



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

PROGRAMA DE GESTÃO DA DOR CRÓNICA BASEADO EM
MINDFULNESS:

UMA SCOPING REVIEW

Dissertação de Mestrado

Ana Raquel Soares Maia

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de

Saúde Mental e Psiquiátrica

PROGRAMA DE GESTÃO DA DOR CRÓNICA
BASEADO EM *MINDFULNESS*: UMA *SCOPING
REVIEW*

*CHRONIC PAIN MANAGEMENT PROGRAM THROUGH
MINDFULNESS: A SCOPING REVIEW*

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Carlos
Alberto da Cruz Sequeira e coorientada pela
Professora Doutora Patrícia Daniela Barata
Gonçalves

Ana Raquel Soares Maia (ep3275)

Porto, 2022

“Entre o estímulo e a resposta existe um espaço. Nesse espaço está o nosso poder de escolher a nossa resposta. Na nossa resposta encontra-se o nosso crescimento e a nossa liberdade.”

Vicktor Frankel

DEDICATÓRIA

Para ti, Pai!

Que sempre me ensinaste que as coisas bonitas levam tempo a construir.

Que o Amor é o único veículo que nos eleva enquanto seres, eternos aprendizes, para os patamares que queremos alcançar.

Que o destino não importa assim tanto, pois os pequenos milagres acontecem durante a caminhada.

Que ter um bom coração será sempre a nossa porta de entrada para onde quer que vamos.

E que a saudade tem cheiro, tem cor e tem um tamanho absurdo de Amor: tem tempo, lugar e espaço. Tem sentimento, é felicidade. Tem o Teu rosto e tem o Teu nome. Saudade é a prova de que tudo valeu a pena.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste documento traduz um percurso que não seria possível de se concretizar sem a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha sincera gratidão:

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, meu orientador, pela confiança, por me ter acompanhado neste percurso, pelos ensinamentos e pelas oportunidades de desenvolvimento que me proporcionou.

À Professora Doutora Patrícia Gonçalves, minha coorientadora, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo incentivo e força.

Aos amigos, companheiros de percurso profissional, pela oportunidade em partilhar discussões, pela paciência, pelo apoio, pelo incentivo e entreaajuda.

À minha mãe, Lúcia, pela compreensão, pela dedicação incondicional e pelo seu carinho, pelo apoio sempre percebido em todos os momentos e por ser o meu maior exemplo de coragem e determinação.

Ao meu irmão, Pedro, pela cumplicidade e amizade, pelo bom humor e leveza no trato, pelos sorrisos que tão bem me soube roubar e pelo seu abraço que tantas vezes me ergueu.

A quem me tem ajudado todos os dias a encontrar o meu sentido na vida.

Em especial, ao Eduardo, à constante coragem que me foi dando ao longo deste percurso, ao lembrar-me e valorizar o meu potencial, nos momentos mais difíceis a quem retirei muita atenção, a todo o ânimo e força que pacientemente me soube dar e sobretudo ao seu Amor sem reservas.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

Introdução: Um dos grandes desafios associados à dor crónica é o seu impacto negativo sobre os aspetos físicos e emocionais do indivíduo, frequentemente relacionados com depressão, ansiedade e incapacidade física. A literatura indica que o *Mindfulness* é relevante no controlo de dor crónica, existindo programas baseados neste conceito. Dessa forma, verifica-se a necessidade de mapear os seus conteúdos e a sua estrutura.

Objetivo: Identificar, na literatura, os conteúdos e a estrutura de um programa com base na atenção plena (*Mindfulness*) para o alívio da dor crónica.

Métodos: Realizou-se uma *scoping review*, orientada pelas *guidelines* do Instituto Joanna Briggs e pelo PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada em bases de dados: *MEDLINE® with Full Text*, *CINAHL Complete*, *Academic Search Complete* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (acesso via *EBSCOhost Web*). Os artigos identificados abordam programas e intervenções de *Mindfulness* na gestão da dor crónica em adultos com idade superior a 18 anos, sem patologia psiquiátrica aguda diagnosticada. Incluíram-se estudos publicados até 2022, escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Os dados foram extraídos a partir de um instrumento desenvolvido pela investigadora, alinhado com o objetivo e as questões de revisão. Foi realizada a síntese dos resultados sob a forma de representações visuais, em formato narrativo e através de quadros.

Resultados: Foram incluídos 85 estudos a referir programas/intervenções de Gestão da Dor Crónica baseados em *Mindfulness*, nos quais foi possível identificar 54 programas e 29 intervenções. Da análise verificada foi possível verificar a existência de 37 diferentes estruturas, residindo esta diferença no número, na duração e no espaçamento entre sessões, entre outros e a presença de 27 conteúdos distintos. Verificou-se, ainda, que todos os programas e intervenções tiveram como referência o programa de Redução do Stresse baseado em *Mindfulness*.

Conclusões: Com este estudo foi possível mapear os vários programas e as intervenções existentes para a Gestão da Dor Crónica baseados em *Mindfulness*. A caracterização efetuada permitiu perceber que todos os programas tiveram como referência o programa de Redução do Stresse baseado em *Mindfulness*. Como tal, a grande maioria dos conteúdos existentes

são provenientes do referido programa. Ao nível da estrutura, verificou-se uma grande diversidade, a qual se reflete, sobretudo, ao nível da duração, da frequência e do espaçamento entre sessões. Conclui-se, assim, que o número de programas existentes no espaço internacional é reduzido. Esta evidência torna-se ainda mais relevante pelo facto de que todos os programas e intervenções existentes seguem o mesmo modelo de referência.

Palavras-Chave: *Mindfulness*, Dor crónica, Intervenção/Programa.

ABSTRACT

Introduction: One of the great challenges associated with chronic pain is its negative impact on the physical and emotional aspects of the individual, often related to depression, anxiety and physical disability. Literature points out that Mindfulness is relevant in chronic pain control, and there are programs based on this concept. So, the need to map its contents and structure becomes relevant.

Aim: Identify, in literature, the contents and structure of programs based on Mindfulness for the relief of chronic pain.

Methods: A scoping review was carried out, using the Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR guidelines. The research was developed using scientific databases. The selected articles identify Mindfulness programs and interventions in the management of chronic pain in adults with more than 18 years, without diagnosed acute psychiatric pathology. Studies published, until 2022, written in English, Portuguese or Spanish, were included. The data were extracted from an instrument developed by the researcher, aligned with the objective and the review questions. Results were synthesized in the form of visual representations, in narrative format and tables.

Results: Eighty-five studies referring to chronic pain management programs and interventions based on Mindfulness were included in this scoping review. 54 programs and 29 interventions were identified. From the analysis carried out it was possible to verify the existence of 37 different structures. These differences relied on the number and duration of the sessions, and frequency between sessions, among others. 27 different contents were identified. It was possible to verify that all the programs and interventions were based on the Mindfulness-Based Stress Reduction program.

Conclusions: This study allowed to map the various existing programs and interventions for the management of chronic pain based on Mindfulness. The characterization carried out showed that all programs had the Mindfulness-Based Stress Reduction program as a reference. As such, most of the existing contents come from that program. In terms of structure, there was a great diversity, which is reflected, above all, in terms of duration and frequency between sessions. It is concluded, therefore, that the number of existing programs

in the international space is reduced. This evidence is even more relevant because all existing programs and interventions follow the same reference model.

Keywords: Mindfulness, Chronic Pain, Program /Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

Estados Unidos da América – EUA

Estimulação elétrica transcutânea – TENS

Intenção, Atenção e Atitude – IAA

International Association for the Study of Pain – IASP

Intervenções baseadas em *Mindfulness* – IBM

Learning to Apply Mindfulness to Pain – LAMP

Meditação *Mindfulness* – MM

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT

Mindfulness-Based Pain Management – MBPM

Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR

Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement – MORE

Nursing Interventions Classification – NIC

Ordem dos Enfermeiros – OE

Terapia cognitivo-comportamental – TCC

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 21 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL | 23 |
| 1.1. <i>MINDFULNESS</i> | 23 |
| 1.2. PROGRAMAS/INTERVENÇÕES BASEADAS EM <i>MINDFULNESS</i> | 26 |
| 1.3 DOR CRÓNICA..... | 31 |
| 1.4. ENFERMAGEM E DOR CRÓNICA | 35 |
| 1.5 <i>MINDFULNESS</i> E DOR CRÓNICA | 36 |
| 2. PERTINÊNCIA E OBJETIVO DO ESTUDO | 40 |
| 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO..... | 42 |
| 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 42 |
| 3.2. PROCURA PELA EVIDÊNCIA..... | 44 |
| 3.3. SELEÇÃO DOS ESTUDOS | 45 |
| 3.4. EXTRAÇÃO DE DADOS | 46 |
| 3.5. SÍNTESE DE DADOS | 48 |
| 4. RESULTADOS..... | 50 |
| 4.1. CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS/INTERVENÇÕES ANALISADOS..... | 52 |
| 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 70 |
| 5.1. ESTRUTURA DOS PROGRAMAS E INTERVENÇÕES | 70 |
| 5.2. CONTEÚDOS DE PROGRAMAS E INTERVENÇÕES | 73 |
| CONCLUSÃO..... | 78 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| ANEXOS | 92 |
| ANEXO I: REGISTO DA EXTRAÇÃO DE DADOS..... | 94 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Mecanismos e instruções das práticas e áreas associadas no cérebro estimuladas pela prática da atenção plena (Mindfulness) – Holzel et al. (2011) | 26 |
| Quadro 2 - Cronograma de desenvolvimento da revisão | 44 |
| Quadro 3 - Base de dados/ artigos científicos | 45 |
| Quadro 4 - Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na revisão | 47 |
| Quadro 5 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (1 de 9)..... | 54 |
| Quadro 6 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (2 de 9)..... | 55 |
| Quadro 7 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (3 de 9)..... | 56 |
| Quadro 8 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (4 de 9)..... | 57 |
| Quadro 9 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (5 de 9) | 58 |
| Quadro 10 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (6 de 9) | 59 |
| Quadro 11 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (7 de 9) | 60 |
| Quadro 12 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (8 de 9) | 61 |
| Quadro 13 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (9 de 9) | 62 |
| Quadro 14 – Conteúdo dos programas e intervenções (1 de 4)..... | 64 |
| Quadro 15 - Conteúdo dos programas e intervenções (2 de 4) | 65 |
| Quadro 16 - Conteúdo dos programas e intervenções (3 de 4) | 66 |
| Quadro 17 - Conteúdo dos programas e intervenções (4 de 4) | 67 |
| Quadro 18 – Parâmetros mínimos e máximos das Estrutura dos programas e intervenções analisados | 71 |
| Quadro 19 – Conteúdos e Temáticas dos programas e intervenções analisados | 74 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Distribuição dos artigos incluídos por ano de publicação..... | 51 |
| Gráfico 2 - Distribuição dos artigos incluídos por país de origem | 51 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---------------------------------------|----|
| Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR..... | 50 |
|---------------------------------------|----|

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do ano letivo 2021/2022, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi desenvolvido o presente trabalho de investigação, com a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientação da Professora Doutora Patrícia Gonçalves.

Um dos grandes desafios associados à dor crónica é o seu impacto negativo sobre os aspetos físicos e emocionais do indivíduo, frequentemente relacionados com depressão, ansiedade e incapacidade física. Terapias baseadas em práticas meditativas têm sido estudadas e possuem resultados promissores no controlo da dor crónica (Streck, 2021).

Segundo o mesmo autor, com a introdução do *Mindfulness* na saúde, criaram-se intervenções baseadas nesta prática para que pudessem ser aplicadas na clínica. Com isso, diversos estudos nos últimos 20 anos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar alterações morfológicas no cérebro de pacientes após a prática de Intervenções baseadas em *Mindfulness* (IBM). As evidências indicam que ser mais *mindful* é uma tendência natural ou o resultado de uma prática profunda. A eficácia das IBM's na dor crónica depende da prática intensa ou da personalidade do paciente. Apesar de ainda não existir um consenso sobre as práticas baseadas em *Mindfulness*, atualmente existem evidências moderadas de que estas podem ser utilizadas como uma terapia complementar ao tratamento convencional em pacientes portadores de dores crónicas.

De acordo com Jon Kabat-Zinn (1985), frequentemente, pacientes com dor crónica apresentam-se na clínica com a sensação de frustração, por não possuírem um diagnóstico preciso e realizarem tratamentos aparentemente ineficazes.

Com a intenção de trabalhar com base num modelo biopsicossocial, terapias baseadas em práticas meditativas têm sido estudadas e possuem resultados promissores no controlo da dor crónica. Alguns exemplos dessas práticas são as Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM's), que inicialmente foram fundamentadas em princípios do Budismo e outras práticas espirituais, como o hinduísmo, o taoísmo e o judaísmo, nas quais o foco principal é o não julgamento e a aceitação da dor física e do stresse psicológico, tendo como resultado a

redução da ruminação e da catastrofização destas experiências (Brown, 2003).

Segundo o mesmo autor, no tratamento de pacientes com dor crónica, as IBM's podem ser utilizadas como uma abordagem não farmacológica, complementar ao tratamento convencional. O profissional pode orientar o paciente a utilizá-la como uma ferramenta de autocuidado e controlo da dor crónica.

De acordo com Shapiro, S. (2006), existem duas formas de avaliar IBM's. Uma delas visa a separação e comparação dos diversos componentes dentro das intervenções, como por exemplo suporte social, redução de stresse, relaxamento, bem-estar, catastrofização e comportamentos cognitivos. A outra consiste na avaliação, de forma mais profunda, de um estado real de *Mindfulness*, como uma característica pessoal interiorizada, que leva às mudanças positivas que são observadas.

Assim, pretendeu-se com este trabalho científico identificar, primeiramente, programas existentes de gestão de dor crónica baseados em *Mindfulness*; e, seguidamente, identificar as suas estruturas e conteúdos.

No que concerne à estrutura desta dissertação, esta inclui cinco capítulos entre a introdução e a conclusão, nomeadamente: Enquadramento Teórico, Pertinência e Objetivo do Estudo, Enquadramento Metodológico, Resultados e Discussão dos Resultados.

A redação deste relatório foi orientada pelas normas da dissertação e pelo guia de trabalhos escritos da instituição de ensino, vigentes no ano de 2021/2022.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

No presente capítulo apresenta-se uma visão abrangente do que é o *Mindfulness*, programas e intervenções baseadas em *Mindfulness*, dor crónica, enfermagem e dor crónica, assim como, *Mindfulness* e dor crónica. Foi também objetivo construir um quadro de referência, pretendendo-se, numa fase inicial, contextualizar e orientar o processo de investigação e, em última instância, proceder à análise e à interpretação dos resultados recolhidos.

1.1. *Mindfulness*

De acordo com a literatura, o termo *Mindfulness* surge da tradução da palavra '*Sati*', pertencente à língua nativa com origem na Índia, '*Pali*', para a língua inglesa, que significa "a capacidade de se lembrar" - a qualidade da mente/consciência quando está presente e focada no que está a acontecer no momento (Gethin, 2001). Mais especificamente, *Mindfulness* é visto como uma parte essencial do caminho que leva à redução do sofrimento humano através do cultivar de uma mente disciplinada e equânime (Jon Kabat-Zinn, 2003). A tradução oficial do termo *Mindfulness* para a língua portuguesa não existe, pelo que na atualidade utiliza-se, tanto na área da saúde como na educação, esta terminologia anglo-saxónica. No entanto, para representá-la são também associadas algumas expressões como atenção plena, consciência plena ou estar atento (Bishop et al., 2004).

O conceito de *Mindfulness* tem conquistado cada vez mais espaço na clínica contemporânea. É herdeiro de duas tradições de pensamento distintas. A primeira emergiu da pesquisa experimental de Ellen Langer. A segunda iniciou-se com o trabalho de Jon Kabat-Zinn, que introduziu a meditação Budista na medicina comportamental (Vandenberghe, L. & Assunção, A., 2009).

Shauna L. Shapiro, psicóloga clínica e professora universitária, define *Mindfulness* como "a consciência que surge ao intencionalmente prestar atenção, de uma forma aberta, gentil e discernente" (Shapiro & Carlson, 2006). Mas, muito provavelmente, a definição mais

divulgada no universo *Mindfulness* é a definição de Jon Kabat-Zinn, que através do seu programa MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) levou as técnicas meditativas a ambientes hospitalares e a centros e organizações de saúde, para lidar com dor, stresse e ansiedade e de uma forma geral com a doença. Os resultados obtidos levaram a inúmeros estudos e à transferência das técnicas e conceitos para outras áreas.

Segundo Jon Kabat-Zinn (2003), *Mindfulness* é “[a consciência que surge ao] prestar atenção, intencionalmente, no momento presente, sem julgamentos, às coisas como elas são”.

Intrínseca a esta definição está também uma atitude de bem-querença/cuidado (bondade, compaixão, alegria altruísta e equanimidade) para com os outros e para com o próprio (Cullen, 2011).

Quando se toma consciência de algo, existe um pequeno instante de consciência “pura” antes da sua conceptualização, imediatamente antes da sua identificação - que corresponde ao estado de *Mindfulness* (Mahathera, 1994), monge budista. Geralmente, este estado é muito escasso e diz respeito à fração de segundo quando se focam os olhos num objeto, no exato momento antes de o objetivar, de o reprimir mentalmente e de o separar do resto da realidade.

Neste sentido, Jon Kabat-Zinn (2003) refere que o convite é estar presente e atento à respiração, à postura do corpo, às sensações físicas (agradáveis, desagradáveis ou neutras), aos pensamentos, ao tom emocional das experiências, às barreiras que impedem o bom funcionamento da mente e aos fatores que despertam, como por exemplo, energia, alegria, tranquilidade, concentração e equanimidade.

Na mesma linha de pensamento, Bishop et al. (2004), refere que o *Mindfulness* pode ser entendido como uma competência metacognitiva que envolve dois processos. O primeiro diz respeito à autorregulação da atenção que é mantida durante a experiência imediata, que permite assim um aumento do reconhecimento dos acontecimentos mentais no momento presente. Deste modo, em vez de observarmos a experiência através dos filtros das nossas crenças, pressupostos, expectativas e desejos, o *Mindfulness* permite uma observação direta dos vários objetos como se fosse a primeira vez. O segundo processo envolve a adoção de uma orientação para a experiência individual no momento presente, notando cada pensamento, sentimento e sensação que vai surgindo na mente presente. É, assim, um processo ativo no qual o indivíduo escolhe aceitar o que acontece com uma atitude caracterizada pela curiosidade, abertura e recetividade.

De acordo com a perspectiva budista é através da meditação *vipassana* (insight) que se aprende a prolongar os momentos de consciência relativos aos acontecimentos da vida. Desta forma, pode-se dizer que cultivar *Mindfulness* é um processo de descoberta profundo e individual.

Com intuito de desenvolver um metamecanismo que os autores chamam de re percepção, Shapiro et al. (2006) desenvolveram uma teoria em que o *Mindfulness* funciona por meio de três eixos principais: Intenção, Atenção e Atitude (IAA). E se a intenção nos leva a investigar porque fazemos o que fazemos e a estabelecer o que é mais importante para nós, a atenção, ou consciência do momento presente, leva-nos a ver mais claramente o que está (e não o que gostaríamos que estivesse ou o que “pensamos” que está). Ao parar, percebe-se o quanto a mente é agitada, confusa, e com a prática, ganha-se estabilidade e serenidade. Em contrapartida, a atitude é a forma como prestamos atenção. Se durante a nossa prática julgamo-nos ou criticamo-nos, vamos sentir-nos frustrados, o que nos faz lutar contra os pensamentos. Essa luta e frustração gera ainda mais frustração. Ou seja, estamos a praticar exatamente o oposto do que procuramos. A atitude é, por isso mesmo, um aspeto fundamental da nossa prática. Na sua definição, Jon Kabat-Zinn (2009), menciona uma atitude sem julgamentos. Shapiro et al. (2006) acrescenta os adjetivos “aberta”, gentil”, “discernente”. Pode-se também caracterizar essa atitude como “leve” e “curiosa” – a atitude de um cientista ao interessar-se por um fenómeno.

Além dos estudos orientados à análise dos componentes psicológicos e comportamentais, diversos estudos nos últimos 20 anos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar alterações morfológicas no cérebro de pacientes após a prática da Meditação *Mindfulness* (MM). Foram verificadas, através de ressonância magnética e imagens dinâmicas das regiões cerebrais, a massa branca e cinzenta do cérebro (avaliando a espessura cortical e o volume e/ou densidade) e as características físicas da matéria cerebral (anisotropia fracionada e difusividade axial e radial). No entanto, não existe um padrão nos desenhos experimentais, e existem falhas metodológicas que não permitem a replicabilidade dos estudos (Tang et al., 2019).

Segundo Hölzel et al. (2011), no artigo “*How does Mindfulness Meditation Work?*”, verificou-se na literatura alguns mecanismos emocionais que sofrem alteração com a prática da atenção plena: i) regulação da atenção; ii) consciência do corpo; iii) regulação emocional; iv) mudança de perspectiva sobre o eu. Os autores também apontam que estudos de neuroimagem funcional e estrutural começaram a explorar os processos neurocientíficos

subjacentes a estes componentes com mudanças na neuroplasticidade em diferentes regiões cerebrais, ilustradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Mecanismos e instruções das práticas e áreas associadas no cérebro estimuladas pela prática da atenção plena (*Mindfulness*) – Holzel et al. (2011)

| Mecanismos | Instruções das práticas | Áreas associadas no cérebro |
|---|---|--|
| Regulação da atenção | Manter a atenção em determinados pontos | Córtex cingulado anterior e Corpo Estriado |
| Consciência corporal | Sustentar a atenção nas sensações corporais: respiração, emoções, etc. | Ínsula – junção temporo-parietal |
| Regulação Emocional: Reavaliação | Criar formas de reações diante das emoções: Sem julgar, aceitação. | Córtex pré-frontal (dorsal) |
| Regulação Emocional: Exposição, extinção e reconsolidação | Exposição aos eventos da consciência: manter distância, sem se envolver com as experiências internas. | Amígdala e hipocampo |
| Mudança de perspectiva do Eu | Desapego de uma imagem fixa de si mesmo. | Córtex cingulado posterior, ínsula. |

Estudos comprovam a eficácia das práticas no tratamento de uma série de condições clínicas, incluindo dor crónica, ansiedade, depressão, abuso de substâncias e transtornos alimentares. Além disso, *Mindfulness* influencia positivamente aspetos da saúde física, incluindo a melhoria da função imunológica, redução da pressão sanguínea, dos níveis de cortisol e o aumento da telomerase.

1.2. Programas/Intervenções baseadas em *Mindfulness*

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p.129), define programa como “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo”.

No mesmo seguimento, Pineault & Daveluy (1987), definem que um programa consiste num conjunto organizado coerente e integrado de atividades e de serviços, realizados simultaneamente ou sucessivamente, com os recursos necessários, e com a finalidade de alcançar os objetivos determinados, em relação com problemas de saúde precisos e para uma população definida.

Na mesma linha de pensamento, a Classificação das Intervenções de Enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Bulechek et al., 2013, p. 615) reforça que um programa de saúde visa “implementar um conjunto coordenado de atividades para melhorar o bem-estar, ou prevenir, reduzir ou eliminar um ou mais problemas de saúde para um grupo ou uma comunidade”.

No concerne ao conceito de intervenção, Lluch (2008) refere-se à intervenção em saúde como uma metodologia para se utilizar na promoção da saúde, que visa dotar as pessoas de conhecimentos que permitam a adoção de comportamentos e atitudes saudáveis e treinar habilidades e competências pessoais, tais como as habilidades sociais, as técnicas de resolução de problemas, as técnicas de relaxamento, entre outros.

Programa *Mindfulness* baseado na redução do stresse

O primeiro programa do Ocidente onde utilizaram a técnica da atenção plena, ou *Mindfulness* como abordagem terapêutica, iniciou-se na década 70 por Jon Kabat – Zinn na Universidade de Massachusetts, Estados Unidos da América (EUA). Os investigadores promoveram um programa estruturado para a redução de stresse onde incluíram a dor crónica, chamado de programa *Mindfulness* baseado na redução do stresse – MBSR.

Inicialmente, o objetivo era criar um veículo para o treino efetivo de meditação, onde era incluído componentes do *Hatha* Yoga, e para aplicações imediatas no tratamento da dor e do stresse (Kabat-Zinn, 2003). A estrutura do programa MBSR é baseada em práticas meditativas e exercícios focados no desenvolvimento da atenção plena.

O programa MBSR consiste em práticas de meditação formal e informal, que são fundamentadas pelo ensino dos mestres budistas (Kabat-Zinn, 1990; 2005).

As primeiras atividades formais do programa incluem exercícios de “*body scan*” e respiração consciente.

“O participante aprende a focar intencionalmente a sua atenção na vivência imediata, guiada principalmente pelos dados sensoriais concretos, e a aceitar as desatenções involuntárias da sua atenção durante os exercícios. Cada vez que uma preocupação, julgamento ou lembrança se impõe, ele saúda-a e deixa que ela vá embora e volta novamente a dedicar atenção plena ao exercício. O *body scan* é feito com o corpo imóvel. A atenção é focada nas sensações em diferentes partes do corpo, ponto por ponto. O praticante está em silêncio e permite que as sensações se apresentem, sem tentar controlá-las”.

(Kabat-Zinn, 1990, como citado em Vandenberghe, L., Assunção, A., 2009, p. 129)

No mesmo artigo, os autores descrevem ainda as várias fases do exercício de meditação.

“[...] o exercício de meditação com foco na respiração é realizado em três fases: (1) de olhos fechados, a pessoa observa o que acontece dentro dela naquele momento; (2) foca a atenção na respiração; (3) aceita as sensações do corpo, colocando todas, agradáveis e desagradáveis, sem discriminação, no mesmo nível. Na meditação com foco nas percepções externas, as mesmas fases são repetidas, mas a observação da respiração é substituída pela concentração em ruídos ambientais. Outro exercício para iniciantes consiste numa rotina de alongamentos feitos diariamente. O objetivo não é melhorar a flexibilidade corporal ou sentir-se melhor, mas sim entrar plenamente em contato com as sensações (tanto as agradáveis quanto as desagradáveis) do próprio corpo e aceitar a vivência como ela é.”

(Kabat-Zinn, 1990, como citado em Vandenberghe, L., Assunção, A., 2009, p. 129)

As práticas informais consistem em fazer qualquer coisa com plena atenção, sem julgamento e sem elaboração intelectual, onde realmente se está presente em cada aspeto do próprio ato. Começa com exercícios simples, como comer uma uva passa prestando plena atenção a todos os seus aspetos, incluindo cheiro, variações de cor, textura e sabor. Posteriormente, *Mindfulness* pode ser treinado pelo indivíduo enquanto faz uma caminhada, escova os

dentes ou conversa ao telefone. Não importa a atividade. A maneira de realizá-la é que é chamada de *Mindfulness*, e acontece quando toda a atenção do indivíduo está na ação que está a executar. As atividades escolhidas para os exercícios são apenas pretextos (Kabat-Zinn, 2005).

Segundo Shapiro et al. (2005), o programa é desenvolvido ao longo de 8 encontros, com duração de 2h30 cada, oferecidos uma vez por semana e inclui um dia de retiro com duração de 8 horas. No programa os participantes são estimulados a relacionar-se de forma distinta com os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais. Além disso, há um posicionamento de não julgamento e não reatividade perante as experiências, e o desenvolvimento da consciência do “aqui e agora”. O objetivo é o afastar as rumações sobre o passado e das aflições em relação ao futuro.

A partir do MBSR, outros programas baseados nas práticas da atenção plena foram elaborados com ênfases específicos para determinadas situações e faixas etárias, como: i) a gestão da dor crónica; ii) prevenção de recaídas de depressão; iii) prevenção de recaídas do uso de drogas; iv) para apoio à resolução de transtornos alimentares; v) violência doméstica; vi) redução de stresse no ambiente de trabalho; vii) prevenção de conflitos entre casais e no ambiente laboral, entre outros (Bush et al., 2013).

Programa Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*

O programa Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, denominado em inglês de *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), foi desenvolvido na Universidade de Oxford, Inglaterra, sendo a atual referência mundial para o esgotamento e prevenção de recaídas na depressão, tendo, inclusive, dado origem ao Livro *Atenção Plena*, de Mark Williams e Danny Penman.

A MBCT é baseada num modelo teórico da mente da ciência cognitiva (Teasdale, Segal & Williams, 2003) e usa a prática da atenção plena, técnicas cognitivas e estratégias comportamentais para desenvolver a compreensão e efetuar mudanças. A abordagem está enraizada na Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, 1976) e na Redução do Stresse Baseada em *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990). O programa desenvolveu-se para ser usado numa variedade de populações, e em diferentes contextos (Dimidjian & Segal, 2015), mas, em cada caso, com uma intenção clara e formulação teórica (Kuyken, 2016; Teasdale et al., 2003). É isso que torna o MBCT um programa baseado em *Mindfulness* (Crane et al., 2017).

Segundo os autores Penman, D. & Williams, M. (2011), a principal premissa da terapia cognitiva é que pensamentos precedem emoções e que algumas crenças pessoais da pessoa direcionam-na para pensamentos negativos que podem ocasionar problemas psicológicos como a depressão. Tem como objetivo ajudar os pacientes a reorganizar os seus padrões disfuncionais de crenças pessoais para pensamentos mais funcionais que se aproximem mais com a realidade.

Programa de gestão da dor baseado em *Mindfulness*

O instituto Breathworks, em Inglaterra, desenvolveu um programa baseado no modelo psicossocial com abordagens na atenção plena para a gestão da dor e da doença, o programa de gestão da dor baseado em *Mindfulness*, cuja denominação em inglês é *Mindfulness-Based Pain Management* (MBPM), cujas raízes encontram-se no trabalho inovador do Dr. Jon Kabat-Zinn (Universidade de Massachusetts), com elementos-chave do MBCT criado por M. Williams, J. Teasdale e Z. Segal.

