

Group cognitive-behavioral therapy for chronic pain adults: review of Brazilian trials*

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para adultos com dor crônica: uma revisão de estudos brasileiros

Luziane de Fátima Kirchner¹, Cynthia Carvalho Jorge¹, Maria de Jesus Dutra dos Reis¹

*Recebido da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20150042

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Group cognitive-behavioral therapy has shown to be effective for chronic pain management in the international literature. However, the need to bring evidence-based practices to health services requires that therapies like this are implemented and evaluated in Brazil. This study has not intended to evaluate the efficacy of group cognitive-behavioral therapy for chronic pain adult patients, but rather to identify how studies in this area are being performed by Brazilian investigators.

CONTENTS: A search was carried out about Brazilian studies published in the last two decades (1994-2014), evaluating the efficacy of group cognitive-behavioral therapy for adults with non-malignant chronic pain. Health Virtual Library databases were used and search terms were: Chronic pain “and” Psychology “or” Cognitive-Behavioral Therapy. Evaluated variables were clinical and socio-demographic characteristics, pre and post-intervention evaluation tools, sessions’ structure (sessions number and duration), primary results, and evaluation of the quality of studies by means of the PEDro scale.

CONCLUSION: Six out of 816 articles available were selected for analysis, because they were the only ones to meet chosen search criteria. One should stress the scarcity of Brazilian studies in the area, the use of exclusively subjective evaluations aimed at unidimensional pain aspects, and the concern with the methodological quality of studies, especially with regard to internal validity.

Keywords: Chronic pain, Group cognitive-behavioral therapy, Psychology.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A terapia cognitivo-comportamental em grupo tem se mostrado eficiente no tratamento para dor crônica, na literatura internacional. Entretanto, a necessidade de trazer práticas baseadas em evidências para os serviços de saúde exige que tratamentos como este sejam implantados e avaliados no Brasil. O presente estudo não pretendeu analisar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo para adultos com dor crônica, mas identificar como os estudos nessa área têm sido conduzidos por pesquisadores brasileiros.

CONTEÚDO: Realizou-se uma busca de estudos brasileiros publicados nos últimos 20 anos (1994-2014), que avaliaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo para adultos com dor crônica não maligna. Utilizaram-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, e os termos de busca foram: Dor Crônica “and” Psicologia “or” Terapia Cognitivo-Comportamental. As variáveis avaliadas foram características clínicas e sócio-demográficas dos participantes, instrumentos de avaliação pré e pós-intervenção, estrutura das sessões (quantidade e duração das sessões), principais resultados, e análise da qualidade dos estudos realizada por meio da escala PEDro.

CONCLUSÃO: Seis dos 816 artigos disponibilizados foram selecionados para análise, pois foram os únicos a atingir os critérios de busca escolhidos. Destaca-se a escassez de estudos brasileiros na área, o uso de avaliações exclusivamente subjetivas e voltadas a aspectos unidimensionais da dor, e a preocupação com a qualidade metodológica dos estudos, sobretudo no que se refere à validade interna.

Descritores: Dor crônica, Psicologia, Terapia cognitivo-comportamental em grupo.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência vivenciada por quase todos os indivíduos, uma vez que ela sinaliza o organismo com estímulos físicos e químicos nocivos, protegendo-o de futuras lesões. Desde os primórdios da civilização, o homem procura esclarecer o que justifica a ocorrência da dor e, dessa forma, desenvolver procedimentos destinados ao seu controle. Da pré-história à era renascentista a dor era compreendida como castigo advindo de maus espíritos pelas faltas cometidas ou pela perda de substâncias vitais do organismo. Em meados do século XV, o avanço em relação a esse fenômeno teve grande influência de

1. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Apresentado em 10 de fevereiro de 2015.

