

# A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA

Jacqueline Régia Freire Barros<sup>1</sup>  
Marina Gabriela de Oliveira Duarte<sup>2</sup>  
Andressa Pereira Lopes<sup>3</sup>

Psicologia



ISSN IMPRESSO 2317-1685  
ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

## RESUMO

Este presente artigo é um estudo bibliográfico que teve como objetivo relatar como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) atua no manejo da dor crônica. O tratamento inclui a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos. As crenças disfuncionais podem se tornar o problema central e determinar o resultado do tratamento. Nesse sentido, a TCC de Aaron Beck visa identificar e modificar os pensamentos disfuncionais que influenciam negativamente na percepção da dor e restabelecer a saúde do indivíduo. Por meio de artigos e livros, foi extraída a revisão, que relata alguns conceitos sobre a dor e seus tipos, os princípios básicos da TCC, sua aplicabilidade no tratamento da dor crônica e alguns estudos científicos que corroboram a eficácia desta Terapia.

## PALAVRAS CHAVE

terapia cognitivo-comportamental; dor crônica; crenças disfuncionais.

## ABSTRACT

This present article describes a bibliographical study aimed at reporting as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) operates in the management of chronic pain. Treatment includes modification of beliefs, attitudes, values and little adaptive behaviors. Dysfunctional beliefs can become the central problem and determine the treatment outcome. In this sense, Aaron Beck's CBT aims to identify and modify dysfunctional thoughts that negatively influence the perception of pain and restore the health of the individual. Through articles and books, extracted the review, which reports some concepts about pain, types of pain, the basic principles of CBT, its applicability in the treatment of chronic pain and several scientific studies that support the efficacy of this therapy.

## KEYWORDS

Cognitive-Behavioral Therapy. Chronic Pain. Dysfunctional Beliefs.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor crônica não é uma sensação apenas de ordem física, mas também psicológica, é uma experiência singular e que depende da percepção de cada sujeito, pois sofre influência de vários fatores: psicológicos, sociais e biológicos. Alguns estudos como de Castro (2011) e Pimenta e Salvetti (2004) apontam que as crenças do sujeito podem ampliar a percepção da dor.

Nesse sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem da Psicologia que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do sujeito a partir da identificação e modificação das crenças que influenciam negativamente na percepção da dor, possibilitando um comportamento mais adaptativo, com redução dos sintomas diversos, proporcionando o restabelecimento da saúde do indivíduo (RANGÉ et al., 2011). Além disso, a TCC é mais indicada para tratar a dor crônica, por ter ferramentas (reestruturação cognitiva, treino de relaxamento e de habilidades sociais) para melhorar a adesão ao tratamento e aumentar a qualidade de vida do paciente (SALVETTI et al., 2012; SILVA, ROCHA e VANDEBERGHE, 2010).

Este estudo teve como objetivo relatar como a TCC trabalha no manejo da dor crônica. A relevância em aprofundar essa temática se dá pelo fato de que, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a Dor Crônica afeta 30% da população do mundo, apresentando-se como uma das principais causas de afastamento do trabalho, aposentadoria por doença. Ela interfere significativamente na qualidade de vida do sujeito e pode acometer qualquer pessoa.

O estudo foi desenvolvido mediante levantamento de literatura científica pelo acesso às bases eletrônicas de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e livros. Este trabalho abordou os seguintes tópicos: conceitos sobre a Dor e seus tipos, Dor Crônica e suas implicações, os princípios básicos da TCC, estratégias e técnicas, sua aplicabilidade no tratamento da Dor Crônica e alguns estudos científicos sobre a eficácia da TCC.

## **2 A DOR CRÔNICA E SUAS IMPLICAÇÕES**

Existem vários conceitos sobre dor. Serão mencionados aqui alguns desses conceitos, no entanto, focou-se na Dor Crônica, que é o objeto deste estudo.

A dor está presente em toda a história da humanidade e é parte integrante de todo o ciclo de desenvolvimento do ser humano, sua causa já foi considerada um castigo dos deuses, a presença de maus espíritos e a perda de substâncias vitais do organismo (CARVALHO, 1999). Segundo o autor, geralmente o processo doloroso está associado a enfermidades, procedimento médicos e é essencial para a sobrevivência – por exercer uma função protetora para o organismo, por agir como um sinal de alerta do corpo.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a define como “[...] experiência desagradável associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (PAIN, 1986 apud CASTRO, 2011, p. 608).