Segundo Penman, D. & Burch, V. (2013), o programa é baseado nas antigas práticas de meditação da tradição budista e na contribuição de seu criador Vidyamala Burch, fruto de 40 anos de aplicação na sua própria experiência de dor crónica e com ênfase na aceitação e compaixão. O programa é realizado em oito encontros semanais, de duas horas e meia cada (mais uma sessão de prática adicional), com amplo espaço para aprender os métodos, colocá-los em prática e compartilhar a sua experiência com outras pessoas na mesma situação.

Segundo os mesmos autores, diversas clínicas hospitalares especializadas no tratamento da dor passaram a prescrever meditação de atenção plena para ajudar os pacientes a lidar com o sofrimento originado por um vasto leque de doenças.

Burch (2013) defende que as técnicas podem auxiliar o praticante a reagir de modo construtivo à sensação dolorosa, ao considerar que os aspetos biológicos, sociais e psicológicos afetam diretamente a perceção e a forma que a pessoa lida com a sensação álgica.

Intervenções baseadas em *Mindfulness* (IBMs)

As *IBMs* possuem algumas particularidades essenciais, tais como:

- Existe um programa a ser seguido, que envolve a teoria e prática;
- São normalmente orientadas por um instrutor/professor capacitado em *Mindfulness*;
- Possuem, de forma geral, a duração de 6 e 10 semanas;
- São compostas por sessões presenciais (geralmente uma por semana) e atividades práticas a serem realizadas entre cada sessão.
- São formadas por práticas formais e práticas informais;
- Detêm um teor psicoeducativo, seja em relação a um problema específico, como a dor, ou em relação ao cultivo da atenção plena.
- Existe ênfase no afastamento de um viés religioso do *Mindfulness* e aproximação de um viés mais contemporâneo, ocidental e científico.
- Procuram permitir a acessibilidade ao maior público possível, independentemente de sua cultura, religião e valores.
- Exigem um esforço e treino em controlar o foco atencional, onde promovem “insights” e a auto-regulação (kabat-Zinn, 2003; Cullen, 2011; Crane et al., 2017; Creswell, 2017).

1.3 Dor crónica

A International Association for the Study of Pain (IASP, 2012), descreveu a dor crónica como uma sensação física e emocional desagradável que está presente há seis meses ou mais com ou sem patologia conhecida. Embora a etiologia precisa da dor nem sempre é identificável, os especialistas descrevem um processo mal-adaptativo ligado a vias específicas que produzem uma doença do sistema nervoso (Costigan et al., 2009).

Sturgeon (2014) descreve a dor crónica como um stressor complexo que apresenta um desafio significativo para a maioria dos aspetos do funcionamento e contribui para um custo físico, psicológico, ocupacional e financeiro substancial.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012, p.3) é imprescindível uma prática norteada pelos seguintes princípios: “1) a subjetividade da dor, a dor é necessariamente aquela que a pessoa refere; 2) dor como 5º sinal vital, não deve ser causa de sofrimento desnecessário, deve ser avaliada e registada de acordo com a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, 36 de 14/06/2003; 3) direito ao controlo da dor; 4) dever do controlo da dor; 5) tratamento diferenciado da dor”.

Estes princípios inserem-se no âmbito dos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento da profissão, pelo que o enfermeiro deve atender com prioridade a dor, de forma a contribuir para a satisfação do cliente, seu bem-estar e autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A dor é uma componente da vida (Braams et al., 2012) e um problema comum inevitável nas populações normais e clínicas (Sengupta & Kumar, 2005). Embora a dor seja geralmente uma experiência transitória, para algumas pessoas, ela continua além de uma resposta adaptativa a um dano agudo, resultando em turbulência emocional, para o qual o tratamento é empregado nas fontes existentes nos sistemas de saúde (Otis, 2007).

Estudos iniciados em 1980 sobre aspetos psicossociais da dor apontaram que, independentemente do diagnóstico médico ou do grau do dano físico envolvido, fatores cognitivos como o medo do movimento (cinesiofobia), medo do reaparecimento da dor e crenças negativas ou catastrofização, tendência de aumentar a sensação de dor ou sentir desesperança frente à mesma, influenciam o controlo da dor, além de contribuírem para a percepção e manutenção da incapacidade do indivíduo (Gibson, 2018).

Segundo Wong (2015), devido à relação entre os fatores psicossociais e a dor crónica ser multifacetada, alguns autores defendem um modelo explicativo baseado no comportamento de evitar a dor.

Nesse sentido, o mesmo autor refere que o medo da dor crónica impõe uma interação circular entre o foco cognitivo da dor (catastrofização da dor), a percepção da dor e o medo de movimento (cinesiofobia) ou de sentir dor novamente. Como resultado dessa interação, o indivíduo distancia-se de atividades imprescindíveis do seu dia-a-dia e de situações sociais, aumentando assim o risco de desenvolver um estilo de vida não saudável e agravar a sua dor.

A catastrofização da dor é um “processo de pensamento negativo que se concentra excessivamente nas sensações de dor, reais ou não, com a percepção da intolerância e da incapacidade de lidar com ela” (Sullivan, 2012, citado por Vargas e Silva et al., 2020, p.323).

Segundo os mesmos autores, catastrofizar é um processo cognitivo-afetivo negativo baseado em pensamentos negativos automáticos tais como "a dor está-me a matar"; "se a dor continuar assim, não serei capaz de seguir em frente".

Os pensamentos catastróficos relacionados com a dor geralmente envolvem estádios que vão desde o pessimismo e a percepção da incapacidade de alívio da dor, até ao desespero e à análise constante do problema, resultando, conseqüentemente, no aumento da incapacidade de lidar com a dor (Jones, 2003).

Fatores comumente associados à catastrofização da dor são a ruminação, a ampliação e a desesperança. A ruminação envolve a ocorrência de pensamentos negativos repetitivos relacionados à experiência dolorosa. A ampliação é a expectativa de que a intensidade e a percepção da dor irão sempre aumentar

e a desesperança é caracterizada pela sensação e crença na falta de apoio ou capacidade de lidar com a dor (Sullivan, 2001).

A cinesiofobia ou medo ao movimento obriga o indivíduo a reduzir as suas atividades para ter certeza que não irá existir o reaparecimento da dor (Henry, 2013). Essa redução comportamental, inicialmente, diminui o aparecimento de sensações desagradáveis, reforçando o uso de evitações. Este círculo vicioso é a base das dificuldades funcionais em portadores de dor crónica, pois essas evitações trazem alívio imediato a curto prazo, mas levam, a longo prazo, à redução ou mesmo ao desaparecimento de certas atividades do seu dia-a-dia e até mesmo exercício físico, o que implica a origem dos deficits musculares, diminuindo assim a sua qualidade de vida diária (Radat, 2011).

A IASP (2012) descreveu a dor e seus resultados como uma experiência de percepção complicada afetada por extensos fatores psicossociais. Portanto, explicar a dor e os seus resultados ao usar um biopadrão não é possível, pois os aspetos biológicos, psicológicos e sociais também devem ser considerados (Asgharimoghaddam & Golak, 2005). Por esta razão, alguns investigadores desenvolveram recentemente uma tendência que visa analisar a associação entre diferentes conceitos psicológicos e dor crónica e o efeito de tratamentos baseados nesses conceitos, um dos quais é a atenção plena, *Mindfulness*, a atenção consciente ao momento presente (Falkenstrom, 2010).

1.4. Enfermagem e Dor crónica

O principal foco de atenção em Enfermagem é o ser humano com todas as suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais, tendo como práticas fundamentais a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação e reabilitação da saúde, com cuidados capazes de atender as necessidades dos seus pacientes (Vale, 2011). O cuidado, presente nas diferentes práticas, agrupa ações da natureza da própria profissão, fruto de uma preparação técnica e científica que se fundamenta no conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político, tendo como objetivo a promoção da saúde e da dignidade humana (Souza, 2005). Neste sentido, a enfermagem deve ter uma atenção especial na dor, pois esta sempre esteve presente na vida do homem e a sua cronificação impacta negativamente a saúde física e mental do ser humano (Rondinelli, 2016).

O controlo da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro. A atuação do profissional, de modo autónomo e colaborativo, compreende a identificação da queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para melhorar ou piorar a queixa algica, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas (Pimenta, 1998).

No âmbito do controlo da dor, a Ordem dos Enfermeiros - OE (2008) enumera um conjunto de intervenções realçando o papel colaborativo que o enfermeiro tem no seio da equipa de cuidados – intervenções de enfermagem interdependentes. Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção; conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas; prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica, são alguns dos exemplos.

No entanto, outras intervenções enunciadas dizem respeito a intervenções que podem ir de encontro ao diagnóstico de enfermagem efetuado pelo enfermeiro. A título de exemplo, face a um diagnóstico de dor, o enfermeiro pode selecionar as intervenções independentes, não farmacológicas, considerando as preferências da pessoa e o nível de dor, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Como exemplos de intervenções não farmacológicas, são enumeradas intervenções cognitivo-comportamentais, como por exemplo (OE, 2008):

- Terapia Cognitiva / Comportamental;
- Reestruturação cognitiva;
- Treino de habilidades de *coping*;
- Relaxamento com imaginação;
- Distração;
- Intervenções físicas (aplicação de calor e frio; Exercício; Imobilização; massagem; Estimulação elétrica transcutânea - TENS);
- Intervenções de suporte emocional (ex.: toque terapêutico; conforto, entre outras).

De acordo com McCaffery (1989), para compreendermos a dor e sermos capazes de aliviá-la no processo de cura, devemos considerá-la num contexto mais amplo, que inclui as atitudes e expectativas mentais da pessoa, o seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias. Das várias atividades de enfermagem que podem ser usadas para auxiliar a pessoa que manifesta dor, salienta-se: estabelecer relação com a pessoa que sente dor; ensinar a pessoa a resposta da dor; usar a situação pessoa-grupo; lidar com outras pessoas que estejam em contato com a pessoa com dor; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; diminuir os estímulos nocivos; utilizar outro auxílio profissional; permanecer com a pessoa; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída e auxiliar na assimilação da experiência com dor.

1.5 *Mindfulness* e Dor crónica

Mindfulness é um estado mental de consciência, foco e abertura, que permite que os indivíduos se envolvam totalmente no momento presente. Num estado de atenção plena, os pensamentos, os sentimentos e as sensações são observados sem julgamento e não podem ter qualquer impacto no comportamento. Baer et al. (2006) propuseram cinco facetas da atenção plena:

1. Observar, definido como perceber ou atender a experiências internas e externas (incluindo atenção a estímulos externos e internos, como sentimentos, cognição, emoção, sons e cheiros);
2. Descrever, definido como rotular experiências internas com palavras;

3. Agir com consciência, definido como observar as próprias atividades do momento (ao contrário de agir em piloto automático);
4. Não julgar a experiência interior, definida como uma postura não-valorativa em relação a pensamentos e sentimentos – significa, intrinsecamente, o não julgamento em relação a ideias e emoções, e apenas estar ciente de sentimentos e ideias sem julgá-los;
5. Não-reatividade à experiência interior, definida como permitir que pensamentos e sentimentos venham e desapareçam, em vez de entretê-los ou ruminá-los.

Um grande número de pesquisas mostrou que as IBM's são eficazes para aumentar a função física e diminuir a intensidade da dor em pacientes com dor crônica (Bogosian, 2015).

De acordo com o mesmo autor, ao praticar a atenção plena, as pessoas tornam-se conscientes dos seus pensamentos, sentimentos, e sensações de dor, sem julgamento ou tentativas de controlá-las ou escapar delas. Ao não alimentar os pensamentos relacionados com a dor, a ameaça relacionada à dor é diminuída e as pessoas são bem-sucedidas nas suas atividades, apesar da dor. Por exemplo, um paciente consciente com artrite do polegar que começa a sentir dor será capaz de observar e aceitar sem julgamento pensamentos e sensações relacionadas com a dor enquanto permanece no momento presente, tornando-se, assim, menos propenso a reações catastróficas.

Nesse sentido, *Mindfulness* é um estilo moderno para uma relação mais eficiente com a vida, principalmente nas sociedades ocidentais, o que resulta no alívio da dor e em experiências de vida mais ricas e prazerosas (Siegel, 2010). Kabat-Zinn et al. (1986) explicaram o processo de redução da dor nos seus projetos de atenção plena e meditação. Na sua pesquisa, o processo de redução da dor ocorreu por uma atitude de observação imparcial em relação a uma sensação quando ela se torna proeminente no campo da consciência e observar com distanciamento semelhante os processos cognitivos acompanhantes, mas independentes, que levam à avaliação e rotulação da sensação, tão dolorosa. Assim, ao “desacoplar” a sensação física da experiência emocional e cognitiva da dor, ela é reduzida.

A conexão entre emoção e dor foi estabelecida há muito tempo, com estados emocionais positivos a serem correlacionados com a redução da dor e afetos negativos a serem correlacionados com o aumento das sensações de dor (Connelly et al., 2007; Meagher et al., 2001). Além disso, pesquisas sugerem que uma dor maior está associada a uma consciência emocional limitada (Glaros & Lumley, 2005) e uma regulação emocional deficiente (Ruiz Aranda et al., 2010).

O estudo de Brown & Becerra (2017) sugere que esta ligação entre emoção e dor pode ser relevante na compreensão dos processos subjacentes associados ao *Mindfulness* para a redução da dor. Kabat-Zinn et al., (1985), notaram melhorias na perturbação do humor e na sintomatologia psicológica associada à dor após a prática de *Mindfulness*. Em consonância com isso, os mesmos autores sugerem que a prática de *Mindfulness* pode ser valiosa para melhorar os correlatos psicológicos da dor sem ter impacto na intensidade da dor (Reiner et al., 2013).

Uma visão tradicional é que a aceitação da dor através da prática de *Mindfulness* promove uma redução dos comportamentos de evitação e um aumento dos comportamentos valorizados, levando a melhorias na qualidade de vida (McCracken, 1998). Numa revisão da literatura recente, centrada na eficácia do *Mindfulness* no tratamento da dor crónica, Reiner et al. (2013) teorizou duas perspetivas alternativas nas quais a intensidade da dor é representada: 1) A redução da intensidade da dor é mediada por ações mais valorizadas e, portanto, resulta numa melhor qualidade de vida e/ou 2) A redução na intensidade da dor é mediada por relatos emocionais da dor, que por sua vez medeiam a autorregulação e a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Hofmann (2008), as abordagens psicoterapêuticas que incluem o *Mindfulness* estão habitualmente inseridas nas chamadas terapias de terceira geração, nas quais o objetivo não é alterar o conteúdo das experiências (pensamentos, emoções), como era o caso na Teoria Cognitivo-Comportamental, mas sim modificar a forma como as pessoas se relacionam com essas experiências, assim como o impacto que essas experiências exercem no seu comportamento (McCracken, 2006). Esta distinção torna as intervenções baseadas em *Mindfulness* particularmente relevantes em quadros clínicos crónicos, nos quais o foco está não somente na eliminação da sintomatologia, mas, essencialmente, na promoção de níveis mais elevados de qualidade de vida e de bem-estar. Os benefícios terapêuticos das estratégias de *Mindfulness* estendem-se por um vasto conjunto de condições e estão relacionados com alterações no processamento cerebral da informação sensorial, induzindo alterações positivas ao nível da regulação emocional e cognitiva (Kerr, 2013).

2. PERTINÊNCIA E OBJETIVO DO ESTUDO

O presente estudo teve como objetivo, numa primeira fase, mapear os programas existentes de Gestão da dor crónica baseados em *Mindfulness*. Na fase seguinte, e para cada um dos programas identificados, procurou-se compreender, descrever e detalhar os conteúdos e as respetivas estruturas.

Ao longo dos meses de outubro e novembro de 2021, realizou-se uma pesquisa exploratória preliminar sobre a temática nas seguintes bases de dados: *MEDLINE® with Full Text*, *CINAHL Complete*, *Academic Search Complete* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (acesso via *EBSCOhost Web*); e em bibliotecas (da Escola Superior de Enfermagem do Porto), com o intuito de compreender o “estado da arte” e as necessidades de investigação neste âmbito.

Nesta pesquisa, encontraram-se múltiplos estudos, com programas e intervenções que afluem no conceito de Gestão da Dor Crónica e *Mindfulness*. Tendo em consideração o objetivo do estudo em causa, todos estes estudos foram analisados e caracterizados de forma a responderem às seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os conteúdos de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?
- ✓ Qual a estrutura de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente capítulo caracteriza os métodos de investigação utilizados para responder ao objetivo do estudo. São apresentadas, também, as estratégias definidas para a procura e para a seleção da evidência, assim como para a extração de dados.

3.1. Caracterização do estudo

Para responder ao objetivo deste trabalho, considerou-se pertinente a realização de uma revisão da literatura, de modo a serem identificadas, analisadas e interpretadas as estruturas e os conteúdos dos programas baseados em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica.

Por sua vez, visando um método explícito e sistemático, optou-se por uma revisão sistematizada para mapear de forma exploratória a produção científica relativa ao tema do estudo, emergindo como principal tipologia de revisão: a *scoping review* (Levac et al., 2010; Peters et al., 2015).

Parece ser mais adequada a *scoping review* enquanto método de investigação deste trabalho, uma vez que:

- Não exige a avaliação metodológica dos estudos analisados (Peters et al., 2017), ou seja, o foco foi a existência, estrutura e conteúdos dos programas baseados em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica;
- Permite: avaliar a extensão (tamanho), alcance (variedade) e natureza (características) da evidência sobre um tópico ou questão; sintetizar e divulgar resultados da investigação; identificar lacunas na literatura orientando a investigação futura; determinar o valor de realizar uma revisão sistemática (Peters et al., 2015; Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018);
- A padronização da conduta da revisão e da elaboração dos respetivos relatórios permite o rigor e a transparência do processo (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018; Munn et al., 2018). Para além disso, o rigor é também potenciado pelo maior desenvolvimento

metodológico das *scoping reviews*, com *guidelines* concretas do Instituto *Joanna Briggs* (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018; Munn et al., 2018).

Por sua vez, considerando-se fundamental a qualidade metodológica e dos relatórios da *scoping review* procuraram-se identificar *guidelines*. Por um lado, como orientação para a condução desta metodologia utilizou-se a *guideline* do Instituto *Joanna Briggs* (Peters et al., 2017), que se baseia nos trabalhos anteriores de Arksey e O'Malley (2005), Levac et al. (2010), e Peters et al. (2015). Por outro lado, para orientar a elaboração do relatório da *scoping review*, teve-se como base o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for scoping reviews (PRISMA-ScR) Checklist*, desenvolvido por Tricco e colaboradores (2018).

Sendo o *Mindfulness* um tema cada vez mais pertinente, dados os resultados promissores que tem obtido, o método *scoping review* é especialmente indicado dado o espaço de investigação e evolução desta temática, pois propicia a congregação de conceitos fundamentais e evidências (Arksey, O'Malley, 2005).

O processo de desenvolvimento de uma *scoping review* não é considerado um processo linear, mas sim interativo, exigindo que os autores/investigadores se envolvam em cada etapa de forma reflexiva e, quando necessário, repitam as etapas para garantir que a literatura seja abordada de forma abrangente. Consideram-se as seguintes etapas para a realização de uma *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005):

- Etapa 1: Identificação da questão de investigação;
- Etapa 2: Identificação de estudos relevantes;
- Etapa 3: Seleção dos estudos;
- Etapa 4: Mapeamento dos dados;
- Etapa 5: Agrupamento, resumo e descrição dos resultados.

Em suma, a *scoping review* segue as etapas consolidadas no processo das Revisões Sistematizadas, ou seja, tem método rigoroso, transparente, com documentação detalhada e procedimentos suficientemente descritos para que o estudo possa ser compreendido e replicado por outros investigadores.

Este trabalho foi elaborado tendo metas temporais bem pautadas (Quadro 2).

Quadro 2 - Cronograma de desenvolvimento da revisão

| Fase do Projeto | | Cumprida a: |
|---|---|---------------------------|
| Planeamento/Elaboração do projeto | | Outubro/Novembro de 2021 |
| Desenvolvimento da <i>scoping review</i> (Peters et al., 2015) | Definição e alinhamento dos objetivos e questões | Novembro de 2021 |
| | Desenvolvimento e alinhamento dos critérios de inclusão com os objetivos e questões | Dezembro de 2021 |
| | Descrição da abordagem planeada para a pesquisa, seleção e extração de evidências | Janeiro de 2022 |
| | Procura pela evidência | Fevereiro de 2022 |
| | Seleção da evidência | Março de 2022 |
| | Extração da evidência | Abril de 2022 |
| | Mapeamento da evidência | Mai de 2022 |
| | Resumo das evidências em relação ao (s) objetivo (s) e questão (s) | Junho e Julho de 2022 |
| Redação do relatório | | Agosto e Setembro de 2022 |

3.2. Procura pela evidência

Na elaboração deste trabalho, numa primeira fase, foram definidos como critérios de elegibilidade as características das fontes de evidência para a revisão (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018). Estabeleceu-se a inclusão de estudos sobre programas/intervenções de Gestão da Dor Crónica baseado em *Mindfulness*, com exclusão de participantes menores de 18 anos ou que apresentassem patologia mental diagnosticada ativa e sem restrição dos contextos. Quanto à temporalidade, não houve qualquer restrição temporal. Quanto ao idioma, definiu-se a inclusão de estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, pelo domínio das mesmas pela revisora do presente trabalho, de forma a garantir uma boa qualidade da seleção da evidência e da extração dos dados.

Posteriormente, procurou-se desenvolver uma pesquisa abrangente, com recurso às bases de dados e *MEDLINE® with Full Text, CINAHL Complete, Academic Search Complete e Psychology and Behavioral Sciences Collection* (acesso via *EBSCOhost Web*).

Considerando-se as bases de dados selecionadas, procurou-se determinar os termos de vocabulário controlado *MeSH (Medical Subject Headings)* e *Emtree*, títulos *CINAHL* e *PsycINFO* que melhor traduziam o enfoque da pesquisa. Tendo em vista programas de Gestão da Dor Crônica baseados em *Mindfulness*, pôde identificar-se os termos "*Mindfulness*", "*chronic pain*" e "*program*", pelo que a frase booleana inicial foi "*mindfulness*" AND "*chronic pain*" AND ("*intervention**" OR "*course**" OR "*education**" OR "*training*" OR "*teach**" OR "*learn**" OR "*program**".

Quadro 3 - Base de dados/ artigos científicos

| Base de dados | Artigos Selecionados |
|---|-----------------------------|
| MEDLINE Complete | 184 |
| CINAHL Complete | 116 |
| Academic Search Complete | 121 |
| Psychology and Behavioral Sciences Collection | 31 |
| Total de artigos encontrados | 448 |
| Artigos duplicados | 181 |
| Total | 267 |

3.3. Seleção dos estudos

Após a pesquisa, todos os estudos identificados na correspondência com a frase booleana foram registrados, tendo-se realizado uma remoção de duplicados com o *Software Endnote X8*. No presente trabalho, foi analisada a relevância dos artigos para a revisão, com base nas informações do título, do resumo e do texto completo. Ressalva-se que para cada artigo excluído associou-se uma justificativa.

Numa primeira fase, foram aceites títulos de estudos com o primeiro componente da frase booleana (*Mindfulness*). Seguiu-se a análise da relevância com as informações dos resumos dos estudos, tendo sido aceites estudos que abordavam dois ou mais componentes da frase booleana "*Mindfulness*", "*chronic pain*" e "*program*".

No final de todo este percurso, o artigo completo foi recuperado para todos os estudos que cumpriram os critérios de inclusão da revisão e para aqueles que deixaram dúvidas aos revisores sobre a sua relevância a partir do título e do resumo.

Foram apenas aceites estudos com texto completo acessível e que descreviam de forma clara programas/intervenções. Em todos os casos, foi analisado o texto completo dos artigos para verificar se cumpriam os critérios de inclusão. Como consequência, foram identificados os estudos que cumpriram com os critérios de inclusão definidos na revisão. De forma independente, dois revisores examinaram o texto completo dos artigos para verificar se cumpriam os critérios de inclusão. Ao longo deste processo, os desacordos surgidos entre os revisores foram resolvidos através de discussão ou com um terceiro revisor (Professor Doutor Carlos Sequeira).

3.4. Extração de dados

No sentido de facilitar o processo de extração de dados, foi criado um instrumento de registo de seleção dos estudos com base no objetivo e nas questões de revisão, o qual deu origem aos resultados apresentados nos capítulos seguintes.

Este instrumento baseou-se no modelo de Joanna Briggs Institute para extrair detalhes dos estudos, características e resultados (Peters et al., 2017).

Na extração de dados identificaram-se dados globais sobre o estudo e aspetos específicos do programa de intervenção. Todavia, aspetos inconclusivos e sem esclarecimento não foram extraídos.

Quadro 4 - Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na revisão

| | | |
|--|--|--|
| Sobre o estudo | Título | <i>(indicar título e subtítulo completos)</i> |
| | Autor(es) | <i>(indicar todos os autores da seguinte forma: “último nome, primeiro nome abreviado”)</i> |
| | Ano de Publicação | |
| | País de Origem | |
| | Tipo de estudo | <i>(indicar método de investigação e desenho do estudo)</i> |
| | Objetivo(s) | <i>(expor o sentido no desenvolvimento do estudo)</i> |
| Sobre o programa | Nome | <i>(indicar o nome completo e/ou sigla usada)</i> |
| | Foco(s) da intervenção | <i>(apresentar as áreas de atenção identificadas nos participantes para a realização da intervenção)</i> |
| | Objetivo(s) | <i>(indicar o sentido procurado para a influência da intervenção no foco; não incluídas finalidades)</i> |
| | Participantes | <i>(indicar número de participantes por cada implementação do programa, idade e outras características diferenciadoras dos participantes e/ou com influência destacada no estudo em questão)</i> |
| | Contexto de implementação | <i>(indicar ambiente onde é implementado o programa, ou seja, fatores culturais, localização geográfica, cenários específicos...)</i> |
| | Duração e Frequência | <i>(indicar o número e duração de sessões, espaçamento entre elas)</i> |
| | Metodologia de intervenção | <i>(indicar métodos e estratégias utilizadas)</i> |
| | Conteúdos/Temáticas | |
| | Plano de Ação proposto | <i>(indicar ações propostas para os participantes, enquanto prestadores de primeira ajuda em saúde mental)</i> |
| | Avaliação/Instrumentos de Avaliação | <i>(indicar os métodos e a frequência da avaliação dos resultados do programa, nomeando os instrumentos psicométricos usados (com validade pelo menos de construto), importantes pelo seu caráter objetivo e replicável)</i> |
| | Resultado(s) | <i>(expor os resultados obtidos nos participantes com a implementação do programa e não indicadores de avaliação do processo (por exemplo, a satisfação face ao programa, avaliação do dinamizador e dos materiais)).</i> |
| | Dinamizador(es) e nível de habilidade | <i>(indicar número de dinamizadores por cada implementação do programa, qualificações e outras características de relevo)</i> |
| Referência bibliográfica do estudo | | <i>(normas da instituição de ensino)</i> |
| Outros estudos de interesse para a revisão da lista de referências | | <i>(indicar a referência bibliográfica de estudos aceites após análise do título, resumo e texto completo)</i> |

3.5. Síntese de dados

Os resultados apresentam-se relatados de forma resumida, sob apresentações visuais, quadros e no formato narrativo, de modo a ir de encontro aos objetivos que orientaram a *scoping review*.

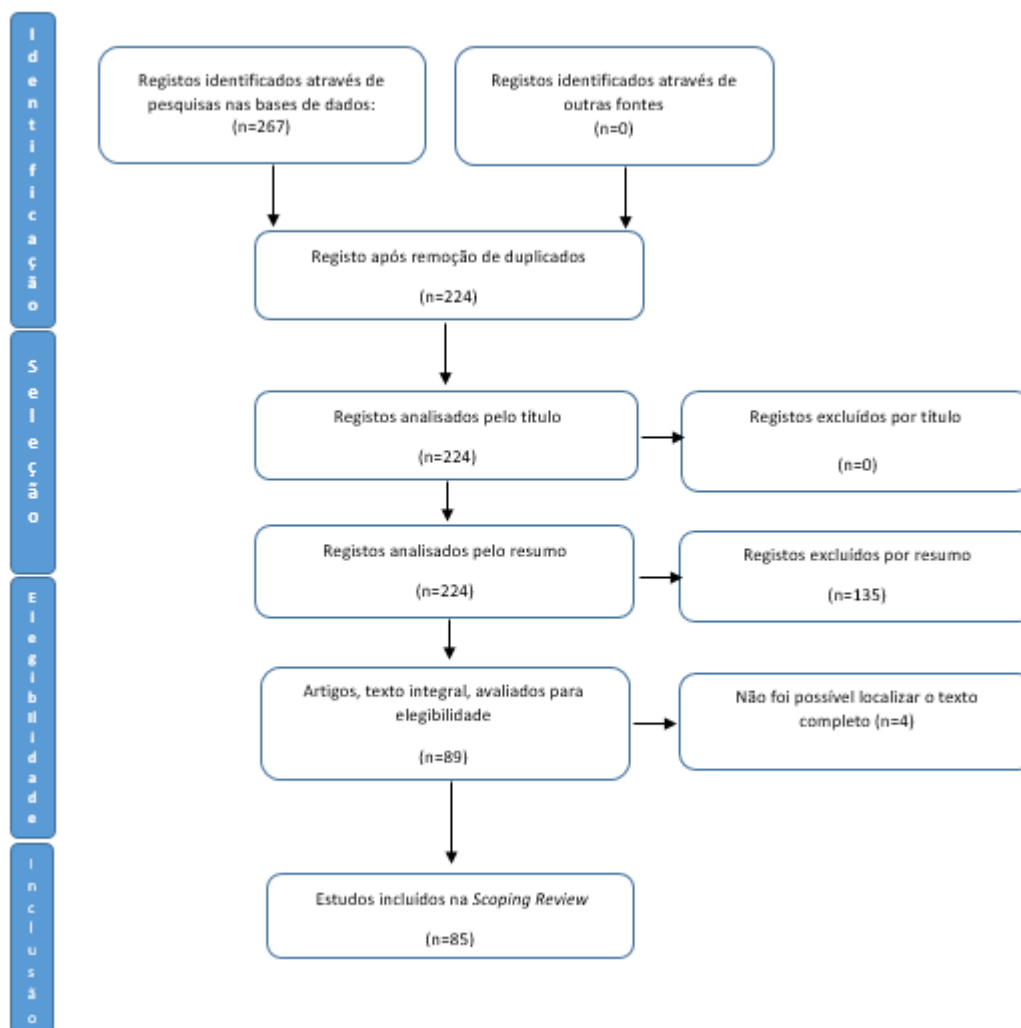
Quanto aos dados relativos aos estudos destacam-se: o ano de publicação, o país de origem e o tipo de estudo. Quanto aos dados relativos aos programas de intervenção salientam-se: as designações/nomes dos programas, estrutura (duração e frequência do programa/intervenção) e conteúdos/temáticas dos mesmos.