Aceito para publicação em 28 de maio de 2015.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Endereço para correspondência:

Luziane de Fátima Kirchner
Rodovia Washington Luís, Km 235, s/n - Jardim Guanabara
Departamento de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSi
13565-905 São Carlos, SP, Brasil.
E-mail: luzianek@yahoo.com.br

Descartes, que descreveu a dor como uma sensação percebida no cérebro, resultante de estimulação dos nervos sensoriais¹. Já no século XX, os avanços científicos contribuíram para o entendimento da dor como um sistema sensorial nociceptivo complexo. A partir da década de 1950, entende-se que a informação dolorosa é captada por receptores morfológicamente diferenciados localizados nas terminações das fibras nervosas (receptores nociceptivos) que respondem a diversas substâncias exógenas (p. ex.: calor, frio e pressão) e a substâncias químicas endógenas (produzidas pelo organismo em resposta a uma irritação ou uma lesão), transmitindo impulsos nervosos para a medula espinhal. Pouco tempo depois, a teoria das Comportas² postulou que a nociceção estimulada nesse processo é diferente daquela percebida pelo indivíduo, e que interneurônios inibitórios responsáveis pela regulação da emoção (endorfina, noradrenalina e serotonina, dentre outros), estariam envolvidos nesse processo de modulação da percepção da dor. Com avanços de estudos da época, variáveis psicossociais e características individuais passaram a ser observadas na explicação do processo doloroso, e este passa a ser definido como um fenômeno psicofisiológico complexo^{1,3}.

Em meados da década de 1970, a partir do Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor foi definida com uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com a lesão real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal lesão⁴. Somada a esta definição, a dor passa a ser compreendida como uma experiência subjetiva, na qual cada indivíduo aprende a descrevê-la com base nas suas experiências³. A construção do conceito de dor pela IASP impulsionou a integração de diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), que passaram a atuar de maneira multi e interdisciplinar no manuseio da dor⁵. Os autores ainda complementam que a interdisciplinaridade é um ideal a ser alcançado nos serviços de saúde, uma vez que as práticas multidisciplinares ainda são prevalentes.

Cerca de 20 a 30% da população mundial é acometida pela dor crônica (DC), e embora existam poucos estudos epidemiológicos brasileiros, alguns autores apontam incidência semelhante a essa para a população brasileira⁶. Alguns autores apontam que o sofrimento e a incapacitação em função da dor é o principal motivo da procura por atendimentos em ambulatórios⁷. São comumente associados aos diagnósticos de DC, a ansiedade, a depressão e os transtornos do sono⁵, sendo tais comorbidades um dos aspectos que caracterizam a importância da avaliação e intervenção psicológica⁸. Há diferentes teorias psicológicas que buscam compreender e intervir no fenômeno da dor^{9,10}, porém o presente estudo se baseará apenas no modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A TCC é a abordagem mais aceita no tratamento psicológico para DC, sendo reconhecida nessa área desde a década de 1970¹¹, e atualmente apresentando maior evidência científica de efetividade^{12,13}. Na perspectiva cognitivo-comportamental a dor é compreendida como um produto influenciado pela interação de comportamentos, sentimentos e pensamentos desadaptativos ao ambiente do indivíduo, que intensificam o quadro algico como um sistema de retroalimentação⁵⁻¹². O tratamento auxilia o paciente a identificar esse processo interacional desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor, e modificá-lo produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral¹². Não há um protocolo de tratamento padrão, mas

as principais técnicas são a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino assertivo, a resolução de problemas e o relaxamento muscular progressivo, que podem ser utilizadas nas modalidades de atendimentos individuais ou grupais¹²⁻¹⁴. Ambas as modalidades de atendimento são efetivas, porém a TCC aplicada em grupo pode promover resultados ainda mais promissores, caso seja considerado o custo-benefício do tratamento¹⁵. Para os autores, a intervenção grupal pode promover maior rede de apoio e troca de experiências entre pessoas que passam pelos mesmos problemas, além de favorecer o encorajamento para a mudança¹⁵.

Esse tratamento foi amplamente aplicado quanto à sua efetividade em pessoas com diferentes diagnósticos de DC. Alguns estudos internacionais de meta-análises, tomados em conjunto, demonstraram que o tratamento produziu pequenos ou médios efeitos sobre a intensidade da dor, sintomas depressivos e qualidade do sono, e pequenos efeitos sobre o funcionamento diário; tais resultados foram verificados por meio de comparações entre grupo experimental e grupo controle^{12,16,17}.

