor Crônica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e avaliação do programa de autogerenciamento da dor crônica

Pesquisador: Nivaldo Ribeiro Villela

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20220319.6.0000.5259

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.705.992

Apresentação do Projeto:

Continuação do Parecer:

3.655.962

Objetivo da Pesquisa:

Continuação do Parecer: 3.655.962

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do Parecer: 3.655.962

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, data do documento assinado

Continuação do Parecer: 3.705.992

- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Continuação do Parecer: 3.705.992

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1384219.pdf	06/11/2019 22:19:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_dor.doc	06/11/2019 22:16:53	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	06/11/2019 22:13:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	ciencia.pdf	05/08/2019 18:02:35	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/08/2019 18:01:56	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	IPAQVC.docx	25/06/2019 12:41:54	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	InventariodeAtitudes.pdf	24/06/2019 23:15:48	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	InventarioBrevedeDor.pdf	23/06/2019 13:56:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	Incapacidadeespecifica.pdf	23/06/2019 13:55:37	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	Whoqol.PDF	23/06/2019 13:16:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Novembro de 2019

Assinado por:

WILLE OIGMAN

(Coordenador)

ANEXO B – Inventário Breve de Dor (frente)



Nome: _____ Telefone: _____

Data de Avaliação: _____ Código: _____ Prontuário: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ Data Nasc. _____

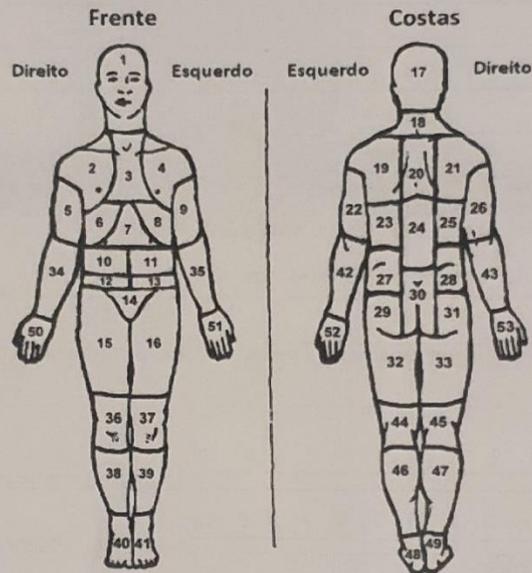
Profissão: _____ Diag. Clínico: _____ Idade: _____

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1. Sim 2. Não

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

ANEXO D – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HU
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO

HAD



Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

Escolaridade: _____

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

<p>1. Eu me sinto tenso ou contraído.</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Boa parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>8. Estou lento (lento) para pensar e fazer as coisas</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>2. Eu ainda sinto gosto (satisfação) das mesmas coisas de que costumava gostar</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> Só um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>9. Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou aperto no estômago)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p>
<p>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se fosse alguma coisa ruim fosse acontecer.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, de um jeito muito forte</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto nada disso</p>	<p>10. Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente</p> <p><input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como eu deveria</p> <p><input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> Cuido-me do mesmo jeito que antes</p>
<p>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente bem menos</p> <p><input type="checkbox"/> Não consigo mais</p>	<p>11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, demais</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto assim</p>
<p>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Boa parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p>	<p>12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir</p> <p><input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Bem menos do que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>6. Eu me sinto alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p>	<p>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico</p> <p><input type="checkbox"/> A quase todo momento</p> <p><input type="checkbox"/> Várias vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto isso</p>
<p>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>14. Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio ou quando leio alguma coisa</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Várias vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>

ANEXO E – Reflexões sobre o Programa de Autogerenciamento: Visão do Autor

O Programa de Autogerenciamento da Dor Crônica oferecido pela Clínica da Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro recebe os pacientes encaminhados das Unidades de Atenção Primária do Estado com todos os tipos de diagnóstico e condições crônicas de dor. Fibromialgia, hérnias de disco com e sem abordagem cirúrgica, dor remanescente após diagnóstico de herpes zoster e osteoartrose de joelho por exemplo, são alguns dos diagnósticos encontrados nessa população. No corpo, sinais de dor generalizada estão presentes em inúmeros pontos de dor, como nas áreas da coluna lombar, joelhos, ombros, pescoço, pernas e cabeça. Na chegada, em média, os pacientes relatavam a pior dor como de alta intensidade, assim como uma alta interferência da dor na maioria dos 7 domínios de qualidade de vida, além de sintomas moderados de ansiedade e leves de depressão.