As categorias utilizadas no instrumento de extração de dados foram colocadas em forma de tabela e tiveram em consideração os objetivos da *scoping review*, de forma a ser apresentado um descritivo que lhes pudesse dar resposta (Peters et al., 2017).

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir desta *scoping review*. Todo o processo decorreu conforme programado inicialmente, sendo os resultados apresentados num fluxograma específico: PRISMA – ScR.

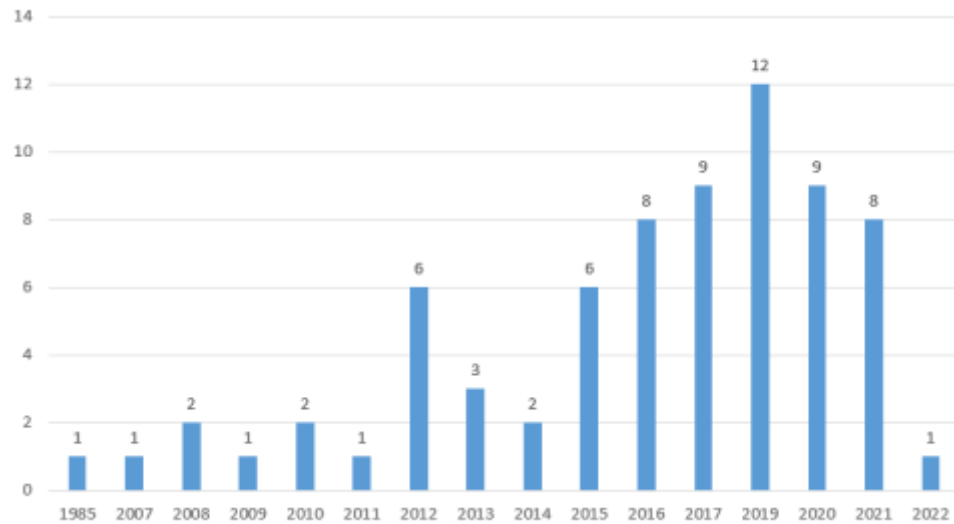
Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR



Ressalva-se, que, apesar da persistência no contacto dos autores e/ou outros intervenientes do processo de publicação, não foi possível aceder ao texto completo de quatro artigos.

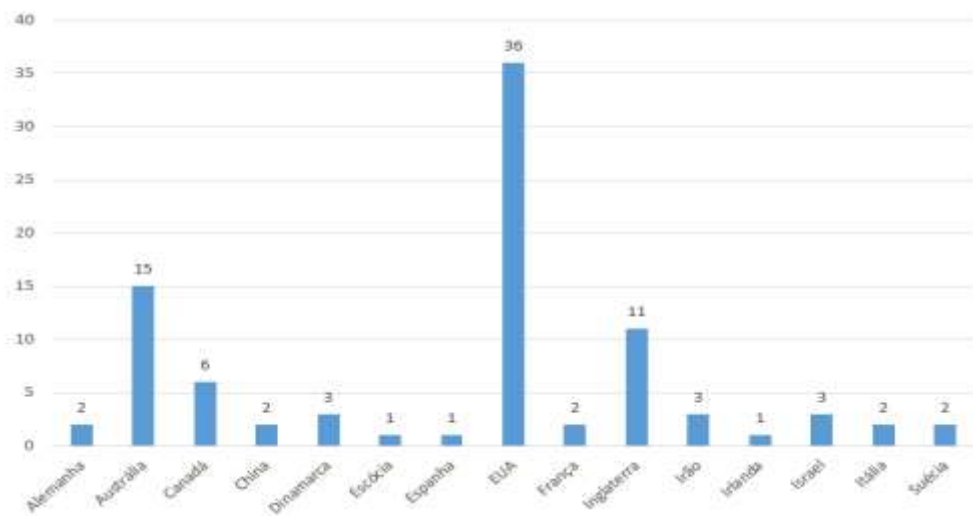
Quanto ao ano de publicação, os estudos variaram entre 1985 e 2022, podendo ser observada a sua distribuição quanto ao ano no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos incluídos por ano de publicação



Por outro lado, os estudos incluídos dispersaram quanto aos países de origem, realçando-se os EUA, a Austrália e Inglaterra como os países com um maior volume dos artigos encontrados e selecionados, conforme se apresenta no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos incluídos por país de origem



4.1. Características dos programas/intervenções analisados

Durante este trabalho foram identificados 85 artigos a referir programas/intervenções de Gestão da Dor Crónica baseados em *Mindfulness*. Nestes artigos verificou-se a referência a 54 programas e a 29 intervenções. De entre estes, verificou-se a existência de 37 estruturas diferentes. Estas diferenças são ao nível da duração do programa, do número de sessões, duração das sessões, frequência entre sessões, formato, entre outros. No que diz respeito aos conteúdos abordados, verificou-se a existência de 27 diferentes temáticas que variaram na sua forma de exposição, tais como via telefónica, áudio, *online* e presencial, em grupo e em formato individual. Não obstante as variações entre os programas analisados, verificou-se que todos eles tiveram como referência o programa MBSR, sendo por isso normal que tenha sido este o programa mais vezes referido. Assim, e dado tratar-se do programa referência, e no qual todos os outros se basearam, importa começar por apresentar este:

- Oito semanas de duração, sendo uma sessão por semana, presencial;
- Cada sessão possui tempo de duração entre duas horas e duas horas e meia;
- Os participantes praticam exercícios e técnicas entre uma sessão e outra, onde registam os relatos de cada experiência em formulários;
- Há a utilização de materiais audiovisuais nas sessões e, principalmente, nas práticas fora das sessões;
- As sessões ocorrem em formato grupal (entre 10 a 20 participantes);
- Como principais conteúdos, apresenta práticas de meditação formal e informal e exercícios de “*body scan*”, respiração e movimento corporal consciente;
- Inclui um dia de retiro com duração de 8 horas;
- Pode ser ministrado em clínicas, hospitais, universidades e similares;
- Pode ser aplicado como um complemento ao tratamento de patologias suscetíveis ao stress, como a dor crónica, cancro, fibromialgia, psoríase, recuperação pós-cirurgia bariátrica, entre outros (Kabat-Zinn, 2022).

Todos os 85 artigos foram exaustivamente analisados, tendo, para cada um destes, sido identificado o respetivo artigo, o tipo de estudo em causa, a amostra correspondente, o objetivo do programa/intervenção visado, o instrumento de avaliação utilizado, o tipo de

intervenção e os resultados obtidos, conforme pode ser verificado no Anexo I. Não obstante e de forma a responder de forma mais clara às questões de investigação em causa, optou-se por dividir os resultados obtidos a partir deste estudo em dois pontos, correspondentes às duas questões de investigação, tal como seguidamente apresentado.

Estrutura dos Programas e Intervenções

Em relação à estrutura dos programas, destaca-se o número de estudos (n=22) que preconizaram a duração de oito semanas, com duas horas e trinta minutos em cada sessão, replicando, assim, a estrutura do programa MBSR, de Jon Kabat-Zinn, descrito anteriormente. Apesar de todos os programas e intervenções terem seguido esta referência e um número relevante de programas o terem, inclusive, adaptado à sua estrutura, verificou-se uma grande variabilidade entre os programas e intervenções analisados no que diz respeito à sua estrutura, mais especificamente, ao nível da duração do programa/intervenção, frequência e duração das sessões.

Para cada um dos programas e intervenções identificados no âmbito deste trabalho, foi efetuada uma rigorosa análise e descrição da sua estrutura, a qual pode ser consultada no registo da extração de dados apresentado no Anexo I, na coluna “Intervenção”. Não obstante, apresentam-se nos quadros seguintes os respetivos conteúdos e referência bibliográfica dos artigos analisados. De referir que, para normalizar a análise, optou-se por definir cinco parâmetros principais: nº de semanas, nº de sessões, nº de sessões semanais, duração das sessões e formato, tendo-se optado ainda por um campo de notas, para informação considerada pertinente para a descrição do programa.

No quadro 5 são identificados quatro programas, todos com duração de oito semanas, sendo o primeiro o MBSR. Note-se que a duração das sessões é diferente entre todos eles.

Quadro 5 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (1 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|---|-----------------------------------|--|
| Nº Semanas | 8 | Allred, J. (2016); Beks, R. et al. (2017); Brotto, L. et al. (2020); Brown, C. et al. (2012); Donat, L. et al. (2022); Garland, E. et al. (2018); George, M. et al. (2017); Hanley, A. et al. (2019); Howarth, A. et al. (2016); La Cour, P., et al. (2015); Luiggi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Reiner, K. et al. (2013); Rozworska, K. et al. (2019); Schmidta, S. et al. (2015); Ussher, M. et al. (2012); Wong, S. et al. (2011); Yi, J. et al. (2018); Namjoo, S. et al. (2019); Omidi, A., Zargar, F. (2014); Roberts, R. et al. (2021); Zgierska, A. et al. (2021); |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 2h a 2h30min | |
| Formato | Grupo entre 10 a 20 participantes | |
| Notas: Estrutura do programa de origem MBSR - Inclui um dia de retiro com duração de 8 horas | | |
| Nº Semanas | 8 | Adrienne L., Neal A. & Zeidan, F. (2017) |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 30 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 8 | Allonea, C. et al. (2019) |
| Nº Sessões | 24 | |
| Nº Sessões semanais | 3 | |
| Duração Sessões | 1h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 8 | Burns, J. (2021); Eaton, E., et al. (2020); Morone, N. et al. (2009), |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 90 min | |
| Formato | Individual | |
| Notas: Com avaliações semanais dos resultados obtidos | | |

No quadro 6 são identificados mais quatro programas. O único ponto em comum entre estes é o facto de as sessões serem em grupo. Todos os outros parâmetros apresentam significativas variações.

Quadro 6 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (2 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|---|--------------|--|
| Nº Semanas | 8 | Ehde, D., et al. (2019) |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 2h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Sessões realizadas através de videoconferência | | |
| Nº Semanas | 8 | Esmer, G. et al. (2011); Garland, E. et al. (2013); Marske, C. et al (2020); |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 90 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 8 a 10 | Hatchard, T. et al. (2014); Khoo, E. et al. (2019); |
| Nº Sessões | 8 a 10 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 2 a 2h30 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Ao plano indicado é adicionado 1 sessão de prática intensiva de 45 minutos em casa. | | |
| Nº Semanas | 8 | Henriksson, J. et al. (2016) |
| Nº Sessões | 48 | |
| Nº Sessões semanais | 6 | |
| Duração Sessões | 20 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |

No quadro 7 identificam-se mais quatro programas. O único ponto em comum entre estes é o facto de as sessões serem em grupo. De notar que o último programa é composto apenas por uma intervenção de 25 minutos.

Quadro 7 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (3 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|--|-------------|-------------------------------|
| Nº Semanas | 8 | Hussain, N., Said, A. (2019) |
| Nº Sessões | 16 | |
| Nº Sessões semanais | 2 | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 8 | Rod, K. (2015) |
| Nº Sessões | 24 | |
| Nº Sessões semanais | 3 | |
| Duração Sessões | 1h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Ao plano indicado é adicionado 1h diária de Meditação <i>Minfulness</i> , em casa. | | |
| Nº Semanas | 8 a 10 | Williams, R. et al. (2021) |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 60 a 90 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | - | Brown, A., Becerra, R. (2017) |
| Nº Sessões | 1 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 25 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |

No quadro 8 identificam-se mais quatro programas. Entre estes verifica-se uma significativa variabilidade em todos os parâmetros, existindo, por exemplo, um programa com duração de 13 semanas e outro de apenas três semanas.

Quadro 8 – Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (4 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|-------------------------|--------|---|
| Nº Semanas | 13 | Andersena, T. et al. (2016) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | - | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 7 a 12 | Ball, E. et al. (2017); Burgess, D. (2020); Cramer. H. et al. (2012); Komandur, B. et al. (2017); Rosenzweig, S. et al. (2010); Cusens. B., et al. (2009) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | - | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 4 | Brintz, C. et al. (2020) |
| Nº Sessões | 16 | |
| Nº Sessões semanais | 4 | |
| Duração Sessões | 90 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 3 | Cathcart, S. et al. (2013) |
| Nº Sessões | 6 | |
| Nº Sessões semanais | 2 | |
| Duração Sessões | 1h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |

No quadro 9 identificam-se mais quatro programas. Tal como no quadro anterior, também entre estes verifica-se uma significativa variabilidade em todos os parâmetros. De salientar a existência de um programa onde existem sessões em grupo e individuais.

Quadro 9 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (5 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|--|-----------------|-------------------------------|
| Nº Semanas | 6 | Dowd, H., et al. (2015) |
| Nº Sessões | 12 | |
| Nº Sessões semanais | 2 | |
| Duração Sessões | 1h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 10 | Gardner-Nix, J. et al. (2008) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 2h | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 8 | Kabat-Zinn, J. et al. (1985) |
| Nº Sessões | 8 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 2h a 2h30min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | - | Kold, M., et al. (2012) |
| Nº Sessões | 10 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 1h30min | |
| Formato | Misto | |
| Notas: 5 sessões individuais e 5 sessões em grupo | | |

No quadro 10 identificam-se mais quatro programas. Tal como nos quadros anteriores, também entre estes verifica-se uma significativa variabilidade em todos os parâmetros. Nota para a existência de um programa onde as sessões ocorrem a um ritmo quase diário.

Quadro 10 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (6 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|-------------------------|-------------|------------------------------|
| Nº Semanas | - | Lestoquoy, A. et al. (2017) |
| Nº Sessões | 10 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 2h30 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 2 | Lüßmann, K. et al. (2021) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | - | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 4 | Martorella, G. et al. (2021) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 10 a 20 min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 6 | Mascaro, J. et al. (2021) |
| Nº Sessões | 42 | |
| Nº Sessões semanais | 7 | |
| Duração Sessões | 10 min | |
| Formato | Individual | |
| Notas: - | | |

No quadro 11 identificam-se mais quatro programas. Entre estes, tal como nos casos anteriores, a variabilidade de parâmetros mantém-se. Nota para o programa que inclui uma sessão a meio com a duração de seis horas.

Quadro 11 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (7 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|--|------------|---------------------------|
| Nº Semanas | 8 | Nathan, H. et al. (2017) |
| Nº Sessões | 9 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 2h30min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Uma das sessões ocorre a meio do curso, num fim-de-semana, com a duração de 6h | | |
| Nº Semanas | - | Reiner, K. et al. (2016) |
| Nº Sessões | 1 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 20min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Uma única sessão denominada de sessão de aprendizagem | | |
| Nº Semanas | 6 | Simmons, L. et al. (2019) |
| Nº Sessões | 36 | |
| Nº Sessões semanais | 6 | |
| Duração Sessões | 60min | |
| Formato | Individual | |
| Notas: As sessões são realizadas por via telefonica | | |
| Nº Semanas | - | Tsur, N. et al. (2019) |
| Nº Sessões | 1 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 90min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: - | | |

No quadro 12 identificam-se mais quatro programas. O primeiro programa identificado descreve a estrutura mais reduzida encontrada. Trata-se de um programa que se resume a uma intervenção de um minuto.

Quadro 12 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (8 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|--|-------|------------------------------|
| Nº Semanas | - | Westenberg, R. et al. (2018) |
| Nº Sessões | 1 | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | 1min | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Esta foi a intervenção de mais curta duração identificada neste trabalho. | | |
| Nº Semanas | 4 | Sherman, D. et al. (2008) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | - | |
| Notas: - | | |
| Nº Semanas | 26 | Zgierska, A. et al. (2019) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | - | |
| Notas: Esta foi a intervenção de mais longa duração identificada neste trabalho. | | |
| Nº Semanas | 6 | Zhou, J. et al. (2018) |
| Nº Sessões | 6 | |
| Nº Sessões semanais | 1 | |
| Duração Sessões | 10min | |
| Formato | Misto | |
| Notas: Além das sessões semanais, este programa implicava 10 minutos de exercícios diários, realizados em casa. | | |

No quadro 13 identifica-se o último programa.

Quadro 13 - Estrutura dos Programas e Intervenções analisados (9 de 9)

| Estrutura dos Programas | | Referências |
|---|-------|------------------------|
| Nº Semanas | 1 | Zorn. J. et al. (2020) |
| Nº Sessões | - | |
| Nº Sessões semanais | - | |
| Duração Sessões | - | |
| Formato | Grupo | |
| Notas: Esta intervenção tem a duração de um fim-de-semana. | | |

Em suma, como pode ser verificado pelos quadros acima expostos, a grande maioria dos programas abordados nos artigos selecionados, utiliza a mesma estrutura do MBSR, como referido nos estudos de Allred, J. (2016); Beks et al. (2017); Brotto et al. (2020); Brown et al. (2012); Donat et al. (2022); Garland et al. (2018); George et al. (2017); Hanley et al. (2019); Howarth et al. (2016); La Cour et al. (2015); Luiggi-Hernandez et al. (2018); Bawa et al. (2021); Reiner et al. (2013); Rozworska et al. (2019); Schmidta et al. (2015); Ussher et al. (2012); Wong et al. (2011); Yi et al. (2018); Namjoo et al. (2019); Omid, A. & Zargar, F. (2014); Roberts et al. (2021) e Zgierska et al. (2021); Outro programa várias vezes referido adota os parâmetros do MBSR, à exceção da duração, e do retiro de oito horas, sendo que ao invés de uma duração de duas a duas horas e meia, apresenta uma duração de 90 minutos, como referido nos artigos Esmer et al. (2011); Garland et al. (2013) e Marske et al (2020); Outro programa, também ele mais que uma vez mencionado, tem exatamente esta estrutura, mas muda o formato, sendo este de sessões individuais e o retiro de oito horas, como verificado nos estudos de Burns, J. (2021); Eaton et al. (2020) e Morone et al. (2009). Outro programa que também tem várias referências, identifica uma duração que varia entre sete a doze semanas, não apresentando informação sobre os outros parâmetros de análise, salientando os artigos de Ball et al. (2017); Burgess, D. (2020); Cramer et al. (2012); Komandur et al. (2017); Rosenzweig et al. (2010) e Cusens et al. (2009). De notar ainda a existência de um programa que dura 26 semanas, como verificado no estudo de Zgierska et al. (2019) e outro que consiste apenas numa intervenção de 60 segundos, como representado no estudo de Westenberg et al. (2018). Um aspeto também a realçar é o meio de comunicação utilizado. Além do tradicional programa presencial e do cada vez mais comum programa *online*,

verificou-se a existência de um programa por via telefónica, como visado no artigo de Simmons et al. (2019). Por último, de referir que vários programas não forneciam a informação de todos os parâmetros considerados, o que inviabilizou uma caracterização e consequente comparação mais detalhada.

Conteúdos dos Programas e Intervenções

Nos 85 artigos selecionados, como já referido, verificou-se a referência a 54 programas e a 29 intervenções. De entre estes, verificou-se a existência de 27 conteúdos diferentes, a saber: Meditação, Respiração, "*Body scan*", Movimento corporal consciente, *Mindfulness* na vida diária, Consciência gentil, Exercícios de atenção plena, Educação em fisiologia e teoria da dor, Estratégias para enfrentar a dor, Comunicação assertiva, Estratégias de aceitação, Reestruturação de pensamentos readaptativos, Educação sobre o impacto do stresse na dor, Citações inspiradoras, Yoga, Psicologia positiva, Terapia cognitivo-comportamental, Estratégias de intervenção integrativa, Técnicas de degustação, Alvos sensoriais, Descentralização, Compaixão, Treino de relaxamento, Reestruturação cognitiva, Alimentação consciente, Bondade amorosa e Treino de resolução de problemas.

No entanto, importa salientar que entre os 27 conteúdos referidos nos 85 artigos, existe uma grande variação nos conteúdos programáticos incluídos. Verificou-se que mais de metade dos artigos dão ênfase à temática Meditação, com foco no corpo - *body scan* - e com foco na respiração. Outras temáticas amplamente exploradas são o Movimento corporal consciente, o *Mindfulness* na vida diária e a Consciência Gentil. Por outro lado, verificou-se também temáticas pouco realçadas nos diversos artigos, sendo que algumas delas apenas foram referidas num artigo, tais como a Reestruturação cognitiva, o Treino de resolução de problemas, a Psicologia positiva, entre outros.

Para cada um dos programas e intervenções identificados no âmbito deste trabalho, foi efetuada uma rigorosa análise e descrição dos seus conteúdos, a qual pode ser consultada no registo da extração de dados apresentado no Anexo I, na coluna "Intervenção". Não obstante, nos quadros seguintes são identificadas todas as referências encontradas para cada um dos conteúdos existentes.

Quadro 14 – Conteúdo dos programas e intervenções (1 de 4)

| Conteúdos dos Programas | Referências |
|------------------------------|--|
| Meditação <i>Mindfulness</i> | Brown & Becerra, 2017; Allred, J. (2016); Ball, E. et al. (2017); Bawa, F., et al. (2015); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Burns, J. et al. (2021); Cathcart, S., et al. (2013); Donat, L., et al. (2022); Cramer. H., et al. (2012); Delgado, L., et al. (2012); Dowd, H., et al. (2015); Eaton, E., et al. (2020); Esmer, G., et al. (2012); George, M., et al. (2017); Henriksson, J., et al. (2016); Howarth, A., et al. (2016); Hussain, N., Said, A. (2019); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); La Cour, P., Petersen, M. (2015); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luiggi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Mascaro, J. et al. (2021); Mehan, S., Morris, J. (2018); Moroni, N., et al. (2009); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013); Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rosenzweig, S., et al. (2010); Rozworska, K., et al. (2019); Senders, A., et al. (2018); Simmons, L., et al. (2019); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Sherman, D., et al. (2008); Williams, R., et al. (2021); Wong, S., et al. (2011); Yi, J., et al. (2018); Zgierska, A., et al. (2019); Zgierska, A., et al. (2021); Zorn, J., et al. (2020); Cusens. B., et al. (2009) |
| Respiração | Brown & Becerra, 2017; Allonea, C., et al. (2019); Brown, C., Jones, A. (2012); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Cathcart, S., et al. (2013); Cramer. H., et al. (2012); Delgado, L., et al. (2012); George, M., et al. (2017); Henriksson, J., et al. (2016); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); Kold, M., et al. (2012); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luiggi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Martorella, G. et al. (2021); Mascaro, J. et al. (2021); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013); Reiner, K. et al. (2016); Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rod, K. (2015); Rozworska, K., et al. (2019); Senders, A., et al. (2018); Simmons, L., et al. (2019); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zgierska, A., et al. (2021); Cusens. B., et al. (2009) |

Como exposto nas páginas anteriores, torna-se claro pelo número de referências identificadas que a meditação e a respiração são, sem dúvida, os conteúdos mais abordados.

O quadro 15 mostra que, tal como a meditação e a respiração, também o *body scan* é amplamente referido. Estes resultados corroboram os resultados relatados nas páginas anteriores.

Quadro 15 - Conteúdo dos programas e intervenções (2 de 4)

| Conteúdos dos Programas | Referências |
|--|--|
| <i>Body Scan</i> | Allonea, C., et al. (2019); Brown, C., Jones, A. (2012); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Donat, L., et al. (2022); Cramer. H., et al. (2012); Delgado, L., et al. (2012); Eaton, E., et al. (2020); George, M., et al. (2017); Henriksson, J., et al. (2016); Howarth, A., et al. (2016); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); Kold, M., et al. (2012); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luiggi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Mascaro, J. et al. (2021); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013); Rozworska, K., et al. (2019); Senders, A., et al. (2018); Simmons, L., et al. (2019); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zgierska, A., et al. (2021); Martorella, G. et al. (2021); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013) Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rod, K. (2015); Rozworska, K., et al. (2019); Senders, A., et al. (2018); Ussher, M., et al. (2012); Veehof, M., et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zhou, J., et al. (2018), Cusens. B., et al. (2009) |
| Educação em fisiologia e teoria da dor | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016) |
| Estratégias para enfrentar a dor | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016); Komandur, B., et al. (2017); Roberts, R., et al. (2021). |
| Exercícios de atenção plena | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016); Burns, J. et al. (2021); Bawa, F., et al. (2015); Donat, L., et al. (2022); Delgado, L., et al. (2012); Marske, C., et al. (2020); Schmidta, S., et al. (2015); Tsur, N., et al. (2019) Westenberg, R., et al. (2018); Zgierska, A., et al. (2021) |
| Comunicação assertiva | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016) |

O quadro 16 apresenta sete conteúdos identificados. De notar que o Movimento corporal consciente e o *Mindfulness* na vida diária são conteúdos amplamente difundidos, ao contrário dos restantes, existindo, inclusive, casos com apenas uma referência.

Quadro 16 - Conteúdo dos programas e intervenções (3 de 4)

| Conteúdos dos Programas | Referências |
|--|---|
| Estratégias de aceitação | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016); Bawa, F., et al. (2021); Roberts, R., et al. (2021) |
| Reestruturação de pensamentos desadaptativos | Andersena, T. & Vaegterbc, H. (2016) |
| Movimento corporal consciente | Brown, C., Jones, A. (2012); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Cramer, H., et al. (2012); Burns, J. et al. (2021); Delgado, L., et al. (2012); Eaton, E., et al. (2020); George, M., et al. (2017); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luigi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013) Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rod, K. (2015); Esmer, G., et al. (2012); Rozworska, K., et al. (2019); Senders, A., et al. (2018); Simmons, L., et al. (2019); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zgierska, A., et al. (2021) |
| <i>Mindfulness</i> na vida diária | Brown, C., Jones, A. (2012); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Cramer, H., et al. (2012); Delgado, L., et al. (2012); George, M., et al. (2017); Garland, E., et al. (2013); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); Kold, M., et al. (2012); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luigi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013) Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rozworska, K., et al. (2019); Schmidta, S., et al. (2015); Senders, A., et al. (2018); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zgierska, A., et al. (2021); Zorn, J., et al. (2020) |
| Educação sobre o impacto do stress na dor | Donat, L., et al. (2022); Roberts, R., et al. (2021) |
| Citações inspiradoras | Donat, L., et al. (2022) |
| Psicologia positiva | Garland, E., et al. (2013) |

O quadro 17 apresenta 13 conteúdos identificados. A consciência gentil destaca-se de forma clara como conteúdo mais vezes referido nos artigos. De notar, por último, a diversidade de conteúdos verificada.

Quadro 17 - Conteúdo dos programas e intervenções (4 de 4)

| Conteúdos dos Programas | Referências |
|--|---|
| Consciência gentil | Brown, C., Jones, A. (2012); Brintz, C., et al. (2020); Bawa, F., et al. (2015); Cramer, H., et al. (2012); Delgado, L., et al. (2012); George, M., et al. (2017); Henriksson, J., et al. (2016); Jinich-Diamant, A., et al. (2020); Kabat-Zinn, J., et al. (1985); Khoo, E., et al. (2019); Lestoquoy, A. et al. (2017); Luiggi-Hernandez, J., et al. (2018); Bawa, F., et al. (2021); Marske, C., et al. (2020); Mehan, S., Morris, J. (2018); Namjoo, S., et al. (2019); Nathan, H., et al. (2017); Omid, A., Zargar, F. (2014); Reiner, K., et al. (2013) Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019); Rozworska, K., et al. (2019); Schmidta, S., et al. (2015); Senders, A., et al. (2018); Veehof, M., w et al. (2016); Weston, E., et al. (2019); Wong, S., et al. (2011); Zgierska, A., et al. (2021) |
| Yoga suave | Adrienne L., Neal A. & Zeidan, F. (2017), Esmer, G., et al. (2012); Schmidta, S., et al. (2015) |
| Terapia cognitivo-comportamental (TCC) | Garland, E., et al. (2013) |
| Estratégia de intervenção integrativa | Garland, E., et al. (2013); Lestoquoy, A. et al. (2017) |
| Técnicas de degustação | Garland, E., et al. (2013), Garland, E., et al. (2018), Hanley, A., et al. (2019), Jinich-Diamant, A., et al. (2020) e Roberts, R., et al. (2021). |
| Alvos sensoriais | Garland, E., et al. (2018); Kold, M., et al. (2012) |
| Descentralização | Garland, E., et al. (2018) |
| Compaixão | Garland, E., et al. (2018); Henriksson, J., et al. (2016); Marske, C., et al. (2020) |
| Treino de relaxamento | Hatchard, T., et al. (2014) |
| Reestruturação cognitiva | Hatchard, T., et al. (2014) |
| Treino de resolução de problemas | Hatchard, T., et al. (2014) |
| Alimentação consciente | Rod, K. (2015) |
| Bondade amorosa | Simmons, L., et al. (2019); Zgierska, A., et al. (2021) |

Em suma, como pode ser verificado pelos quadros acima expostos, a grande maioria dos conteúdos abordados nos artigos selecionados foca os conteúdos originais do programa MBSR. De notar que estes visam essencialmente trazer a consciência ao momento presente, estar atento a pensamentos e emoções sem julgamento. Vários dos conteúdos identificados, embora com denominações, e até objetivos diferentes, partem destes pressupostos. Ou seja, apesar de existirem dezenas de conteúdos identificados, os princípios fundamentais pelos quais se regem são idênticos, bem como a sua finalidade, sendo aqueles que estão presentes no MBSR.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se analisar e discutir os resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior. Desde logo, importa salientar a inexistência de referências a programas/intervenções a nível nacional, bem como a escassez a nível internacional de programas/intervenções diversificados de Gestão da Dor Crónica baseados em *Mindfulness*. Tal pode ser verificado pelo facto de terem sido identificados e analisados 85 artigos no decorrer deste trabalho, dos quais 54 fazem referência a programas, sendo que todos estes, como referido no capítulo anterior, tem o mesmo programa (MBSR) como referência.