Já Vandenberghe (2005) e Borges, Domingos e Luiz (2009) conceituam-na como uma experiência sensorial, que gera desconfortos físicos e psicológicos, que diante de situações estressoras pode se manifestar como resposta do organismo: a pessoa pode sentir uma dor que foi desencadeada por um evento estressante. Figueiró (2003), citado por Angellotti (2007), ainda acrescenta que a dor é uma experiência determinada por vários fatores – afetivo, cognitivo, comportamental, interpretativa, social, motivacional, entre outras.

Como citado acima, a experiência dolorosa é pessoal e a maneira como o sujeito reage ou lida com tais situações irá interferir na sua resposta. Essa definição é reforçada também por outros autores (GUIMARÃES, 1999; CASTRO, 2011) que afirmam ser de caráter subjetivo, parte de uma experiência particular e complexa. Esses autores acrescentam outros fatores que influenciam nessa experiência: a faixa etária, gênero, contexto cultural e experiências prévias do quadro que provocará naturalmente respostas ansiosas por funcionar no sistema de alerta, ocasionando reações de luta e fuga. Quando persistentes, desencadeiam reações depressivas, devido ao sofrimento inicial do evoluir pela ausência de melhora do quadro.

Diante dos vários conceitos explanados, é perceptível que o conceito de dor é muito abrangente e que essa sensação sofre várias influências do meio em que o sujeito se encontra. No entanto, sentir dor é inerente a qualquer ser vivo. É certo que, de forma universal, as pessoas irão vivenciar a experiência dolorosa de maneira diferente ao longo de toda sua vida.

Logo, para tentar compreender como ela afeta cada pessoa é preciso ter detalhes sobre a sua descrição, ou seja: identificar a localização da dor que pode ocorrer em músculos, em dentes, em juntas – essa localização pode ser bem definida ou não específica; identificar a qualidade, que diz respeito à sensação que a dor provoca (poderá ser queimação, formigamentos, ardor e etc.); identificar outras variações dizem respeito a intensidade, frequência, natureza (orgânica, psicológica etc.), etiológica e duração. O quadro doloroso pode permanecer por diferentes períodos, com variação de segundos, dias, meses ou anos (GUIMARÃES, 1999).

Sobre a duração citada, Castro (2011) divide-a em duas classificações: dor aguda e dor crônica. A primeira, segundo Ferreira (2001), é um sinal de que algo no organismo está errado e se relaciona a afecções inflamatórias, infecciosas ou traumáticas, de caráter breve e definido. Guimarães (1999, p. 17) acrescenta que [...] “tem duração curta, de minutos a algumas semanas, e decorre de lesões teciduais [...]. Tem-se como exemplos as dores advindas de injeções, arranhões, pós-operatório e procedimentos médicos em geral”, Straub (2005, p. 467), relata que é “cruciente e pungente e normalmente se localiza em uma área ferida do corpo, geralmente diminui quando acontece a cura”.

Diferente desta, a crônica é mais demorada, ela “é caracterizada como aquela que persiste além do tempo necessário para a cura da lesão, num processo de longa duração e limites mal definidos, sendo desse modo, importante causa de incapacidade humana” (CASTRO, 2011, p. 608). Para Angellotti (2007) existe uma integração profunda entre os processos corpóreos e psicológicos na produção da dor crônica.

Borges, Luiz e Domingos (2009) afirmam ainda que a Dor Crônica é aquela que se torna prolongada, acomete o indivíduo além do biológico, e é considerada na esfera psicológica, social e cultural.

Baseado nos conceitos expostos acima é compreensível que ela seja uma experiência individual, constituída de componentes específicos, que se diferencia da manifestação aguda principalmente por ser prolongada e ultrapassar os fatores orgânicos. A partir disso, devem-se considerar os fatores psicossocioculturais, já que as crenças, os valores e os comportamentos relacionados à saúde de forma geral – e mais especificamente a vivência dolorosa – são culturalmente repassados e podem ser modificados.

Os tipos mais comuns de Dor Crônica são artrite reumatóide, enxaquecas, fibromialgia, dores musculares, a dor por lesão por esforços repetitivos (TEIXEIRA, et al., 1999). Beck e Knapp (2008) ainda acrescentam a dor lombar crônica e síndrome da fadiga crônica.