Na primeira sessão, a mesma história era repetida: anos dedicados à busca de um diagnóstico e o alívio para uma dor persistente e incapacitante. Inúmeras consultas, realizadas com os mais variados tipos de especialistas, para descobrir a causa da dor, cirurgias malsucedidas, sintomas de dor não aliviados com o uso de medicação, faltas no trabalho e a necessidade de sair do emprego por conta das incapacidades advindas da dor.

Eles chegaram até pesquisa desacreditados e sem esperança, convivendo anos com uma dor complexa e incapacitante que, gerou em muitos, crença catastróficas, cinesiofobia, evitação do movimento, baixa autoeficácia, sentimentos de incapacidade, ansiedade, depressão e isolamento social. Com um prognóstico limitado, e o rastreo inadequado de comorbidades psiquiátricas, a abordagem de tratamento parecia um desafio....

Acredito que a eficácia do nosso programa está no trabalho desempenhado pela equipe de saúde multidisciplinar. O conhecimento compartilhado por cada especialista proporcionou as ferramentas necessárias para o processo de administração e manejo da dor. A visão interdisciplinar, permite uma construção holística e biopsicossocial do processo de educação em dor, fazendo com que o paciente seja capaz de compreender o que faz com que sua dor aumente ou diminua, dando a ela um sentido, um por quê para sua manifestação. Para que isso seja possível, os participantes são convidados por exemplo, a refletir sobre como a quantidade de atividades, os pensamentos, as emoções e as escolhas acerca de como lidar com os problemas do dia a dia podem impactar na intensidade de sua dor, e a partir daí, colocar em prática novos comportamentos e atitudes na sua rotina diária para minimizar os prejuízos e as suas consequências na qualidade de vida. A oportunidade de compartilhar experiências,

pensamentos, medos, dúvidas e principalmente, saber, que você não está sozinho, no processo de auto manejo da dor, traz esperança e conforto, aumenta o suporte social e favorece a criação de elos entre os pacientes e entre os paciente e cuidadores da saúde. Na medida em que os pacientes encontram um ambiente onde se sentem acolhidos, escutados e validados em sua dor, eles acabam tendo uma chance maior de envolvimento no processo de tratamento, tornando-se proativos no manejo e gerenciamento de sua dor.

Somado a isso, a possibilidade de realizar e colocar em prática os exercícios em grupo, permite a desconstrução de pensamentos limitantes sobre o movimento, sobre a dor, e sobre o medo relacionado ao movimento, possibilitando a experimentação da restauração da mobilidade e funcionalidade, favorecendo assim um engajamento progressivo nas atividades. Sentir os benefícios e ganhos do início da prática de exercícios e a possibilidade de experimentar movimentos sem dor, possibilita o aumento da autoeficácia e contribui para quebrar o ciclo da: dor, diminuição de movimentos, hipomobilidade, incapacidade, isolamento, depressão, ansiedade, dor. O ensinamento acerca da importância da escolha da quantidade adequada de exercícios e atividades, respeitando os limites individuais, associados a compreensão da constância das práticas das mudanças de pensamentos e atitudes perante a dor, contribuem para uma menor interferência da dor nas atividades diárias, trazendo como resultado uma melhora na qualidade de vida.

Com pequenas e progressivas mudanças na rotina das atividades diárias que incluem; administração de pensamentos e sentimentos, prática de comunicação assertiva, planejamento e engajamento em atividades prazerosa, organização do ambiente domiciliar para a melhora do sono, introdução e manutenção da prática de atividades aeróbicas e exercícios de relaxamento e fortalecimento, realização de mudanças necessárias para manter uma dieta mais adequada e um esforço contínuo e progressivo para aumentar os movimentos funcionais de acordo com seus limites, sem causar dor, traz como consequência um sentimento de maior confiança sobre o corpo, pois a exposição gradual diminui o medo e as crenças limitantes, aumentando a funcionalidade e a autoeficácia, diminuindo a incapacidade e favorecendo o engajamento no aumento de atividades que gera como consequência uma diminuição na dor e nos sintomas de ansiedade e depressão.

Como reflexo do nosso trabalho, em média os pacientes foram capazes de diminuir em aproximadamente 2 pontos a interferência da dor nas suas atividades de vida diária, tendo como reflexo uma melhora na qualidade de vida. Além disso, no presente estudo conseguimos atingir, pelo menos em média, uma diminuição de um ponto no escore numérico da pior dor, que mais

impacta na qualidade de vida. Após o programa os pacientes também referiram menores sintomas de ansiedade e depressão, passando em média de uma ansiedade moderada para leve, e de uma depressão leve para sem sintomas depressivos melhorando o seu bem estar emocional.