Sendo o objetivo deste trabalho responder às questões de investigação “Quais os conteúdos de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?” e “Qual a estrutura de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?” optou-se por dividir a discussão dos resultados nestes dois pontos, de forma a conseguir abordá-los de forma mais clara e objetiva.

5.1. Estrutura dos Programas e Intervenções

Para a elaboração deste ponto, analisou-se a estrutura de todos os programas e intervenções identificados nos 85 artigos estudados, tendo sido realizada uma análise individual, a qual pode ser consultada no Anexo I.

Como evidenciado no capítulo anterior, o MBSR é o programa de referência, pelo que não é de estranhar, portanto, que a sua estrutura seja aquela que mais vezes foi adotada nos programas encontrados, nos vários artigos analisados. Não obstante, verificou-se uma grande variabilidade no que à duração e frequência diz respeito, tal como pode ser verificado no quadro 18, o qual são apresentados, em forma de resumo, os valores mínimos e máximos de cada um dos parâmetros identificados, de forma a demonstrar a variação existente.

Quadro 18 – Parâmetros mínimos e máximos das Estrutura dos programas e intervenções analisados

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| Nº Semanas | Entre 1 e 26 |
| Nº Sessões | Entre 1 e 48 |
| Nº Sessões semanais | Entre 1 a 7 |
| Duração Sessões | 60 Segundos a 2,5 horas. |
| Formato | Grupo, Misto e Individual |

Da análise efetuada salientam-se os principais parâmetros, uma vez que são estes que praticamente compõem as estruturas dos programas:

- Nº Semanas
- Nº Sessões
- Nº Sessões semanais
- Duração Sessões
- Formato

Em seguida analisa-se cada um destes parâmetros em maior detalhe.

Em relação ao número de semanas, encontrou-se um grande número de artigos a fazer referência a um programa de oito semanas de duração. Uma vez mais, realça-se o programa MBSR como base para os programas existentes, e na origem dos artigos analisados, como explicação para este facto. Os demais artigos apresentam uma grande variabilidade quanto a este parâmetro, fazendo referência a uma intervenção isolada de 60 segundos, até um programa de 26 semanas. Verifica-se que, nos casos em que a duração consiste numa única intervenção, o foco é sobretudo dar a conhecer aos participantes o conteúdo em causa. São intervenções cujo objetivo é consciencializar para a temática. Já quando os programas têm duração de várias semanas, o objetivo não é apenas dar a conhecer os conteúdos, mas provocar também o envolvimento do participante por meio da prática de exercícios, para que este não só conheça as ferramentas existentes, mas, também, crie o hábito de as utilizar. Este tipo de programa visa provocar uma mudança no participante, através dos vários benefícios provenientes da prática.

No que diz respeito ao número de sessões, verificou-se que o número mínimo identificado foi de uma sessão, o que corresponde a intervenções realizadas isoladamente, visado nos estudos de Brown, A. & Becerra, R. (2017); Westenberg et al. (2018); Tsur et al. (2019); Reiner

et al. (2016). O número máximo, 48, corresponde a um programa com duração de oito semanas, com seis sessões semanais, como referido no estudo de Henriksson et al. (2016). Não obstante, a grande maioria dos programas identificados consistiam numa única sessão semanal, ao longo de oito semanas, sendo estes parâmetros iguais aos do MBSR. Tal como exposto no parâmetro anterior, verifica-se que o número de sessões está diretamente ligado aos objetivos do programa ou da intervenção. Ou seja, quanto maior é o número de sessões, mais evidente é que o objetivo do programa vai para além da aquisição de conhecimento sobre os temas em discussão, perspetivando-se, sobretudo, que o participante experiencie a mudança em si – proveniente das práticas e exercícios realizados.

Quanto ao número de sessões semanais, a grande maioria dos artigos refere uma sessão por semana, uma vez mais, seguindo o exemplo do programa MBSR. Não obstante, vários artigos fizeram referência a programas com duas sessões semanais e outros a programas com sessões diárias. De salientar que alguns programas, além das sessões formais em grupo, incluíam sessões e /ou exercícios a realizar em casa pelos formandos / pessoas. O número de sessões semanais não está apenas diretamente ligado aos objetivos do programa, mas muitas vezes também ao público-alvo, à disponibilidade e até aos recursos existentes.

No que diz respeito à duração das sessões, apuraram-se algumas variações. A grande maioria refere a duração de duas horas a duas horas e meia, parâmetro também utilizado do programa de referência, MBSR. No entanto, quando comparados os vários artigos, verificaram-se variações entre si, mas em todos os casos com sessões de menor duração. Salienta-se ainda a sessão mais curta, que tem uma duração de 60 segundos, como verificado no estudo de Westenberg et al. (2018).

Quanto ao último parâmetro, formato, realçamos três tipos: sessões individuais, em grupo e mistos (algumas sessões em grupo e as restantes individuais). No entanto, as sessões em grupo é o formato maioritariamente utilizado. Não obstante, é importante referir que em vários artigos, a informação do formato do programa ou intervenção não estava disponível.

Por último, no que diz respeito ao contexto, estes programas são descritos como sendo de implementação presencial (por exemplo, no estudo de Eaton et al. (2020), ou virtual (como na investigação de Martorella et al., 2021). Apesar de a ação presencial facilitar a interação, a comunicação, o desenvolvimento da relação entre a pessoa que ensina e a ensinada, um *feedback* constante no processo de educação e um maior envolvimento dos participantes nos exercícios que são realizados, a ação virtual dos programas de gestão da dor crónica

através de *Mindfulness* pode permitir uma maior acessibilidade aos participantes e flexibilidade na administração, assim como uma redução nos gastos (Martorella et al., 2021).

Estes programas alcançam: indivíduos - organismos únicos e indivisíveis; grupos – conjuntos de indivíduos interagindo entre si e que possuem finalidades comuns (Lancaster e Stanhope, 2011); organizações - grupos de indivíduos, onde existe um conjunto definido de relações de autoridade (Sobral, 2008); populações – conjuntos de indivíduos com uma ou mais características pessoais ou ambientais comuns (Lancaster e Stanhope, 2011); e comunidades – conjuntos de pessoas que interagem e que desenvolvem e partilham instituições e ambiente físico (Lancaster e Stanhope, 2011).

Estes programas/intervenções foram realizados todos a nível internacional, em regiões urbanas e rurais (exemplo de estudo em regiões rurais e semi-rurais: Gardner-Nix et al., 2008 e Marske et al 2020), respondendo a necessidades de pessoas incluídas em contextos multiculturais.

Concluindo, constata-se que a estrutura vai sempre depender dos objetivos e da finalidade do programa/intervenção, do público-alvo, dos recursos utilizados, bem como dos resultados que se pretendem alcançar.

5.2. Conteúdos de Programas e Intervenções

Para a elaboração deste ponto, analisaram-se os conteúdos de todos os programas e de todas as intervenções identificados nos 85 artigos estudados, tendo sido realizada uma análise individual, a qual pode ser consultada no registo da extração de dados apresentados no Anexo I. Desde logo, também neste âmbito, a principal conclusão a retirar da análise aos resultados é que os conteúdos baseiam-se no MBSR. Tal deve-se ao facto de este programa, não focando todos os 27 conteúdos identificados, ter como base exercícios de meditação *Mindfulness*, com foco no corpo: “*body scan*”, foco na respiração e foco no movimento corporal consciente, mas também visar um conjunto de práticas que advogam a atenção plena, utilizando para tal vários exercícios que mais não são do que colocar a atenção nas tarefas do dia-a-dia (comer, caminhar, entre outros). Adicionalmente, este procura provocar uma alteração na forma como a pessoa se relaciona com os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais. Assim, verifica-se que todos os conteúdos, apesar de ter

denominações diferentes, partem sempre destes princípios.

Ao todo foram identificadas 27 temáticas/conteúdos. No quadro 19 são apresentados todos os conteúdos e as temáticas dos programas/intervenções analisados.

Quadro 19 – Conteúdos e Temáticas dos programas e intervenções analisados

| Conteúdos / Temáticas | |
|---|--|
| ✓ Meditação | ✓ Yoga |
| ✓ Respiração | ✓ Psicologia positiva |
| ✓ “Body scan” | ✓ Terapia cognitivo-comportamental |
| ✓ Movimento corporal consciente | ✓ Estratégias de intervenção integrativa |
| ✓ <i>Mindfulness</i> na vida diária | ✓ Técnicas de degustação |
| ✓ Consciência gentil | ✓ Alvos sensoriais |
| ✓ Exercícios de atenção plena | ✓ Descentralização |
| ✓ Educação em fisiologia e teoria da dor | ✓ Compaixão |
| ✓ Estratégias para enfrentar a dor | ✓ Treino de relaxamento |
| ✓ Comunicação assertiva | ✓ Reestruturação cognitiva |
| ✓ Estratégias de aceitação | ✓ Alimentação consciente |
| ✓ Reestruturação de pensamentos readaptativos | ✓ Bondade amorosa |
| ✓ Educação sobre o impacto do stresse na dor | ✓ Treino de resolução de problemas. |
| ✓ Citações inspiradoras | |

Múltiplos estudos abordaram apenas uma intervenção, ou um conjunto de intervenções que focavam maioritariamente na meditação, sendo a grande maioria baseada no programa de Jon Kabat- Zinn – MBSR, como MM, a qual usa as atividades cotidianas, como respirar, sentar, deitar e caminhar e transforma-as em meditação por meio da atenção direcionada às sensações, pensamentos ou emoções.

Dentro desta, destacam-se as técnicas: 1) “*Body scan*” – **atenção focado no corpo**, onde, na posição deitada o participante é orientado a colocar a sua atenção sem julgamento em cada área do corpo desde os dedos dos pés até o topo da cabeça; 2) prática sentada - **atenção focada na respiração** enquanto está sentado numa cadeira ou numa almofada de meditação no chão; 3) meditação a andar – **movimento corporal consciente**, que é uma caminhada lenta com atenção focada na sensação do corpo e/ou na respiração. Concluiu-se, assim, que a implementação destas técnicas cobre a vasta maioria dos conteúdos utilizados nas IBMs analisadas.

Um ponto relevante é que dos 54 artigos que fazem referência a programas, apenas um atribuiu uma denominação própria ao programa. Foi o caso do programa construído para a dor crónica: “*Mindfulness – viver com a dor*”; inserido no estudo de Henriksson, et al. (2016).

Este foi desenvolvido com a intenção de ajudar pessoas com dor crónica a encontrar novas formas de lidar com a sua dor. O programa foi baseado no programa MBPM originalmente desenvolvido Vidyamala Burch e Breathworks (Cusens et al., 2010), descrito no Capítulo 1, sendo que, tal como referido anteriormente, também este teve como modelo o programa MBSR.

Este programa de gestão da dor baseado em *Mindfulness* envolvia exercícios comuns de IBM, como o “*body scan*”, movimentos conscientes, âncoras de respiração e consciência gentil (uma prática de meditação preocupada com o desenvolvimento da bondade amorosa) que mostrou efeitos em vários problemas de saúde relacionados à dor, incluindo diminuição da catastrofização e, em particular, aumento da aceitação da dor e um efeito positivo na consciência de estímulos positivos (Cusens et al., 2010).

O programa foi adaptado para uma versão *online* sueca pela *Mindfulness Center*. A adaptação do programa envolveu uma redução dos exercícios incluídos no programa original, para 10 minutos cada. A necessidade de tempo foi reduzida de um total de 60 horas no programa original MBSR para cerca de 16 horas. Os principais componentes do programa são os exercícios de *Mindfulness* de 10 minutos que os participantes realizam duas vezes por dia. O programa começa com um vídeo introdutório de 10 minutos onde obtinham informação sobre o treino. Cada uma das oito semanas (referidas aqui como etapas) tem um tema separado. Estes são, em ordem de apresentação: (1) o corpo que respira, (2) habitar no corpo, (3) atenção plena ao mover e viver, (4) aceitação e autocompaixão, (5) o tesouro do prazer, (6) ser inteiro, (7) voltar-se para fora – compaixão pelos outros e (8) a jornada contínua – viver com escolha.

Cada semana de treino começou com um pequeno arquivo de áudio de três a quatro minutos onde descrevia as próximas semanas de prática e o que fazer. No meio de cada semana, os participantes recebiam outro arquivo de áudio de três a quatro minutos para apoiar a prática. Para ajudar os participantes a manter o foco e o interesse, existia uma grande variedade de exercícios de 10 minutos; quatro diferentes “*body scan*” e quatro diferentes âncoras de respiração e variações de movimentos conscientes que eram simples e fáceis de executar. As seguintes práticas de compaixão são uma parte importante do programa: “bondade fluindo, tesouro de prazer, bondade consigo mesmo e bondade para com os outros”.

No que diz respeito apenas a intervenções, importa fazer referência a três, uma vez que diferem das intervenções base e provenientes do programa MBSR.

A primeira intervenção denomina-se “**Mindfulness in Action**”, referida no estudo de Dowd et al. (2015). Esta intervenção informatizada e modificada teve como base o programa existente de terapia cognitiva baseado em *Mindfulness – MBTC*, descrito no Capítulo 1, sendo que, tal como referido anteriormente, também este teve como modelo o programa MBSR. Esta intervenção inclui uma componente de psicoeducação, um foco de prática de *Mindfulness* e um componente de mudança cognitiva e comportamental e tem como objectivo a diminuição da angústia da dor e da dor autorrelatada, a diminuição da catastrofização, a aceitação da dor, o bem-estar subjetivo, bem como a atenção plena autorrelatada.

A segunda intervenção diferenciada, denominada “**Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP)**”, referida no estudo de Burgess et al. (2020), teve como objetivo avaliar a eficácia de duas *IBMs* na melhoria da dor e das patologias de saúde mental. Estas intervenções dividiram-se em *Mobile Group LAMP*, que consiste em módulos pré-gravados apresentados por um instrutor de *Mindfulness* que são visualizados num ambiente de grupo *online* e intercalados com discussões conduzidas por um facilitador; e o *Mobile LAMP*, que consiste nos mesmos módulos pré-gravados, mas não inclui a componente de grupo.

Por fim, a última intervenção diferenciada denomina-se de “**Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement**” (**MORE**) e é referida em 5 artigos - Garland et al. (2013), Garland et al. (2018), Hanley et al. (2019), Jinich-Diamant et al. (2020) e Roberts et al. (2021). Esta intervenção é utilizada com um tratamento para o uso indevido de opióides prescritos em pacientes com dor crónica. A sequência de tratamento MORE começa com uma base de treino de atenção plena que, em virtude dos seus efeitos no aumento da capacidade de controlo cognitivo, visa facilitar a reavaliação e as habilidades de degustação introduzidas posteriormente na intervenção. O MORE aproveita essa sinergia de técnicas de atenção plena, reavaliação e degustação, para reduzir o desejo por drogas. Desta forma, o MORE tem como alvo a desregulação hedónica que sustenta o uso indevido de opióides - uma espiral descendente de sensibilização à dor e aos sinais relacionados com drogas, juntamente com a diminuição da capacidade de resposta às recompensas naturais que compelem o aumento da dose de opióides como meio de preservar uma sensação cada vez menor de bem-estar (Garland et al, 2018).

CONCLUSÃO

A dor não é simplesmente uma consequência da ativação do sistema nociceptivo à periferia por uma determinada lesão, ela reflete um conjunto de fenómenos complexos nos quais o cérebro é o maestro (Apkarian et al., 2005). Importa referir que a dor crónica é um fenómeno biopsicossocial muito complexo, sendo difícil de avaliar e tratar exigindo uma abordagem multidisciplinar. A maioria dos tratamentos farmacológicos disponíveis não é totalmente eficaz e estão associados a múltiplos efeitos secundários. Um dos pontos mais relevantes é a componente emocional. Existem evidências de que a dor emocional prejudica a componente física, agravando a perceção da dor sentida. Nesse contexto, é importante desenvolver esforços no sentido de integrar as intervenções psicossociais na abordagem da dor crónica.

Nos últimos anos têm surgido novas terapias comportamentais que têm originado resultados muito promissores na abordagem da pessoa com dor crónica, não apenas pela sua ação direta sobre a intensidade da dor, mas também pelo seu papel na otimização de algumas doenças. Entre as várias terapias desta nova geração, denominadas de terapias comportamentais de terceira geração, o *Mindfulness* tem-se revelado, por um lado, como uma terapia que tem obtido resultados cada vez mais positivos na abordagem da pessoa com dor crónica e, por outro lado, tem tido boa aceitação por parte da comunidade científica, uma vez que é evidenciada, em múltiplos trabalhos científicos, a eficácia da utilização de *Mindfulness* na redução da dor, do stresse, da depressão, da insónia e na melhoria da funcionalidade da pessoa. Dessa forma, era de todo pertinente realizar este trabalho e conhecer quais os programas e intervenções existentes a nível nacional e internacional.

Como tal, o presente estudo teve como objetivo, numa primeira fase, mapear os programas existentes de Gestão da dor crónica baseados em *Mindfulness* e, seguidamente, e para cada um dos programas identificados, compreender, descrever e detalhar as estruturas e os conteúdos destes programas, de forma a responder às duas questões de investigação que estiveram na base deste trabalho: “Quais os conteúdos de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?” e “Qual a estrutura de um programa baseado em *Mindfulness* para o alívio da Dor Crónica?”.

Nesta pesquisa, encontraram-se múltiplos estudos, com programas e intervenções que afluem no conceito de Gestão da Dor Crónica e *Mindfulness*. Este trabalho culminou com a

identificação de 85 estudos a referir programas/intervenções de Gestão da Dor Crónica baseados em *Mindfulness*. Estes foram caracterizados de forma tão exaustiva quanto possível, tendo em consideração as questões de investigação a responder, bem como a informação disponível sobre cada um destes.

A principal conclusão que se retirou deste trabalho é que todos os programas e intervenções existentes têm como referência o mesmo programa, o MBSR, de Jon Kabat- Zinn. Assim, tendo o MBSR como base, identificaram-se 54 programas e 29 intervenções, sendo que, após uma análise individual, foram identificadas 37 diferentes estruturas e 27 conteúdos distintos. Nestas, a diferença residiu no número, na duração, no espaçamento entre sessões, entre outros. Apesar destes programas e intervenções visarem o mesmo, uns apresentam ações concretas, objetivos e contextos definidos e outros apresentam objetivos mais abrangentes, não se focando na intervenção direta sobre a dor, mas, sim, na consciencialização do maior número de pessoas para os seus benefícios. Tal explica a enorme variabilidade de estruturas encontradas, que foram desde uma intervenção de apenas 60 segundos, passando por programas (a grande maioria) de várias semanas, até um programa com a duração de meio ano (26 semanas).

Tendo em consideração os objetivos fundamentais deste trabalho, conclui-se, então, que foram alcançados os objetivos propostos: conhecer as estruturas e os conteúdos dos programas existentes.

Por último, e como nota final, importa expor as implicações/oportunidades deste trabalho para a Enfermagem. Na prática clínica, considera-se que a inexistência de um programa a nível nacional direcionado à gestão da dor crónica através de intervenções não farmacológicas, nomeadamente na gestão da dor emocional e mental, faz urgir a necessidade de um programa integrativo, holístico e multimodal.

Um programa de gestão da dor crónica baseado em *Mindfulness*, de exclusiva incidência em medidas não farmacológicas para a gestão da dor crónica, materializa uma perspetiva mais gratificante, no que diz respeito ao exercício das funções de um Enfermeiro junto da pessoa que sente dor. Dessa forma, aplicar uma ferramenta multimodal, em complemento com as medidas já existentes para o alívio da dor, tornar-se-á uma mais valia na abordagem à pessoa com dor. Assim, um desafio que se coloca após esta *scoping review* é o de criar ou adaptar um programa de intervenção de enfermagem, ajustado à população portuguesa, de modo a contribuir para a gestão da dor crónica de forma integrativa e multimodal, permitindo à pessoa com dor vivenciar o seu processo de doença com a melhor qualidade de vida possível.

Tal como todos os programas identificados nesta *scoping review*, um programa adaptado teria como base o MBSR.

Importa, por último, referir que o interesse da autora nesta temática, que motivou, inclusive, a realização deste trabalho, surge da sua dedicação a esta área de conhecimento, na qual tem investido nos últimos anos, tanto em formação, como na sua prática clínica. Sendo seu objetivo último a criação ou adaptação de um programa de intervenção de enfermagem para a gestão da dor crónica baseado em *Mindfulness*, este trabalho revelou-se fulcral, tendo permitido conhecer os programas e as intervenções existentes, ao nível da estrutura e dos respetivos conteúdos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asgharimoghaddam, M., Golak, N. (2005). *The role of coping strategies with pain in adjustment with chronic pain*. Daneshvar Raftar, 1, 1–23. Retrieved from <http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-216-en.html>
- Apkarian, A., Bushnell, M., Treede, R. & Zubieta J. (2005). *Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease*. Eur J Pain: 9(4):463-484. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.11.001>
- Arksey, H., ; MALLEY, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, 2005. Vol.8, nº1, pp.19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). *Doing no harm in Mindfulness based programs: Conceptual issues and empirical findings*. Clinical Psychology Review, 71, 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness*. Assessment, 13 (1), 27-45.
- Banks, K., Newman, E., & Saleem, J. (2015). *Overview of the research on Mindfulness based interventions for treating symptoms of posttraumatic stress disorder: A systematic review*. Journal of Clinical Psychology, 71, 935–963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22200>
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin Books.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson N., Carmody J., Segal, Z., Abbey S., Speca M., Velting D. & Devins G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition*. Clinical Psychology: Science and Practice, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Black, D. (2018). *Research publications on Mindfulness*. Retrieved from: <https://goamra.org/resources/>
- Black, J., Matassarin-Jacobs, E., Luckmann e Sorensen. (1996). *Enfermagem médico-cirúrgica uma abordagem psicofisiológica*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bodhi, B. (2011). *What does Mindfulness really mean? A canonical perspective*. Contemporary Buddhism, 12(1), 19–39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Bogosian A, Chadwick P, Windgassen S, Norton, S, McCrone, P., Mosweu, I., Silber, E. & Moss-Morris, S., (2015). *Distress improves after Mindfulness training for progressive MS: a pilot randomised trial*. Mult Scler. 2015;21(9):1184-1194. <https://doi:10.1177/1352458515576261>

- Braams, B., Blechert, J., Boden, M., & Gross, J. (2012). *The effects of acceptance and suppression on anticipation and receipt of painful stimulation*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1014–1018. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep>
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K., Ryan, R. & Creswell, J. (2007). *Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects*. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, A. & Becerra, R. (2017). *Mindfulness for Neuropathic Pain: A Case Study*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 1,19-37.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bulechek, G., Butcher H. & McCloskey J. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bush, M. & Kohrieser G. (2013). *Mindfulness and Conflict Resolution*. In: *Working with Mindfulness: Research and Practice of Mindful Techniques in Organizations*. Florence MA: More than Sound.
- Carlson, L., Speca, M., Faris F. & Patel K. (2007). *One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 1038–1049. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002>
- Costigan, M., Scholz, J. & Woolf, C. (2009). *Neuropathic pain: A maladaptive response of the nervous system to damage*. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 1- 32. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.051508.135531>
- Connelly M, Keefe F., Affleck G., Lumley M., Anderson T., & Waters S. (2007). *Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis*. *Pain*, 131, 162-170. <https://doi:10.1016/j.pain.2007.01.002>
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). *Does Mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings*. *Clinical Psychology Review*, 31, 449–464. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003>
- Craig, P. et al (2008).. *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *Bmj*, vol. 337, pp. a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- Crane, R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J., W. Kuyken (2017). *What defines Mindfulness-based programs? The warp and the weft*. *Psychological Medicine*, 47(06), 990–999. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003317>

- Creswell, J. (2017). *Mindfulness Interventions*. *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Cullen, M. (2011). *Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon*. *Mindfulness*, 2(3), 186–193. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0058-1>
- Dimidjian, S., & Segal, Z. (2015). *Prospects for a Clinical Science of Mindfulness-Based Intervention*. *American Psychologist* 70 (7):593-620. <https://doi:10.1037/a0039589>
- Direcção Geral de Saúde (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Dreyfus, G. (2011). *Is Mindfulness present-centered and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of Mindfulness*. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564815>
- Eaton, E., Swearingen, H., BA, Vakili, A., Jones, S. & Greenberg, B. (2020). *A Brief Report on an 8-Week Course of Mindfulness-based Care for Chronic Pain in the Treatment of Veterans With Back Pain Barriers Encountered to Treatment Engagement and Lessons Learned*. *Medical Care*, Volume 58. <https://doi.org/0025-7079/20/5809-0S94>
- Edwards, R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. (2011). *Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases*. *Nat Rev Rheumatol*. 7(4):216-24. <https://doi:10.1038/nrrheum.2011.2>
- Falkenström, F. (2010). *Studying Mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach*. *Personality and Individual Differences*, 48, 305–331. <https://doi.org/1.1016/j.paid.2009.1.022>
- Feldman, C. & Kuyken, W. (2019). *Mindfulness – Ancient wisdom meets modern psychology*.
- Garland, E. (2007). *The meaning of Mindfulness: A second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping*. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 15–30. <https://doi.org/10.1177/1533210107301740>
- Garland, E., Gaylord, S. & Park, J. (2009). *The role of Mindfulness in positive reappraisal*. *Explore*, 5(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.10.001>
- Garland, E. & Howard, M. (2013). *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Reduces Pain Attentional Bias in Chronic Pain Patients*. *Psychother Psychosom*: 82:311 – 318. <https://doi.org/10.1159/000348868>
- Garland, E., Howard, M. (2018). *Enhancing Natural Reward Responsiveness Among Opioid Users Predicts Chronic Pain Relief: EEG Analyses From a Trial of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement*. *Journal of the Society for Social Work and Research*, Volume 9. <https://doi.org/10.1086/697685>

- Gardner-Nix, J., Backman, S., Barbati, J. & Grummitt, J. (2008). *Evaluating distance education of a mindfulness-based meditation programme for chronic pain management*. Journal of Telemedicine and Telecare 2008; 14: 88– 92. <https://doi.org/10.1258/jtt.2007.070811>
- Gethin, R. (2001). *Te Buddhist path to awakening*. Oxford: Oneworld.
- Gibson, E. & Sabo, M. (2018). *Can pain catastrophizing be changed in surgical patients? A scoping review*. Can J Surg. 61(5):311-8
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion-focused therapy*. Advances in Psychiatric Treatment, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Glaros, A. & Lumley, M.(2005). *Alexithymia and pain in temporomandibular disorder*. Journal of Psychosomatic Research, 59, 85-88. <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2005.05.007>
- Goldberg, S., Tucker, R., Green, P., Davidson, R., Wampold, B., Kearney, D., & Simpson, T. (2018). *Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Goleman, D., & Davidson, R. (2017). *Altered Traits – Science Reveals how meditation changes your mind, brain and body*. New York: Avery
- Gotink, R., Chu, P., Busschbach, J., Benson, H., Fricchione, G. & Hunink, M. (2015). *Standardized Mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs*. PLoS One, 10(4), e0215608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215608>
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change*. The Counseling Psychologist, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hanley, A. & Garland, E. (2019). *Mapping the Affective Dimension of Embodiment With the Sensation Manikin: Validation Among Chronic Pain Patients and Modification by Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement*. Psychosomatic Medicine, V 81, 612-621. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000725>
- Henry, F. (2013). *Place et efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge des patients fibromyalgiques*. In: Ribinik P, Genty M, eds. Syndromes douloureux chroniques en médecine physique et de réadaptation. Paris: Springer. 73-83. <https://doi:10.1016/j.kine.2015.03.012>
- Hofmann, S., Asmundson, G. (2008). *Acceptance and Mindfulness-based therapy: New wave or old hat? Clin Psychol Ver.* 28(1):1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Olivier Z., Vago D. & Ott, U. (2011). *How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective*. Perspect Psychol Sci. 6(6):537-59. <https://doi:10.1177/1745691611419671>

- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T. & Lazar, S. (2011) *Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density*. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. (Obras Avulsas)
- International Association for Study of Pain (2012). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org>
- Jinich-Diamant, A., Garland, E., Baumgartne, J., Gonzalez, N., & Riegner, G., Birenbaum, J., Case, L., & Zeidan, F. (2020). *Neurophysiological Mechanisms Supporting Mindfulness Meditation–Based Pain Relief: an Updated Review*. *Current Pain and Headache Reports* (2020) 24: 56. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00890-8>
- Jones, D., Rollman, G., White, K., Hil, M. & Brooke, R. (2003). *The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain*. *J Pain*. 4(5):267-77.
- Kabat-Zinn, J. (1982). *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results*. *General Hospital Psychiatry*, 4: 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). *Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance*. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159–173. <https://doi:10.1097/00002508-198602030-00004>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta, 460 p.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses. Healing ourselves and the world through Mindfulness*. New York: Hyperion
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Forward to: Clinical handbook of Mindfulness*. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of Mindfulness* (pp. xxv–xxxiii). New York: Springer
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps*. In J. M. G. Williams & J. Kabat-Zinn (Eds.), *Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and applications* (p. 286). London: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (2022). *Mindfulness: A Vida como ela é*. Grupo Editorial Portugal, Lda.

