



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

**Intervenções de Enfermagem em
Quadros de Dor Crónica e
Depressão/Sintomas Depressivos**

Revisão Sistemática da Literatura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Patrícia Daniela Barata Gonçalves

Porto, 2015



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

**Intervenções de Enfermagem em
Quadros de Dor Crónica e
Depressão/Sintomas Depressivos**

Revisão Sistemática da Literatura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Célia Santos e
coorientada pela Professora Doutora
Ana Leonor Ribeiro.

Patrícia Daniela Barata Gonçalves

Porto, 2015

AGRADECIMENTOS

Finalizada mais uma etapa desafiante e compensadora do meu percurso académico, não posso deixar de lembrar e prestar o meu sincero agradecimento àqueles que mais contribuíram para que este trabalho fosse possível.

À **Professora Célia Santos**, minha orientadora em todo este processo, pelas suas aptidões profissionais e humanas. Mais do que uma brilhante professora, mais do que uma orientadora disponível e altamente competente, um ombro amigo, um porto seguro no lugar certo, tendo afortunado este percurso tão importante da minha vida.

À **Professora Ana Leonor**, coorientadora deste trabalho, pelo seu incentivo constante, mergulhado num carinho especial e honesto que me trouxe a dose de motivação necessária para levar a cabo este projeto.

À **Nícia**, companheira neste percurso, pela partilha, pelo crescimento e pela amizade.

Aos elementos da minha família, por todas as razões do mundo. **Mãe**, pelo mimo ponderado e impulsionador, máxima responsável pela minha determinação e crescimento académico e profissional. **Pai**, pelo dom da palavra em todos os momentos, especialmente nos mais desconcertantes. **Miguel**, melhor irmão e amigo em todas as horas, pelo conforto proporcionado pelo seu ouvido paciente e amável. **Sérgio**, companheiro de todos os momentos, pelas longas horas de espera, pela cumplicidade e pelo lugar ocupado nesta maratona, preenchendo-a com indispensáveis conselhos e críticas construtivas. **Tio Luís e tia Conceição**, pelo contributo neste meu percurso, permitindo-me ultrapassar léguas de obstáculos e dificuldades.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço D1 do Hospital de Magalhães Lemos, pelo carinho com que preencheu todo este meu caminho.

Por último e em especial, **a todas as pessoas que sofrem de dor crónica e depressão**. Que o vosso grito aflito, por mais mudo que seja, tenha sempre eco junto de alguém que se inquiete verdadeiramente com a dignificação da condição humana...

RESUMO

A dor crónica afeta a globalidade da pessoa, não apenas na sua dimensão física, mas também na sua dimensão psicológica, espiritual e emocional. Vários estudos têm verificado existir uma relação entre dor crónica e depressão/sintomas depressivos, tendo o enfermeiro um papel fundamental a desempenhar em quadros em que se verifica a coocorrência destas condições.

Objetivos: Os objetivos desta revisão sistemática da literatura consistem em identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura para a redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições e identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos. Foram estabelecidas as seguintes questões de investigação: Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que para a redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições? Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos?

Método: Foi realizada uma pesquisa eletrónica de artigos nas bases de dados *CINHAL Complete*, *CINHAL Plus with full text* e *MEDLINE with full text* (via *EBSCOhost*), sendo estabelecidos os seguintes critérios de seleção: estudos experimentais ou quase-experimentais publicados entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2014; participantes com idade superior a 18 anos, com dor crónica; parte ou a totalidade dos participantes com depressão/sintomas depressivos; intervenções de enfermagem de domínio não exclusivamente farmacológico; resultados no alívio da dor ou da depressão/sintomas depressivos, aumento das habilidades de *coping*, aumento da autoeficácia e aumento do autocontrolo.

Resultados: 17 estudos experimentais e quase experimentais foram incluídos na amostra final, todos com alto nível de evidência. As intervenções de enfermagem para o tratamento da dor e da depressão/sintomas depressivos reportadas pelos estudos analisados foram: a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental, o exercício físico, o relaxamento, a entrevista motivacional, a educação, o *biofeedback* e a massagem. Destas, duas destacaram-se pela frequência com que foram utilizadas e pela eficácia na melhoria dos níveis de dor e de depressão/sintomas depressivos: a terapia cognitivo-comportamental e a educação. O exercício físico e o relaxamento, incluídos num tratamento multimodal da dor e da depressão/sintomas depressivos, também mostraram contribuir para a obtenção de resultados positivos na melhoria destes quadros. Não foram obtidos resultados significativos sobre quais as intervenções eficazes na promoção do *coping* adaptativo, da autoeficácia e do autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