Pesquisadores da área argumentam que a eficácia da TCC para DC é tão bem estabelecida que não há necessidade de realizar mais estudos que avaliem seus resultados¹⁴. Todavia, para que se possa trazer tais práticas baseadas em evidências para os serviços de saúde do Brasil, faz-se necessário que tal modalidade terapêutica seja implementada e avaliada junto a essa população.

O objetivo deste estudo, não foi discutir a eficácia e a efetividade da TCCG no manuseio da DC, mas sim identificar como os estudos nessa área têm sido conduzidos por pesquisadores brasileiros. Para isso realizou-se um levantamento dos estudos publicados nos últimos 20 anos, que avaliaram a eficácia da TCCG aplicada a adultos com DC, sendo identificadas características dos participantes, instrumentos de avaliação pré e pós-intervenção, estrutura das sessões (quantidade e duração das sessões), e qualidade dos estudos no que se refere à descrição estatística e validade interna.

CONTEÚDO

Os materiais selecionados para análise foram estudos desenvolvidos por pesquisadores brasileiros, publicados no período de 1994 a 2014, e disponibilizados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As palavras de busca foram Dor Crônica “and” Psicologia “or” Terapia Cognitivo-Comportamental, e deveriam estar inseridas nos títulos, resumos ou em palavras-chave. Os estudos selecionados deveriam ter como objetivo principal descrever a TCCG direcionada a adultos portadores de DC não maligna. Além disso, os estudos deveriam apresentar análise quantitativa dos dados e descrever os instrumentos utilizados na avaliação pré e pós-intervenção. Estudos conduzidos com outras faixas etárias (abaixo de 18 ou acima de 65 anos) e/ou que não descreviam o uso de procedimentos da TCCG foram excluídos da análise.

A partir desses critérios de busca, a base de dados *online* da BVS disponibilizou no total 816 artigos, e apenas seis foram selecionados para análise. O restante dos artigos descreveu estudos correlacionais, epidemiológicos e/ou outros tipos de tratamento que não incluíam a TCCG. Esses dados sinalizam a carência de publicações na área de Psicologia, e, sobretudo as contribuições da TCCG no tratamento de pessoas com DC.

A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, que deve ser observada a partir da perspectiva biopsicossocial. Sendo assim, o papel da Psicologia na compreensão e no tratamento de pessoas com DC é inquestionável⁸. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica recomenda a TCCG como um dos tratamentos não farmacológicos para DC¹⁸. Além disso, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) aponta a existência de diversos grupos multidisciplinares comprometidos com a amplitude da prestação de serviços assistenciais de ensino e pesquisa sobre esse tema distribuídos no Brasil, sendo que a Psicologia está inserida dentro desses serviços¹⁹. O tratamento psicológico geralmente está integrado a programas multi e interdisciplinares, que conciliam a atuação de diferentes profissionais de saúde, dentre os quais se encontram: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos e outros⁵. No que se refere aos objetivos dos programas de intervenção, pode-se verificar que, dentre os estudos levantados, dois avaliaram a eficácia da TCCG e do tratamento fisioterápico aplicados sequencialmente^{20,21}; um avaliou o efeito de uma única intervenção conduzida por médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, na qual foram inseridas algumas técnicas da TCCG²²; um comparou efeitos do tratamento farmacológico com a TCCG²³; e dois avaliaram o efeito da TCCG aplicada isoladamente. A tabela 1 apresenta os principais dados de caracterização dos estudos, sobretudo no que se refere aos procedimentos de avaliação, intervenção e resultados. As pesquisas foram avaliadas quanto à qualidade metodológica e descrição estatística, e para isso utilizou-se escala PEDro²⁴. A escala foi desenvolvida e é utilizada por fisioterapeutas²⁵, mas foi escolhida no presente estudo por atender às suas necessidades de avaliação.