Segundo Borges, Domingos e Luiz (2009), a experiência dolorosa prolongada causa implicações psicológicas, como: irritabilidade; alterações no sono; motivação e autoestima. Pimenta e Salvetti (2004) ainda acrescentam alterações nas atividades físicas, sexual, no humor, nas relações interpessoais, nos pensamentos negativos e desesperança da vida. Estes pesquisadores também pontuam que a dor vai além de um sintoma.

A partir desses fatores, ocasionam-se vários danos na qualidade de vida do sujeito. Em consequência disso, pode-se afetar a convivência com as outras pessoas, sejam elas familiares, amigos ou colegas de trabalho.

Em meio a essas implicações, a Dor Crônica está entre as principais causas de faltas no trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. Ela é considerada um problema de saúde pública, pela predominância, alto custo e impacto negativo que pode causar na vida do sujeito e de suas famílias – já que grande parte de suas atividades ocupacionais estarão prejudicadas pelo foco constante de atenção que se mantém na dor (PIMENTA e SALVETTI, 2004).

Como explicitado acima, um aspecto complicador na qualidade de vida do indivíduo com Dor Crônica é o foco que ele sustenta na mesma. Isso pode prejudicar as atividades diárias e ocupacionais do paciente, levando ao afastamento do trabalho e do convívio social. Conforme Vandenberghe (2005), o sujeito começa a ter uma melhora nos prejuízos causados pela vivência dolorosa quando enxerga que ela pode ser manejada e controlada, e deixa de fazer distorções e interpretações da dor como algo incontrolável e com nenhuma possibilidade de melhora.

Nesse sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem da Psicologia que tem sua eficácia cientificamente comprovada por estudos para tratar diversos tipos de transtornos médicos e psicológicos como: transtornos alimentares, relação conjugal conflituosa, Dor Crônica e etc. (BECK e KNAPP, 2008). Ainda de acordo com os autores, a TCC pode ser a mais indicada, também, por ter instrumentos que melhoram a adesão ao tratamento, e por ter como característica principal a ênfase na mudança das crenças disfuncionais, já que as mesmas podem ter um papel causal importante no problema que o indivíduo esteja vivenciando.

### **3 A TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)**

Criada por Aaron Beck na década de 1960, a Terapia Cognitivo- Comportamental, é uma abordagem diretiva, objetiva, focada no aqui-agora, de tempo limitado e baseada no método científico (BECK, RUSH, SHAW e GARY, 1997 apud PENIDO e

PEREIRA, 2010). Possui um modelo biopsicossocial que considera os fatores psicológicos, ambientais, biológicos e sociais como fundamentais no entendimento do comportamento humano (PENIDO e PEREIRA, 2010). Pereira e Rangé (2011) ainda acrescentam que é uma abordagem estruturada, colaborativa e com um forte componente educacional.

De acordo com Knaap (2004), Borges, Luiz e Domingos (2009), a terapia cognitiva trabalha basicamente com a identificação e reestruturação de três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças nucleares.

Os pensamentos automáticos são os pensamentos que passam na nossa mente a todo instante. Eles são involuntários, podem ocorrer também em forma de imagens e são as cognições mais fáceis de acessar e modificar (KNAAP, 2004).

Já as crenças intermediárias são o segundo nível de cognição; correspondem às regras e aos pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com as ideias absolutistas. Funcionam como um mecanismo de sobrevivência que o auxiliam a lidar e a se proteger da ativação extremamente dolorosa das suas crenças nucleares (RANGÉ et al., 2011).

O último nível de cognição são as crenças nucleares, que, segundo Beck e Knaap (2009), são as cognições disfuncionais mais profundas; são concepções mais enraizadas que o indivíduo constrói ao longo da vida. Essas crenças modelam o estilo de pensamento e promovem erros cognitivos; podem determinar as dificuldades ou facilidades encontradas no processo de tratamento.

De acordo com Cordioli (2008), por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, o cliente poderá identificar as distorções cognitivas (interpretações errôneas das situações), corrigi-las e, conseqüentemente, apresentar uma melhora de seu quadro clínico. Segundo Castro (2011), essa modificação de pensamento (reestruturação cognitiva), além da melhora de quadro já citada, modificará as crenças disfuncionais intermediárias e nucleares; assim, estabelecerá uma melhora abrangente e duradoura na vida do sujeito. É importante ressaltar que a modificação das crenças centrais e mais enraizadas pelo sujeito o torna menos propenso a vivenciar a situação dolorosa novamente (BECK, et al., 1993 apud CORDIOLI, 2008).

