ISSN 1982-3541
Volume XIX no 2, 42-62

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Saúde mental e qualidade de vida de servidores públicos: avaliando protocolo de intervenção para dor.

Public employee's mental health and quality of life: evaluating a chronic pain intervention protocol.

Salud mental y calidad de vida de los servidores públicos: evaluando un protocolo de intervención para el dolor crónico.

Bárbara Kolstok Monteiro ✉
Maria de Jesus Dutra dos Reis
Mônica Fernanda Favoreto da Silva

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal de São Carlos

RESUMO

O presente estudo procurou avaliar os efeitos de um protocolo de intervenção comportamental para trabalhadores com dor crônica. Participaram cinco funcionárias públicas com idade entre 36 e 61 anos; três tinham o diagnóstico de fibromialgia, uma de enxaqueca e uma neurite. A intervenção foi programada utilizando um procedimento de linha de base múltipla em quatro fases: 1) linha de base; 2) módulo 1 (psicoeducação); 3) módulo 2 (relaxamento); 4) módulo 3 (estratégias de enfrentamento). Para avaliação foram utilizados: roteiro de entrevista; inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL); inventário Beck de depressão e de ansiedade; escala Fast e inventário WHOQOL-BREF. Registros individuais mostraram uma relação entre a intensidade da dor e pouca efetividade nas condições de trabalho (r=0,86; p<0,000). Três participantes apresentaram aumento no indicador total de qualidade de vida. Os resultados mostraram uma diminuição nas medidas de depressão, ansiedade e estresse.

***PALAVRAS-CHAVE**: Dor crônica; Protocolo de intervenção comportamental; Saúde do trabalhador; Qualidade de vida; Indicadores de saúde mental.*

[1] Trabalho desenvolvido como parte da pesquisa para obtenção do mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

✉ bakolstok@gmail.com

ABSTRACT

The present study aimed to assess the effects of a brief behavioral intervention protocol designed for public employees with a diagnosis of chronic pain. Five female public employeesparticipated, aged between 36 and 61 years; three who had been diagnosed with Fibromyalgia, one with Migraine, and one with Neuritis. The intervention was programmed based on a multiple baseline procedure in four phases: 1) Baseline; 2) Module 1 (Psychoeducation); 3) Module 2 (Relaxation); and 4) Module 3 (Coping Strategies). The following assessment instruments were used: Interview Script; Inventory of Stress Symptoms for Adults Lipp (ISSL); Beck Depression and Anxiety Inventories; FAST Scale and WHOQOL-BREF Inventory. Individual records showed a correlation between pain intensity and poor effectiveness at work (r = 0.86, p <0.000). Three participants showed an increase in their total score of quality of life (WHOQOL-BREF). Moreover, results revealed a decrease in depression, anxiety and stress.

KEYWORKS: Chronic Pain; Behavioral intervention protocol; Workers health; Quality of life; Indicators of mental health.

RESUMEN

El presente trabajo buscó evaluar los efectos de un protocolo de intervención comportamental para trabajadores con dolor crónico. Han participado cinco funcionarias públicas, con edades entre 36 y 61 años; tres tenían el diagnóstico de Fibromialgia, una de Migraña y una de Neuritis. La intervención ha sido programada empleando un procedimiento de línea de base múltiple, en cuatro etapas: 1) Línea de base; 2) Módulo 1 (Psico-educación); 3) Módulo 2 (Relajación); y 4) Módulo 3 (Estrategias de afrontamiento). Para evaluación han sido utilizados: Guión de entrevista; Inventario de Síntomas de Estrés de Lipp (ISSL); Inventario Beck de depresión y ansiedad; Escala FAST y Inventario WHOQOL-BREF. Los registros individuales mostraron una relación entre la intensidad del dolor y poca efectividad en las condiciones de trabajo (r=0,86; p<0,000). Tres de las participantes presentaron aumento en el índice total de calidad de vida. Los resultados mostraron reducción en las medidas de depresión, ansiedad y estrés.

PALABRAS CLAVE: Dolor Crónico; Protocolo de Intervención Comportamental; Salud del trabajador; Calidad de vida; Indicadores de salud mental.

A *International Association for the Study of Pain* (Iasp, 1994) define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Teria sua atividade regulada por substâncias, receptores especiais e estruturas do sistema nervoso central, constituindo o *sistema modulador da dor*. Esse sistema teria como função levar o organismo a escapar de eventos nocivos, preparando-o para cuidar de uma lesão, evitar danos teciduais adicionais e mini-

mizar o perigo de infecção dos tecidos lesados. Processo doloroso com persistência igual ou superior a seis meses tem sido denominado *dor crônica*.

Segundo Fordyce (1976), para a Análise do Comportamento, a dor seria uma forma adaptativa de se relacionar com um ambiente potencialmente aversivo. A persistência do processo doloroso favoreceria uma história longa e complexa de contingências, selecionando reflexos incondicionados, condicionados e operantes (incluindo comportamento verbal); ou seja, seria produto de seleção por contingências filogenéticas, ontogenéticas e sociais. O repertório complexo estabelecido por essa seleção seria denominado *comportamento de dor* (Fordyce, 1976; Vandenberghe, 2005; Keefe, 1982).

Considerando que o *comportamento de dor* envolveria respostas às contingências aversivas, não surpreende a coexistência desse processo com outros produtos do controle aversivo. Frequentemente observamos, por exemplo, a ocorrência de *comportamento de dor* concomitante a indicadores de depressão (Dougher & Hackbert, 1994). A incidência de episódios depressivos entre pacientes clínicos com dor é relativamente alta (42%), sendo a depressão frequentemente associada com uma maior intensidade e persistência da dor (Arnold et al., 2006; Castro et al., 2006; Pae et al, 2009; Thieme, Turk, & Flor, 2004). Respostas de ansiedade (Coêlho & Tourinho, 2008) também têm sido associadas com a presença de comportamento doloroso (Arnold et al., 2006; Castro, et al. 2006; Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques, & Pereira, 2004).

Uma significativa correlação tem sido observada, ainda, entre *comportamento de dor* e *resposta de estresse*. A *fibromialgia,* dor crônica musculoesquelética difusa ao longo do eixo axial, tem tido sua etiologia atribuída a fatores estressores presentes ao longo do desenvolvimento do portador; nessa patologia não é incomum a exacerbação dos sintomas durante períodos de estresse físico ou emocional (Holtorf, 2007; Okifuji & Turk, 2002; Reis & Rabelo, 2010; Van Houndenhove, Egle, & Luyten, 2005). Estudos examinando *enxaqueca*, tipo específico de cefaleia, também identificaram uma relação significativa com situações estressoras. Observou-se que a crise de enxaqueca pode ser um evento estressor disruptor das rotinas diárias; por outro lado, a vivência continuada com o estresse pode funcionar como gatilho, intensificando ou tornando mais frequentes as crises dolorosas (Santos et al., 2014; Sauro & Becker, 2009; Schramm et al., 2015).

O *comportamento de dor* afetaria longas cadeias comportamentais, dentre elas atividades laborais. A literatura tem apontado uma alta correlação entre dor crônica e indicadores de afastamentos, ausência ou pouca efetividade no trabalho (Landy, Runken, Bell, Higbie, & Haskins, 2011; Linares, Pérez, Pérez, Lima, & Castaño, 2005; Pagano et al., 2004). Nos sete primeiros meses de 2014, o Ministério da Previdência Social (2014) informou um investimento de 1,4 milhão de benefícios para afastamento por doenças no País. Dentre as 20 principais causas desses afastamentos, quadros dolorosos responderam por três deles: dor lombar (2º lugar), dor nas costas (3º lugar) e dor lombar que irradia (15º lugar) (Moreira & Gercina, 2014). Concomitantemente, estudos têm apontado que os afastamentos por saúde ocorreriam com maior prevalência entre servidores do serviço público (Araújo, 2012; Andrade, Souza, Simões, & Andrade, 2008; Sala, Carro, Correa, & Seixas, 2009).