- Kerr, C., Sacchet, M., Lazar, S., Moore, C, Jones, S. (2013). *Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in Mindfulness meditation*. *Front Hum Neurosci*. 7 (February):12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00012>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. & Hofmann, S. (2013). *Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. & Fournier, C. (2015). *Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis*. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 78 (6), 519 –528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kuyken, W., Warren, F., Rod, T., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, M., Byng, R. & Dalgleish, T. (2016). *Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials*. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>.
- Lancaster, J., Stanhope, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ªed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Levac, D., COLQUHOUN, H., O'BRIEN, K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 2010. Vol.5, nº69. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Linehan, M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lluch, M. (2008). *Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados*. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicosocial II*, 37-69.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). *Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise*. *PLoS ONE*, 3(3), e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
- Mahathera, H. (1994). *Mindfulness in Plain English*. High View: Bhavana Society
- Mankovsky, T., Lynch, M., Clark, A., Sawynok, J., & Sullivan, M. (2012). *Pain catastrophizing predicts poor response to topical analgesics in patients with neuropathic pain*. *Pain Res Manag*. 17(1):10-4. <https://doi:10.1155/2012/970423>
- Marske, C., Shah, S., Chavira, A., Hedberg, C., Fullmer, R., Clark, C., Pipitone, O. & Kaiser, P. (2020). *Mindfulness-Based Stress Reduction in the Management of Chronic Pain and Its Comorbid Depression*. *The Journal of the American Osteopathic Association*, Vol.120. n.9. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2020.xxx>

- Meagher, M., Arnau, R., & Rhudy, J. (2001). *Pain and emotion: Effects of affective picture modulation*. *Psychosomatic Medicine*, 63, 79-90. <https://doi:10.1097/00006842-200101000-00010>
- McCracken, L. (1998). *Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain*. *Pain*, 74, 21-27. [https://doi:10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi:10.1016/S0304-3959(97)00146-2)
- McCracken, L., Gauntlett-Gilbert, J., Vowles, K. (2007). *The role of Mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability*. *Pain*. 131(1-2):63-69. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.013>
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1989). *Pain clinical for nursing practice*. USA: Mosby.
- Monestès, J., Vuille, P. & Serra, E. (2007). *Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique*. *Douleurs Eval Diagn*. 8: 73-9. [https://doi:10.1016/S1624-5687\(07\)88796-8](https://doi:10.1016/S1624-5687(07)88796-8).
- Martorella, G., Hanley, A., Pickett, S. & Gelinas, C. (2021). *Web- and Mindfulness-Based Intervention to Prevent Chronic Pain After Cardiac Surgery: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial*. *JMIR Res Protoc*. Vol. 10. <https://doi.org/10.2196/30951>
- Munn, Z. et al. (2018). *Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach*. *BMC Medical Research Methodology*, Vol.18, n°1, pp. 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Neff, K., & Germer, C. (2012). *A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program*. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nyklíček, I., Mommersteeg, P., Van Beugen, S., Ramakers, C., & Van Boxtel, G. (2013). *Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial*. *Health Psychology*, 32 (10), 1110–1113. <https://doi.org/10.1037/a0032200>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE Série 1. Lisboa. Portugal
- Otis, J. (2007). *Managing Chronic Pain: Therapist Guide*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Penman, D. & Burch, V. (2013). *Mindfulness for Health*. Lua de Papel.
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C. (2015). *Guidance for conducting systematic scoping reviews*. *International journal of evidence-based healthcare*, 2015. Vol.13, n°3, pp.141-146. <https://doi:10.1097/XEB.0000000000000050>

- Peters, M. et al. *Chapter 11: Scoping reviews*. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Eds). Joanna Briggs Institute Reviewer Manual. Austrália: JBI, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews?fbclid=IwAR0QSDzPMXTJwzdOqGa3zHRuYVQaOjpwewWQ67E2zKOYo7RAhll6GoXLA-s.
- Pinto, P., McIntyre, T., Almeida, A. & Araújo-Soares, V. (2012). *The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy*. *Pain*. 153(1):218-26. <https://doi:10.1016/j.pain.2011.10.020>
- Pineault, R., Daveluy, C. (1987) – *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.ª Edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 380.
- Pimenta, C. (1998). *Conceitos culturais e a experiência dolorosa*. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. Ago.; 32 (2):179-86.
- Quaglia, J., Brown, K., Lindsay, E., Creswell, J., & Goodman, R. (2015). *From conceptualization to operationalization of Mindfulness*. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of Mindfulness: Theory, research, and practice* (p. 151 –170). New York: The Guilford Press
- Radat, F., Koleck, M. (2013). *Douleur et dépression: les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente*. *L'Encéphale*. 37: 172-9
- Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. (2013). *Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature*. *Pain Medicine*, 14, 230-242. <https://doi:10.1111/pme.12006>
- Roberts, R., Ledermann, K. & Garland, E. (2021). *Mindfulness-oriented recovery enhancement improves negative emotion regulation among opioid-treated chronic pain patients by increasing interoceptive awareness*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2022-01-01, Volume 152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110677>
- Rondinelli, M., Antunes, J., Sampaio, W. & Santos, J. (2016). *Implementação de um programa de controle da dor em hospital de traumatologia e ortopedia*. *Relato de caso*. *Rev Dor*. 17(2):141-4.
- Ruiz, D., Salguero, J., & Fernández B. (2010). *Emotional regulation and acute pain perception in women*. *The Journal of Pain*, 11, 564-569. <https://doi:10.1016/j.jpain.2009.09.011>
- Scott, E., Kroenke, K., Wu, J. & Yu, Z. (2016). *Beneficial effects of improvement in depression, pain catastrophizing, and anxiety on pain outcomes: a 12-month longitudinal analysis*. *J Pain*. 17(2):215-22. <https://doi:10.1016/j.jpain.2015.10.011>
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness – Based Cognitive Therapy for depression: Second Edition*. GuilfordPress.

- Sengupta, S. & Kumar, D. (2005). *Pain and emotion: relationship revisited*. German Journal of Psychia-try, 8, 85 – 93.
- Siegel, R. (2010). *The Mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). *Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial*. International Journal of Stress Management. 12(2):164– 76.
- Smolen, J. (2004). *Combating the burden of musculo-skeletal conditions*. Annals of the Rheumatic Diseases, 63, 329 – 329. <https://doi.org/1.1136/ard.2004.022137>
- Streck, J., Ceretta, A., & Stuginski, J. (2021). *MINDFULNESS: uma terapia complementar na dor crônica / MINDFULNESS: a complementary therapy for chronic pain*. *Rev. bras. neurol.*; 57(1): 22-29.
- Sturgeon, J. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. Psychology Research and Behavior Management, 7, 115-124, <https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>.
- Sobral, J. (2008). Sociologia (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Souza, M., Sartor, V., Padilha, M. & Prado, M. (2005). *O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica*. Texto Contexto Enferm. 14(2):266– 70
- Sullivan, M., Tripp, D. & Santor, D. (2000). *Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing*. Cognitive Therapy and Research. 24(3):121-34. <https://doi:10.1023/A:1005459110063>
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. & Lefebvre, J. (2001). *Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain*. Clin J Pain. 17(1):52-64. <https://doi: 10.1097/00002508-200103000-00008>
- Sullivan, M., Lynch, M., Clark, A., Mankovsky, T. & Sawynok, J. (2008). *Catastrophizing and treatment outcome: differential impact on response to placebo and active treatment outcome*. Contemp Hypn. 25(3-4):129-40. <https://doi.org/10.1002/ch.365>
- Sullivan, M. (2012) *The communal coping model of pain catastrophizing: clinical and research implications*. Can Psychol. 53(1):32-41. <https://doi: 10.1037/a0026726>
- Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Botella, C. & Ribera-Canudas, M. (2017). *Pain catastrophizing and its relationship with health outcomes: does pain intensity matter?* Pain Res Manag. 2017:9762864. <https://doi:10.1155/2017/9762864>
- Tang, Y., Tang, R., Rothbart, M. & Posner, M. (2019). *Frontal theta activity and white matter plasticity following Mindfulness meditation*. Curr Opin Psychol. 28: 294–297. <https://doi: 10.1016/j.copsy.2019.04.004>
- Teasdale, D., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness based cognitive therapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 615 – 623. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615>

- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (2003). *Mindfulness training and problem formulation. Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 157 – 160. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg017>
- Tricco, A. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 2018. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vale, G., Pagliuca, F. (2011). *Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação*. REBEn. 64(1):106– 13.
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. (2015). *Towards a second-generation of Mindfulness-based interventions*. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 591-593.
- Vandenberghe, L., Assunção, A. (2009). *Concepts of Mindfulness in Langer and Kabat-Zinn: An encounter of Western science with Eastern spirituality*. *Contextos Clínicos*, 2 (2):124-135. <https://doi:10.4013/ctc.2009.22.07>
- Vargas e Silva, N., Cardoso, T., Andrade, E., Rizzo, Battistella, L. & Alfieri, F. (2020). *Dor, incapacidade e catastrofização em indivíduos com osteoartrite do joelho*. *BrJP* 3 (4):322-7 <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200193>
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: Atenção Plena*. Lua de Papel.
- Wong, W., Lam, H., Chen P., Chow, Y., Wong, S., Lim H., Jensen, M., & Fielding, F. (2015). *The fear-avoidance model of chronic pain: Assessing the role of neuroticism and negative affect in pain catastrophizing using structural equation modeling*. *Int J Behav Med*. 22(1):118-31. . <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9413-7>
- Wong, S., Chan, J., Zhang, D., Lee, E., & Tsoi, K. (2018). *The safety of Mindfulnessbased interventions: A systematic review of randomized controlled trials*. *Mindfulness*, 9 (5), 1344-1357. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0897-0>

ANEXOS

Anexo I: Registo da Extração de Dados

Registo da Extração de Dados

| Artigo | Tipo de estudo | Amostra | Objetivo e Instrumentos de avaliação | Intervenção | Resultados |
|--|----------------|---|--|---|---|
| <p>1 Brown, A.& Becerra, R. (2017)</p> <p>“Mindfulness for Neuropathic Pain: A Case Study”</p> | Estudo de Caso | <p>1 Participante (LU), sexo feminino, de 62 anos de idade, com dor neuropática, há 18 anos, após AVC.</p> <p>País: Austrália N_{total} = 1</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Questionário de Dor McGill-2 (SF-MPQ-2); - Escala Numérica de Avaliação da Intensidade da Dor (PI-NRS).</p> | Identificar se a Mindfulness é eficaz em minimizar os níveis de intensidade da dor imediatamente, a curto e longo prazo. | <p>Instrumentos de Intervenção: - CD de atenção plena.</p> <p>Intervenção de doze semanas (Mindfulness) - exercício guiado de contagem de respiração. A faixa do CD é uma atividade de meditação mindfulness de 25 minutos que descreve a prática da atenção focada na respiração. A faixa começa por descrever como posicionar o corpo para o exercício de contagem de respiração. Antes de começar a prática, o ouvinte recebe a orientação sobre como terminar o exercício de Mindfulness - abrindo os olhos no final da meditação, esticando os braços, levantando-se conscientemente e estar consciente do seu dia. O início da prática começa com o som de 3 sinos. O fim da prática é sinalizado novamente pelo som de 2 sinos. Entre os sinos de início e fim.</p> | <p>O presente estudo sugere que pode haver um efeito imediato da Mindfulness especificamente na intensidade da dor do tipo neuropático. Além disso, os resultados indicam uma redução de curto prazo nas classificações de dor nas subescalas de Dor Contínua, Dor Neuropática e Dor Afetiva no SF-MPQ-2. A redução da intensidade da dor a longo prazo não foi evidente no seguimento, sugerindo que os efeitos positivos do Mindfulness na redução da dor foram de curta duração.</p> |
| <p>2 Adrienne L., Neal A. & Zeidan, F. (2017)</p> <p>“ Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and</p> | EC | <p>120 pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 120</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Questionário de Dor McGill-2 (SF-MPQ-2; 2009). -</p> | As evidências existentes que apoiam a eficácia e a hipótese de mecanismos dimensionados de meditação mindfulness no | <p>Intervenção: O programa de MBI, o Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) - 8 semanas</p> | <p>A meditação da atenção plena pode fornecer uma abordagem de tratamento complementar para pacientes com fibromialgia, especialmente quando combinada com outras técnicas confiáveis (exercício; terapia cognitivo-comportamental). No entanto,</p> |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|---|
| <p><i>Clinical Considerations</i>"</p> | | <p>EscaLa Numérica de Avaliação da Intensidade da Dor (PI-NRS)</p> | <p>tratamento relacionado à fibromialgia.</p> | | <p>caracterizar os mecanismos analgésicos específicos que suportam a meditação mindfulness é um passo crítico para promover a validade clínica desta técnica.</p> |
| <p>3 Allonea, C., et al. (2019) "Mindfulness interventions and pain management in a patient with encephalomyelitis"</p> | <p>EC</p> | <p>1 Participante, sexo feminino, de 44 anos de idade, com encefalomielite e tetraparesia espástica em Janeiro de 2018. País: Itália N_{total} = 1 Instrumentos de avaliação: - A escala analógica visual da dor (VAS) - Avaliação multidimensional da consciência interoceptiva, questionário (MAIA)</p> | <p>Avaliar a aplicação, efeito e eficácia das intervenções baseadas em mindfulness (MBIs) para reduzir a percepção da dor, melhorar a ansiedade e os sintomas depressivos.</p> | <p>Intervenção: O programa de MBI, o Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) As técnicas de atenção plena incluíram: "Body scan" e "Consciência da respiração". O "scan" corporal consiste em prestar atenção a diferentes partes do corpo e às sensações do momento presente, sem qualquer julgamento. A atenção plena na respiração é um exercício focado em prestar atenção à respiração e estar atento no momento.</p> | <p>Os resultados mostraram uma redução na ansiedade e sintomas depressivos e uma redução significativa na percepção da dor.</p> |
| <p>4 Allred, J. (2016) " The Effects of a Brief Mindfulness-Based Meditation Intervention on Chronic Pain "</p> | <p>Desenho quase - experimental</p> | <p>43 participantes - 18 concluíram o programa País: EUA N_{total} =18 Instrumentos de avaliação: The numeric rating scale (NRS), -The Mindfulness Based - Self-Efficacy Scale utilizing the Quality of Life Scale</p> | <p>Avaliar os efeitos da implementação de instrução clínica e orientação para pacientes com dor crônica utilizando uma breve intervenção de meditação baseada em mindfulness.</p> | <p>Intervenção: Breve intervenção Uma Intervenção de meditação baseada em mindfulness ("Mindfulness Bell") guiada por um enfermeiro foi avaliada especificamente quanto ao efeito no nível de dor, autoeficácia da atenção plena e qualidade de vida relacionada à saúde. O DVD "Mindfulness Bell". Os participantes receberam educação verbal e escrita e orientações relacionadas à meditação mindfulness, incluindo um folder do projeto com o DVD "Mindfulness Bell"</p> | <p>Este Projeto Capstone não demonstrou um efeito significativo nos resultados dos pacientes, conforme proposto nas perguntas do projeto, no entanto, foram encontradas várias limitações na concepção do projeto e o resultado foi um tamanho de amostra baixo. A repetição deste projeto e uma investigação mais aprofundada sobre a utilização de terapias alternativas nesta população complexa de pacientes é altamente recomendada.</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| <p>5 Andersena, T. & Vaegterbc, H (2016)</p> <p>“A 13-weeks Mindfulness Based Pain Management Program Improves Psychological Distress in Patients with Chronic Pain Compared with Waiting List Controls ”</p> | <p>Desenho de caso-controle</p> | <p>70 Pacientes com dor crónica não maligna. A maioria das condições de dor são de origem disseminada ou músculo-esquelética.</p> <p>País: Dinamarca N_{total} =18</p> <p>Instrumentos de avaliação:- Escala de Catastrofização da Dor; - A intensidade da dor; - Escala de Atenção e Consciência de Atenção Plena</p> | <p>Qual o efeito de uma terapia cognitivo-comportamental de 13 semanas-programa com meditação integrada de atenção plena (TCCm) em pacientes com doenças crónicas não malignas - dor com uma condição de controlo.</p> | <p>Intervenção: Por 13 semanas consecutivas, o grupo de tratamento envolveu-se no programa terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT), onde aprendeu, uma vez por semana, durante 2,5 horas. Os trabalhos de casa e os exercícios de atenção plena foram atribuídos entre as sessões. Materiais escritos e CDs de áudio foram fornecidos para apoiar a prática em casa. O programa consistia nos seguintes tópicos e exercícios: educação em fisiologia e teoria da dor, estratégias de enfrentamento da dor, exercícios de atenção plena, programação de atividades e descanso, comunicação assertiva, estratégias de aceitação e reestruturação de pensamentos desadaptativos.</p> | <p>O programa MBCT reduziu a depressão, ansiedade e catastrofização da dor em comparação com o grupo controle. O aumento do nível de atenção plena e aceitação foram associados à mudança no sofrimento psicológico, com exceção da depressão, que foi associada apenas à mudança nível de atenção plena.</p> |
| <p>6 Ball, E. et al. (2017)</p> <p>“Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review”</p> | <p>Revisão sistemática</p> | <p>Os estudos incluídos estudaram o efeito da intervenção em populações com uma variedade de dores crónicas: dor músculo-esquelética, dor nas costas, fibromialgia, dor neuropatia, dor crónica geral, dor de cabeça, dor e dor medicamente inexplicável).</p> <p>País: E.U.A</p> | <p>Avaliar os efeitos da meditação mindfulness na dor crónica.</p> <p>Instrumentos de avaliação:- Escala numérica da dor; - Escala da aceitação da dor</p> | <p>Intervenção: Meditação Mindfulness (MM)</p> <p>A intervenção variou entre 7 e 12 semanas. Dentro de alguns estudos, a meditação mindfulness também foi acompanhada com o tratamento habitual, psicoeducação, guia de CD em casa, retiro de grupo ou diário.</p> | <p>A atual revisão sistemática, a primeira baseada exclusivamente em evidências de ECR, indicou que a atenção plena- mindfulness, na dor crónica, mostra que não há redução da percepção da dor, mas nos aspetos psicológicos da convivência com dor; melhorando a depressão associada e a qualidade de vida. A meditação da atenção plena deve ser considerada como um adjuvante baseado em evidências no tratamento de dor crónica.</p> |
| <p>7 Bawa, F., et al. (2015)</p> | <p>Revisão sistemática e meta-análise</p> | <p>Não havia critérios de exclusão sobre idade, etnia ou sexo, nem populações, nem locais. A dor crónica foi</p> | <p>Avaliar a eficácia do mindfulness - intervenções para pacientes com dor</p> | <p>Intervenção:</p> <p>Estudos sobre intervenções baseadas em mindfulness para dor crónica foram considerados se seguissem o formato</p> | <p>O presente estudo sugere que pode haver um efeito imediato do Mindfulness especificamente na</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|--|
| <p>“Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis”</p> | | <p>definida como dor que persiste por ≥ 13 semanas.</p> <p>Para minimizar a heterogeneidade na amostra, foram excluídos estudos de pacientes com síndrome do intestino irritável, esclerose múltipla, fadiga crónica e dor oncológica.</p> <p>País: Inglaterra</p> | <p>crónica em resultados económicos, clínicos e humanísticos (ECHO).</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de Dor McGill-2; - Escala Numérica de Avaliação da Intensidade da Dor | <p>padrão MBSR ou MBCT. Estudos que usam modificações dos cursos padrão MBSR ou MBCT foram considerados se incluísssem aulas de meditação de atenção plena em grupo e uma duração do curso de pelo menos 6 semanas.</p> | <p>intensidade da dor do tipo neuropático.</p> <p>Além disso, os resultados indicam uma redução de curto prazo nas classificações de dor nas subescalas de Dor Contínua, Dor Neuropática e Dor Afetiva no SF-MPQ-2.</p> <p>A redução da intensidade da dor a longo prazo não foi evidente no seguimento, sugerindo que os efeitos positivos do Mindfulness na redução da dor foram de curta duração.</p> |
| <p>8 Beks, R., et al. (2017)</p> <p>“Does Mindfulness Correlate With Physical Function and Pain Intensity in Patients With Upper Extremity Illness?”</p> | <p>Estudo transversal</p> | <p>126 Pacientes com uma condição não traumática do membro superior.</p> <p>País: E.U.A N_{total} = 126</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário do Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados do Paciente (PROMIS) - Numerical Rating Scale; - The short form of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-SF); | <p>Avaliar se a atenção plena tem relação com a função física e a intensidade da dor em pacientes com doença nos membros superiores.</p> | <p>Intervenção:</p> <p>Questionários para avaliar as 5 Facetas da mindfulness: (1) observar, definido como perceber ou atender a experiências internas e externas; (2) descrever, definido como rotular experiências internas com palavras; (3) agir com consciência, definido como atender às próprias actividades do momento (ao contrário de agir no piloto automático); (4) não julgar a experiência interior, definida como assumir uma postura não avaliativa em relação a pensamentos e sentimentos; e (5) não-reatividade à experiência interior, definida como permitir que pensamentos e sentimentos venham e desapareçam, em vez de entretê-los ou ruminá-los.</p> | <p>A não reatividade às experiências internas foi a única faceta da atenção plena que foi correlacionado com a função física da extremidade superior e a intensidade da dor.</p> <p>Uma maior atenção plena geral foi associada a menor intensidade de dor, e maior capacidade de não reagir a experiências internas foi associada à intensidade da dor e à função física da extremidade superior em análises variadas, mas não multivariáveis. A interferência da dor foi o preditor mais importante da intensidade da dor e da função física da extremidade superior.</p> <p>Intervenções psicossociais focadas em melhorar a função física e diminuir a intensidade da dor nessa população devem se concentrar principalmente na</p> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|---|---|---|---|
| | | | | | redução da interferência da dor e, secundariamente, no ensino de habilidades de atenção plena aos pacientes. |
| <p>9 Bonacaro, A., Morgan, L. (2016)</p> <p>“<i>Simulated mindfulness meditation: a major breakthrough in the management of chronic pain</i>”</p> | Revisão da Literatura | <p><i>Informação não contemplado no estudo</i></p> <p>País: Itália N_{total} : -</p> <p>Instrumentos de avaliação: <i>Informação não contemplado no estudo</i></p> | <p><i>Descrever a meditação da atenção plena como uma forma eficaz e acessível para alterar a experiência da dor e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem ao doente.</i></p> | <p>Intervenção: <i>Informação não contemplada no estudo</i></p> | <p><i>Cinco pesquisas extensivas mostraram que a meditação mindfulness, reduz o stresse, que intensifica a percepção da dor, melhora a depressão, ansiedade e fadiga, associados a aumento da dor, melhora a capacidade e respostas imunes, e reduz a dor.</i></p> |
| <p>10 Brintz, C., et al. (2020)</p> <p>“<i>Feasibility and Acceptability of an Abbreviated, Four-Week Mindfulness Program for Chronic Pain Management</i>”</p> | Estudo misto | <p><i>Os participantes foram 23 adultos, com 18 anos ou mais, com dor crónica que eram novos na prática da atenção plena.</i></p> <p>País: E.U.A N_{total}= 23</p> <p>Instrumentos de avaliação: <i>-O Questionário de Aceitação da Dor Crónica - A Escala de Catastrofização da Dor (PCS)</i></p> | <p><i>Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos potenciais de fornecer um programa abreviado de atenção plena para pacientes com dor crónica.</i></p> | <p>Intervenção: <i>A intervenção de mindfulness consistiu em 4 aulas de mindfulness em grupo, cada uma com duração de 90 minutos. O conteúdo do curso foi adaptado principalmente do MBSR, com algum conteúdo do Mindfulness-based Pain Management program, um programa no Reino Unido baseado em MBSR, mas com aplicações específicas para viver com a dor.</i></p> | <p><i>Taxas aceitáveis de retenção e frequência e altos índices de satisfação indicaram que a intervenção era viável e aceitável. Nas entrevistas, os participantes acharam o programa aceitável e benéfico e deram sugestões para melhorá-lo. Do pré ao pós-tratamento, melhorias significativas foram relatadas em todas as medidas, exceto no funcionamento físico e na ansiedade.</i></p> |
| <p>11 Brotto, L., Bergeron, S. (2020)</p> | Revisão sistemática | <p><i>130 Mulheres com diagnóstico de vestibulodinia provocada – DVP</i></p> <p>País: Inglaterra</p> | <p><i>Quais os efeitos a longo prazo da TCC (terapia cognitivo-comportamental) e MBCT (terapia</i></p> | <p>Intervenção: <i>Um link enviado por e-mail para a bateria online de questionários.</i> - 8 Semanas de MBCT em grupo, durante 1h por semana. Os participantes</p> | <p><i>Ambos MBCT e CBT são eficazes para melhorar os sintomas em mulheres com PVD quando avaliados 12 meses depois. As descobertas têm implicações para</i></p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|--|---|--|--|
| <p>“ Mindfulness and Cognitive Behavior Therapy for Provoked Vestibulodynia: Mediators of Treatment Outcome and Long-Term Effects”</p> | | <p>N_{total} = 130</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escala de Avaliação Numérica da Dor- auto-avaliada como medida de intensidade da dor vaginal; - Escala de Angústia Sexual Feminina - Escala de Catastrofização - Escala de Disposição à Dor; | <p>cognitiva baseada em mindfulness) em pacientes com diagnóstico de vestibulodinia provocada – DVP?</p> | <p>receberam links do Dropbox após cada sessão para a prática de mindfulness gravada em áudio (que variou de 20 a 45 minutos diários) que foi incentivada a ser praticada diariamente em casa antes da próxima sessão.</p> <p>A intervenção MBCT (Basson et al., 2012) ensinou às mulheres exercícios de atenção plena, como alimentação consciente, body scan, atenção plena à respiração, atenção plena aos sons e pensamentos e uma prática de autocompaixão de bondade amorosa.</p> | <p>a compreensão de caminhos comuns e potencialmente distintos por qual CBT e MBCT melhoram a dor e angústia relacionada ao sexo em mulheres com PVD.</p> |
| <p>12 Brown, C., Jones, A. (2012)</p> <p>“ Psychobiological Correlates of Improved Mental Health in Patients With Musculoskeletal Pain After a Mindfulness-based Pain Management Program”</p> | <p>Estudo Randomizado</p> | <p>28 pacientes com dor crônica foram avaliados</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 28</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário Pain Stages of Change (avaliar autogestão da dor); - Questionário Survey of Pain Attitudes - Questionário de Dor McGill (avaliar a experiência clínica da dor); - Escala de Atenção e Consciência Mindful (MAAS). | <p>Neste estudo, investigaram se a melhoria na capacidade da saúde mental pode exigir uma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redução na experiência de dor sensorial e correlações cerebrais dessa experiência e/ou 2. Percepções aprimoradas do controle da dor e da atividade cerebral correspondente, relacionada com o controle cognitivo e com a regulação emocional. | <p>Intervenção: Programa de gestão de dor baseados em Mindfulness (MBPMs) – 8 semanas</p> <p>Os principais componentes do programa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consciência da respiração: 2. O “scanner” corporal 3. Movimento consciente: 4. Mindfulness na vida diária (ritmo): 5. Espaço de respiração de três minutos: 6. Atenção plena na respiração: 7. Consciência gentil: Entre a primeira e a segunda sessão, os participantes do grupo controle continuaram com o tratamento habitual e tiveram a opção de participar do curso de mindfulness após a conclusão da segunda sessão. | <p>O MBPM resultou em melhorias estatisticamente significativas na saúde mental. Houve também um melhor envolvimento no autocontrole da dor e maior controle percebido sobre a dor. Esses desfechos secundários foram preditores significativos de melhoria da saúde mental.</p> |