Essa escala é composta por 11 critérios avaliativos, dos quais 10 são pontuados (8 avaliam a validade interna, e 2 avaliam a descrição estatística). A nota máxima para avaliar a qualidade dos estudos é igual a 10; nota igual ou superior a cinco, indica que o estudo apresenta qualidade moderada ou alta²⁶.

No que se refere à população estudada, pode-se verificar na tabela 1 que houve um predomínio da participação de mulheres em todos os estudos, sendo a fibromialgia (FM), o diagnóstico mais encontrado em tal população. Não obstante, a literatura aponta que a prevalência dos diagnósticos de DC é mais elevada em mulheres do que em homens, ainda mais quando se trata da FM^{29,30}. As mulheres também buscam mais os serviços de saúde³¹, o que pode justificar a sua prevalência nos estudos analisados.

A DC está comumente associada a transtornos psicoafetivos, como ansiedade e depressão, e a transtornos do sono⁵. Um estudo correlacional apontou que quanto maior a gravidade da dor, maiores os prejuízos na ansiedade, sintomas depressivos e qualidade do sono³². A qualidade de vida (QV) também fica prejudicada, e a incapacidade total ou parcial pode ser observada em pelo menos metade dos indivíduos acometidos. A inter-relação desses problemas indica que tais comorbidades também deve ser foco de avaliação e intervenção³³. É possível visualizar na tabela 1 que todos os estudos avaliaram pelo menos um dos diferentes indicadores de comorbidades comumente associadas ao diagnóstico de DC (depressão, ansiedade, transtornos do sono), assim como variáveis relacionadas a QV e vida social do paciente. Os seis estudos avaliaram indicadores de sintomas depressivos (BDI - Inventário de Depressão de Beck) e intensidade da dor (EAV - Escala Analógica Visual, EVND - Escala Numérica de Dor).

Tabela 1. Caracterização de estudos que aplicaram a terapia cognitivo-comportamental em grupo em adultos com dor crônica

Autores	n* (n por grupo)	Gênero/ Diagnóstico	Instrumento de avaliação pré e pós-intervenção	Estrutura	Variáveis que indicaram melhora	Análise de qualidade PEDro
Brasio et al. ²⁷	21 (6 a 8)	Feminino (100%) Fibromialgia (100%)	HADS EAV ISSL RAS	8 sessões, 90 min	Intensidade da dor, estresse, ansiedade, assertividade	3
Lorençatto et al. ²⁰	64 (4 a 12)	Feminino (100%) Dor pélvica (100%)	EAV BDI	10 sessões, 150 min (60 min fisioterapia + 90 min TCC)	Intensidade da dor, depressão	5
Calderon et al. ²³	37 (4 a 7)	Feminino (100%) Disfunções temporomandibulares (100%)	EAV BDI OHIP PSQI	7 sessões, 90 min	Intensidade da dor, depressão, sono, qualidade de vida	5
Castro et al. ²⁸	93 (n.inf**)	Feminino (89%) Dor musculoesquelética (100%)	EAV HADS SF-36	10 sessões, 120 min	Intensidade da dor, depressão, qualidade de vida	7
Salveti et al. ²¹	79 (n.inf**)	Feminino (91%) Fibromialgia (53%)	END ODI BDI	16 sessões, 120 min (60 min alongamento + 60 min TCC)	Intensidade da dor, depressão, funcionamento diário	3
Martins et al. ²²	27 (12 a 15)	Feminino (59%) Fibromialgia (100%)	FIQ EAV PSI SF-12 HAD	12 sessões, 60 min (TCC e outras atividades)	Ansiedade, depressão, funcionamento diário, sono	4

n*=Participantes que responderam aos instrumentos antes e após as intervenções; **n. inf - a quantidade de participantes por grupo não informada no estudo; TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAV = Escala Analógica Visual; ISSL = Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp; RAS = Escala de Assertividade de Rathus; BDI = Inventário de Depressão de Beck; OHIP = Perfil de Impacto da Saúde Bucal; PSQI = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; SF-36 ou 12 = Questionário de Qualidade de Vida; EVND = Escala Visual Numérica de Dor; ODI = Índice de Incapacidade Oswestry; FIQ = Questionário de Impacto de Fibromialgia; PIS = Protocolo Pós-Sono.