Em documento publicado há mais de 20 anos pela Organização Mundial de Saúde (Linton, 1993) foram apontadas algumas estratégias reconhecidas como efetivas para a intervenção da dor crônica, em particular das *dores nas costas*, sendo: *técnicas de relaxamento* (progressivo, autógeno, *biofeedback*, entre outros); *técnicas operantes para mudanças de comportamento* (estratégias educativas, produzir o aumento de atividade física, redução da ingestão da medicação, entre outros); *estratégias cognitivas* (técnicas de distração); *treinamento de habilidades sociais* (em particular, assertividade); *estratégias de enfrentamento*. Ao longo dos anos, investigações têm corroborado a efetividade dessas técnicas para uma variedade de dores crônicas, tais como: cefaleias (Haynes, Griffin, Mooney, & Parise, 1975), enxaqueca (Campbell, Penzien, & Wall, 2000; Penzien et al., 2005; Rains, Penzien, & McCrory, 2005); fibromialgia (Nicassio et al., 1997; Silva, Rocha, & Vandenberghe, 2010; Thieme, Gromnica-Ihle, & Flor, 2003), entre outras.

Discutindo um programa de intervenção comportamental junto à rede primária de cuidado, autores (Cummings & Cummings, 2005) programaram, aplicaram e avaliaram *componentes* de um protocolo de intervenção que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo e que pode ser adaptado para diferentes patologias, sendo alguns deles: 1) componente educacional; 2) técnicas de relaxamento; 3) manejo do estresse; 4) tratamento da depressão; 5) atividades de autoavaliação; 6) autoeficácia; entre outros. Os diferentes módulos têm sido utilizados nas intervenções em grupo para *quadros crônicos* (ex. asma, diabete, hipertensão, artrite, fibromialgia), *quadros de cuidado mental* (ex. agorafobia e múltiplas fobias, depressão, pânico, ansiedade, TOC) ou *adição* (dependência de medicação, obesidade). Os autores descrevem que a implementação dos protocolos produziu uma significativa redução na taxa de recaída ou crises, uma diminuição nos custos no sistema de saúde, um aumento na procura do cuidado especializado e maior adesão ao tratamento.

Da mesma forma, um protocolo de intervenção em grupo foi proposto e avaliado por Nash, Park, Walker, Gordon e Nicholson (2004) em estudo do qual participaram 80 pacientes com cefaleia moderada a severa. Foram avaliados qualidade de vida, uso de medicação, registro da frequência e intensidade da dor. Uma sessão de orientação individual era realizada com cada participante com diferentes objetivos: fornecer informações gerais sobre o tratamento a ser implementado; orientar sobre a importância do auto manejo das orientações e das atividades; fornecer informações gerais sobre o monitoramento diário da dor de cabeça, dos comportamentos por ela afetados e que faziam parte do estilo de vida (ex. alimentação, horas de sono, tempo de trabalho, atividades de lazer etc.); bem como introduzir o primeiro exercício de treino em relaxamento muscular progressivo.

A intervenção foi programada em três módulos: (1) *m*ódulo educativo sobre cefaleia, (2) *m*ódulo de treino em relaxamento e (3) *m*ódulo de treino para enfrentamento do estresse e dos episódios de dores. O *módulo educativo* envolvia instruções sobre tipos de cefaleias, causas, gatilhos e técnicas de tratamento. A orientação educativa foi oferecida por profissionais de diferentes áreas (neurologistas, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas) por meio de palestras e material informativo. O *módulo de treino em relaxamento* envolveu o treino de quatro tipos de exercícios de relaxamento, com material audiovisual fornecido para atividade de casa envolvendo as técnicas aprendidas, em particular o treino em *relaxamento mus-*

cular progressivo. No *módulo de treino de enfrentamento do estresse e dos episódios de dores* foram apresentadas estratégias para a resolução de problemas e de conflitos, buscando identificar e lidar com eventuais *gatilhos* da dor (ex. problemas no trabalho, com parceiros afetivos, autoridade etc.). As intervenções em grupo foram implementadas ao longo de dez encontros, com duração de uma hora e meia cada. Foi observada, ao final do tratamento, uma redução da frequência, severidade ou duração das dores. Além disso, também foram registradas melhoras em aspectos relativos à qualidade de vida.

A vantagem no desenvolvimento de intervenções – como as propostas por Cummings & Cummings (2005) e Nash et al (2004) em uma unidade de atendimento básico de saúde – seria o desenvolvimento de um protocolo de intervenção relativamente breve, possibilitando o atendimento de um número maior de usuários, aumentando a eficácia e eficiência do referenciamento dentro do sistema. Além disso, o programa poderia ser adaptado para ser utilizado em diferentes unidades de atendimento, inclusive empresas e organizações, representando possivelmente uma boa relação custo/benefício. Considerando o impacto do afastamento por saúde relacionado à dor crônica, o investimento em um protocolo estruturado de intervenção que pudesse atender em grupo a uma parte dessa demanda poderia representar um ganho em qualidade de trabalho para a empresa e, possivelmente, melhoras gerais na saúde e qualidade de vida desse trabalhador. Entretanto precisamos investigar como protocolos similares poderiam ser utilizados em unidades de tratamento para dor no Brasil.

Embora protocolos tenham sido propostos e avaliados para a população brasileira (Oliveira, Marques, Silva, Tolotti, & Vandenberghe, 2014; Silva et al., 2010), diferentes componentes efetivos são combinados com diversificados graus de ênfase. Contudo autores têm enfatizado a necessidade de replicações de estudos para maior confiabilidade e validade dos resultados (Penzien et al, 2005), particularmente avaliações que possibilitem identificar a efetividade dos componentes da intervenção.

O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar o impacto da aplicação de um protocolo de intervenção breve, utilizando técnicas comportamentais e cognitivas para tratamento de dores crônicas de servidores públicos brasileiros. O programa desenvolvido foi similar àquele proposto por Nash et al. (2004), implementado com pacientes com diferentes quadros de dores crônicas em atendimentos individuais e planejados em um procedimento de linha de base múltipla. O estudo buscou avaliar especificamente três dimensões: (1) autopercepção da dor e do impacto no trabalho para cada um dos módulos; (2) mudanças em indicadores de saúde mental, particularmente depressão, ansiedade e estresse; (3) indicadores de funcionalidade e qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Participaram cinco funcionárias técnico-administrativas de uma instituição de ensino superior. Na Tabela 1, podemos examinar algumas variáveis de caracterização e de informações clínicas sobre cada uma delas. No início da pesquisa, tinham idade variando entre 36 e 61 anos, sendo 3 delas separadas ou divorciadas e 2 estando em relações permanentes (casada ou em união estável). Três das participantes têm formação superior com algum tipo de pós-gra-

duação na sua área; duas têm formação máxima no ensino médio, uma delas com formação técnica.

Na Tabela 1, podemos observar ainda que P1 relatou ter tido o diagnóstico de fibromialgia (FM) há sete anos, sofrendo de diabete e tendo feito acupuntura no passado para tratamento da dor crônica. P2 teve o diagnóstico há dois anos, apresentando osteoporose. P4 foi diagnosticada com FM há cinco anos e já fez fisioterapia como tratamento; no momento é hipertensa, apresentando artropatias e gastrite. P5 sofre de neurite, doença inflamatória dos nervos com três anos de diagnóstico, apresentando quadro de hipertensão e hipotireoidismo; fez tratamento psicoterápico em momentos anteriores para lidar, entre outras coisas, com dor. P6 passou a ter enxaqueca há sete anos, durante a gestação de seu primeiro filho; convive, ainda, com um quadro crônico de gastrite. Já realizou psicoterapia e acompanhamento neurológico. Observamos que quatro das cinco participantes fazem uso de medicação psicotrópica (ansiolíticos e antidepressivos), além da medicação para dor; P2 não relata uso de analgésicos, pois afirma que é alérgica às medicações alopáticas, sendo o alprazolam uma exceção.

Local/Material/Equipamento

As atividades de pesquisa foram desenvolvidas em salas individuais de atendimento na própria instituição na qual as funcionárias trabalhavam. Ao longo da coleta, os seguintes instrumentos foram utilizados: 1) roteiro de entrevista; 2) inventário de sintomas de *stress* para adultos de Lipp (ISSL); 3) inventário Beck de depressão (BDI); 4) inventário Beck de ansiedade (BAI); 5) inventário WHOQOL -BREF; 6) escala Fast.