Conclusão: Com base nos resultados desta revisão da literatura, há indícios de que a conjugação de vertentes de intervenção como a terapia cognitivo-comportamental, a educação e, eventualmente, o exercício físico e o

relaxamento, poderá ter um contributo positivo na redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos. A aplicação destas intervenções deverá ser englobada num plano de tratamento complexo, multimodal e deverá ter em vista o aumento das habilidades de *coping*, da autoeficácia e do autocontrolo. A intervenção deverá ser individualizada, adaptada às características específicas de cada indivíduo. Para tal, deverá ser precedida de uma ampla avaliação. Apesar de não terem sido obtidos resultados significativos sobre quais as intervenções eficazes na promoção do *coping* adaptativo, da autoeficácia e do autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos, percebe-se, pela frequente alusão a estes conceitos nos estudos analisados, que a sua importância no tratamento da dor e da depressão é cada vez mais evidenciada pela literatura.

Tendo por base os resultados desta revisão da literatura, partindo dos importantes contributos que os estudos analisados forneceram e de toda a pesquisa bibliográfica que a sustentou, foi elaborado um “roteiro clínico tipo” destinado ao diagnóstico e à intervenção de enfermagem em quadros em que se verifica a coocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

Palavras-chave: Dor crónica; Depressão/Sintomas Depressivos; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

Chronic pain affects the whole person, not just physically, but also psychologically, spiritually and emotionally. Several studies have found a relationship between chronic pain and depression/depressive symptoms. Nurses play a key role in the treatment of co-occurring pain and depression/depressive symptoms.

Objectives: The objectives of this systematic review are to identify the nursing interventions referenced in the literature for the relief of chronic pain and depression/depressive symptoms in people with the co-occurrence of these conditions and to identify the nursing interventions referenced in the literature that promote adaptive coping, self-efficacy and self-control in people with chronic pain and depression/depressive symptoms. The following research questions were established: Which nursing interventions are referenced in the literature for the relief of pain and depression/depressive symptoms in people with the co-occurrence of these conditions? Which nursing interventions referenced in the literature promote adaptive coping, self-efficacy and self-control in people with chronic pain and depression/depressive symptoms?

Method: An electronic research of articles was performed in the following databases: *CINHAL Complete*, *CINHAL Plus with full text* and *MEDLINE with full text* (via *EBSCOhost*), and the following selection criteria were established: experimental or quasi-experimental studies published between 1st January, 2007 and 31st December, 2014; Participants older than 18 years with chronic pain; part or all of the participants with depression/depressive symptoms; Nursing interventions, not exclusively pharmacological; results in relieving pain or depression/depressive symptoms, increased coping skills, increased self-efficacy and increased self-control.

Results: 17 experimental and quasi-experimental studies were included in the final sample, all with a high level of evidence. Nursing interventions for the treatment of pain and depression/depressive symptoms reported by the studies were: interpersonal psychotherapy, cognitive behavioral therapy, exercise, relaxation, motivational interviewing, education, biofeedback and massage. Of these, two stood out because of the frequency with which they were used and the effectiveness in improving the levels of pain and depression/depressive symptoms: cognitive-behavioral therapy and education. Exercise and relaxation, included in a multimodal treatment of pain and depression/depressive symptoms, also showed a contribution to the achievement of positive results in the improvement of these conditions. No significant results were obtained on which interventions are effective in promoting adaptive coping, self-efficacy and self-control in people with chronic pain and depression/depressive symptoms.

Conclusion: According to the results of this systematic review, there is evidence that the combination of areas of intervention such as cognitive behavioral therapy, education and, eventually, exercise and relaxation, may have a positive contribution in reducing chronic pain and depression/depressive symptoms. The implementation of these interventions should be encompassed

within a complex, multimodal treatment plan and should aim to increase coping skills, self-efficacy and self-control. The intervention should be individualized, tailored to the specific characteristics of each individual. To achieve this, it should be preceded by a comprehensive assessment. Although no significant results on which interventions are effective in promoting adaptive coping, self-efficacy and self-control in people with chronic pain and depression/depressive symptoms were obtained, it is clear, by the frequent reference to these concepts by the studies, that its importance in the treatment of pain and depression is becoming more evident in the literature.

Based on the results of this literature review and all the literature that sustained it, a "clinical script type" was designed for nursing diagnosis and intervention in patients with co-occurring chronic pain and depression/depressive symptoms.

Key words: Chronic Pain; Depression/Depressive Symptoms; Nursing Interventions.

SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

PICO - *Participants, Intervention, Comparison, Outcomes*

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

TCC - Terapia cognitivo-comportamental

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. MÉTODO.....	23
1.1. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	23
1.2. TIPO DE ESTUDO	24
1.3. PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	24
1.3.1. Questão PICO.....	25
1.3.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	26
1.3.3. Seleção dos Estudos	26
1.3.4. Avaliação da Qualidade Metodológica	27
2. RESULTADOS	29
2.1. NÍVEL DE EVIDÊNCIA	29
2.2. PARTICIPANTES.....	29
2.3. INTERVENÇÃO	31
2.4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	35
2.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	37
2.6. EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO	39
2.7. LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS	41
3. DISCUSSÃO.....	43
3.1. INTERVENÇÕES COM IMPACTO SIGNIFICATIVO NA REDUÇÃO DA DOR E DA DEPRESSÃO/SINTOMAS DEPRESSIVOS	45
3.1.1. Terapia Cognitivo-Comportamental	46
3.1.2. Educação.....	49
3.1.3. Exercício físico.....	53
3.1.4. Relaxamento	53
3.2. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> , AUTOEFICÁCIA E AUTOCONTROLO.....	54
3.2.1. Estratégias de <i>Coping</i>	56
3.2.2. Autoeficácia	57
3.2.3. Autocontrolo	58
3.3. ABORDAGEM MULTIMODAL.....	61

3.4. NECESSIDADE DE UMA AVALIAÇÃO MAIS ABRANGENTE.....	64
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	89

Anexo I - E-mail enviado aos autores

Anexo II - Percurso para a obtenção dos Artigos Inacessíveis

Anexo III - Registo da Seleção dos Estudos

Anexo IV - Aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais Quasi-experimentais

Anexo V - Registo da Extração de Dados

Anexo VI - Descrição das Intervenções

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Esquema de seleção dos estudos.....	28

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Questão PICO.....	25
Quadro 2 - Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão.....	26
Quadro 3 - Intervenções implementadas por cada artigo.....	33
Quadro 4 - Frequência de utilização das intervenções e sua eficácia na melhoria da dor e da depressão.....	45
Quadro 5 - Referência nos estudos aos conceitos de <i>Coping</i> , Autoeficácia e Autocontrole.....	55

INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003), estabelecendo-se, por isso, como um foco de atenção frequente na prática dos enfermeiros. Atualmente, a definição de dor mais consensual explica este fenómeno como *uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain - IASP, 2012).*

No que toca à duração, a dor pode ser classificada como dor aguda e dor crónica. A dor aguda é de *início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 25).

A dor crónica é definida pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2008, p. 7) como *uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem.* De acordo com Castro-Lopes e colaboradores (2010), este tipo de dor afeta, em média, um em cada cinco europeus e cerca de 36% da população adulta em Portugal e acarreta consequências ao nível do bem-estar, da saúde e da capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano, podendo concluir-se que *estamos perante um grave problema de saúde pública que urge combater com todos os meios ao nosso alcance* (Castro-Lopes et al., 2010, p. 6).

A dor crónica *causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 25). A vivência de dor tem repercussões marcantes na qualidade de vida, interferindo em todo o funcionamento do indivíduo. Como salienta Freitas (2012, p. 15), quando a dor não é convenientemente tratada, *interfere com todas as áreas da vida: o sono, a alimentação, a concentração, o humor, entre outros.* De facto, a dor crónica afeta a globalidade da pessoa, não apenas na sua dimensão física, mas também na sua dimensão psicológica, espiritual e emocional, abalando profunda e violentamente o seu equilíbrio psíquico e afetivo (Metzger et al., 2002).

A dor crónica, essa, é extenuante, lancinante, difícil de suportar. Nenhuma terapêutica consegue debelá-la. Assim

sendo, é preciso aprender a “viver com” ela. Esta dor que não mata forçosamente “envenena” a vida e a relação que estes doentes deixam de conseguir manter com os outros.

(Metzger *et al.*, 2002, pp. 191 e 192)

No domínio da saúde, o controlo da dor constitui um dever de todos os profissionais, cabendo-lhes a adoção de ações de prevenção e tratamento desse importante problema dirigidas a todos os indivíduos que se encontram ao seu cuidado, de modo a contribuírem para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008). Neste sentido, o enfermeiro que lida com situações de dor crónica deverá:

Ser aquele com quem o doente pode exprimir as suas emoções, os seus sentimentos, a sua cólera, o seu desalento, a sua revolta, o seu cansaço, o seu desespero, o seu desgosto, a sua tristeza, as suas lágrimas, mas também a sua esperança, tudo isto constitui a essência do objectivo de qualquer prestador de cuidados.