Além de mensurarem tais variáveis, três investigaram sintomas de ansiedade (HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão); dois avaliaram a qualidade subjetiva do sono (PSI - Protocolo Pós-Sono e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)); e, um investigou indicadores de estresse por meio do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL), assertividade e Escala de Assertividade de Rathus (RS), todavia as relações entre essas variáveis (estresse e assertividade) e a dor ainda são pouco investigadas^{34,35}.

A avaliação da dor é subjetiva, de modo que não há qualquer medida objetiva e satisfatória para avaliá-la³. A avaliação subjetiva compreende os instrumentos multidimensionais ou unidimensionais. Os instrumentos multidimensionais, como Questionário de dor McGill (MPQ) e Inventário Multidimensional da Dor (MPI), avaliam a dor a partir dos diferentes indicadores das dimensões que compõem a experiência dolorosa (sensorial, cognitiva e afetiva) e suas interações. Os instrumentos unidimensionais, como a EAV ou a EVND, são designados para indicar apenas a dimensão sensorial de intensidade da dor³⁶. Embora os instrumentos unidimensionais sejam de fácil aplicação, a avaliação multidimensional deveria ser priorizada, visando a identificar melhor as variáveis que interferem na experiência dolorosa³. Nenhum dos estudos levantados utilizou instrumento de avaliação multidimensional, embora todos tenham avaliado a intensidade da dor antes e após as intervenções. Como pode ser visto na tabela 1, três estudos avaliaram o impacto da dor na vida diária, por meio de questionários como ODI (Índice de Incapacidade Oswestry), FIQ (Questionário de Impacto da Fibromialgia) e OHIP (Perfil de Impacto da Saúde Bucal), e dois avaliaram aspectos da QV, por meio de instrumentos como SF-36 ou SF-12.

As avaliações exclusivamente subjetivas, e quem têm como respondente o próprio participante, podem ser apontadas como uma limitação dos estudos. Embora esse tipo de avaliação seja o mais indicado na avaliação da dor, medidas objetivas e/ou o uso de outras fontes de informação além do paciente podem contribuir para tornar os dados mais confiáveis, e sugere-se que sejam utilizadas complementando a avaliação³⁶. Por exemplo, na avaliação do sono é possível utilizar a actigrafia, que avalia os períodos de atividade e repouso por meio de um dispositivo eletrônico, e na avaliação do funcionamento diário é possível realizar a observação do desempenho do paciente em determinadas atividades.

Quanto à estrutura das intervenções, pode ser visualizado que os estudos levantados realizaram entre 7 e 16 sessões, com duração de 60 a 90 minutos cada, o que indicou maior quantidade de sessões e maior duração quando comparados ao estudo de Morley, Eccleston e Williams¹⁶. Os estudos envolveram entre 21 e 93 participantes, e entre 4 e 15 foi o número de pessoas atendidas por grupo, dado esse condizente com o tamanho dos grupos descritos em estudos internacionais^{13,16}. A efetividade da TCCG para pessoas com DC tem sido comprovada na literatura internacional, de acordo com estudos de meta-análise, indicando pequenos e/ou médios efeitos sobre a intensidade da dor, sintomas depressivos, qualidade do sono e funcionamento diário^{13,16,17}. Tais resultados são coerentes com os descritos nos estudos levantados; dos seis estudos levantados, todos indicaram que a TCCG foi eficaz na redução de sintomas depressivos, e cinco estudos indicaram redução da intensidade da dor. Também foram observadas melhoras no funcionamento diário e qualidade do sono, para todos os estudos que mensuraram essas variáveis.

No que se refere à qualidade metodológica e estatística avaliada por meio da escala PEDro, verificou-se que apenas a metade (n=3) dos estudos levantados indicou nota igual ou superior a cinco. Um dos artigos não apresentou análise estatística, e todos eles apresentaram falhas no que se refere a homogeneidade e randomização dos participantes, e mascaramento das intervenções.