O *roteiro de entrevista* levantava informações gerais sobre a população estudada, a saber: sexo, idade, histórico de saúde e clínico; dados socioeconômicos

Tabela 1 - Caracterização (idade, estado civil e escolaridade) e informações clínicas (transtorno doloroso diagnosticado, tempo desde diagnóstico, tratamentos anteriores, outras patologias e medicação) de todos os participantes

Part.	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Transtorno doloroso (Tempo Diagn. anos)	Tratamentos anteriores	Diagnósticos Outros	Medicação	
							Psicotrópica	Não Psicotrópica
P1	45	Divorc.	Médio completo/ Técnico	FM (7)	Acupuntura	Diabetes	Amitriptilina, clonazepam	Miosan
P2	47	Divorc.	Pós-Grad.	FM (2)		Osteoporose	Alprazolam	
P4	61	União estável	Médio completo	FM (5)	Fisioterapia	Hipertensão, artropatias, gastrite	Lexotan, sertralina	Omeprazol, vimovo, diovan 320, aldomet 500, espironalactona., disfofato de clorogemina
P5	55	Divorc.	Pós-Grad.	Neurite (3)	Psicoterapia	Hipertensão, hipotireoidismo		Synthroid, Zarth, Dolaminflex
P6	36	Casada	Pós-Grad.	Enxaqueca (7)	Psicoterapia, neurologista	Gastrite	Cymbalta	Neosaldina

(escolaridade, ocupação, condição de moradia, entre outros). O *inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)* é um instrumento autorreferenciado, construído e validado com adultos brasileiros (Lipp, 2000); avalia sintomas de estresse que ocorreram nas últimas 24 horas, na última semana e durante o mês. Ao final podem ser identificadas quatro fases de estresse, em ordem crescente de gravidade: *alerta*, *resistência*, *quase-exaustão* e *exaust*ão. Escores nas fases de *resistência*, *quase-exaustão* ou *exaustão* podem indicar cuidado em saúde (Lipp, 2003).

Os *inventários Beck de depressão* e *de ansiedade* foram traduzidos e validados para população brasileira (Cunha, 2001). Ambas as escalas solicitam o autorrelato de sintomas ocorridos nos últimos sete dias. O *inventário Beck de depressão* (BDI) é uma escala de 21 itens, cada um com quatro alternativas. O *inventário Beck de ansiedade (BAI)* é constituído por 21 itens que são afirmações descrevendo sintomas de ansiedade, devendo ser atribuída sua frequência de ocorrência por meio de uma escala que varia de 0 (nunca) a 3 (muito frequentemente). Para ambos os inventários, os resultados podem ser interpretados em quatro níveis: *mínimo*, *leve*, *moderado* e *grave*; avaliações nos níveis *moderado* e *grave* devem ser considerados como indicadores de cuidado em saúde.

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF),* versão abreviada, apresenta 26 questões que devem ser respondidas utilizando uma escala *likert* de 5 pontos. Seu cômputo gera um escore geral e de quatro diferentes domínios: *físico*, *psicológico*, *relações sociais* e *meio ambiente*. O *domínio físico* avalia as facetas de *dor/desconforto*, *energia/fadiga* e *sono*. O *domínio psicológico* avalia as facetas de *sentimentos positivos, negativos, cognições, autoestima e autoimagem*. O *domínio das relações sociais* avalia *relações pessoais, apoio social e atividade sexual*. O *domínio ambiente* avalia facetas de *segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de recreação e lazer, transporte, ambiente físico em geral (poluição, ruído, clima, trânsito)*. Quanto maiores os valores obtidos, maior é a estimativa da *qualidade de vida* (QV). Esse instrumento foi traduzido e adaptado com adultos brasileiros (Fleck et al., 2000).

A *Functional Assessment Staging* (Fast) é um instrumento que propõe uma pontuação global de funcionalidade, considerando seis domínios: *autonomia*, *trabalho*, *cognição*, *finanças*, *relações interpessoais* e *lazer*. Cada domínio é composto por itens cuja pontuação varia de zero a três; quanto *maiores* os escores, maiores seriam as perdas funcionais. Embora essa escala tenha sido construída para uso com populações idosas portadoras de demências, uma versão foi validada no Brasil com adultos apresentando transtorno bipolar (Cacilhas et al., 2009).

O *registro diário* solicitava, para cada dia da semana, uma avaliação da estimativa da pior intensidade de dor naquele dia utilizando uma escala de zero a dez – zero sendo nenhuma dor observada, e dez sendo dor extremamente intensa; deveriam ser indicados, ainda, o horário e eventos que aconteceram imediatamente antes ou depois do episódio doloroso. Na versão final, em uma escala também variando de zero a dez, o participante deveria estimar o quão difícil tinha sido realizar seu trabalho, indicando as principais dificuldades.

Procedimento

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

(Protocolo CAAE 03822012.5.0000.5504). O recrutamento foi realizado por meio de publicações internas da instituição, convite pessoal, divulgação por cartazes e *folders* – nestes os funcionários de uma instituição de ensino superior foram convidados a participar de uma pesquisa referente a procedimento de intervenção em grupo para tratamento de dor crônica. O interessado deveria ser funcionário efetivo, adulto, com diagnóstico prévio de dor crônica realizado por profissional de saúde.

A Figura 1 apresenta um fluxograma com as atividades de avaliação e intervenção desenvolvidas. Os funcionários que demonstraram interesse foram convidados a participar do *encontro inicial* em grupo com os pesquisadores, sendo informados sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação, como estabelecidos no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).* Considerando que somente seis servidores compareceram à reunião, foi examinado o interesse em participar da pesquisa em atendimentos individuais. Havendo concordância de todos os presentes, os interessados assinaram o TCLE e marcaram um primeiro encontro para avaliação.

Todas as sessões de avaliação e intervenção foram registradas por meio de mídia digital. Para todos os participantes, a *avaliação inicial* aconteceu em três encontros individuais semanais com duração aproximada de uma hora. Na primeira sessão foram aplicados: (1) roteiro de entrevista, (2) ISSL, (3) BDI e (4) BAI. Ao final, foi entregue ao funcionário uma cópia do *registro diário*, sendo orientado a preenchê-lo diariamente até o encontro seguinte com o pesquisador. Na sessão seguinte foram aplicados os instrumentos restantes: (4) inventário WHOQOL-26 e (5) escala Fast. Foi ainda recolhido o *registro diário* da semana anterior. Na devolução foram abordadas as dificuldades de preenchimento e solicitados esclarecimentos sobre as experiências relatadas. Foram entregues novos formulários para autorregistro, com orientação e estímulos verbais sobre a importância da tarefa. Durante a semana, a pesquisadora ligava para os participantes solicitando informações sobre dificuldades gerais e sobre o registro diário. Na semana seguinte, um novo encontro discutia majoritariamente o *registro*, as

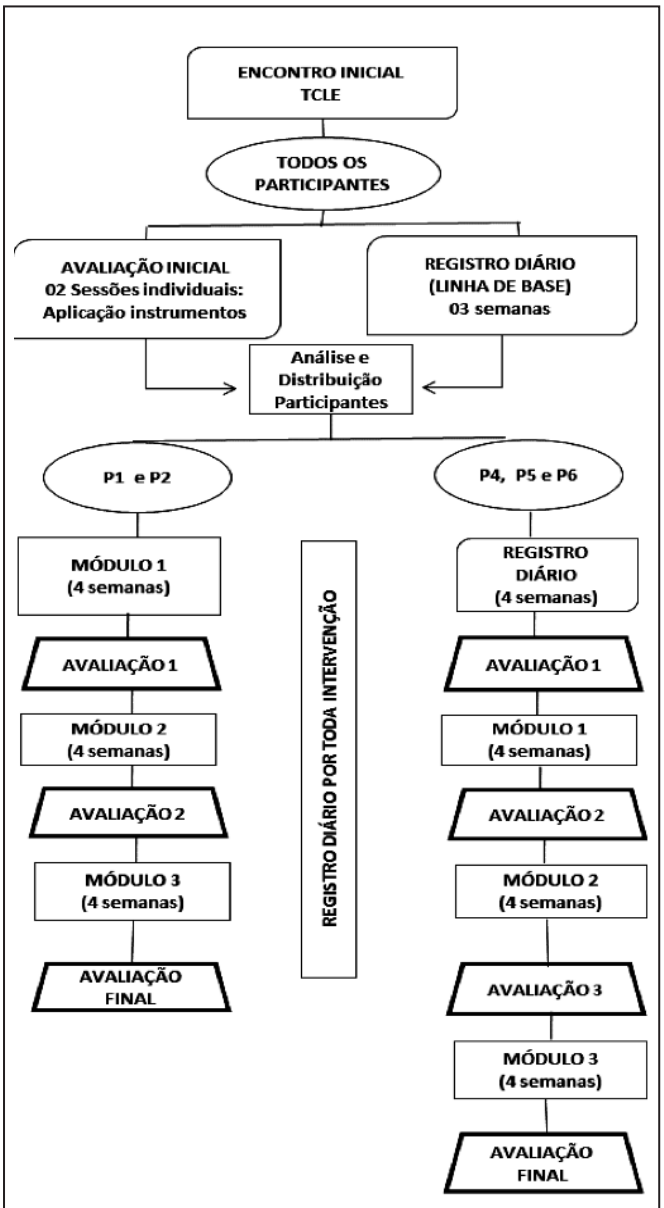

Figura 1. Fluxograma das atividades de avaliação e intervenção.

condições no trabalho e a ocorrência de dor, sem introduzir manejo clínico de intervenção.