A base teórica da abordagem permite que se usem diversos procedimentos, tanto individuais como em grupo, com a intenção de se trabalhar aptidões de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas, etc. Permitindo mais controle sobre a situação vivenciada de forma distorcida, essa abordagem enfatiza a psicoeducação, que consiste em educar o paciente sobre seu problema (CADE, 2001 apud CORDIOLI, 2008). Beck e Knaap (2008) afirmam que,

para a terapia ser satisfatória, é necessária uma relação empática com o paciente, um método terapêutico chamado de empirismo colaborativo.

A abordagem é constituída por uma teoria que contém vários instrumentos e técnicas. Segundo Knaap (2004), alguns recursos utilizados com o objetivo de modificar a cognição do indivíduo são: a psicoeducação; questionamento socrático; registro de pensamentos disfuncionais para a identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos e crenças; controle de atividades e agendas; treinamento de habilidades, especialmente da habilidade de solução de problemas; realização de tarefas cognitivas e comportamentais entre sessões; exposição introspectiva e gradual ao problema; identificação de vantagens e desvantagens; aprendizado de manejo de tempo; treinamento de habilidades sociais entre outras.

De acordo com Pereira e Rangé (2011), o tratamento psicoterápico irá envolver basicamente a reestruturação cognitiva; a avaliação, identificação de problemas; delimitação de um foco; conceitualização cognitiva elaborada de forma colaborativa com o paciente; intervenções para diminuir a frequência e a intensidade de pensamentos automáticos negativos e ruminções; identificação e questionamento de regras e suposições, visando buscar e testar alternativas para reduzir a vulnerabilidade do indivíduo como forma de prevenir que o sujeito vivencie o problema novamente.

A teoria utiliza técnicas e procedimentos que são eficazes no tratamento de diversos transtornos, distúrbios e dores. No que se refere à dor, a TCC é a abordagem mais indicada para tratá-la, principalmente por acreditar que os pensamentos disfuncionais que o sujeito tem a respeito da situação dolorosa vivenciada, irá interferir na maneira como o mesmo se comporta, como mostram alguns estudos relatados por Beck e Knapp (2008), Vandenberghe (2005), Cruz e Pimenta (2006) e Castro (2011). Segundo Beck e Knapp (2008), hoje há mais de 330 artigos de resultados satisfatórios de intervenções cognitivo-comportamentais e a produção de pesquisas ainda continua.

#### **4 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A DOR CRÔNICA**

Em meados da década de 1960 foi desenvolvida uma teoria que acreditava na influência dos aspectos emocionais, comportamentais e culturais sobre a dor: "A Teoria da Comporta", essa teoria afirma que a modulação da vivência dolorosa sofre influências de fatores cognitivos, afetivos e sensitivos, envolve também experiências passadas e o conceito de dor que o sujeito tem, o que consiste em uma vivência multidimensional e a resposta a esta não depende apenas dos impulsos nervosos, mas da sua interligação com vários outros estímulos (LIMA et al., 2005; PIMENTA, 2001).

A partir dessa descoberta, várias linhas teóricas tiveram como base a teoria da comporta, inclusive a teoria cognitivo-comportamental. Segundo Figueiró (1999), essa abordagem é uma das mais empregadas no mundo quando se trata de dor. Se-

gundo Grant e Haverkamp (1995, apud STRAUB, 2005), 73% dos psicólogos clínicos que trabalham com dor crônica, utilizam a abordagem cognitivo-comportamental.

No processo psicoterápico é necessário se obter um registro detalhado da história pessoal, social, familiar, ocupacional e da origem da dor e do desenvolvimento do indivíduo, com o intuito de oferecer o entendimento da cronicidade do quadro doloroso, assim como as avaliações psicológicas poderão auxiliar a definir a existência de fatores emocionais que interferem na sintomatologia (FIGUEIRÓ, 1999).

Dessa forma, no tratamento por meio da TCC, o sujeito que estiver vivenciando uma situação dolorosa prolongada, aprenderá a enfrentá-la e reduzi-la por meio de treino de relaxamento, distração cognitiva, visualização, a fim de rebater as crenças disfuncionais, pois o pensamento é um dos fatores que influenciam na maneira como o indivíduo se comporta diante da dor; desse modo ele pode agravar sua intensidade (ANGELLOTTI, 2007 e BORGES; LUIZ; DOMINGOS, 2009).