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|---|---|
| <p>13 Burgess, D. et al. (2020)</p> <p>“ Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP): Design for a Pragmatic Clinical Trial of Two Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain”</p> | <p>Estudo controlado randomizado</p> | <p>O objetivo é recrutar 750 participantes</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 750</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Inventário de Dor Breve (score) repetido em 10 semanas, 6 meses e 12 meses</p> | <p>Avaliar a eficácia de dois programas de MBIs (Programas de intervenção baseados em Mindfulness), na melhoria da dor e das patologias de saúde mental.</p> | <p>Intervenção: MBSR - 8 semanas - Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP)</p> <p>MobilepGroup LAMP consiste em módulos pré-gravados apresentados por um instrutor de mindfulness que são visualizados em um ambiente de grupo online e intercalados com discussões conduzidas por um facilitador.</p> | <p>A atual revisão sistemática, a primeira baseada exclusivamente em evidências de ECR, indicou que a atenção plena- mindfulness, na dor crônica, mostra que não na redução da percepção da dor, mas nos aspetos psicológicos da convivência com dor; melhorando a depressão associada e a qualidade de vida. A meditação da atenção plena deve ser considerada como um adjuvante baseado em evidências no tratamento de dor crônica.</p> |
| <p>14 Burns, J. et al. (2021)</p> <p>“Cognitive therapy, mindfulness-based stress reduction, and behavior therapy for the treatment of chronic pain: randomized controlled trial.”</p> | <p>Estudo controlado randomizado</p> | <p>521 Pacientes com doença crônica diária significativa</p> <p>País: EUA N_{total} = 521</p> <p>Instrumentos de avaliação: -The Pain Interference Subscale of the Multidimensional Pain Inventory; - Pain intensity was assessed with a 0 to 10 numerical;</p> | <p>Comparação entre a TC- Terapia Cognitiva, MBSR – redução do stresse baseado em mindfulness, BT- terapia comportamental e tratamento usual (TAU) em uma amostra de pessoas com dor lombar crônica, para redução da dor e melhorias na função física, humor e distúrbios do sono.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness – MBSR - 8 semanas</p> <p>(1) Meditação de scanner corporal, um movimento gradual de atenção pelo corpo, acompanhado de consciência de sensações corporais, incluindo sensações de respiração enquanto estavam deitados; (2) meditação sentada, concentrando-se na consciência da respiração, sensações corporais, pensamentos e emoções, sentado em uma cadeira ou almofada; e (3) exercícios de movimentos suaves destinados a desenvolver consciência (mindfulness) durante o movimento.</p> | <p>Todos os grupos apresentaram redução significativa nas classificações de Intensidade da Dor ao longo das 8 sessões. No entanto, os grupos BT, CT e MBSR apresentaram maiores reduções nas classificações de intensidade da dor quando comparados com o grupo TAU.</p> |
| <p>15 Cathcart, S., et al. (2013)</p> <p>“Brief Mindfulness-Based Therapy for Chronic Tension-</p> | <p>Ensaio clínico randomizado</p> | <p>Uma amostra total de 42 participantes.</p> <p>País: Austrália N_{total} = 42</p> | <p>Realizar um estudo piloto sobre a eficácia do programa – Terapia breve baseada em Mindfulness para</p> | <p>Intervenção: A intervenção MBT, baseada em MBSR (Kabat-Zinn, 1982) e Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT; Segal, Williams e Teasdale, 2002) - 3 semanas - 2 horas presencial numa Universidade e 30 minutos diários em casa.</p> | <p>Os resultados, embora requeiram mais investigação, indicaram uma redução estatisticamente significativa na frequência de dor de cabeça no tratamento, mas não no grupo controlo. Isso é consistente com estudos</p> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|---|---|
| <p>Type Headache: A Randomized Controlled Pilot Study”</p> | | <p>Instrumentos de avaliação: -Questionário de Atenção Plena de Cinco Facetas. - O Five Facet Mindfulness Questionnaire - Diário de dor de cabeça</p> | <p>CTH – Cefaleia tensional crónica.</p> | <p>Três práticas formais de meditação mindfulness foram ensinadas durante as sessões de MBT: 1) meditação de scanner corporal, que envolve focar e sentir cada região do corpo sistemicamente dos pés à cabeça, e perceber as sensações presentes com abertura e curiosidade; 2) meditação sentada formal, com foco na atenção plena à respiração e em outras experiências, como sons e pensamentos; 3) Espaço respiratório de 3 minutos, que envolve três etapas sequenciais:a) focalizar a consciência das experiências internas presentes; b) focalizar a consciência na respiração; e c) expandir a consciência para o corpo como um todo.</p> | <p>anteriores em que a meditação da atenção plena foi útil para a dor crónica, incluindo a dor de cabeça (Kabat-Zinn, 1982, Kabat-Zinn, Lipworth e Burney, 1985; Nash-McFeron, 2006; Rosenzweig et al., 2010).</p> |
| <p>16 Donat, L., et al. (2022) “The effects of a brief mindfulness-based intervention on pain perceptions in patients with chronic pelvic pain: A case series”</p> | <p>Estudo de caso</p> | <p>20 Pacientes, sexo feminino, iniciaram o programa, mas só 10 completaram as 8 semanas. País: EUA N_{total} = 20 Instrumentos de avaliação: -Escala numérica de avaliação da dor e - Escala de Catastrofização da Dor, antes e após a intervenção.</p> | <p>Avaliar os efeitos da meditação mindfulness na dor pélvica crónica.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 semanas, de 2,5h presencial (clínica) - práticas de atenção plena de 45 minutos em casa, diárias. 3 Exercícios de meditação pré-gravado que estiveram projectados especificamente para o programa foram usados para orientar a prática. Os exercícios incluíam uma meditação sentada, um scanner do corpo e uma meditação de compaixão. As meditações foram projectadas especificamente para pacientes com dor pélvica crónica. Os pacientes também receberam “cartões de prática” semanais com orientações escritas para sua prática, educação sobre o impacto do stresse na dor, exercícios de diário,</p> | <p>Esta série de casos demonstra um benefício preliminar de um programa breve baseado em mindfulness para mulheres com dor pélvica crónica, que pode ser incorporado aos cuidados de rotina da dor pélvica como parte de uma estratégia de tratamento multimodal.</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------|--|---|--|---|
| | | | | <i>citações inspiradoras, ideias para práticas de atenção plena de 1 minuto e um registro para acompanhar sua lição de casa.</i> | |
| <p>17 Cramer. H., et al. (2012)</p> <p><i>“Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review”</i></p> | Revisão sistemática | <p>117 Pacientes com dor lombar crônica</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 117</p> <p>Instrumentos de avaliação: Informação não contemplado no estudo</p> | Avaliar os efeitos dos programas MBSR/MBCT em pacientes com diagnóstico de lombalgia, independentemente da causa da dor, duração e intensidade. | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness MBSR. – 8 semanas de sessões semanais de 2,5 horas - 1 retiro silencioso durante 1 dia de 7/8 h.</p> <p>- A terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) combina MBSR com técnicas cognitivo-comportamentais Mantém a abordagem original baseada em grupo de 8 semanas</p> <p>Outras intervenções baseadas em mindfulness incluem exercícios conscientes [13] e terapia de aceitação e compromisso [14] que não incluem necessariamente a prática formal de meditação.</p> | Esta revisão encontrou evidências inconclusivas da eficácia do MBSR na melhora da intensidade da dor ou incapacidade em pacientes com dor lombar crônica. No entanto, há evidências limitadas de que MBSR pode melhorar a aceitação da dor. |
| <p>18 Cusens. B., et al. (2009)</p> <p><i>“Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness”</i></p> | | <p>33 participantes</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 33</p> <p>Instrumentos de avaliação: Mindful Attention Awareness Scale (MAAS); - Implicit Association Test (IAT);- The Depression, Anxiety and Positive Outlook Scale; -</p> | Avaliar um programa de gestão de dor baseado em mindfulness na respiração: efeitos no bem-estar e múltiplas medidas de mindfulness. | <p>Intervenção: Programa que tem como base MBSR: Os participantes participaram de reuniões semanais em grupo (cada uma com duração de 2,5 horas) em que foram guiados através de uma exploração experiencial progressiva de mindfulness. Os tópicos incluíram: consciência da respiração, “body scan”, movimento consciente, consciência gentil e atenção plena na vida diária. - 7 a 11 semanas.</p> | A medição da atenção plena está muito imatura ainda. O resultado sugestivo demonstrou o valor potencial dessa abordagem e abre espaço para novas investigações. |

| | | | | | |
|---|----------------------------|---|---|--|--|
| <p>19 Decker, E., et al. (2015)</p> <p>“Les interventions basées sur la pleine conscience pour le sujet âgé douloureux chronique : revue de la littérature”</p> | <p>Revisão sistemática</p> | <p>-</p> | <p>Revisão da literatura de Intervenções baseadas em sensibilização para o sujeito idoso com dor dolorosa na coluna</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. - MBSR - Este programa foi então adaptado para ser integrado ao tratamento de pacientes com múltiplas recorrências de depressão (programa MBCT: terapia cognitiva baseada em mindfulness) - 8 a 10 semanas - 1x/semana.</p> | <p>As IBPCs visam principalmente dois processos psíquicos (evitação psíquica e comportamental e pensamentos de ruminação auto centrados), na origem de estratégias inadequadas de ajuste e sofrimento psicológico frequentemente observados em pacientes com dor crônica. • Esses programas, por meio de treinamento formal, permitem que os pacientes desenvolvam um modus operandi sensorio-experiencial (e não mais apenas analítico e abstrato) para lidar com a dor com a percepção de controle efetivo e gerenciar estados de angústia emocional.</p> <p>• As IBPCs estão atualmente adaptadas às especificidades dos idosos com dor crônica, para reduzir as consequências cognitivas e funcionais desta doença e melhorar sua qualidade de vida.</p> |
| <p>20 Delgado, L., et al. (2012)</p> <p>“ Efecto diferencial de una intervención breve basada en la conciencia plena (mindfulness) y valores en las dimensiones del dolor</p> | <p>-</p> | <p>10 Participantes</p> <p>País: Espanha N_{total} = 10</p> <p>Instrumentos de avaliação:- "McGuill Pain Questionnaire"- Escala de "Preocupação e auto-eficácia"</p> | <p>Avaliar os efeitos diferenciais de uma intervenção breve baseada em mindfulness e valores em várias dimensões da dor crônica associada a doenças reumáticas.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 semanas</p> | <p>Os resultados mostraram a eficácia da intervenção na melhora da doença, diminuindo na avaliação pós-intervenção especificamente o componente avaliativo da dor, a percepção de sua intensidade atual e a preocupação com a dor. Da mesma forma, na avaliação de seguimento aos 8 meses, foi encontrada redução no número</p> |

| crónico en espondilitis y artritis” | | | | | de pontos considerados dolorosos. |
|---|---------------------------|--|---|--|---|
| <p>21 Dowd, H., et al. (2015)</p> <p>“Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy intervention with online pain management psychoeducation: a randomized controlled study.”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>124 Participantes</p> <p>País: Irlanda N_{total} = 124</p> <p>Instrumentos de avaliação: O Brief Pain Inventory, BPI - Escalas numéricas. - Escala de Catastrofização da Dor. - Questionário de Aceitação da Dor Crónica - Escala Mindful Attention Awareness - Escala Satisfaction with Life.</p> | <p>Avaliar a eficácia de uma intervenção de terapia cognitiva computadorizada baseada em mindfulness em comparação com a psicoeducação computadorizada de controlo da dor em um estudo randomizado.</p> | <p>Intervenção: terapia cognitiva computadorizada baseada em mindfulness (“Mindfulness in Action” [MIA]) ou programas de psicoeducação (EP) de gestão da dor. - Baseado em MSBR - 12 sessões de tratamento, duas vezes por semana durante 6 semanas.</p> <p>Cada sessão incluiu uma apresentação pré-gravada projetada para desenvolver habilidades associadas à atenção plena e instruções sobre como cultivar e sustentar experiências emocionais positivas, particularmente nas relações sociais. As sessões individuais duravam aproximadamente 20 minutos e cada sessão também incluía um componente recomendado de meditação gravada num áudio que os participantes deveriam aceder diariamente.</p> | <p>O estudo atual concluiu que a intervenção de terapia cognitiva online baseada em mindfulness é superior à psicoeducação online de gestão da dor em influenciar os resultados da dor primária e secundária. Satisfação com a vida, capacidade de gerir as emoções e “dor no agora”.</p> |
| <p>22 Eaton, E., et al. (2020)</p> <p>“A Brief Report on an 8-Week Course of Mindfulness-based Care for Chronic Pain in the Treatment of Veterans With Back Pain.”</p> | <p>Estudo piloto</p> | <p>20 veteranos</p> <p>País: EUA N_{total} = 20</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Questionário de Aceitação da Dor Crónica - Five Facet Mindfulness Questionnaire - Questionário de Saúde do Paciente</p> | <p>Avaliar a viabilidade de envolver veteranos com dor lombar crónica num novo protocolo de atenção plena adaptado para veteranos, baseado na atenção plena para dor crónica (MBPM).</p> | <p>O manual MBPM- Mindfulness-Based Pain Management- foi adaptado do MBSR e modificado para um formato de terapia de grupo para veteranos. MBPM é um programa de grupo de 8 semanas com cada sessão com duração de 90 minutos. A terapia manual-guiada compreendeu 4 componentes primários: (1) conteúdo didático; (2) movimentos conscientes que incluíram poses de yoga na cadeira (exercícios respiratórios, alongamentos simples e</p> | <p>Dado o impulso para priorizar a pesquisa e a programação do CIH (Complementary and integrative health) no cenário de AV (Veterans Affairs), juntamente com a necessidade de abordagens não farmacológicas para a dor, os desafios relacionados à implementação dessas intervenções precisam ser mais explorados. Ou seja, métodos de avaliação formativa</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|--|---|
| | | | | <p>posturas destinadas a fortalecer e relaxar o sistema músculo-esquelético) e meditação a andar; (3) body scan: que incluem instruções para gradualmente incidir a atenção por todo o corpo, começando com os pés até o topo da cabeça, e aplicando foco, sem julgamento, a qualquer sensação ou sentimento em cada região do corpo; e (4) meditação sentada, que envolve atenção plena na respiração e um estado de consciência sem julgamento de pensamentos e distrações. Os exercícios vivenciais e didáticos foram implementados em cada sessão.</p> | <p>para melhorar os esforços de implementação de CIH são imperativos e lançarão luz sobre questões pragmáticas, incluindo o contexto em que essas intervenções florescerão, modificações necessárias para o cenário e a população e a resposta à mudança.</p> |
| <p>23 Ehde, D., et al. (2019)</p> <p>“Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol.”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>240 Adultos com Esclerose múltipla</p> <p>País: EUA N_{total} = 240</p> <p>Instrumentos de avaliação: - primários (intensidade média da dor) e secundários (incluindo interferência da dor, sintomas depressivos, fadiga e sono) serão avaliados pré-tratamento, meio do tratamento, pós-tratamento e após 6 meses de acompanhamento.</p> | <p>Determinar a eficácia de intervenções de MBCT e TCC em grupo, realizadas por videoconferência, em relação aos cuidados habituais, na redução da intensidade da dor (o desfecho primário) em adultos com dor crônica e EM;</p> | <p>Intervenção: Programa de Terapia cognitiva baseada em mindfulness</p> <p>Usarão o manual e o livro de exercícios MBCT de 8 sessões para tratamento da dor, desenvolvidos anteriormente por um dos pesquisadores do estudo (Dr. Day) como base de nossa intervenção MBCT. Os participantes do MBCT serão ensinados a aplicar as habilidades que aprenderam não apenas à dor, mas também aos problemas que a dor causa para eles, incluindo distúrbios do sono, humor deprimido, stresse e outros problemas. Cada sessão incluirá pelo menos uma meditação de atenção plena praticada no grupo.</p> | <p>Este estudo procurará ampliar as opções de tratamento disponíveis para indivíduos com dor crônica e EM.</p> <p>Mostrar que MBCT é eficaz e que MBCT e CBT podem ser eficazes em diferentes indivíduos tem uma importância significativa para a tradução clínica: isso permitirá decisões informadas e à priori sobre qual abordagem de tratamento fornecer a qual indivíduo para obter de forma eficiente e otimizada um benefício significativo para aquele Individual.</p> |
| <p>24 Esmer, G., et al. (2012)</p> <p>“ Mindfulness-Based Stress Reduction for Failed Back Surgery</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>220 Participantes</p> <p>País: EUA N_{total} = 220</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Questionário de Incapacidade de Roland-</p> | <p>Avaliar a eficácia a curto prazo da terapia MBSR para melhorar a qualidade de vida em adultos com síndrome de</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. – MBSR- 8 Semanas - 1.5 A 2.5h por semana no centro de reabilitação e 45 minutos/dia meditação em casa.</p> | <p>Os resultados da VAS combinada para dor em 12 semanas são consistentes com os achados de estudos anteriores de dor crônica - MBSR. Os resultados mais duradouros da VAS de 40 semanas para dor demonstram</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|--|--|---|--|
| <p>Syndrome: A Randomized Controlled Trial.”</p> | | <p>Morris; - Escala visual analógica (VAS); - Questionário de Avaliação da Dor Crônica; - Índice abreviado de qualidade do sono de Pittsburgh</p> | <p>cirurgia nas costas com falha (FBSS).</p> | <p>Os participantes foram ensinados a realizar práticas diárias de atenção plena. Essas práticas incluem yoga suave, caminhada e meditação sentada</p> | <p>uma tendência observada com o acompanhamento de longo prazo em alguns, embora não em todos, os estudos da literatura sobre MBSR em dor crônica. Essa maior duração do benefício sugere maior significância clínica e merece mais estudos.</p> <p>Kabat-Zinn demonstrou uma taxa de conclusão do programa de 70% entre 215 pacientes consecutivos com dor crônica. Embora 54% dos pacientes tenham completado o estudo, os 11 pacientes que desistiram do estudo eram do grupo de controlo. Esta descoberta sugere uma questão de retenção de pacientes em oposição à adesão MBSR.</p> |
| <p>25 Gardner-Nix, J., et al. (2008)</p> <p>“Evaluating distance education of a mindfulness-based meditation programme for chronic pain management.”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>99 Participantes</p> <p>País: Canadá</p> <p>N_{total} = 99</p> <p>Instrumentos de avaliação:- O Short Form-36 (Qualidade de vida); - O Physical Component Score (PCS); -Mental Component Score (MCS); - Escala de Catastrofização da Dor - Escala Numérica de Avaliação da Dor</p> | <p>Avaliar a educação à distância de um programa de meditação baseado em mindfulness para a gestão da dor crônica.</p> | <p>Intervenção: Programa de Mindfulness Based Chronic Pain Management - MBPM - 10 semanas, 2h/semana</p> <p>Os indivíduos do estudo eram pacientes com dor crônica recém-encaminhados para o curso Mindfulness durante 2005-2006. Os pacientes do local receberam o curso por meio de ensino tradicional presencial no Sunnybrook Health Sciences Centre ou no Hospital St Michael em Toronto, e os pacientes do local distantes receberam o curso Mindfulness por videoconferência no seu hospital local.</p> | <p>Os resultados do presente estudo indicam que o curso Mindfulness Based Chronic Pain Management melhorou significativamente as pontuações nos componentes físicos e mentais do SF-36, os níveis habituais de dor e o comportamento de catastrofização da dor nos participantes do site atual, e as pontuações do componente mental e o comportamento de catastrofização da dor em participantes do site distante.</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|---|--|
| <p>26 Garland, E., et al. (2013)</p> <p>“Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Reduces Pain Attentional Bias in Chronic Pain Patients”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>67 Pacientes com dor crónica</p> <p>País: EUA N_{total} = 67</p> <p>Instrumentos de avaliação: -The Brief Pain Inventory – Short Form;- The Fear of Pain Questionnaire</p> | <p>Determinar se uma intervenção multimodal orientada para a atenção plena poderia reduzir significativamente a dor - A atenção selectiva aos estímulos relacionados à dor, conhecida como viés de atenção à dor (AB), entre pacientes com dor crónica que recebem analgésicos opióides.</p> | <p>Intervenção: Intervenção de Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE) – 8 semanas - 2h/semana em - clínica Florida</p> <p>O MORE une aspectos complementares do treino de mindfulness, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e princípios da psicologia positiva numa estratégia de intervenção integrativa</p> | <p>Os resultados do estudo foram consistentes com a nossa hipótese: em relação àqueles que em uma condição de controlo ativo, os pacientes com dor crónica que participaram de uma intervenção multimodal orientada para a atenção plena (MORE) exibiram reduções significativas no viés de atenção à dor, AB, em relação às pistas visuais relacionadas à dor após o tratamento.</p> <p>Até onde sabemos, este estudo oferece a primeira evidência de que uma intervenção orientada para a atenção plena pode diminuir significativamente a dor juntamente com um maior controlo percebido sobre a dor.</p> |
| <p>27 Garland, E., et al. (2018)</p> <p>“Enhancing Natural Reward Responsiveness Among Opioid Users Predicts Chronic Pain Relief: EEG Analyses From a Trial of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>29 Pacientes com dor crónica tratados com opióides</p> <p>País: EUA N_{total} = 67</p> <p>Instrumentos de avaliação: - - Brief Pain Inventory; - BPI pain interference subscale; - Subescalas no Questionário de Estratégias de Coping.</p> | <p>Avaliar se uma intervenção de Aprimoramento de Recuperação Orientada à Atenção Plena (MORE) – melhorou o processamento de recompensa natural, conforme indicado pelos potenciais cerebrais relacionados a eventos (ERPs).</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness – MBSR- 8 semanas - 2h/semana.</p> <p>Os participantes foram instruídos no uso da atenção plena para intencionalmente focar e manter a atenção nos aspectos sensoriais agradáveis. Na Sessão 4, os participantes foram ensinados a praticar o sabor consciente, concentrando a sua atenção nas cores, texturas e aromas agradáveis de um buquê de flores frescas e, em seguida, refletindo metacognitivamente sobre as emoções de contentamento e alegria decorrentes da experiência. As sessões subsequentes discutiram o uso de técnicas de degustação comparáveis com uma variedade de alvos sensoriais.</p> | <p>Os resultados comprovam que a dor crónica pode ser aliviada aumentando a resposta cerebral às recompensas naturais.</p> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|---|--|--|---|
| <p>28 Garland, E., et al. (2018)</p> <p>“Positive Psychological States in the Arc from Mindfulness to Self-Transcendence: Extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and Applications to Addiction and Chronic Pain Treatment.”</p> | <p>RCT</p> | <p>15 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 15</p> <p>Instrumentos de avaliação:-</p> | <p>Avaliar como o MMT consegue explicar como a atenção plena promove a autotranscendência evocando espirais ascendentes de descentralização, ampliação da atenção, reavaliação e saboreando. Saborear é destacado como um meio-chave de induzir experiências absorptivas de unidade entre sujeito e objecto, amplificando a saliência do objecto ao mesmo tempo em que imbui o campo perceptivo sensorial de significado afectivo.</p> | <p>Intervenção: Intervenção baseado em mindfulness - Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)</p> <p>O MMT especifica um ciclo recursivo de processos psicológicos positivos, incluindo descentralização, ampliação da atenção, reavaliação e sabor, que acende estados momentâneos de metaconsciência infundidos com afeto positivo, como as emoções positivas autotranscendentes de admiração, compaixão, elevação, gratidão e amor.</p> | <p>Este artigo fornece novas evidências de que a indução de emoções positivas autotranscendentes e estados não duais de consciência por meio de intervenções baseadas em mindfulness pode reestruturar o processamento de recompensas e, assim, produzir efeitos terapêuticos no comportamento de dependência (por exemplo, uso indevido de opióides) e síndromes de dor crónica.</p> |
| <p>29 George, M., et al. (2017)</p> <p>“A Mixed-Methods Pilot Study of Mindfulness- Based Stress Reduction for HIV-Associated Chronic Pain”</p> | <p>Métodos mistos</p> | <p>32 Participantes com VIH</p> <p>País: EUA N_{total} = 32</p> <p>Instrumentos de avaliação:- O Brief Pain Inventory (forma curta); - Escala de stresse</p> | <p>Avaliar o Programa de redução de stresse baseado em mindfulness, em pacientes com VIH.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness – MBSR-8 semanas - composto por meditações guiadas, exercícios de movimentos suaves e discussão em grupo. - Presencial em clínica.</p> | <p>Após a intervenção, os participantes relataram melhorias modestas nas medidas de dor e stresse percebido, mas nenhum efeito da atribuição do grupo foi observado. Aos 3 meses de acompanhamento, 79% dos participantes do MBSR ainda estavam a praticar e a intensidade da dor melhorou.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| <p>30 Hanley, A., et al. (2019)</p> <p>“Mapping the Affective Dimension of Embodiment With the Sensation Manikin: Validation Among Chronic Pain Patients and Modification by Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>108 Participantes com VIH</p> <p>País: EUA N_{total} = 108</p> <p>Instrumentos de avaliação:- Inventário Breve de Dor (BPI) - the Depression, Anxiety, and Stress Scale -the Positive and Negative Affect Scale</p> | <p>O objectivo deste estudo foi projectado para investigar novos mecanismos de tratamento provavelmente valiosos para melhorar tanto a dor crónica quanto o uso indevido de opióides.</p> | <p>Intervenção: Criaram um manequim de sensação digital (SM) sobrepondo a silhueta de uma figura humana com uma grade de 469 pixels de “sensação”. Uma série de cinco questões de pesquisa examinou a validade discriminante do SM, validade de construção, validade incremental, convergência com uma medida objectiva de viés de atenção da dor e sensibilidade a um tratamento psicológico baseado em mindfulness, Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE) - Universidade Utah</p> | <p>A análise qualitativa revelou um forte senso de comunidade em ambos os grupos, mas apenas MBSR foi percebido como útil para relaxamento e alívio da dor. Este estudo corrobora a validade do SM (sensação digital) e indica que avaliar sensações agradáveis e desagradáveis amplia o âmbito da medição da dor. Embora o SM se beneficie de uma otimização adicional, seu uso contínuo provavelmente contribuirá para melhorar a avaliação e as opções de tratamento para pacientes com dor crónica.</p> |
| <p>32 Hatchard, T., et al. (2014)</p> <p>“Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis</p> | <p>Revisão sistemática e meta-análise</p> | <p>Incluiremos estudos de todos os adultos (ou seja, ≥18 anos) com condições de dor crónica em participantes de tratamento e controle. As condições de dor incluem artrite reumatóide, artralgia, síndrome da articulação temporomandibular, condição de dor miofascial, dor no pescoço, dor nas costas, neuralgia, mialgia, miodinia, síndrome compartimental crónica, polimialgia reumática e fibromialgia, com excepção de enxaquecas e dores de cabeça devido à ênfase</p> | <p>O objectivo deste estudo é comparar MBSR à TCC na sua capacidade relativa de reduzir a incapacidade e a intensidade relacionadas à dor, aliviar o sofrimento emocional e melhorar o funcionamento global em pacientes com dor crónica.</p> <p>Instrumentos de avaliação:-- Inventário Breve de</p> | <p>Intervenção: Programa de MBSR - 8 semanas - 2/2.5h</p> <p>Os programas devem incluir técnicas específicas frequentemente usadas para tratamento e controle da dor, incluindo treino de relaxamento, reestruturação cognitiva (ou seja, mudança de crenças relacionadas à dor, redução da ruminação, etc.), definição e trabalho em direção a objetivos comportamentais (por exemplo, exercícios), ativação comportamental e treino deresolução de problemas.</p> | <p>Os resultados deste estudo ajudarão os pacientes e prestadores de tratamento a tomar decisões informadas sobre a selecção de tratamento baseado em evidências para distúrbios de dor crónica.</p> |

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|---|--|--|
| <p>with indirect comparisons</p> | | <p>diferente de tratamento nestas condições em comparação com outros distúrbios de dor crónica. País: Canadá N_{total} = -</p> | <p>Dor (BPI) - Inventário Multidimensional de Dor (MPI) - Inventário de Depressão de Beck (BDI)- Perfil dos Estados de Humor - Impressão Global de Mudança do Paciente (PGIC) - Escala de classificação numérica da Dor</p> | | |
| <p>33 Henriksson, J., et al. (2016) “Effects of Eight-Week-Web-Based Mindfulness Training on Pain Intensity, Pain Acceptance, and Life Satisfaction in Individuals With Chronic Pain”</p> | <p>Revisão sistemática</p> | <p>107 Participantes com dor crónica País: Suécia N_{total} = 107 Instrumentos de avaliação: - Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ); - Multiple Pain Inventory (MPI-breve); - Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); - Life Satisfaction Questionnaire; - Escala numérica da dor.</p> | <p>Avaliar os efeitos de um programa de atenção plena baseado na web de oito semanas projetado para indivíduos com dor crónica.</p> | <p>Intervenção:-O programa de atenção plena (“Mindfulness – vivendo com a dor”), baseado no programa de redução de stresse baseado em mindfulness – MBSR - exercícios diários de atenção plena (20 minutos, seis dias por semana) durante um período de oito semanas. - Clínica de Dor O programa original de gestão da dor baseado em mindfulness envolvia exercícios comuns de MBI, como body scan, movimentos conscientes, âncoras de respiração e consciência gentil (uma prática de meditação preocupada com o desenvolvimento da compaixão) que mostrou efeitos em vários problemas de saúde relacionados à dor, incluindo diminuição da catastrofização e, em particular, aumento da aceitação da dor.</p> | <p>O grupo MBI mostrou maior aceitação da dor e redução do sofrimento afetivo. Além disso, as classificações de satisfação com a vida global melhoraram a seguir. Finalmente, as melhorias foram maiores do que para o grupo MBI em comparação com o grupo atribuído ao fórum online de discussão sobre dor, conforme demonstrado por interações significativas de grupo por tempo. Indicam também, que o treino de mindfulness baseado na web pode ser uma alternativa eficaz e de baixo custo, ou um complemento, para formas estabelecidas de tratamentos (por exemplo, tratamento com opioides) em condições de dor crónica.</p> |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|---|---|
| <p>34 Howarth, A., et al. (2016)</p> <p>“Pilot study evaluating a brief mindfulness intervention for those with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial.”</p> | <p>Estudo controlado randomizado</p> | <p>90 Participantes com dor crónica</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 90</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; - Brief Pain Inventory; - Escala de Catastrofização da Dor; - Questionário de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)</p> | <p>O objetivo deste estudo é duplo: avaliar os efeitos imediatos de uma intervenção breve de auto-ajuda de mindfulness para lidar com a dor crónica e avaliar a viabilidade de realizar um estudo controlado randomizado definitivo para determinar a eficácia de tal intervenção.</p> | <p>Intervenção: Os pacientes do grupo de tratamento recebem uma gravação de áudio de um scan corporal de 15 minutos de mindfulness num MP3 player. - Em casa</p> <p>A escolha da meditação de scan do corpo para o áudio foi baseada em intervenções tradicionais bem-sucedidas de redução de stresse baseadas em mindfulness- MBSR, que rotineiramente incluem uma meditação de scan do corpo como exercício introdutório num ambiente clínico com uma população de dor crónica, uma versão breve (10 minutos) do scan corporal reduziu os relatos de angústia, imediatamente após ouvir o áudio.</p> | <p>A atual revisão sistemática, a primeira baseada exclusivamente em evidências de ECR, indicou que a atenção plena- mindfulness, na dor crónica, mostra que não na redução da percepção da dor, mas nos aspetos psicológicos da convivência com dor; melhorando a depressão associada e a qualidade de vida. A meditação da atenção plena deve ser considerada como um adjuvante baseado em evidências no tratamento de dor crónica.</p> |
| <p>35 Howarth, A., et al. (2016)</p> <p>“Views on a brief mindfulness intervention among patients with long-term illness.”</p> | <p>Estudo qualitativo</p> | <p>14 Participantes</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 14</p> <p>Instrumentos de avaliação: Questionários</p> | <p>O objetivo foi avaliar os efeitos de uma intervenção breve em mindfulness na dor crónica.</p> | <p>Intervenção: O áudio em si era um scan corporal de 10 minutos, em casa, com base em uma transcrição da Breathworks, uma organização de atenção plena especializada em apoiar pessoas com dor crónica. Carregado num MP3 que o paciente poderia levar para casa para usar em seu próprio ambiente, o scan corporal consistia em instruções para que o ouvinte ‘scaneasse’ seu corpo com atenção sistematicamente, começando pelos dedos dos pés e terminando no topo da cabeça.</p> | <p>Um ponto forte deste estudo é o fornecimento de dados detalhados em relação às opiniões dos pacientes sobre a aceitabilidade de uma intervenção breve de mindfulness para facilitar o enfrentamento de doenças crónicas.</p> <p>A intervenção de mindfulness baseada em áudio foi considerada altamente aceitável para os pacientes e os principais benefícios relatados foram as experiências imediatas, pós-intervenção, relaxamento e aumento do humor e melhor enfrentamento dos sintomas da doença.</p> |