Podemos observar, ainda na Figura 1, que, ao final dessas três semanas, os participantes foram organizados em dois grupos, utilizando os escores iniciais de ansiedade e depressão para contrabalanceamento. Os participantes P1, P2 e P3 foram designados para um grupo; os participantes P4, P5 e P6 foram para o outro. O participante P3 retirou-se da pesquisa nas sessões que se seguiram à avaliação inicial. Dessa forma, a intervenção foi realizada com as cinco participantes remanescentes.

Concluídas as três semanas iniciais de avaliação, a intervenção era iniciada imediatamente com as participantes P1 e P2, sendo implementado o *m*ódulo 1 nas quatro semanas seguintes; durante esse período, as demais participantes se mantinham realizando os registros diários e entregando-os para a pesquisadora em encontro semanal, sem que fossem realizadas sessões terapêuticas. Ao final dessas quatro semanas, todos os participantes foram reavaliados (*avalição 1*) em um encontro individual planejado nos moldes propostos por Nash et al. (2004): (1) escuta terapêutica do sofrimento pessoal envolvendo a convivência com a dor nesse período, (2) aplicação dos inventários psicodiagnósticos previstos para o estudo (BDI, BAI e ISSL) e (3) aplicação de relaxamento progressivo com duração máxima de 20 minutos.

Seguindo essa reavaliação, as participantes P1 e P2 iniciavam o *m*ódulo 2*,* e as demais participantes (P4, P5 e P6) o *módulo 1*. Concluídas as quatro sessões previstas, uma reavaliação (*avaliação 2*) era implementada, em um formato similar àquela realizada anteriormente. Concluída essa reavaliação, as participantes P1 e P2 eram submetidas ao *m*ódulo 3, enquanto as demais (P4, P5 e P6) participavam do *m*ódulo 2. Ao final dessas quatro semanas, as participantes P1 e P2 concluíram as condições de intervenção planejadas, sendo então implementada a *avaliação final*. Concomitantemente, as participantes P4, P5 e P6 foram submetidas à *avaliação 3*, similar às reavaliações anteriores, iniciando subsequentemente o *m*ódulo 3. Ao final de quatro encontros, as participantes P4, P5 e P6 foram submetidas à *avaliação final*. Na *avaliação final* foram reaplicados todos os instrumentos de medidas utilizados na avaliação inicial, exceto o *roteiro de entrevista*. Durante todas as condições foi solicitado que as participantes mantivessem os registros diários referentes à percepção subjetiva da dor e das condições de trabalho.

A *intervenção* consistiu-se de 12 sessões individuais, com duração de uma hora cada. Seguindo o procedimento proposto por Nash et al. (2004), as sessões foram programadas em três módulos, com quatro encontros previstos em cada. Os três módulos planejados foram: *m*ódulo 1*,* psicoeducação sobre dor; *m*ódulo 2, conhecendo relaxamento; módulo 3, enfrentamento/habilidades sociais.

O *m*ódulo de *psicoeducação sobre dor* (*m*ódulo 1) tinha como objetivo apresentar as diversas definições de dor, descrevendo mecanismos envolvidos nesse processo e características de diferentes transtornos dolorosos. No primeiro encontro, apresentações e materiais escritos foram produzidos para informar sobre a definição e mecanismos envolvidos na dor. No segundo foram retiradas as dúvidas sobre o material escrito fornecido na sessão anterior; além disso, novas apresentações e materiais foram disponibilizados, fornecendo informações sobre os diferentes quadros de dores (fibromialgia

para P1, P2, P4; enxaqueca para P6; neurite para P5). O terceiro encontro tinha como objetivo levar a participante a identificar condições do ambiente físico, social e biológico que funcionariam como gatilhos importantes nos seus processos dolorosos; para tanto foram utilizadas informações obtidas nos *registros diários* e nas descrições de vivências de crises dolorosas antes e durante o processo de intervenção. No quarto foram discutidas diferentes alternativas de controle não medicamentoso da dor.

O *módulo sobre relaxamento* (*módulo 2*) tinha como objetivo descrever, informar e produzir contingências de aprendizagem para diferentes estratégias de relaxamento. No primeiro encontro, ocorria uma apresentação sobre os mecanismos envolvidos no relaxamento, suas modalidades e seus benefícios; além disso, era introduzida a técnica de *respiração profunda*. Nos encontros seguintes foram apresentadas três técnicas de relaxamento: a) progressivo, b) autógeno e c) passivo. Durante as sessões, as participantes eram ensinadas a realizar essas técnicas sob a orientação do pesquisador, com uso de procedimentos instrucionais, de modelagem e de modelação. Foram fornecidas instruções impressas e em CD para realização das técnicas como atividade de casa.

O *módulo enfrentamento e habilidades sociais* (*módulo 3*) tinha como objetivo informar sobre o estresse, formas de seu enfretamento, incluindo os estressores sociais. No primeiro encontro foram introduzidas, por meio de apresentação e material impresso, informações críticas sobre estresse, seus mecanismos, como afetaria processos biológicos como dor/sono e diferentes estratégias de enfrentamento; as informações obtidas no *inventário ISSL* e *registros diários* foram analisados com o participante, buscando construir uma análise funcional das contingências estressoras em operação na sua própria vida.

Nas três sessões seguintes foram introduzidas instruções, modelação e reforço diferencial de comportamentos relativos ao enfrentamento do estresse, privilegiando as condições de trabalho. Considerando as análises funcionais formuladas durante o processo de intervenção, as atividades foram majoritariamente organizadas considerando os seguintes conteúdos, que pareciam ser elementos comuns das contingências: 1) treino introdutório sobre resolução de conflito e assertividade nas relações com chefes e pares; 2) importância de negociar dizendo não para algumas condições; 3) estratégias de aceitação dos sentimentos e emoções envolvidos nas condições estressoras; 4) informar e monitorar condições relativas à higiene do sono.

RESULTADOS

A Figura 2 apresenta a média de cada três registros diários da intensidade atribuída à dor e às dificuldades no trabalho em todas as condições para todas as participantes. As linhas verticais sinalizam mudanças de condições. À direita, podemos examinar a *m*édia e a *mediana* da intensidade atribuída à dor em todos os registros produzidos durante a linha de base (LB) e nos 14 últimos. O número de dias de registros variou de participante para participante, embora todos tenham realizado os registros na linha de base (LB). Três deles mantiveram-se registrando em todas as condições de intervenção (P2, P4 e P5) – a participante P1 entregou registros até parte do *m*ódulo 2, e P6 deixou de registrar durante o *m*ódulo 1. Podemos observar que quanto maior a percepção da dor, maior o grau de dificuldade atribuída à realização do trabalho, com as duas curvas apre-