Castro (2011) acrescenta, como parte integrante do processo terapêutico, o restabelecimento da saúde do sujeito como um todo, por meio da reestruturação cognitiva e de técnicas como psicoeducação, verificação do humor, treinamento de habilidades, treino de relaxamento, tarefas de casa, registros de pensamentos disfuncionais, aplicação de escalas, conceito de tríade cognitiva (visão de si, de mundo e de futuro do sujeito) e técnicas de assertividade para melhor adaptação do indivíduo ao seu meio.

Diante do que foi exposto, a teoria tem como objetivo proporcionar o sujeito obter um comportamento mais adaptativo e saudável, já que a dor promoverá comportamentos iniciais conhecidos como dolorosos (expressões faciais, proteção de partes do corpo, uso de medicamentos e etc.), que são indicadores da intensidade de dor percebida e da incapacidade funcional do indivíduo, que, por sua vez, despertará nos outros comportamentos (solicitude, atenção, cuidados e etc.) que reforçarão a manifestação dolorosa (FIGUEIRÓ, 1999).

Os preceitos da TCC aplicados ao indivíduo acometidos não têm como objetivo a eliminação completa da sensação dolorosa e sim o controle dos sintomas, a minimização do desconforto, a modificação do simbolismo da dor, o desenvolvimento da autoconfiança, o encorajamento para a execução das tarefas, a correção dos desajustamentos familiares, sociais e profissionais e a diminuição do uso de medicamentos (TEIXEIRA, 1999).

Conforme o explanado acima, o tratamento se baseia na melhora da qualidade de vida do sujeito, tirando o foco da experiência dolorosa, pois tudo que se processa na mente do indivíduo sobre o seu problema irá interferir significativamente no seu comportamento em relação a ele.

Na perspectiva de retirar o foco da dor, a Terapia Cognitivo-Comportamental visa auxiliar o indivíduo, para que ele seja capaz de avaliar o impacto que pensamentos e emoções negativas provocam na manutenção de comportamentos inadequados (CASTRO, BARROSO, 2012).

Segundo autores como Figueiró (1999), Pimenta (2001), e Silva, Rocha e Vandenbergue (2010), as distorções cognitivas e as crenças disfuncionais atribuem um papel causal importante no paciente com Dor Crônica. Quando o indivíduo acredita que pode ter controle sobre sua vida, percebe menos a intensidade da dor, já aquele que se enxerga impotente, apresenta aumento da frequência e da sua intensidade (CASTRO, BARROSO, 2012; VANDENBERGUE, GOIÁIS, 2005).

Corroborando esses autores, Cruz e Pimenta (2006, p. 2) apontam que, em 1976, iniciaram-se os preceitos da Teoria Cognitivo-Comportamental no campo de controle da Dor Crônica, e já se acreditava que:

Os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas, o julgamento do doente sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com ela determinam a experiência de dor. Desse modo, o julgamento do doente sobre a eficácia de vários tratamentos influi na efetividade das intervenções para o controle da queixa algica e fatores cognitivos podem exacerbar a dor e o sofrimento, contribuir para a incapacidade e influenciar na resposta à terapia. Assim, identificar as atitudes, as crenças e os comportamentos pouco adaptativos e reorganizá-los é objetivo das intervenções de natureza cognitiva comportamental.

Compartilhando dessa ideia, Pimenta e Salvetti (2007) relatam um estudo realizado por pesquisadoras brasileiras que perceberam que doentes com crenças disfuncionais sobre o câncer (de que a dor do câncer não pode ser controlada e que remédios são perigosos) relatavam uma dor mais intensa que aqueles que não tinham tais crenças. Esse estudo confirmou essa visão de que as crenças influenciam no quadro doloroso. Assim, as crenças disfuncionais em doentes com dor crônica não oncológica também foram observadas. Os dados desse estudo trouxeram que:

41,7% dos doentes foram favoráveis à crença de que poderiam influir no controle da dor; 50% consideraram desejável a solicitude de outros frente à sua manifestação de dor; 51% acreditaram que dor significa dano físico; pouco mais da metade (56,9%) reconheceu a relação entre suas emoções e a intensidade da dor; 57,5% acreditaram ser a dor a causa de sua incapacidade; 63,3% tinham a crença

de que medicamentos são o melhor tratamento para o controle da dor crônica e 73,8% criam na existência de cura médica para a dor crônica. Não crer na sua influência pessoal sobre a dor, julgar desejável comportamento de solicitude, crer que dor representa dano tecidual, não reconhecer a relação entre emoção e dor, julgar que a dor é incapacitante, acreditar que medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica e esperar, sempre, cura médica para dor crônica, são crenças pouco adaptativas". (PIMENTA e SALVETTI, 2007, p. 2).