Apenas dois estudos descreveram que houve distribuição randômica dos participantes, sendo que um não descreveu claramente o procedimento de randomização. Apenas um estudo identificou o mascaramento da intervenção que foi feito somente para os participantes. Falhas referentes a homogeneidade e clareza no procedimento de randomização também foram observadas nos estudos de meta-análise que avaliam intervenções da TCC em adultos com DC^{13,16}. Segundo os autores desses estudos, o mascaramento das intervenções para pacientes e terapeutas é um critério difícil de ser atingido em Psicologia, pois o pesquisador-terapeuta geralmente precisa conhecer os objetivos e as etapas do tratamento que irá administrar. Entretanto, outros critérios deveriam ser atingidos em estudos brasileiros (distribuição homogênea dos participantes, randomização secreta, mascaramento das intervenções, uso de instrumentos psicometricamente testados e adaptados à população em estudo, avaliações encobertas e apresentação de análises estatísticas) visando a comprovar a eficácia dos tratamentos psicológicos a essa população³⁷.

A BVS é um portal de acesso disponível na internet, que contempla bases de dados científicas, como Scielo, LILACS, Cochrane e Medline, e reúne a maior quantidade de artigos publicados nas revistas nacionais de ampla circulação³⁸. Embora a presente pesquisa tenha se limitado à busca de material bibliográfico dessa base, sabe-se que no Brasil são poucos os ensaios clínicos randomizados em Psicologia que apresentam o rigor metodológico descrito acima, o que provavelmente justifica a escassez de publicações em periódicos brasileiros que descrevem estudos nacionais³⁹.

CONCLUSÃO

Embora a dor seja reconhecida como fenômeno biopsicossocial desde a década de 1970, a Psicologia brasileira não tem ocupado o seu espaço, e tal aspecto encontra-se em dissonância com a literatura internacional. Os estudos brasileiros encontrados foram publicados cerca de 30 anos após a TCC ter sido reconhecida como tratamento para DC. Esse fato também é preocupante se for considerada a incidência da DC no Brasil e a necessidade de intervenções psicológicas empiricamente validadas para essa população.

A realização de avaliações exclusivamente subjetivas nos estudos levantados e o uso de escalas unidimensionais indicam limitações nas avaliações dos estudos. Sugere-se o uso de medidas objetivas e escalas multidimensionais da dor, com o intuito de obter uma compreensão mais abrangente das variáveis que interferem na experiência dolorosa. Apesar da quantidade limitada de estudos, os resultados foram condizentes com aqueles encontrados em revisões de meta-análises internacionais, que comparam os efeitos nos grupos submetidos a TCC quando comparados a grupos controle. Entretanto, cuidados devem ser tomados com relação à generalização dos dados para a população brasileira, já que as diferenças culturais e de formação na área da psicoterapia são muito relevantes entre os diversos países³⁷. Deve-se investir em estudos que comprovem a eficácia da TCC a

adultos brasileiros com dor crônica, e talvez essa seja uma maneira de pressionar políticos e dirigentes da saúde a implementarem esse tipo de tratamento como especialidade obrigatória em serviços de saúde. Verificou-se, no entanto, que existe uma preocupação em relação aos estudos brasileiros, no que se refere à qualidade metodológica. Sugere-se que futuras pesquisas, disponham de cuidados metodológicos e analíticos fundamentais, tais como: distribuição homogênea dos participantes, randomização secreta, mascaramento das intervenções uso de instrumentos psicometricamente testados e adaptados à população em estudo, avaliações encobertas e apresentação de análises estatísticas.