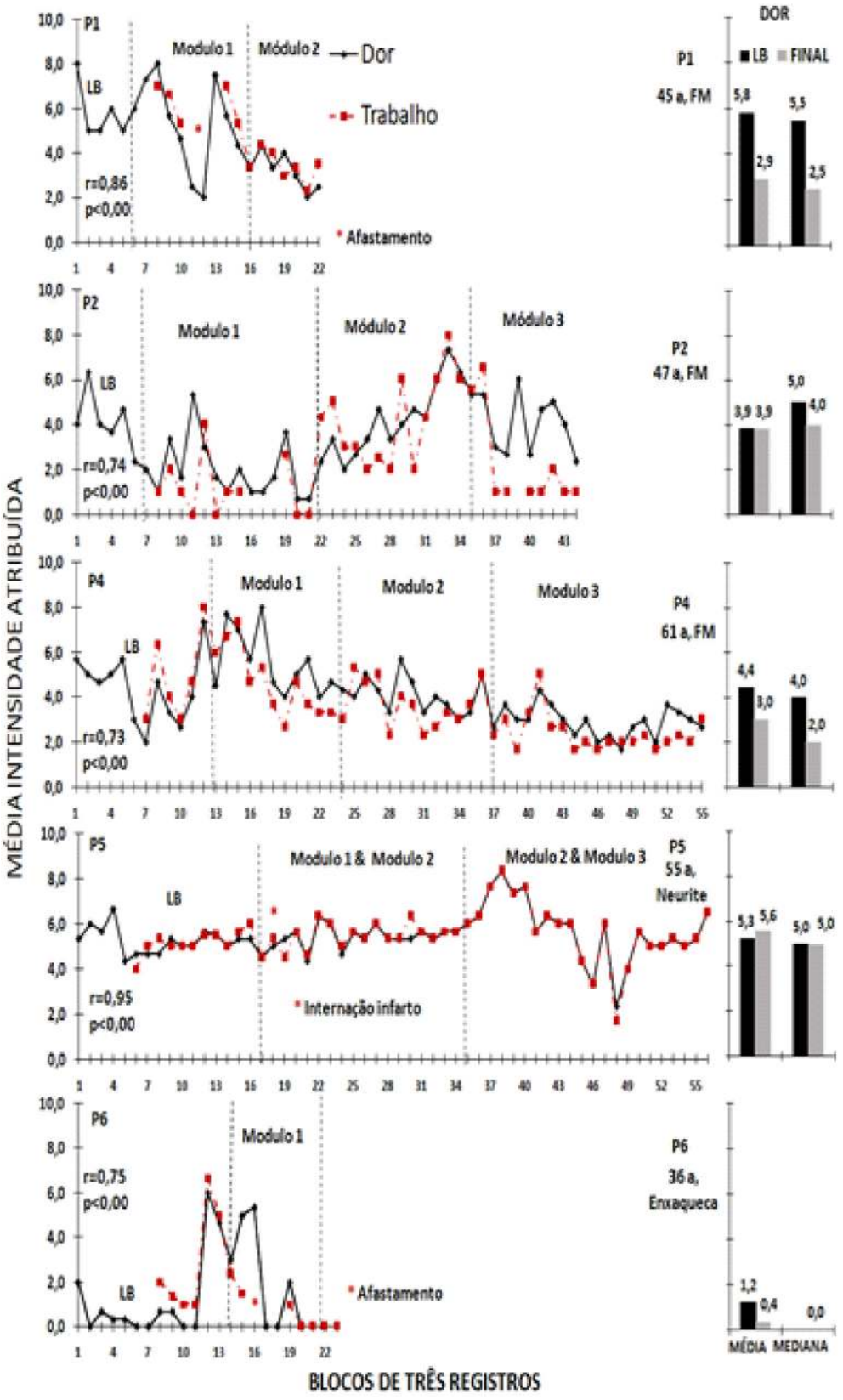

Figura 2. Média de blocos de três dias de registro das intensidades atribuídas à dor e dificuldades no trabalho. As linhas pontilhadas indicam mudanças nas condições de intervenção. À direita, vemos a média e a mediana para a dor durante a linha de base (LB) e nos 14 últimos registros (final). Para cada participante foi indicado idade, diagnóstico e correlação entre as medidas de dor e trabalho (FM=Fibromialgia).

sentando tendências similares. Análise estatística de Spearman, *two tailed*, mostrou uma correlação significativa entre as duas variáveis (r=0,86, p<0,000), considerando os registros em geral. Também foi significativa para os participantes individualmente, com resultados variando de 0,73 (P4) a 0,95 (P5).

Na Figura 2, vemos também que a participante P1 apresentou um decréscimo na percepção da intensidade da dor e da dificuldade no trabalho, até a condição na qual manteve o registro. A participante P2, que demonstrava uma tendência ao aumento na intensidade da dor ao final do *m*ódulo 2, apresenta um decréscimo aparente dessa tendência no transcorrer do *m*ódulo 3. Para P4, podemos observar uma diminuição relativamente constante por meio de todas as condições de intervenção. A participante P6 foi aquela com menor número de registros (até parte do *m*ódulo 1), apresentando os menores valores de indicadores *de dor* e de *interferência* no trabalho. Os pontos altos de intensidade indicam crises de enxaqueca.

A participante P5, no início da intervenção (segunda sessão), foi internada com princípio de infarto. Ela voltou rapidamente ao trabalho e quis continuar o atendimento. Contudo, considerando o estresse agudo observado e as condições gerais, um procedimento diferenciado foi implementado. As sessões com introdução das estratégias de relaxamento (*m*ódulo 2) foram iniciadas imediatamente na retomada do atendimento, com as orientações educativas previstas para o *m*ódulo *1* acontecendo concomitantemente. Concluído o processo educativo, o *m*ódulo 3 foi introduzido, trabalhando estratégias de enfrentamento de condições estressoras, particularmente assertividade para negociação com familiares e chefia. Procedimentos de relaxamento foram mantidos nessa condição a pedido da participante. Identifica-se que, nesse caso, as menores percepção de dor e melhores condições no trabalho foram observadas depois da introdução de conteúdos referentes ao *m*ódulo 3. De fato, examinando especificamente os efeitos da introdução do *m*ódulo 3, mudanças visíveis também podem ser notadas para as outros duas participantes com registro nessa fase (P2 e P4). Examinando as análises de tendência central apresentadas no lado direito da Figura 2, podemos observar uma diminuição na *média* entre a avaliação inicial e final para três participantes[2]; a *mediana* indicou redução para as participantes P1 (5,3 para 2,5), P2 (5,0 para 4,0) e P4 (4,0 para 2,0).

A Tabela 2 apresenta, para todos participantes, os escores obtidos nas diferentes aplicações dos *inventários Beck de depressão* (BDI), *ansiedade* (BAI) e *estresse* (ISSL), assim como a média, desvio padrão e mediana para *depressão* e *ansiedade*. A área sombreada destaca as avaliações que aconteceram *antes* do início da intervenção e *ao final*. Em geral, a média e mediana indicam uma redução nos escores de depressão e ansiedade ao longo da intervenção, particularmente quando comparamos os escores da *avaliação inicial* e *da final*. No *início* da intervenção, duas participantes apresentavam indicadores de cuidado em saúde para *depressão* (P4 e P6), duas para *ansiedade* (P2 e P4) e todas para estresse; a participante P4 apresentou escores de cuidado em todas as medidas obtidas nessa condição (depressão *moderada*, *ansiedade grave e* estresse

(2) P1 (5,8 para 2,9), P4 (4,4 para 3,0) e P6 (1,2 para 0,0).

em *quase-exaustão*). Na avaliação *final*, nenhum participante apresentou escore de cuidado na medida de *depressão,* e um participante (P2) não teve mudança observável no que concerne à *ansiedade*. Três participantes não apresentam sintomas de estresse (P4, P5 e P6); os demais participantes (P1 e P2), embora se mantenham na fase de *resistência*, apresentam *percentis* inferiores àquele observado antes da intervenção.

Na Tabela 2, podemos observar ainda que P4 apresenta uma resposta positiva e rápida à intervenção; na avaliação que segue o final do *m*ódulo 1 (AV 2), já apresenta escores abaixo da linha de cuidado em *depressão* e *estresse*, escores que se manterão ou até decrescerão ao longo da intervenção. Após a conclusão do *m*ódulo 2 (relaxamento), todas as participantes avaliadas (AV 2=P1; AV 3= P4, P5 e P6) já não apresentavam escores de cuidado em *depressão* ou *ansiedade*. Ao concluir o *m*ódulo 3 (final), foram observados novos decréscimo nesses escores para P4 (depressão e ansiedade) e P5 (ansiedade); ao final desse mesmo módulo, as participantes P5 e P6 apresentaram as maiores mudanças nos indicadores de estresse. A participante P6, embora aparentemente se mantenha no mesmo nível de estresse, foi obtendo *percentis* sistematicamente mais baixo a cada avaliação após a intervenção, a saber:

Tabela 2 - Escores obtidos nas diferentes avaliações, para todos os participantes, no inventário de depressão (BDI), ansiedade (BAI) e estresse (ISSL)