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--|---|---|--|
| <p>36 Hussain, N., Said, A. (2019)</p> <p>“Mindfulness-Based Meditation Versus Progressive Relaxation Meditation: Impact on Chronic Pain in Older Female Patients With Diabetic Neuropathy”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>105 Participantes</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 105</p> <p>Instrumentos de avaliação: Inventário Breve de Dor (BPI) modificado para neuropatia periférica diabética dolorosa; - Impressão Global de Mudança do Paciente usando estatística descritiva, teste t de Student e análise de variância, quando aplicável</p> | <p>Objectivo comparar o uso de meditação mindfulness e relaxamento progressivo para reduzir a dor crónica em mulheres idosas com diabetes.</p> | <p>Intervenção: Programa de terapia cognitiva baseada em mindfulness - MBTC- 2 vezes por semana para um total de 16 sessões durante um período de 8 semanas - Clínica</p> <p>Cada visita implicaria uma sessão de 30 minutos de meditação.</p> <p>Todos os pacientes foram alocados aleatoriamente, onde usaram software de computador, nos 3 grupos de meditação. Todas as sessões de meditação foram realizadas simultaneamente em 3 salas separadas do hospital. Nenhum dos pacientes tinha meditado antes.</p> | <p>Terapias integrativas como a meditação da atenção plena podem fazer parte de um plano abrangente de controlo da dor. Os benefícios incluem a redução do consumo de medicamentos relacionados à dor, melhores resultados do tratamento, melhora nas comorbidades, como ansiedade e depressão, bem como nenhum risco de dependência ou abuso.</p> |
| <p>37 Jinich-Diamant, A., et al. (2020)</p> <p>“Neurophysiological Mechanisms Supporting Mindfulness Meditation–Based Pain Relief: an Updated Review”</p> | <p>Revisão de atualização</p> | <p>- Participantes</p> <p>País: EUA N_{total} = -</p> <p>Instrumentos de avaliação:-</p> | <p>Esta revisão examina descobertas neurocientíficas recentes (de 2016 em diante) sobre os mecanismos que apoiam o alívio da dor associada à atenção plena.</p> | <p>Intervenção: MBSR para atingir diferentes pontos da doença: terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) para tratar a depressão, melhoria da recuperação orientada para a atenção plena (MORE) para combater o uso indevido de opioides e a dor crónica e prevenção de recaídas baseada em mindfulness, uma terapia que alivia de forma confiável o vício e a recuperação a longo prazo.</p> | <p>As terapias baseadas em mindfulness produzem reduções confiáveis em um espectro de condições de dor crônica por meio de mecanismos psicológicos, fisiológicos e neurais que suportam a modulação da avaliação e avaliação de inócuos e eventos sensoriais nocivos.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>38 Kabat-Zinn, J., et al. (1982)</p> <p>“An outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the practice of Mindfulness Meditation”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>País: EUA N_{total} = 51</p> <p>Instrumentos de avaliação:-Índice de Avaliação da Dor McGill-Melzack (PRI); - Escala de Avaliação de Problemas de Partes do Corpo (BPPA);- Body Pain Map (BPM); - Tabela de Níveis de Interferência (TLI)</p> | <p>Avaliar os efeitos de um Programa Ambulatorial em Medicina Comportamental para Pacientes com Dor Crônica Baseado na Prática da Meditação Mindfulness.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse e relaxamento baseado em mindfulness MBSR – 10 semanas, 2h por semana.</p> <p>3 meditações Mindfulness:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Body scan” - foco no corpo; 2. Foco na respiração 3. Posturas de Hatha Yoga <p>Nas 1^{as} 4 semanas o body scan era praticado em casa - 45 minutos, 6x/semana. Após as 4 semanas, o Hatha yoga foi introduzido também como prática em casa, diariamente.</p> | <p>Concluiu-se que esta forma de meditação pode ser utilizada como base para um programa comportamental eficaz na auto regulação de pacientes com dor crônica.</p> |
| <p>39 Kabat-Zinn, J., et al. (1985)</p> <p>“ The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>90 Participantes</p> <p>País: EUA N_{total} = 90</p> <p>Instrumentos de avaliação: -Índice de Avaliação da Dor McGill-Melzack (PRI); - Escala de Avaliação de Problemas de Partes do Corpo (BPPA); - Tabela de Níveis de Interferência (TLI); - Body Pain Map (BPM)</p> | <p>Avaliar os efeitos de um Programa de Redução de stresse e Relaxamento (SR&RP) de 10 semanas, projetado para indivíduos com dor crônica.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse e relaxamento baseado em mindfulness- MBSR – 8 semanas.</p> | <p>Reduções estatisticamente significativas foram observadas nas medidas de dor no momento presente, imagem corporal negativa, inibição da atividade humor e sintomatologia psicológica, incluindo ansiedade e depressão. A utilização de medicamentos relacionados à dor diminuiu e os níveis de atividade e sentimentos de auto-estima aumentaram.</p> |
| <p>40 Khoo, E., et al. (2019)</p> <p>“Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the</p> | <p>Revisão sistemática e meta-análise.</p> | <p>Participantes</p> <p>País: Canadá N_{total} =</p> <p>Instrumentos de avaliação: 8 medidas de avaliação/resultados de interesse foram: funcionamento físico, intensidade da dor,</p> | <p>Esta revisão compara a redução do stresse baseada em mindfulness (MBSR) à terapia cognitivo-comportamental (TCC) na sua capacidade de melhorar o funcionamento</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. - MBSR- 8 semanas</p> | <p>Esta revisão sugere que a MBSR oferece outra intervenção potencialmente útil para a gestão da dor crônica.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| <p>treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis.”</p> | | <p>funcionamento emocional e impressão global de mudança do paciente (PGIC).</p> | <p>físico e reduzir a intensidade da dor e o sofrimento em pacientes com dor crónica (PC), quando avaliados em condições de controlo.</p> | | |
| <p>41 Kold, M., et al. (2012) “Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis.”</p> | <p>Estudo piloto observacional prospectivo</p> | <p>10 Participantes País: Dinamarca N_{total} = 10 Instrumentos de avaliação: Questionários: SF-36 (saúde geral, genérico) EHP-30 (específico da endometriose).</p> | <p>O objetivo foi avaliar uma intervenção psicológica baseada em técnicas de mindfulness para lidar com a dor em pacientes com endometriose.</p> | <p>Intervenção: 10 sessões (cinco sessões individuais e cinco sessões em grupo, 15 horas no total)- A intervenção empregou três tipos de interação: (a) treino de mindfulness (scaner corporal, treino sensorial, técnicas de respiração, música e apoio de biofeedback), (b) psicoeducação e diálogo em grupo e (c) sessões individuais, cujos temas foram adaptados aos objetivos e desafios pessoais de cada paciente. - Realizada num hospital</p> | <p>Os resultados indicam efeitos significativos e duradouros no nível de dor das participantes, bem-estar e capacidade de funcionar na vida diária.</p> |
| <p>42 Komandur, B., et al. (2017) “Mindfulness and Chronic Headache/Migraine: Mechanisms Explored through the Fear- Avoidance Model of Chronic Pain”</p> | | <p>217 Participantes com cefaleia crónica/enxaqueca auto-relatados (51 homens, 166 mulheres), com idades entre 18 e 65 anos País: Austrália N_{total} = 217 Instrumentos de avaliação: - Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)26 - Mindful Attention - Escala de Consciência (MAAS) -The Brief Headache Screen (BHS).</p> | <p>1) Replicar um estudo de Schutze, Rees, Preece e Schutze (2010) numa amostra de dor de cabeça, em vez de uma amostra de dor crónica heterogénea, investigando se o nível de atenção plena prediz, componentes-chave, no modelo de prevenção do medo de doenças</p> | <p>Intervenção: - Schutze, Rees, Preece e Schutze (2010) tiveram como objectivo investigar o papel da atenção plena no modelo de medo-evitação da dor crónica (intensidade da dor, afeto negativo, catastrofização da dor, medo relacionado à dor, hipervigilância da dor e incapacidade funcional), usando uma amostra de indivíduos que sofrem de uma variedade de condições de dor crónica.</p> | <p>Os resultados sugerem que a atenção plena pode ser integrada ao modelo de evitar o medo da dor crónica para quem sofre de dor de cabeça crónica/enxaqueca. Schutze e colegas (2010) sugeriram que a atenção plena pode ser integrada ao modelo de evitação do medo como um componente-chave em si mesmo, entre a experiência da dor e a catastrofização da dor.</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - The Pain Catastrophizing Scale (PCS). - The Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III). - Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ). | <p>crónicas. Dor (intensidade da dor, afecto negativo, catastrofização da dor, medo relacionado à dor, hipervigilância da dor e incapacidade funcional); (2) investigar as relações entre o nível de atenção plena e a intensidade, frequência e duração da dor de cabeça/enxaqueca.</p> | | |
| <p>43 La Cour, P., Petersen, M. (2015)</p> <p>“Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>109 Pacientes com dor crónica inespecífica</p> <p>País: Dinamarca N_{total} = 109</p> <p>Instrumentos de avaliação: Brief Pain Inventory</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escalas visuais analógicas; - SF36 - Questionário de Aceitação da Dor Crónica | <p>Investigar os efeitos da meditação mindfulness na dor crónica</p> | <p>Intervenção: O programa de atenção plena foi baseado no protocolo padrão MBSR. Os participantes foram ensinados a meditar diariamente por 45 minutos em casa seguindo instruções em um CD e foram instruídos a manter um diário.- 8 Semanas.</p> | <p>Um programa padronizado de atenção plena (MBSR) contribui positivamente para a gestão da dor e pode exercer efeitos clinicamente relevantes em várias dimensões importantes em pacientes com dor crónica de longa duração.</p> |
| <p>44 Lestoquoy, A. et al. (2017)</p> <p>“Living with chronic pain: evaluating patient experiences with a medical group visit focused on</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>20 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 20</p> <p>Instrumentos de avaliação: Os participantes descreveram a sua experiência de viver com dor</p> | <p>Este artigo avalia como a Visita Integrativa de Grupo Médico (IMGV) aborda muitos dos déficits identificados com os cuidados habituais.</p> | <p>Intervenção: A intervenção incluiu dez sessões de Visitas Integrativas de Grupo Médico com um profissional de cuidados primários e um instrutor de meditação. O currículo usa princípios de Redução de stresse Baseada em Mindfulness e medicina integrativa baseada em evidências. A visita é estruturada de</p> | <p>Esta análise qualitativa de pacientes racialmente diversos de baixo rendimento que participaram do IMGV observou melhor controlo sobre sua condição de saúde, o tratamento em grupo leva a um melhor enfrentamento da dor e integração de técnicas não</p> |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|---|--|
| <p><i>mindfulness and non-pharmacological strategies”</i></p> | | <p><i>crónica, sua insatisfação com os cuidados anteriores e elaboraram as principais diferenças do modelo IMGV (Visita Integrativa de Grupo Médico).</i></p> | | <p><i>forma semelhante a outras consultas médicas em grupo.</i></p> <p>A intervenção foi de 10 sessões de 2.5h, especialmente focadas no ciclo da dor crónica, abordagens não farmacológicas (por exemplo, princípios da MBSR) para dor crónica, depressão, insónia e hábitos alimentares.</p> | <p><i>farmacológicas na autogestão da dor</i></p> |
| <p>45 Luigi-Hernandez, J., et al. (2018)</p> <p><i>“Mindfulness for Chronic Low Back Pain: A Qualitative Analysis”</i></p> | <p><i>Análise qualitativa</i></p> | <p>25 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 282</p> <p>Instrumentos de avaliação: Questionários</p> | <p><i>O objectivo deste estudo foi investigar temas dominantes presentes nas experiências de idosos aplicando mindfulness e meditação para lidar com a dor lombar crónica.</i></p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. - MBSR- 8 semanas</p> | <p><i>Os temas identificam várias maneiras pelas quais a atenção plena afecta os idosos com dor lombar crónica, incluindo a diminuição das emoções negativas relacionadas à dor crónica, como o medo da dor, uma perspectiva diferente ou mudança na consciência sobre a dor e redução do significado da dor.</i></p> <p><i>O impacto variou desde o físico, incluindo alívio da dor, aumento da actividade, mudanças psicossomáticas, como melhora do sono e gestão de comorbidades, até o mais emocional e social, incluindo alívio do stresse, mudança de humor, melhora das relações interpessoais, enfrentamento da vida cotidiana, e a capacidade de simplesmente “deixar as coisas acontecerem” que antes os incomodavam.</i></p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|--|---|
| <p>46 Lüßmann, K. et al. (2021)</p> <p><i>“Mindfulness as Predictor of Itch Catastrophizing in Patients With Atopic Dermatitis: Results of a Cross-Sectional Questionnaire Study”</i></p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>155 Pacientes</p> <p>País: Alemanha N_{total} = 155</p> <p>Instrumentos de avaliação: -inventário abrangente de experiências de atenção plena (CHIME); - O Itch Cognitions Questionnaire;</p> | <p>O objectivo deste estudo foi investigar se a intensidade da coceira e a atenção plena estão relacionadas à catastrofização da coceira em pacientes com Dermatite Atópica</p> | <p>Intervenção: intervenção curta de 2 semanas baseada em meditação mindfulness realizada em uma clínica de reabilitação</p> | <p>Os resultados do estudo atual indicam que níveis mais altos de uma faceta específica da atenção plena denominada “agir com consciência” estão relacionados a níveis mais baixos de catastrofização da coceira. Esse achado é importante, pois sugere que as intervenções psicológicas devem procurar aumentar a actuação consciente em pacientes com DA como forma de melhorar os resultados dos pacientes associados ao prurido problemático.</p> |
| <p>47 Bawa, F., et al. (2021)</p> <p><i>“I’m empowered to look after myself” — Mindfulness as a way to manage chronic pain: An interpretative phenomenological analysis of participant experiences in Scotland”</i></p> | <p>Métodos mistos</p> | <p>34 Pacientes</p> <p>País: Escócia N_{total} = 34</p> <p>Instrumentos de avaliação: Entrevista</p> | <p>O objectivo do estudo foi explorar as experiências de pacientes com dor crónica que participaram de um programa de mindfulness.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness.- MBSR- 8 semanas</p> <p>As experiências dos participantes do programa foram temáticas sob: factores que afectam a experiência (influência de eventos anteriores da vida; o processo de participação e de relacionamento com o programa); e efeitos do programa (impacto nas emoções, saúde mental, eventos adversos e processo de mudança). O processo de mudança, resultante de uma melhor compreensão da relação entre mindfulness e dor, envolveu aprender a 'ouvir o corpo', ganhar um senso de comunidade, aprender a aceitar a dor e encarar a vida com mais autocuidado, consciência, valorização e fortalecimento.</p> | <p>Os participantes relataram uma variedade de experiências. Para alguns, isso incluiu passar por um processo de mudança que pode tê-los apoiado na convivência com sua condição dolorosa. Isso contribui para nossa compreensão de como a atenção plena pode beneficiar pessoas com dor crónica.</p> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|--|---|--|---|
| <p>48 Marske, C., et al. (2020)</p> <p>“Mindfulness-Based Stress Reduction in the Management of Chronic Pain and Its Comorbid Depression”</p> | <p>Revisão sistemática</p> | <p>28 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 28</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Patient Health Questionnaire (PHQ-9)18; - Pain Catastrophizing Scale (PCS)19; - Versão abreviada do Modified Oswestry Disability Index (MO)20</p> | <p>Avaliar a eficácia clínica de um curso de redução de stresse baseado em mindfulness (MBSR) de 8 semanas implementado numa população semirural com dor crónica.</p> | <p>Intervenção: MBSR - 8 semanas: Semana 1: Atenção plena ao corpo usando meditação de scanner corporal, incluindo sensações físicas. Semana 2: Mindfulness da respiração usando a meditação sentada como base para observar a sensação física da respiração. Semana 3: Mindfulness do corpo com movimento, incluindo yoga suave e alongamentos. Semana 4: Mindfulness da respiração e do corpo juntos, incluindo a introdução formal da percepção de fenómenos desagradáveis como stresse/dor e suas manifestações no corpo. Semana 5: Atenção plena aos sons e pensamentos com ensino adicional sobre a percepção de pensamentos, sensações associadas ao estresse/dor. Semana 6: Atenção plena à fala e comunicação, incluindo especificamente como o stresse e a dor somática afetam a maneira como nos comunicamos. Semana 7: Meditação da bondade amorosa para desenvolver bondade, aceitação, compaixão para complementar e apoiar a atenção plena. Semana 8: A bondade amorosa e a atenção plena exploradas em conjunto para apoiar e desenvolver uma prática de meditação personalizada por cada participante.</p> | <p>As aulas de MBSR foram dinamizadas para beneficiar os participantes com dor crónica e depressão neste cenário, promovendo uma melhora significativa nas percepções dos participantes de dor, humor e capacidade funcional.</p> |
| <p>49 Martorella. G., et al. (2021)</p> <p>“Web- and Mindfulness-Based</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>32 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 32</p> | <p>Testar uma intervenção MBCT baseada na web de 4 semanas para adultos após a alta hospitalar,</p> | <p>Intervenção: MBCT baseada na web de 4 semanas Semana 1: Atenção plena ao corpo usando meditação de scan corporal, incluindo sensações físicas</p> | <p>O programa de MBSR beneficiou os participantes com dor crónica e depressão neste cenário, promovendo uma melhora significativa nas percepções dos</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|---|--|
| <p><i>Intervention to Prevent Chronic Pain After Cardiac Surgery: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial</i></p> | | <p>Instrumentos de avaliação: -questionário de saúde do paciente (PHQ-9) - Escala de Catastrofização da Dor (PCS) - Índice de Incapacidade de Oswestry Modificado (MO)</p> | <p>avaliando a aceitabilidade ou viabilidade da intervenção e examinando os efeitos preliminares na intensidade da dor, interferência da dor nas atividades e uso de opióides, e aceitação da dor e pensamentos catastróficos nos 6 meses após a cirurgia.</p> | <p>Semana 2: Mindfulness da respiração usando a meditação sentada como base para observar a sensação física da respiração. Semana 3: Mindfulness do corpo com movimento, incluindo yoga suave e alongamentos. Semana 4: Mindfulness da respiração e do corpo juntos, incluindo a introdução formal da percepção de fenômenos desagradáveis como stresse/dor e suas manifestações no corpo. Semana 5: Atenção plena aos sons e pensamentos com ensino adicional sobre a percepção de pensamentos, sensações associadas ao estresse/dor. Semana 6: Atenção plena à fala e comunicação, incluindo explorando especificamente como o stresse e a dor somática afetam o forma como nos comunicamos. Semana 7: Meditação da bondade amorosa para desenvolver bondade, aceitação, compaixão para complementar e apoiar a atenção plena. Semana 8: A bondade amorosa e a atenção plena exploradas em conjunto para apoiar e desenvolver uma prática de meditação personalizada por cada um participante.</p> | <p>participantes de dor, humor e capacidade funcional.</p> |
| <p>50 Mascaro, J. et al. (2021) “Randomized, wait-list–controlled pilot study of app-delivered mindfulness</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>74 Pacientes País: EUA N_{total} = 74 Instrumentos de avaliação:-Brief Pain Inventory</p> | <p>Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e impacto da meditação de atenção plena fornecida pelo aplicativo na cognição da dor e</p> | <p>Intervenção: Os participantes foram solicitados a completar o primeiro nível do programa de introdução ou “Básico”, que compreendeu 10 sessões que introduzem os princípios e práticas fundamentais da atenção plena. As principais práticas neste programa são o scanner corporal, uma prática</p> | <p>Esses resultados sugerem que a meditação mindfulness fornecida pelo aplicativo é benéfica para pacientes com dor crônica.</p> |

| | | | | | |
|---|--------------------|--|---|---|---|
| for patients reporting chronic pain” | | -Escala de Catastrofização da Dor | no funcionamento diário entre pacientes que relataram dor crónica. | guiada que envolve trazer a atenção e a consciência para as sensações de várias regiões do corpo, bem como a meditação da atenção plena que arrasta a consciência para as sensações da respiração . | |
| 51 McCracke, L. et al. (2007) “The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability.” | Estudo randomizado | 105 Pacientes País: Inglaterra N_{total} = 105 Instrumentos de avaliação: --Mindful Attention Awareness Scale; - The British Columbia-Major Depression Inventory (BC-MDI); - The Chronic Pain Acceptance Questionnaire - The Pain Anxiety Symptoms Scale - The Sickness Impact Profile (SIP) | Avaliar a atenção plena em relação à dor, funcionamento emocional, físico e social em indivíduos com dor crónica | Intervenção: meditação -6 semanas em casa. Os participantes foram instruídos a usar o aplicativo em média 10 min/dia durante o período de estudo de 6 semanas - aplicação “Headspace” | Em cada caso, uma maior atenção plena foi associada a um melhor funcionamento. Os incrementos combinados de variância explicados pela aceitação da dor e atenção plena foram pelo menos moderados e, em alguns casos, pareciam potencialmente significativos. |
| 52 Mehan, S., Morris, J. (2018) “ A literature review of Breathworks and mindfulness intervention” | Estudo randomizado | - País: Inglaterra N_{total} = - Instrumentos de avaliação: Angústia afetiva e intensidade de dor crónica, angústia e interferência nas suas vidas. | Revisar e discutir a literatura sobre as intervenções de mindfulness e o programa Breathworks Mindfulness for Health. | Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness.- MBSR - 8 semanas | No geral, os resultados indicaram que o Breathworks e outras variações de intervenções de atenção plena são benéficas para a saúde, o bem-estar e o controle da dor. Existe um claro benefício potencial para a atenção plena ajudando aqueles com condições de longo prazo e dor crónica. |
| 54 Morone, N., et al. (2009) | Estudo qualitativo | 27 adultos ≥ 65 anos País: EUA N_{total} = 27 | Identificar os efeitos da meditação da atenção plena em idosos com dor lombar crónica | Intervenção: A meditação da atenção plena toma as atividades cotidianas, como respirar, sentar, deitar e caminhar, e as transforma em meditação por meio da atenção direcionada às sensações, | A meditação da atenção plena teve efeitos benéficos na dor, atenção, sono e bem-estar em idosos que sofrem de dor lombar crónica. Vários métodos de |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|---|
| <p>“I felt like a new person.” The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries”</p> | | <p>Instrumentos de avaliação: -</p> | | <p>pensamentos ou emoções. - Hospital - meditação diária em casa (seis de sete dias/semana) com duração de 50 minutos.</p> <p>uma vez por semana durante 90 minutos por um total de oito semanas.</p> | <p>redução da dor foram usados, incluindo distração, aumento da consciência corporal levando à mudança de comportamento, melhores habilidades de enfrentamento, imagens e redução direta da dor através da meditação. A latência do sono foi melhorada, bem como a qualidade do sono. Os participantes descreveram o bem-estar durante e após uma sessão de meditação que teve efeitos imediatos na elevação do humor, mas também efeitos globais duradouros na qualidade de vida</p> |
| <p>55 Namjoo, S., et al. (2019)</p> <p>“Use of Mindfulness-based Cognitive Therapy to Change Pain-related Cognitive Processing in Patients with Primary Headache: A Randomized Trial with Attention Placebo Control Group”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>85 Pacientes de língua persa com um tipo de cefaleia primária.</p> <p>País: Irão N_{total} = 85</p> <p>Instrumentos de avaliação: -Brief Inventário de Dor;- Questionário de Processamento Cognitivo Relacionado à Dor (PCPQ).</p> | <p>O objetivo deste estudo foi investigar o efeito da terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) no processamento cognitivo relacionado à dor e no controle da dor crônica em pacientes com cefaleia primária.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness -MBCT- 8 semanas - 2h, semana.</p> <p>Sessão 1: abandonar os hábitos automáticos de dor Sessão 2: enfrentar o desafio Sessão 3: a respiração como âncora Sessão 4: aprender a ficar no presente Sessão 5: aceitação ativa Sessão 6: ver os pensamentos como apenas pensamentos Sessão 7: cuidar de mim Sessão 8: aproveitar o poder da mente para o controlar a dor crônica</p> | <p>MBCT é uma abordagem potencialmente eficaz para indivíduos com dor de cabeça. A regulação e a correção do processamento cognitivo são consideradas estratégias de enfrentamento cognitivas eficazes no tratamento MBCT.</p> |
| <p>56 Nathan, H., et al. (2017)</p> <p>“Randomized Trial of the Effect of Mindfulness- Based Stress Reduction on</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>66 pacientes: Homens e mulheres que tinham ≥18 anos de idade, tinham diabetes tipo 1 ou tipo 2 e sintomas de PDPN por >6 meses</p> <p>País: Canadá</p> | <p>Este estudo testou os efeitos de cursos de MBSR baseados na comunidade para pacientes com neuropatia periférica diabética dolorosa – PDPN.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR- nove sessões: oito semanais, sessões de 2,5 horas e uma sessão de 6 horas num dia de fim de semana</p> | <p>Entre os pacientes com PDPN cuja farmacoterapia foi otimizada em uma clínica de dor crônica, o tratamento com MBSR, em comparação com os cuidados habituais, resultou em melhora da função; intensidade da dor reduzida, catastrofização da dor,</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|--|
| <p><i>Pain-Related Disability, Pain Intensity, Health-Related Quality of Life, and A1C in Patients With Painful Diabetic Peripheral Neuropathy</i></p> | | <p>N_{total} = 66</p> <p>Instrumentos de avaliação:-Brief Pain Inventory;- The Pain Catastrophizing Scale (PCS); - Short Form-12 Health Survey version 2 (SF-12); - Neuropathy-Specific Quality of Life Questionnaire (NeuroQoL)</p> | | | <p>depressão e stresse percebido e melhor QV relacionada à saúde.</p> |
| <p>58 Omidi, A., Zargar, F. (2014)</p> <p><i>“Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Pain Severity and Mindful Awareness in Patients With Tension Headache: A Randomized Controlled Clinical Trial”</i></p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>60 Pacientes</p> <p>País: Irão N_{total} = 60</p> <p>Instrumentos de avaliação:-Escala diária para cefaleia; -Mindful Attention Awareness Scale</p> | <p>Este estudo avaliou a eficácia do MBSR na melhora da gravidade da dor e consciência consciente em pacientes com cefaleia tensional</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR- 8 semanas. - 120 minutos cada sessão semanal.</p> | <p>MBSR pode reduzir a dor e melhorar as habilidades de atenção plena em pacientes com cefaleia tensional. Parece que MBSR é uma psicoterapia eficaz para o tratamento de pacientes com cefaleia tensional.</p> |
| <p>59 Reiner, K., et al. (2013)</p> <p><i>“Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity? A Critical Review of the Literature”</i></p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>16 Estudos</p> <p>País: Israel N_{total} = 16</p> <p>Instrumentos de avaliação:- escala visual ou numérica da dor;</p> | <p>O objetivo desta revisão é investigar o efeito específico das MBIs na intensidade da dor.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness -MBSR</p> | <p>Dezesseis estudos foram incluídos nesta revisão (oito ensaios não controlados e oito controlados). Na maioria dos estudos (10 de 16), houve diminuição significativa da intensidade da dor no grupo MBI. Os resultados foram mais consistentemente positivos para amostras limitadas à dor clínica (9 de 11). Além disso, a maioria dos ensaios controlados (6 de 8) revela maiores reduções na</p> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|--|---|---|--|
| | | | | | <i>intensidade da dor para MBIs em comparação com grupos de controlo. Os resultados das avaliações de acompanhamento revelam que as reduções na intensidade da dor foram geralmente bem mantidas.</i> |
| <p>60 Reiner, K. et al. (2016)</p> <p><i>“A Brief Mindfulness Meditation Training Increases Pain Threshold and Accelerates Modulation of Response to Tonic Pain in an Experimental Study”</i></p> | <i>Estudo experimental</i> | <p>40 Participantes</p> <p>País: Israel N_{total} = 40</p> <p>Instrumentos de avaliação:- escala numérica da dor; - <i>Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)</i>; - <i>Limite de Dor de Calor</i></p> | <i>Avaliar os efeitos da meditação mindfulness (MM) na percepção da dor de calor experimental usando vários índices psicofísicos, incluindo o padrão de mudança em resposta a estímulos dolorosos tónicos. Também testamos o potencial papel moderador da atenção plena na linha de base.</i> | <p>Intervenção: meditação mindfulness (MM)</p> <p>1º SESSÃO DE APRENDIZAGEM: breve explicação do MM com instruções verbais explícitas orientando-os a observar atentamente sua respiração. 2º- PRÁTICAS EM CASA- duas semanas por 25 minutos uma vez por dia</p> | <i>Uma breve intervenção de MM parece afectar a percepção da dor experimental, aumentando o limiar de dor e acelerando a modulação da resposta. Os achados podem ajudar a elucidar os mecanismos do MM para a dor crónica.</i> |
| <p>61 Rezaei, S., Hassanzadeh, S. (2019)</p> <p><i>“Are mindfulness skills associated with reducing kinesiophobia, pain severity, pain catastrophizing and physical disability? Results of Iranian</i></p> | <i>Estudo transversal</i> | <p>200 Participantes: 99 mulheres + 101 homens</p> <p>País: Irão N_{total} = 200</p> <p>Instrumentos de avaliação:- <i>Questionário de Mindfulness de Cinco Faces (FFMQ)</i>; - <i>Escala Analógica Visual (VAS)</i>; - <i>Questionário de Deficiência Roland Morris (RMDQ-24)</i>;</p> | <i>O objetivo desta pesquisa foi examinar a relação entre as facetas da atenção plena e os resultados mencionados em indivíduos com dor musculoesquelética (DEM), incluindo uma extensa população de pacientes.</i> | Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR-8 semanas | <i>Todos os factores existentes no mindfulness estão associados ao MSP após o controle de certos resultados indesejáveis. Parece que as intervenções de mindfulness podem potencialmente resultar em melhora clínica de pacientes que sofrem de dor músculo-esquelética crónica.</i> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|--|---|
| <p>patients with chronic musculoskeletal pain”</p> | | <p>- Escala Tampa de Cinesiofobia e - Questionário de Estratégias de Coping - Subescala Catastrofizante (CSQ-CAT).</p> | | | |
| <p>62 Roberts, R., et al. (2021)</p> <p>“Mindfulness-oriented recovery enhancement improves negative emotion regulation among opioid-treated chronic pain patients by increasing interoceptive awareness”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>95 Participantes</p> <p>País: EUA N_{total} = 95</p> <p>Instrumentos de avaliação:- Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA); -Escala de stresse de Ansiedade e Depressão de 21 itens (DASS);</p> | <p>Tem como objectivo testar um postulado específico da Teoria Mindfulness-to-Meaning: que intervenções baseadas em mindfulness promovem reavaliação, via autorregulação interoceptiva, como forma de diminuir o sofrimento emocional.</p> | <p>Intervenção: Os tópicos de discussão do MORE foram selecionados para corresponder a temas de intervenção MAIS, como formas de lidar com a dor e emoções negativas, o impacto do stresse da vida na dor, estigma e efeitos adversos do uso de opióides, aceitação versus negação e planos para o futuro.</p> <p>- Oito sessões semanais da intervenção manual do grupo MORE</p> | <p>O MORE facilitou a reavaliação do sofrimento ao melhorar a autorregulação interoceptiva, apoiando uma via causal mecanicista central especificada pela Teoria Mindfulness-to-Meaning.</p> |
| <p>63 Rod, K. (2015)</p> <p>“Observing the effects of mindfulness-based meditation on anxiety and depression in chronic pain patients.”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>47 Participantes</p> <p>País: Canadá N_{total} = 47</p> <p>Instrumentos de avaliação:-Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; -Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; -Escala de Qualidade de Vida; -Escala numérica da dor; -Impressão Global do Paciente Escala de Mudança</p> | <p>Avaliar os efeitos da meditação baseada em mindfulness na ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica.</p> | <p>Intervenção: meditação baseada em mindfulness</p> <p>Os pacientes foram observados por oito semanas (3 dias por semana, uma hora por visita).</p> <p>Técnicas de atenção plena incluíram respiração, body scan, investigação consciente, caminhada consciente e alimentação consciente.</p> | <p>Ao longo da observação de um ano, os pacientes demonstraram melhora notável na depressão, ansiedade, dor e impressão global de mudança.</p> <p>Pacientes com dor crónica que sofrem de ansiedade e depressão podem se beneficiar da incorporação da Meditação Mindfulness nos seus planos de tratamento.</p> |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|---|--|
| <p>64 Roehmer, C., et al. (2021)</p> <p>“Remote mindfulness-based interventions for the management of chronic pain”.</p> | <p>Revisão narrativa</p> | <p>-</p> <p>País: EUA N_{total} = -</p> <p>Instrumentos de avaliação:-</p> | <p>O objectivo deste estudo foi avaliar as evidências disponíveis sobre a eficácia da terapia de mindfulness remota em pacientes com dor crónica.</p> | <p>Intervenção: Informação não contemplada no estudo</p> | <p>Após uma extensa revisão, quatro estudos elegíveis foram identificados. Esses estudos relataram efeitos positivos significativos da terapia de atenção plena remota, incluindo melhorias na catastrofização da dor, gerenciamento emocional da dor e satisfação com a vida.</p> <p>Embora limitada, as evidências sugerem que a terapia remota baseada em mindfulness pode beneficiar pacientes com dor crónica. As descobertas deste estudo destacam a utilidade potencial da terapia de atenção plena remota como uma opção de gestão prontamente acessível.</p> |
| <p>65 Rosenzweig, S., et al. (2010)</p> <p>“Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice”</p> | <p>Estudo de corte prospectivo</p> | <p>450 Participantes</p> <p>País: EUA N_{total} = 450</p> <p>Instrumentos de avaliação: -</p> | <p>Comparar mudanças na dor corporal, qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e sintomas psicológicos durante um programa de redução de stresse baseado em atenção plena (MBSR).</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. - MBSR</p> <p>A intervenção variou entre 7 e 12 semanas. Dentro de alguns estudos, a meditação mindfulness também foi acompanhada com o tratamento habitual, psicoeducação, guia de CD em casa, retiro de grupo ou diário.</p> | <p>Os resultados diferiram em significância e magnitude entre as condições comuns de dor crónica. Subgrupos de pacientes diagnosticados com artrite, dor nas costas/pescoço ou duas ou mais comorbidades de dor demonstraram uma mudança significativa na intensidade da dor e limitações funcionais devido à dor após MBSR.</p> <p>Os participantes com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artrite: mostraram os maiores efeitos do tratamento para QVRS e sofrimento psicológico. - Dor de cabeça crónica/enxaqueca tiveram a menor melhora na dor e na QVRS. |