Observou-se, ainda, que as crenças disfuncionais continuaram iguais em doentes avaliados duas vezes no período de 6 e 15 meses de tratamento, podendo assim ser essa a dificuldade principal para a reabilitação. Nesse sentido, as intervenções da TCC propõem que o indivíduo possa aprender novas formas de pensar, sentir e se comportar (PIMENTA, 2001), o que possibilita que o sujeito modifique crenças e padrões de pensamentos desadaptativos.

Outros estudos corroboram a ideia de eficácia da teoria, como o relatado por Beck e Knapp (2008), em que afirmam que a TCC foi comparada com grupos controles, e foram obtidos tamanhos de efeito moderados nos tratamentos de diversas dores crônicas (isto é, comportamento de expressão doloroso, nível de atividade, funcionamento do papel social e enfrentamento e avaliação cognitiva). Os autores ainda relatam que ensaios controlados também promoveram forte amparo empírico para a eficácia de intervenções cognitivas no tratamento de diversas condições médicas com dores de cabeça, dor lombar crônica, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatoide etc., como na redução da depressão e na melhora da qualidade de vida global do sujeito.

Castro (2011) realizou um estudo com pacientes acometidos por dor crônica. Eles foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo recebeu acompanhamento psicoterápico da TCC e o outro grupo não. Eles foram avaliados quanto à intensidade da dor, dos sintomas depressivos e de ansiedade, e quanto à qualidade de vida antes, após e um ano depois do fim do estudo. As conclusões após as 10 semanas de tratamento foram que a abordagem utilizada no primeiro grupo foi eficaz no tratamento da Dor Crônica, pois houve uma melhora expressiva em relação aos sintomas ansiosos e depressivos, e uma melhora significativa na escala de qualidade de vida, comparando com o grupo controle.

Como mostram os dados acima e de acordo Beck e Knapp (2008), não há dúvidas de que a abordagem da TCC representa uma mudança no entendimento e tratamento dessa condição na vida do sujeito. Tornou-se a abordagem psicoterápica independente mais importante e com melhor validação científica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Dor Crônica é uma condição que envolve aspectos físicos, psicológicos e socioculturais, consiste num processo que não se pode levar em consideração apenas um desses aspectos, mas a inter-relação entre todos. As intervenções da TCC têm como propósito modificar a forma do indivíduo pensar, sentir e agir frente a sua dor, para que se obtenha um comportamento mais saudável (adaptativo).

Esse comportamento é entendido como uma maneira adequada de interação com o meio, tendo como objetivo o ajustamento, o estabelecimento de uma relação harmoniosa com seu ambiente e que seja satisfatória para o indivíduo (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental, tendo eficácia cientificamente comprovada, alterou o cenário da Psicologia, principalmente nas duas últimas décadas, por ter resultados eficientes para tratar diversos transtornos, problemas psicológicos e condições médicas associadas a alterações emocionais e comportamentais, como exemplo: a Dor Crônica.

Essas modificações de quadro por meio da abordagem se dão devido à redução do sofrimento de maneira rápida, graças ao caráter objetivo e focado da abordagem, que auxilia o sujeito a alterar sua percepção, crenças disfuncionais a respeito da situação vivenciada, utilizando estratégias para manter o indivíduo por um longo tempo sem reapresentar o problema após o término da intervenção.

Pode-se dizer que – sendo uma abordagem com um grande número de pesquisas realizadas que comprovam sua aplicabilidade e eficácia – a TCC mostra-se adequada, podendo ser a mais indicada ao tratamento de pacientes acometidos pela Dor Crônica, por acreditar que a percepção da experiência dolorosa pode ser alterada quando se muda o foco do sujeito e as crenças disfuncionais que ele tem a respeito de seu problema. Por consequência, isso mudará o comportamento do sujeito e sua resposta à dor.

Dessa forma, o psicólogo cognitivo-comportamental irá buscar no repertório de cada paciente (tratamento individualizado) como ele percebe aquela situação em si e, assim, irá verificar possíveis distorções de pensamentos que podem ou poderão potencializar sintomas negativos e dificultar o decorrer do tratamento clínico.