		INICIAL		AV1	AV2	AV3	FINAL	
Inst	Part	Esc	Nível	Esc	Esc	Esc	Esc	Nível
BDI	P1	17	Leve	9	14		14	Leve
	P2	7	Mínimo	9	*		2	Mínimo
	P4	24	Moderado	24	13	14	7	Mínimo
	P5	12	Leve	19	15	13	12	Leve
	P6	21	Moderado	15	16	14	11	Mínimo
	Média	16,2		15,2	14,5	13,7	9,2	
	DP	6,8		6,5	1,3	0,6	4,8	
	MD	17,0		15,0	14,5	14,0	11,0	
BAI	P1	16,0	Leve	19,0	10,0		13,0	Leve
	P2	22	Moderado	25	*		27	Moderado
	P4	34	Grave	19	20	15	7	Mínimo
	P5	8	Mínimo	11	20	17	5	Mínimo
	P6	9	Mínimo	6	8	5	8	Mínimo
	Média	17,8		16,0	14,5	12,3	12,0	
	DP	10,7		7,5	6,4	6,4	8,9	
	MD	16,0		19,0	15,0	15,0	8,0	
ISSL	P1	50	Resist	Resist	Resist		42	Resist
	P2	17	Resist	Alerta	*		8	Resist
	P4	67	QEx	QEx	SEM	SEM	-	SEM
	P5	33	Resist	SEM	Resist	QEx	-	SEM
	P6	50	Resist	Resist	Resist	Resist	-	SEM

Nota: vemos, ainda, a média, desvio padrão (DP) e mediana (MD) para BDI e BAI. A área sombreada destaca as avaliações anteriores à intervenção e ao seu final. (ins= instrumento; esc=escore; resist=resistência; qex=quase exaustão). *Não respondeu ao instrumento.

avaliação 1 (*antes intervenção*), manteve percentil 50%; avaliação 2 e 3 (*durante intervenção*), 33% e 17%, respectivamente.

A Figura 3 apresenta, na avaliação inicial e final de todos os participantes, a porcentagem da avaliação total e nos domínios de *qualidade de vida do WHO-QOL-BREF* (coluna à esquerda) e da funcionalidade nos domínios avaliados pela escala Fast (coluna à direita). Examinando os resultados de QV na avaliação inicial, os valores do escore total variaram de 35% (P4) a 60% (P6), sendo que uma participante

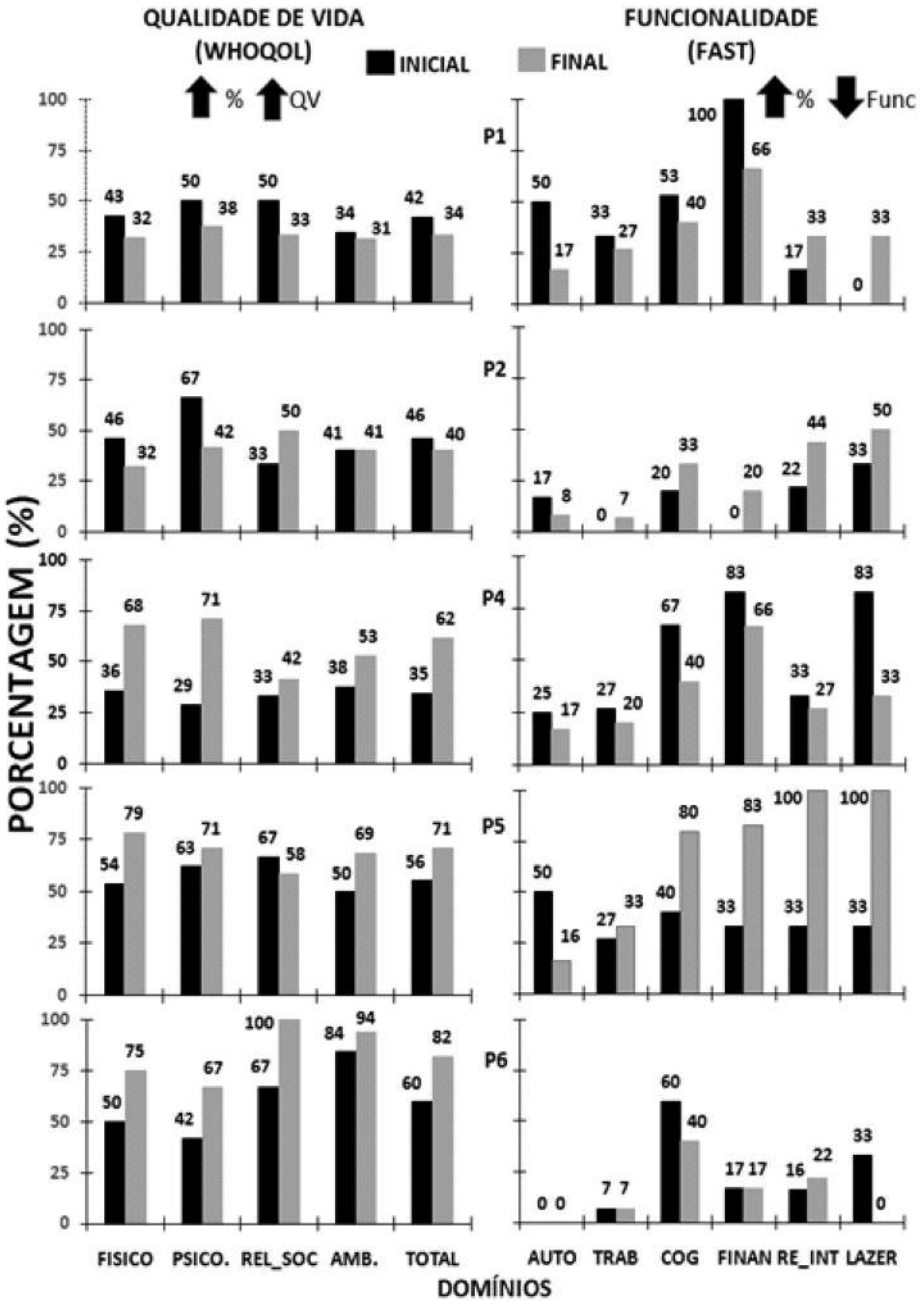

Figura 3. Porcentagem nos quatro domínios e no total da avaliação de qualidade de vida (coluna à esquerda) e nos seis domínios da escala Fast (coluna à direita) na avaliação inicial e final para todos os participantes. (Legenda: psico=psicológico; rel_soc=relações sociais; amb=ambiente; auto=autonomia; trab=trabalho; cog=cognição; finan=financeiro; re_int=relações interpessoais).

apresentou escore igual ou superior a 60% (P6); na avaliação final, os valores variaram de 34% (P1) a 82% (P6), com três participantes apresentando escore superior a 60% (P4, P5 e P6). Três das participantes apresentaram um aumento no indicador total de QV (P4, P5 e P6), duas apresentaram um aumento nos indicadores de QV para todos os domínios (P4 e P6) e uma delas apresentou aumento em três dos quatro avaliados (P5). O domínio físico, que incorpora medidas de dor e desconforto físico, apresentou aumento no indicador de QV para três participantes (P4, P5 e P6).

Considerando os desempenhos individuais, observamos que a participante P4 apresenta o maior incremento na QV, com desempenho inicial de 35% e final de 62%. Durante a avaliação inicial, P4 apresentou valores inferiores a 38% para todos os domínios. O menor escore foi observado no domínio *psicológico* (29%), o maior no domínio *ambiente* (38%). Ao final da intervenção, o menor escore observado foi 42% no domínio *relações sociais* e o maior foi obtido no *psicol*ógico (71%). A participante, contudo, obteve ganhos visíveis em todos os domínios avaliados. A participante P6 também apresentou ganhos para todos os domínios, mostrando o segundo maior incremento em QV, passando de 60% para 82%. No início da intervenção, o domínio *psicológico* obteve o menor escore (42%); todos os demais domínios apresentavam valores iguais ou superiores a 50%. Ao final da intervenção, o domínio *psicológico* continua apresentando o pior escore, embora com incremento observável (67%); nos demais, apresentou escore igual ou superior a 75%, com especial destaque para as *relações sociais* (de 67% para 100%). O terceiro melhor incremento foi no desempenho total de P5, variando de 56% a 71%. Na avaliação inicial, todos os quatro domínios apresentavam escore igual ou superior a 50%. O menor foi observado no domínio *ambiente* (50%); o maior em *relações sociais* (67%). Na avaliação final, o menor escore foi relativo a *relações sociais* (58%) e o maior no domínio *físico* (79%).