REFERÊNCIAS

- Melzack R. Pain: past, present and future. *Can J Exp Psychol.* 1993; 47(4):615-29.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science.* 1965;150(3699):971-9.
- Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor.* 2011;12(2):138-51.
- Merskey H, Albe Fessard DG, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FW, et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on Taxonomy. *Pain.* 1979;6(3):249-52.
- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol.* 2014;69(2):119-30.
- Almeida IC, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos, MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop.* 2008;43(3):96-102.
- Ponte ST, Machado A, Dutra AP, Cardoso J, Lima R. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul. *Rev Dor.* 2008;9(4):1345-9.
- Siqueira JL, Morete MC. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar? *Rev Dor.* 2014;15(1):51-4.
- Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth.* 2001;87(1):144-52.
- Rachlin, R. Dor e comportamento. *Temas Psicol.* 2010;18(2):429-47.
- Fordyce WE, Fowler RS, DeLateur B. An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behav Res Ther.* 1968;6(1):105-7.
- Morley S. Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. *Pain.* 2011;152 (3 Suppl): 99-106.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol.* 2007;26(1):1-9.
- Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol.* 2014;69(2):153-66.
- Knox CR, Lall R, Hansen Z, Lamb SE. Treatment compliance and effectiveness of a cognitive behavioural intervention for low back pain: a complier average causal effect approach to the BeST data set. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;14:15-17.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* 1999;80(1-2):1-13.
- Bernardy K, Füßer N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol.* 2010;37(10):1991-2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Secretaria de Atenção à Saúde. 2012 out. 02 [acesso em 2015 fev 2]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_sas_1083_dor_cronica_2012.pdf.
- Sociedade Brasileira de Dor. Ligas da dor. [Internet]. 2015 [acesso em 2014 Jun 27]. Disponível em <http://www.dor.org.br/ligas-da-dor>
- Lorençatto C, Vieira MJ, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of pain and depression in women with endometriosis after a multiprofessional group intervention]. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(5):433-8. Portuguese.
- Salveti Mde G, Cobelo A, Vernalha Pde M, Vianna CIA, Canarezi LC, Calegare RG. [Effects of a psychoeducational program for chronic pain management]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;20(5):896-902. English, Portuguese, Spanish.
- Martins MR, Grittib CC, Santos Junior R, Araújo MC, Dias LC, Fossa MH, et al. Estudo randomizado e controlado de uma intervenção terapêutica grupal em pacientes com síndrome fibromiálgica. *Rev Bras Reumatol* 2014;54(3):179-84.
- Calderon Pdos S, Tabaquim Mde L, Oliveira LC, Camargo AP, Ramos Netto Tde C, Conti, PC. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and amitriptyline in patients with chronic temporomandibular disorders: a pilot study. *Braz Dent J.* 2011;22(5):415-21.
- Physiotherapy Evidence Database. PEDro scale, [Internet]. 2015 [acesso em 2015 Jan 20]. Disponível em <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au>.
- Shiwa SR, Costa LO, Moser AD, Aguiar IC, Oliveira LV. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2011;24(3):523-33.
- Verhagen AP, de Vet HC, de Bie RA, Kessels AG, Boers M, Bouter LM, et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(12):1235-41.
- Brasio KM, Laloni DT, Fernandes QP, Bezerra TL. Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Rev Ciênc Med. (Campinas).* 2003;12(4):307-18.
- Castro MC, Daltro C, Krachete DC, Lopes J. The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arq Neuropsiquiatr* 2012;70(11):864-8.
- Cipriano A, Almeida DB, Val J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor.* 2011;12(4):297-300.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):687-707.
- Castro MM, Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr.* 2009;67(1):25-8.
- Finan PH, Goodin BR, Smith MT. The association of sleep and pain: an update and a path forward. *J Pain.* 2013;14(12):1539-52.
- Penido MA, Fortes S, Rangé B. Um estudo investigando as habilidades sociais em pacientes fibromiálgicas. *Rev Bras Ter Cogn.* 2005;1(2):75-86.
- Reis MJ, Rabelo LZ. Fibromialgia e estresse: explorando relações. *Temas Psicol.* 2010;18(2):399-414.
- Sousa FA. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2002;10(3):446-7.
- Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *Am Psychol.* 1995;50(12):965-74.
- Bireme. Guia 2001 de desenvolvimento da Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo: BIREME, 2001.
- Baptista MN. Questões sobre avaliação de processos psicoterápicos. *Psicol Pesq.* 2010;4(2):109-17.