| | | | | | |
|---|---------------------------|--|---|---|--|
| | | | | | - Fibromialgia tiveram a menor melhoria no sofrimento psicológico. |
| <p>66 Rozworska, K., et al. (2019)</p> <p>“Mediators and moderators of change in mindfulness-based stress reduction for painful diabetic peripheral neuropathy”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>62 Pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 e PDPN (neuropatia periférica diabética dolorosa).</p> <p>País: Canadá N_{total} = 62</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brief Pain Inventory,; - Short-Form-12 Health Survey, version 2 (SF-12); - The Pain Catastrophizing Scale; - The Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ); - Patient Health Questionnaire | <p>Avaliar a eficácia do MBSR na redução da dor e incapacidade em pacientes com PDPN (neuropatia periférica diabética dolorosa).</p> | <p>Intervenção</p> <p>Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 semanas</p> | <p>O efeito da meditação da catastrofização da dor não foi significativo. Também foram encontradas tendências lineares moderadas. Análises de mediação moderada post-hoc sugeriram que pacientes MBSR com histórias mais longas de diabetes podem aumentar mais seus níveis de atenção plena, o que, por sua vez, leva a uma melhora na gravidade da dor e na QVRS física.</p> |
| <p>67 Schmidta, S., et al. (2015)</p> <p>“Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) as Treatment for Chronic Back Pain – an Observational Study with Assessment of Thalamocortical Dysrhythmia”</p> | | <p>22 pacientes com dor lombar crônica</p> <p>País: Alemanha N_{total} = 22</p> <p>Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -EuroQol Quality of Life Questionnaire (EQ-5D); -Twelve-Item Short Form Health Survey (SF-12); -Brief Symptom Inventory (BSI); -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); - | <p>Avaliar a viabilidade e eficácia da intervenção de um programa de redução de stresse baseado em mindfulness (MBSR) de 8 semanas numa amostra de pacientes com dor lombar</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness. - MBSR - 8 semanas</p> <p>Cada sessão cobriu exercícios e tópicos específicos no contexto da prática e treino de mindfulness, incluindo vários tipos de prática formal de mindfulness, consciência consciente de posturas dinâmicas de yoga, e atenção plena durante situações stressantes e interações sociais.</p> | <p>MBSR é uma intervenção viável para pacientes com dor lombar.</p> <p>Os pacientes que participaram do curso relataram um funcionamento psicológico melhorado, habilidades de enfrentamento da dor aprimoradas e uma redução moderada da dor que é comparável a outras intervenções comportamentais. Com base nesses achados, MBSR e intervenções semelhantes baseadas em mindfulness podem</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|---|--|
| | | <p>Pain Perception Scale (PPS); -Visual Analogue Scales (VAS); -Questions on Life Satisfaction (FLZ).</p> | | | <p>desempenhar um papel importante no tratamento multimodal de doenças crônicas</p> |
| <p>68 Schütze, R., et al. (2010)</p> <p>“Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain</p> | <p>Estudo transversal</p> | <p>104 Participantes</p> <p>País: Austrália N_{total} = 104</p> <p>Instrumentos de avaliação: -- O Five-Factor Mindfulness Questionnaire; - Mindful Attention Awareness Scale (MAAS);- O Questionário de Mindfulness de Cinco Fatores-Brief Pain Inventory; -Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); - Escala de Catastrofização da Dor -Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ)</p> | <p>O objectivo do presente estudo é basear-se nesta pesquisa emergente para explorar o papel da atenção plena no modelo FA (prevenção do medo) de dor crónica.</p> | <p>Intervenção: Informação não contemplada no estudo</p> | <p>No geral, os resultados mostraram que a atenção plena desempenha um papel significativo e não redundante no modelo de prevenção do medo, respondendo por 17 a 41% da variação nas principais construções de dor. Isso é consistente com estudos que mostram que a atenção plena prediz exclusivamente as principais variáveis de resultado em outro modelo cognitivo-comportamental de dor crónica e os resultados positivos do uso de terapias de atenção plena para tratar a dor crónica.</p> |
| <p>69 Senders, A., et al. (2018)</p> <p>“Association Between Pain and Mindfulness in Multiple Sclerosis - A Cross-sectional Survey”</p> | <p>Estudo transversal</p> | <p>132 Participantes com qualquer tipo de EM</p> <p>País: EUA N_{total} = 132</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Reported Outcomes Measurement Information System Pain Interference scale; - Five Facet Mindfulness Questionnaire</p> | <p>Avaliar a associação entre a interferência da dor e o traço mindfulness em pessoas com Esclerose Múltipla.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 semanas</p> | <p>Esses resultados sugerem uma associação clinicamente significativa entre a atenção plena e a interferência da dor na EM e apoiam a exploração de intervenções baseadas em atenção plena na gestão da dor relacionada à EM.</p> |

| | | | | | |
|---|---------------------------|--|---|---|---|
| <p>70 Simmons, L., et al. (2019)</p> <p>“Acceptability and Feasibility of a Mindfulness-based Intervention for Pain Catastrophizing among Persons with Sickle Cell Disease”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>-</p> <p>País: EUA N_{total} = -</p> <p>Instrumentos de avaliação:- The Pain Catastrophizing Scale (PCS);</p> | <p>O objectivo deste estudo piloto foi examinar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção baseada em mindfulness (MBI) em adultos com Doença Falciforme e dor crónica</p> | <p>Intervenção: O MBI foi desenvolvido em consulta com especialistas em gestão clínica de SCD (por exemplo, profissionais de gestão da dor, assistentes sociais, psicólogos) e clínicos de atenção plena. Um processo iterativo que combinou as necessidades de pessoas com DF e dor crónica (por exemplo, sintomas comuns, emoções e stressores) aos tópicos e habilidades do MBI resultou nas seguintes seis sessões: (1) respiração consciência, (2) scanner corporal, (3) meditação andando, (4) bondade amorosa, (5) consciência de escolha e (6) visão geral e conclusão.</p> | <p>Uma intervenção MBI baseada em grupo, por telefone, de seis semanas, foi considerada viável e aceitável para pessoas com DF e dor crónica. Os dados preliminares suportam um efeito moderado a forte da intervenção MBI na catastrofização da dor.</p> |
| <p>72 Thomas, E., Garland, E. (2017)</p> <p>“Mindfulness Is Associated with Increased Hedonic Capacity Among Chronic Pain Patients Receiving Extended Opioid Pharmacotherapy”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>115 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 115</p> <p>Instrumentos de avaliação:- Questionário de Mindfulness de Cinco Faces (FFMQ); - Snaith Hamilton Anhedonia e Pleasure Scale (SHAPS); - o Brief Pain Inventory (BPI) - Mini-International Neuropsychiatric Interview 6.0 (MINI)</p> | <p>O objectivo do presente estudo foi examinar as associações entre a atenção plena disposicional, a capacidade hedónica e a interferência relacionada à dor em uma amostra de dor crónica em uso de opioides</p> | <p>Intervenção: - MBCT e MORE</p> | <p>Os resultados indicam que a atenção plena disposicional foi associada à capacidade hedónica nesta amostra de dor crónica. À luz dessa associação, é plausível que intervenções que aumentem a atenção plena possam reduzir o comprometimento relacionado à dor em pacientes que usam opióides, aumentando a capacidade hedónica.</p> |
| <p>73 Tsur, N., et al. (2019)</p> <p>“The effect of mindful attention training for pain modulation capacity: Exploring the mindfulness–pain link”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>60 Estudantes</p> <p>País: Israel N_{total} = 60</p> <p>Instrumentos de avaliação: Questionários de percepção e modulação da dor</p> | <p>Este estudo investigou se um treino breve de atenção baseado em mindfulness mitiga reduções na modulação da dor.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness-MBSR- 8 semanas</p> <p>1.Atenção plena à dor 2.Atenção plena às pistas visuais 3.Ausência de atenção plena</p> | <p>A atenção plena pode mitigar a redução da modulação da dor observada na dor crónica, lançando luz sobre suas potenciais vantagens.</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>74 Ussher, M., et al. (2012)</p> <p>“Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain.”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>55 Pacientes</p> <p>País: Inglaterra N_{total} = 55</p> <p>Instrumentos de avaliação: - Escala de Mindfulness Filadélfia; - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); - Brief Pain Inventory;</p> | <p>O objectivo do estudo é descobrir como seu humor e sensações de dor mudam após ouvir um guia de áudio de 10 minutos – intervenção breve de mindfulness.</p> | <p>Intervenção: Intervenção breve em mindfulness.</p> <p>O grupo de tratamento seguiu uma gravação de áudio de 10 minutos de uma meditação de scan corporal baseado em mindfulness.</p> | <p>Um scanner corporal de 10 minutos reduziu as classificações de sofrimento relacionado à dor e as classificações da interferência percebida da dor nas relações sociais de forma mais eficaz do que uma condição de controlo.</p> |
| <p>75 Veehof, M., et al. (2016)</p> <p>“Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review”</p> | <p>Meta – análise - Estudo randomizado</p> | <p>25 Ensaio randomizados - 1.285 pacientes com dor crónica</p> <p>País: Suécia N_{total} = 1285</p> <p>Instrumentos de avaliação: -</p> | <p>Avaliar intervenções baseadas na aceitação e atenção plena para o tratamento da dor crónica.</p> | <p>Intervenção: terapia de aceitação e compromisso (ACT), redução do stresse baseada em atenção plena (MBSR) e terapia cognitiva (MBCT)</p> | <p>Intervenções baseadas em aceitação e atenção plena para dor crónica são, em geral, moderadamente eficazes em vários resultados benéficos, especialmente a longo prazo. No entanto, há espaço para progresso e melhoria do tratamento.</p> |
| <p>76 Westenberg, R., et al. (2018)</p> <p>“Does a Brief Mindfulness Exercise Improve Outcomes in Upper Extremity Patients? A Randomized Controlled Trial”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>125 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 125</p> <p>Instrumentos de avaliação: Numeric Rating Scale; - Subscale State Anxiety do State Trait Anxiety Inventory - Questionário de Satisfação do Cliente</p> | <p>O objectivo deste estudo foi determinar se um exercício de vídeo personalizado baseado em mindfulness de 60 segundos está: (1) Associado à melhoria da intensidade da dor, sofrimento emocional e estado de ansiedade em comparação com um grupo de</p> | <p>Intervenção: Intervenção breve de mindfulness - 60 segundos</p> <p>Os pacientes são instruídos a gerar um pensamento ou sentimento com o qual estão a ter dificuldade no momento presente e “colocar o pensamento stressante na grande estrela”</p> | <p>Um exercício de vídeo de 60 segundos baseado em mindfulness é viável para implementar e aceitável para pacientes em consultórios ortopédicos movimentados. Este exercício em vídeo também é eficaz para melhorar a dor momentânea, ansiedade, depressão e raiva nessa população.</p> |

| | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|---|--|
| | | | controlo placebo de atenção (um treino com panfleto sobre dor e stresse); e (2) viável e aceitável para pacientes com lesão da extremidade superior numa prática ortopédica. | | |
| <p>77 Weston, E., et al. (2019)</p> <p>“The Association Between Mindfulness and Postoperative Pain: A Prospective Cohort Study of Gynecologic Oncology Patients Undergoing Minimally Invasive Hysterectomy”</p> | Estudo de coorte prospectivo | <p>126 Pacientes de oncologia ginecológica</p> <p>País: EUA N_{total} = 126</p> <p>Instrumentos de avaliação: -Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); -Perguntas sobre história médica passada (ou seja, história de ansiedade, depressão e dor crónica).</p> | <p>Descrever a associação entre mindfulness pré-operatório disposicional (o traço de personalidade de estar atento) e dor pós-operatória em pacientes oncológicos ginecológicos submetidos a histerectomia minimamente invasiva.</p> | <p>Intervenção: Breve intervenção baseada Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - de 15 minutos, em meio hospitalar.</p> | <p>O estudo demonstra que a atenção plena pré-operatória mais elevada está associada a resultados de dor pós-operatória mais favoráveis, incluindo scores mais baixos de dor, mas não menor consumo de opióides.</p> |
| <p>78 Sherman, D., et al. (2008)</p> <p>“An Investigation of Power and Pain Perception in Adults with Chronic Pain in Long Term Care Who Perform Mindfulness Meditation”</p> | Estudo randomizado | <p>46 Pacientes</p> <p>País: EUA N_{total} = 46</p> <p>Instrumentos de avaliação:-Escala Visual Analógica (VAS) -Teste de Poder como Conhecer a Participação na Mudança, Versão 11.</p> | <p>O objectivo deste estudo foi examinar o efeito da meditação mindfulness na gestão da dor crónica em pacientes idosos.</p> | <p>Intervenção: meditação mindfulness na dor crónica, durante 4 semanas em meio hospitalar</p> | - |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|---|
| <p>79 Williams, R., et al. (2021)</p> <p>“The Chronic Pain Skills Study: Protocol for a randomized controlled trial comparing hypnosis, mindfulness meditation and pain education in Veterans”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>343 Veteranos com dor crónica.</p> <p>País: EUA N_{total} = 343</p> <p>Instrumentos de avaliação: -numerical rating scale (NRS) of average pain;</p> | <p>Descrever o protocolo de um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia e os mecanismos de três intervenções comportamentais: (1) Hipnose (HYP), (2) Meditação Mindfulness (MM), ou (3) Controle de Educação (EDU).</p> | <p>Intervenção: Meditação Mindfulness meditation (MM): 8 sessões em grupo de 60 a 90 minutos programadas ao longo de 8 a 10 semanas.</p> <p>Cada uma das sessões de MM seguirá o formato geral de: (1) orientação e apresentação do tema da sessão; (2) discussão da prática em casa (excepto para a sessão 1); e (3) prática de MM na sessão e investigação guiada que inclui a exploração das experiências do participante com a prática</p> | <p>A atual revisão sistemática, a primeira baseada exclusivamente em evidências de ECR, indicou que a atenção plena- mindfulness, na dor crónica, mostra que não na redução da percepção da dor, mas nos aspetos psicológicos da convivência com dor; melhorando a depressão associada e a qualidade de vida. A meditação da atenção plena deve ser considerada como um adjuvante baseado em evidências no tratamento de dor crónica.</p> |
| <p>80 Wong, S., et al. (2011)</p> <p>“Comparing the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction and Multidisciplinary Intervention Programs for Chronic Pain - A Randomized Comparative Trial”</p> | <p>Estudo randomizado comparativo</p> | <p>99 Participantes.</p> <p>País: China N_{total} = 99</p> <p>Instrumentos de avaliação: -Profile of Mood States; - Studies-Depression Scale (CES-D); -Autorrelato da dor; -Versão chinesa do Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-12)</p> | <p>Comparar a eficácia clínica do programa MBSR com um programa de intervenção multidisciplinar em dor (MPI) em termos de intensidade da dor, sofrimento, qualidade de vida e humor em pacientes com dor crónica.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 semanas - 2,5h e um dia de retiro de 7h.</p> | <p>Este ensaio clínico randomizado mostrou que os programas MBSR e MPI reduziram a intensidade da dor e o sofrimento relacionado à dor, embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos e as melhorias tenham sido pequenas.</p> |
| <p>81 Yi, J., et al. (2018)</p> <p>“The Impact of Preoperative Mindfulness-Based Stress Reduction on Postoperative Patient-Reported Pain, Disability, Quality of Life, and</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>24 Participantes.</p> <p>País: EUA N_{total} = 24</p> <p>Instrumentos de avaliação: O efeito dose-resposta dos cursos de mindfulness foi avaliado usando os escores da Mindful Attention Awareness Scale.</p> | <p>Este estudo avaliou se o MBSR pré-operatório é um complemento eficaz para o tratamento pós-operatório em pacientes adultos submetidos à cirurgia da coluna lombar para doença degenerativa.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR - 8 sessões + 1 dia de retiro de 6 h.</p> <p>O curso inclui 8 sessões de áudio e vídeo autoguiadas com um retiro de áudio e vídeo autoguiado de 6 horas adicionais; a duração total é de aproximadamente 16 horas.</p> | <p>Aos 30 dias de pós-operatório, o uso de MBSR foi associado a menos dor nas costas.</p> <p>Em pacientes adultos submetidos à cirurgia da coluna lombar por doença degenerativa, o treino pré-operatório de MBSR pode ser útil para o controle da dor no pós-operatório, mas este estudo não teve poder para confirmar essa</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|---|
| <p><i>Prescription Opioid Use in Lumbar Spine Degenerative Disease: A Pilot Study</i></p> | | | | | <p>teoria. Por se tratar de um estudo piloto, são necessárias mais investigações, talvez com requisitos mais rígidos para uso de MBSR.</p> |
| <p>82 Zgierska, A., et al. (2019)</p> <p>“Mindfulness Meditation-Based Intervention Is Feasible, Acceptable, and Safe for Chronic Low Back Pain Requiring Long-Term Daily Opioid Therapy”</p> | <p>Estudo randomizado</p> | <p>35 Participantes.</p> <p>País: EUA N_{total} = 35</p> <p>Instrumentos de avaliação: Viabilidade e aceitabilidade. Viabilidade e aceitação capacidade da intervenção MM</p> | <p>O objectivo deste estudo foi determinar a viabilidade, aceitabilidade e segurança de uma intervenção baseada em MM - meditação mindfulness, em pacientes com DLC- dor lombar crónica que requerem terapia diária com opióides.</p> | <p>Intervenção: Meditação Mindfulness (MM) - oito sessões semanais em grupo de 2 horas em clínica e prática em casa (30 minutos/d, 6 dias/semana)</p> <p>Cada sessão incluiu a revisão da prática em casa e perguntas; introdução aos conceitos centrais da sessão; e exercícios específicos da sessão (aplicação do conceito), seguidos de discussão das experiências e habilidades dos participantes para lidarem com os desafios relacionados à DLC tratada com opióides</p> | <p>A intervenção baseada em MM é viável, aceitável e segura na DLC tratada com opióides.</p> |
| <p>83 Zgierska, A., et al. (2021)</p> <p>“Mindfulness-based therapy compared to cognitive behavioral therapy for opioid-treated chronic low back pain: Protocol for a pragmatic randomized controlled trial”</p> | <p>RTC</p> | <p>766 Participantes.</p> <p>País: EUA N_{total} = 766</p> <p>Instrumentos de avaliação: Escala de Classificação Numérica da Dor, para intensidade da dor; - Índice de Incapacidade de Oswestry - Questionários de depressão, ansiedade e uso indevido de opióides - Brief Pain Inventory - Medical Outcomes Study Short Form Health Survey – qualidade de vida; - Pain</p> | <p>Este artigo descreve o protocolo de um estudo que avaliou a eficácia comparativa da TCC e MBT (Mindfulness-based therapy) em adultos com DLC tratados com opióides.</p> | <p>Intervenção: Programa de redução de stresse baseado em mindfulness - MBSR- 8 sessões semanais de 2 horas em clínica e prática em casa (≥30 min/dia, 6 dias/semana) durante 12 meses.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Piloto Automático e Dor 2 Consciência das Reações Automáticas 3 Os pensamentos são fatos...? 4 Permanecer Presente e Consciente durante Situações de Dor Desafiadoras 5 Equilibrando a aceitação e a acção hábil e consciente 6 Equilíbrio consciente na vida diária 7 Comunicação consciente e bondade amorosa | <p>Este será o maior ECR comparando TCC e MBT em CLBP tratada com opióides. Ele fornecerá evidências sobre o impacto dessas intervenções, informando as decisões clínicas sobre a terapia ideal para cuidados seguros e eficazes, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os danos relacionados aos opióides entre adultos com DLC refractária.</p> <p>Se a MBT for considerada uma opção de tratamento eficaz para adultos com DLC tratados com opióides, ela tornar-se-á uma ferramenta valiosa para melhorar</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------|--|--|--|--|
| | | Catastrophizing Scale;- Chronic Pain Acceptance Questionnaire; - MindfulAttention Awareness Scale | | 8 Vida Equilibrada: Construindo Redes de Apoio, Continuando a Viver Conscientemente | a qualidade de vida, aumentar a função, reduzir o sofrimento e abordar a grande carga global dessa condição, ajudando a aliviar a encargos individuais e sociais associados a DLC e danos relacionados a opióides. |
| 84 Zhou, J., et al. (2018) “Prevalence of Pain and Effects of a Brief Mindfulness-Based Intervention on Chinese Community- Dwelling Older Adults with Chronic Pain” | Estudo randomiza do | 1160 Participantes. País: China N_{total} = 1160 Instrumentos de avaliação: Brief Pain Inventory-Short Form; - Five-Facet Mindfulness Questionnaire; | Rastrear a prevalência de dor em idosos residentes na comunidade chinesa e avaliar os efeitos de uma intervenção breve baseada em mindfulness na dor crônica | Intervenção: Intervenção breve baseada em mindfulness na dor crônica. Uma scan corporal de mindfulness de 10 minutos guiada por áudio foi carregada em um MP3 player. | Este estudo mostrou que entre aqueles com dor crônica, uma breve intervenção baseada em mindfulness reduziu as classificações da intensidade da dor e aumentou as classificações da percepção mindfulness, especialmente no domínio da consciência e experiência de paz interior. |
| 85 Zorn, J., et al. (2020) “Mindfulness meditation is related to sensory-affective uncoupling of pain in trained novice and expert practitioners” | Estudo transversal | 37 Participantes. País: França N_{total} = 37 Instrumentos de avaliação: intensidade da dor e as classificações de desagrado e avaliação do traço de catastrofização da dor. | Este estudo investigou o efeito de um estilo de meditação mindfulness chamado Monitorização Aberta na experiência de dor sensorial e afetiva, comparando iniciantes a praticantes experientes | Intervenção: Intervenção em mindfulness para a dor crônica - meditação mindfulness chamada Monitorização Aberta - OM O treino inclui ensinamentos com o apoio de vídeos de instrução, meditações guiadas e exercícios experienciais , sessões de perguntas e respostas, bem como tempo suficiente para refletir e compartilhar dentro do grupo. | Este estudo associou a meditação da atenção plena ao desacoplamento sensorial-afetivo da dor em novos meditadores e especialistas treinados e identificou a catastrofização da dor como um preditor do desacoplamento sensorial-afetivo. Essas descobertas ajudam a iluminar os mecanismos cognitivos da regulação da dor baseada em mindfulness e fornecem uma melhor compreensão de sua relação com outras estratégias de regulação da dor. |
| Legenda: MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction; MBTC = Mindfulness-based cognitive therapy; MORE = Mindfulness-oriented recovery enhancement; MBPM= Mindfulness Based Chronic Pain Management; MM = Meditação Mindfulness; MMT= Mindfulness-to-Meaning Theory; | | | | | |