Como explanado no decorrer deste estudo, é evidente que há uma série de recursos, técnicas e estratégias cognitivas e comportamentais que podem ser utilizadas no tratamento de pessoas com Dor Crônica, visando ajudá-las a adaptarem-se ao diagnóstico; aderirem (ou reduzir) ao tratamento medicamentoso; conviverem melhor com as implicações físicas e psicológicas decorrentes da nova condição; elevar a autoestima; reduzir sintomas ansiosos e depressivos; e melhorar convívio com sua rede de apoio (familiares, amigos e grupos de trabalho), proporcionando ao sujeito uma vida mais funcional independente de sua condição.

## REFERÊNCIAS

ANGELLOTTI, G. Terapia Cognitivo-comportamental no tratamento da dor. In: \_\_\_\_\_, FORTES. M. **terapia cognitivo e comportamental no tratamento da dor crônica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap.2, p.33-36.

BECK, A. T.; KNAPP, P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras Psiquiatria**, 2008;30 (Supl II):S54-64.

BORGES, C. S; DOMINGOS, N. A. M.; LUIZ, A. M. A. G.. Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. **Arqciênc Saúde**, 2009, out-dez.

CARVALHO, M. M. M. J. (org.). Dor: um estudo multidisciplinar. In: GUIMARÃES. S. **Introdução ao estudo da dor**. São Paulo: Summus, 1999. Cap.1, p.15-18.

CASTRO, M.M.C. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com dor crônica. IN: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap.38, p.608-612.

CASTRO, M. M.C; BARROSO, C. L. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, 1(1):101-108, dez. 2012.

CORDIOLI, A. V. Psicoterapias: Abordagens atuais. /Aristides VolpatoCordioli (organizador). In: RANGÉ.B, SOUZA.C. **Terapia cognitiva**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap.15, p.263.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. Universidade de SP**, 2006.

FERREIRA, P.E.M.S. Dor Crônica: avaliação e tratamento psicológico. In: ANDRADE FILHO, A.C.C. **Dor: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001, p.43-52.

FIGUEIRÓ, J.A.B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência da dolorosa. In: CARVALHO, M.M.M.J.(org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. Cap. 6, p.141;149-152.

GUIMARÃES, S.S. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, M.M.M.J.(org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. Cap. 1, p.14-18.

KNAAP, P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. In:\_\_\_\_\_. **Princípios fundamentais da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.1, p.23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1083**, 2 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt\\_sas\\_1083\\_dor\\_cronica\\_2012.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_sas_1083_dor_cronica_2012.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2013.

PENIDO, M.A. PEREIRA, F.M. Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.6,n.2, 2010.

PEREIRA, M; RANGÉ, B. Terapia Cognitiva. In : RANGÉ, Bernard... [et al.]. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap.1, p.22-23.

PIMENTA, C.A.M; SALVETTI, M.G. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev. Esc. Enferm USP** 41(1):135-40, 2004.

PIMENTA, Cibeli Andruccioli de Matos. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. **Rev. Psiq. Clín.** 28 (6), São Paulo, 2001.

RANGÉ, B.... [et al.]. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; BRAGA, P.E.; CORRÊA, C.F. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2012.

SILVA, D. S.; ROCHA, E. P.; VANDENBERGHE, L. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. **Temas em Psicologia**, v.18, n.2, 2010, p.335-343.

STRAUB, R. O. Psicologia da saúde. In:\_\_\_\_\_. **Controlando a dor**, trad. Ronaldo Caldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005, p.467-471.

TEIXEIRA, M.J... [et al.]. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: CARVALHO, M.M.M.J.(org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. Cap.5, p.87-91.

VANDENBERGHE, L. Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. Universidade Católica de Goiás. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(1):47-54, 2005.

WRIGHT, Jesse H, BASCO Mônica R, THASE Micael E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. In:\_\_\_\_\_. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental**. Tradução Mônica Giglio Armando. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap.1, p.16-17.

---

**Data do recebimento:** 29 de Abril de 2014

**Data da avaliação:** 11 de Junho de 2014

**Data de aceite:** 17 de Julho de 2014

---

---

1 Graduanda do Curso de Psicologia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: jacqueline\_regia@hotmail.com

2 Graduanda do Curso de Psicologia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: mari\_o\_duarte@hotmail.com

3 Professora do Curso de Psicologia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: andressa\_lopes@hotmail.com