Na Figura 3, podemos observar também que duas participantes apresentam decréscimo aparente no indicador de QV: P1 e P2. A participante P1 apresentava 42% na avaliação inicial e concluiu com 34%. Inicialmente, P1 apresentou escores superiores a 40% em três dos quatro domínios (*físico, psicológico* e *relações sociais*); ao final, todos os valores estão abaixo de 40%, com domínios variando entre 32% (*ambiente*) e 38% (*psicológico*). A participante P2 inicia com escore total 46% e conclui com 40%. Inicialmente, variaram de 33% (relações sociais) a 67% (psicológico). Ao final, o domínio *relações sociais* apresentou um incremento de 33% para 50%; *ambiente* não apresentou mudança visível, e dois domínios decresceram (*físico* e *psicológico*).

Escrutinando na Figura 3 os resultados obtidos com relação à funcionalidade, podemos observar que *antes* da intervenção, duas participantes indicaram dificuldades funcionais em pelos menos três dos seis domínios (P1 e P4); por outro lado, P2 apresentou pouca dificuldade funcional para todos domínios, variando de 0% a 33%. Três participantes (P1, P4 e P6) descreveram dificuldade no domínio da *cognição* (escores de 53%, 67% e 60%, respectivamente); duas participantes apresentam uma única área de cuidado funcional (P5=*autonomia*; P6=*cognição*). Os maiores escores de dificuldades foram indicados para o domínio *financeiro*, pelas participantes P1 (100%) e P4 (83%). Ao *final* da

intervenção, a participante P4 teve um aumento na funcionalidade em todos os seis domínios avaliados; a participante P1 apresentou um aumento em pelo quatro deles (*autonomia*, *trabalho*, *cognição* e *financeiro*). A participante P6 mostrou uma melhora visível no domínio da *cognição* e de *lazer*, com todos os domínios apresentando valor inferior a 50%. P5 apresenta perdas funcionais significativas em quatro domínios (*cognição, financeiro, relações interpessoais* e *lazer*).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo era inicialmente realizar a replicação do procedimento em grupo utilizado por Nash et al. (2004), envolvendo pacientes com diferentes transtornos dolorosos. No entanto, devido ao número de interessados, foi proposta uma intervenção individual, mantendo o formato da intervenção e avaliação do estudo replicado. Como no trabalho de Nash et al. (2004), os resultados se mostraram promissores no que concerne ao controle da dor. Foram observados, também, ganhos visíveis nos indicadores de saúde mental e na qualidade de vida para pelo menos três (P4, P5 e P6) das participantes.

Episódios de crises dolorosas e a intensidade atribuída à dor foram significativamente relacionados à percepção de perdas nas atividades laborais. Além disso, como descrito em outros estudos (Landy et al, 2011; Sala et al, 2009), foi possível observar afastamento oficial das funções por questões relativas à saúde, além de perdas de dias de trabalho por crises dolorosas. Naturalmente, não é possível afirmar que existiria uma relação causal entre esses processos. Entretanto, durante o atendimento, foram observadas interações funcionais nas duas direções, a saber: processos biológicos dolorosos produzindo mudanças que inviabilizam a qualidade do trabalho; por outro lado, estressores ocupacionais iniciando ou intensificando respostas biológicas de dor. Relatos frequentes de fatores estressores no trabalho (ex. relações com colegas e chefes, rotinas de atividades relativas a estágios e matrículas, entre outros) foram observados como gatilhos de crises dolorosas para todas as participantes, independentemente do transtorno doloroso. Esse resultado tem aparecido de forma consistente na literatura da área (Santos et al, 2014; Sauro & Becker, 2009; Thieme et al., 2004).

Replicando resultados da literatura, na avaliação inicial foram observados indicadores de cuidado de saúde no que concerne à depressão (Arnold et al., 2006; Castro et al., 2006; Pae et al., 2009; Thieme et al., 2004), ansiedade (Arnold et al, 2006; Castro et al., 2006; Pagano et al., 2004) e estresse (Okifuji & Turk, 2002; Santos et al., 2014; Sauro & Becker, 2009; Schramm et al., 2015). Perdas também foram observadas nos indicadores de *qualidade de vida* e *funcionalidade* (Pagano et al., 2004; Landy et al., 2011; Linares et al., 2005).

A intervenção parece ter mostrado resultados satisfatórios em todos os indicadores de saúde mental e QV, embora com impacto diferente para cada uma das participantes. É interessante notar que, nas diversas medidas de avaliação, os indicadores de mudança foram relacionados, na grande maioria, com o início da intervenção. Esses resultados de ganho com a intervenção replicaram o estudo original (Nash et al., 2004), além de outros programas com componentes técnicos similares aos utilizados na presente investigação (Campbell et al., 2000; Cummings & Cummings, 2005; Queiroz, 2009; Rains et al., 2005; Thieme et al., 2003).

A implementação dos *m*ódulos 2 e *3* foi associada com as mudanças mais visíveis no desempenho avaliado. A efetividade das técnicas de relaxamento utilizadas no *m*ódulo 2 tem sido amplamente corroborada pela literatura (Haynes et al., 1975; Nash et al., 2004; Penzien, et al., 2005). Os efeitos observados após a intervenção do *m*ódulo 3 replicam resultados anteriores, corroborando a hipótese de que intervenções endereçadas às dimensões sociais podem ser efetivas para o controle da dor (Fordyce, 1976; Linton, 1993; Queiroz, 2009; Silva et al., 2010; Thieme et al., 2003). Entretanto não é possível avaliar o efeito isolado desses módulos, uma vez que o procedimento não permite avaliar o efeito de ordem da intervenção. Seria interessante, em estudos posteriores, conduzir uma investigação que possa examinar mais diretamente a ordem de apresentação dos diferentes módulos.

A participante P2, embora demonstre uma relativa adesão ao tratamento, no que concerne aos registros diários e comparecimento nas sessões terapêuticas, apresenta uma dificuldade aparentemente maior em manter-se seguindo algumas prescrições e orientações quando da ocorrência de crises dolorosas estimadas como intensas. Vale a pena notar uma diferença nesse caso: a não ingestão de analgésicos. Todas as outras participantes estavam sob o tratamento medicamentoso com analgésicos. A participante P4, por outro lado, embora estivesse sob um forte tratamento medicamentoso, inicia a intervenção com escores de cuidado para todas as dimensões de saúde avaliadas. Entretanto, no seu caso, foi observada uma redução representativa nos indicadores de cuidados, um aumento da QV e melhora na funcionalidade em todos os domínios. É interessante investigar, em estudos futuros, qual seria o impacto da variável medicação interagindo com as condições de intervenção investigadas.

Embora não tenha indicadores representativos de mudanças, P1 apresentou ganhos de funcionalidade, embora com perda visível na QV. No início da intervenção, a participante informou que havia se divorciado e mudado para a cidade atual há relativamente pouco tempo. Estava com dificuldades muito críticas no que concerne ao dinheiro, sustento próprio e grupo de apoio social. Tão logo observou um decréscimo nas condições dolorosas, no transcorrer do *m*ódulo 2, P1 decidiu procurar uma nova fonte de renda, complementando seu salário atual. Embora essa nova atividade tenha permitido uma melhor organização financeira e de autonomia, impactando positivamente na *funcionalidade*, pode ter sido responsável pela queda visível na *QV* e pela manutenção dos indicadores de cuidado em saúde mental.

Encerrada a coleta, as participantes P2 e P5 solicitaram a manutenção do acompanhamento psicológico pela pesquisadora. Essa mudança implicava em impacto no delineamento originalmente formulado, uma vez que era previsto uma medida de *follow-up*. Entretanto, considerando suas demandas e necessidades clínicas, as pesquisadoras atenderam à solicitação, ampliando o convite para as outras participantes.

As informações obtidas por meio do registro diário foram muito ricas na medida em que possibilitaram, quando realizadas, identificar condições antecedentes e consequentes dos episódios dolorosos no dia a dia, facilitando a formulação de análises funcionais durante todo o processo. Além disso, forneceu uma medida quantificável de autorrelatos da percepção do processo doloroso e de seu impacto nas condi-

ções laborais. Contudo isso parece bastante oneroso para o cliente. A manutenção dos registros durante a linha de base foi particularmente efetiva em função do contato estabelecido por telefone pela pesquisadora; durante a intervenção, entretanto, algumas participantes informaram ter dificuldade em manter o registro diário. A participante P1 parou de registrar quando iniciou sua nova jornada de trabalho. Para P6, o registro competia com diversas atividades relativas ao trabalho e a vida acadêmica; além disso, nas fases nas quais as crises de enxaqueca estavam sob um controle relativo, afirmava não ser necessário manter o registro. As demais participantes mantiveram registros de quatro a sete vezes por semana. Em estudos posteriores, prevendo as dificuldades desse registro, valeria a pena incorporar, nas avaliações iniciais e finais, instrumentos de avaliação da dor.

Embora os resultados não sejam conclusivos, considerando o número de participantes envolvidos, no geral parecem indicar que um programa de intervenção para a dor, com os componentes utilizados, pode trazer benefícios para portadores de dor crônica, podendo ser útil para profissionais que trabalham no contexto da saúde do trabalhador ou na população em geral. Entretanto seria interessante investigar a possibilidade de sua implementação em grupo, com medidas de *follow-up* que permitam ver a persistência dos ganhos obtidos.

Os resultados gerais, no entanto, corroboram fortemente a visão de que o cuidado com a dor crônica, para ser efetivo, deve envolver procedimentos que cuidem de aspectos gerais do comportamento, cognição e afetividade do portador; a intervenção medicamentosa, embora necessária e importante, não parece ser suficiente para dar conta de todas as dimensões complexas envolvidas no impacto da vivência com a dor (Fordyce, 1976; Keefer, 1982).

REFERÊNCIAS

Andrade, T. B., Souza, M. G. C, Simões M. P. C., & Andrade F. B. (2008). Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica, 18*, 166-171.

Araújo, J. P. (2012). *Afastamento do trabalho: Absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior* (Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília.

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hesse, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 1219-1225.

Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Vieta, E., & Kapczinski, F. (2009). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Value Health, 12*, 624-627. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00481.x

Campbell, J. K., Penzien, D. B., & Wall, E. M. (2000). Evidence-based guidelines for migraine headaches: behavioral and physical treatments. Retrieved from http://tools.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf

Castro, M. M. C., Quaratini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D.C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *56(5)*, 470-477. doi: 10.1590/S0034-70942006000500005

Coêlho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 21(2),* 171-178. doi: 10.1590/S0102-79722008000200002

Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2005). Behavioral interventions for somatizers within the primary care setting. In N. A. Cummings, W. T. O'Donahue, & E. V. Naylor (Eds.). *Psychological approaches to chronic disease management* (pp. 49-70). Reno, NV: Context Press.

Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em Português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst, 17(2)*, 321-334.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública, 34(2)*, 178-183. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012

Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: C. V. Mosby Company.

Haynes, S. N., Griffin, P., Mooney, D., & Parise, M. (1975). Electromyography biofeedback and relaxation instructions in the treatment of muscle contraction headaches. *Behavior Therapy, 6,* 672-678. doi: 10.1016/S0005-7894(75)80190-0.

Holtorf, K. (2007). Diagnosis and treatment of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis dysfunction in patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia (FM). *Journal of Chronic Fatigue Syndrome, 14(3)*, 59-88. doi:10.1300/J092v14n03_06

IASP (1994). *Classification of chronic pain: Descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2. ed.) Seattle.

Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50(6)*, 896-911. doi: 10.1037/0022-006X.50.6.896

Landy, S. H., Runken, M. C., Bell, C. F. Higbie, R. L., & Haskins, L. S. (2011). Assessing the impact of migraine onset on work productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *53(1),* 74-81. doi: 10.1097/JOM.0b013e31812006365

Linares, M. C. U., Pérez, I. R., Pérez, M. J. B., Lima, A. O. L., & Castaño, J. P. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Espanhola de Salud Pública*, *79 (6),* 683-697.

Linton, S. J. (1993). *Psychological interventions for patients with chronic back pain*. Genebra, Suíça: World Health Organization. Retrieved from https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/58224

Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ministério da Previdência Social. (2014). Os pagamentos de benefícios da seguridade social e a distribuição intermunicipal de renda. *Informes de Previdência Social*, 26(8). Retrieved from http://www.previdencia.gov.br/publicacoes/informes-de-previdencia-social/

Moreira, J., & Gercina, C. (2014). As doenças que mais dão afastamento no INSS. *Folha de São Paulo online*. Retrieved from http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/09/1520341-veja-as-doencas-que-mais-dao-afastamento-no-inss.shtml

Nash, J.M., Park, E., Walker, B. B., Gordon, N., & Nicholson, R. A. (2004). Cognitive-behavioral group treatment for disa-

bling headache. *Pain Medicine*, *5 (2)*, 178-186. doi: 10.1111/j.1526-4637.2004.04031.x

Nicassio, P. M., Radojevic, V., Weisman, M. H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K., Krall, T. (1997). A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology, 24*, 2000–2007.

Okifuji, A., & Turk, D. C. (2002). Stress and psychophisiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27(2)*, 129-141. doi: 10.1023/A:1016243710507

Oliveira, R. D. G., Marques, D. B. A., Silva, D. S., Tolotti, L. L., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia de grupo para dor crônica: Um protocolo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16(2),* 62-80.

Pae, C. U., Masand, P. S., Marks, D. M., Krulewicz, S., Peindl, K., Mannelli, P., & Patkar, A. A. (2009). History of depressive and/or anxiety disorders as a predictor of treatment response: A post hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo controlled trial of paroxetine controlled release in patients with fibromyalgia. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry, 33*, 996-1002. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.05.005

Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., & Pereira, C. A. B. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fybromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal (Revista Paulista de Medicina)*, *122(6),* 253-258. doi: 10.1590/S1516-31802004000600005

Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake, A. E. 3rd, Lipchik, G. L., … Wittrock, D. A. (2005). Guidelines for Trials of behavioral treatments for recurrent headache, First Edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. *45*, S109-S131. doi: 10.1111/j.1526-4610.2005.4502004.x

Penzien, D. B., Rains, J. C., Lipchik, G. L., Nicholson, R. A., Lake, A. E. 3rd, & Hursey, K. G.. (2005). Future directions in Behavioral Headache research: applications for an evolving health care environment. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 45(5)*, 526-534. doi: 10.1111/j.1526-4610.2005.05105.x

Queiroz, M. A. M. (2009). *Psicoterapia comportamental e fibromialgia: alvos para intervenção psicológica*. Santo André, São Paulo: Esetec.

Rains, J. C., Penzien, D. B., & McCrory, D. C. (2005). Behavioral headache treatment: Review of the literature and Methodology critique. *Headache: The Journal of Head and Face Pain. 45*, S91-S108. doi: 10.1111/j.1526-4610.2005.4502003.x

Reis, M. J. D., & Rabelo, L. Z. (2010). Fibromialgia e estresse: Explorando relações. *Temas em Psicologia, 18(2)*, 399-414.

Sala, A., Carro, A. R. L., Correa, A. N., & Seixas, P. H. A. (2009). Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública, 25(10)*, 2168-2178. doi: 10.1590/S0102-311X2009001000008

Santos, I. S., Griep, R. H., Alves, M. G. M., Goulart, A. C., Lotufo, P. A., Barreto, S. M., ... Bensenor, I. M. (2014). Job stress is associated with migraine in current workers: The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *European Journal of Pain, 18(9)*, 1290-1297. doi: 10.1002/j.1532-2149.2014.489.x

Sauro, K. M., & Becker, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 49(9)*, 1378-1386. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01486.x

Schramm, S. H., Moebus, S., Lehmann, N., Galli, U., Obermann, M., Bock, E., … Katzarava, Z. (2015). The association between stress and headache: A longitudinal population-based study. *Cephalalgia*, *35(10)*, 853-863. doi: 10.1177/0333102414563087

Silva, D. S., Rocha, E. P., & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia, 18(2)*, 335-343.

Thieme, K., Gromnica-Ihle, E., & Flor, H. (2003). Operant behavioral treatment of fibromyalgia: A controlled study. *Arthritis & Rheumatism*, *49*, 314–320. doi: 10.1002/art.11124.

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine, 66,* 837-844. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40

Van Houndenhove, B., Egle, U., & Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports, 7*, 365-370. doi: 10.1007/s11926-005-0021-z

Vandenberghe, L (2005). Abordagens Comportamentais para a dor crônica**.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18(1)*, 47-54. doi: 10.1590/S0102-79722005000100007

Recebido em 22/06/2016
Avaliado em 02/07/2016
Aceito em 19/04/2017