(Metzger *et al.*, 2002, p. 195)

A depressão reporta-se à inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, perda (ou diminuição) da iniciativa e da capacidade vital, com predomínio de sentimentos de culpabilidade e diminuição do prazer de viver (Fonseca, 1997; Matos, 2002). De acordo com a American Psychiatric Association (2014, p. 183), as perturbações depressivas caracterizam-se pela *presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo.*

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) estabelece os seguintes sintomas de depressão: humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias; perda de peso significativo, não estando a fazer dieta, aumento de peso significativo ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; diminuição da capacidade

de pensar ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer o suicídio.

Tendo por base os sintomas referidos, a mesma fonte estabelece que o diagnóstico de perturbação depressiva major deverá obedecer a três grandes critérios: 1) Presença de cinco ou mais dos sintomas referidos, durante um período de duas semanas consecutivas, sendo que pelo menos um dos sintomas deverá ser “humor deprimido” ou “perda do lazer ou do interesse” (não deverão ser incluídos os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica); 2) Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento; 3) O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Outros autores categorizam os sintomas de depressão em sintomas psíquicos e emocionais (humor depressivo, desinteresse, anedonia, fadiga, perda de energia, despersonalização, ansiedade, sentimentos excessivos ou inapropriados de culpa, diminuição na velocidade do pensamento e da concentração e pensamentos de morte e suicídio recorrentes) e sintomas somáticos/fisiológicos (dor, agitação, insónia ou hipersónia, cefaleia, agitação ou lentificação psicomotora, alteração do apetite, perda ou aumento de peso, redução da libido e manifestações dermatológicas), face a situações em que não foi possível o estabelecimento de causas orgânicas (Frasquilho e Guerreiro, 2009; Matos, 2002; Pimenta *et al.*, 2000). Frasquilho e Guerreiro (2009) destacam ainda o isolamento social, as crises de choro, os comportamentos suicidas e as alterações psicomotoras como evidências comportamentais da depressão.

Segundo Beck e Alford (2011), os sintomas de depressão dividem-se entre manifestações emocionais, manifestações cognitivas, manifestações motivacionais e manifestações físicas e vegetativas. As manifestações emocionais referem-se às *mudanças nos sentimentos ou no comportamento explícito do doente diretamente atribuíveis a seus estados emocionais* (p. 25) e reportam-se ao humor depressivo, aos sentimentos negativos em relação a si próprio, à redução da satisfação, à perda dos vínculos emocionais, às crises de choro e à perda de resposta ao humor. As manifestações cognitivas englobam as atitudes

distorcidas da pessoa em relação a si mesma, à sua vivência pessoal e ao futuro e consistem na autoavaliação negativa, nas expectativas negativas, na autorrecriação e na autocrítica, na indecisão e na distorção da imagem corporal. As manifestações motivacionais *incluem os esforços, desejos, e impulsos proeminentes na depressão que são conscientemente vivenciados* (p. 33) e reportam-se à ausência de vontade, aos desejos de evitamento, ao escape e ao retraimento, aos desejos suicidas e ao aumento da dependência. Finalmente, as manifestações físicas e vegetativas consistem na perda de apetite, na perturbação do sono, na perda da *libido*, na fadiga, nas alterações do processo de pensamento como os delírios (niilistas, somáticos, de inutilidade, de crime e castigo e de pobreza) e nas alucinações.

A prevalência das perturbações depressivas na população geral é crescente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo e em 2020 será a segunda causa de prejuízo causado por doença (Saraiva, 2014; Frásquilho e Guerreiro, 2009). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), em Portugal, em cada ano, cerca de 7% das pessoas sofre de depressão. Saraiva (2014) refere que um em cada cinco utentes do Sistema Nacional de Saúde padece desta doença.

A depressão compromete, de forma significativa, todos os domínios da vida do indivíduo, nomeadamente o relacionamento familiar, o desempenho profissional e as interações sociais. Além disso, tem repercussões negativas no prognóstico de outras patologias pré-existentes e contribui para o aparecimento de novos sintomas, como dor, anedonia e falta de energia (Chatuverdi e Maguire, 1998, cit. por Pimenta *et al.*, 2000). Horimoto, Ayache e Souza (2005) referem mesmo que a depressão constitui-se como o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade.

A prevenção da depressão e do suicídio encontra-se entre as áreas prioritárias de intervenção do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). A Ordem dos Enfermeiros (2012) salienta que, face à proximidade aos cidadãos e à responsabilidade na promoção da saúde, o enfermeiro tem um papel fundamental a desempenhar em quadros de depressão.

A relação entre dor crônica e depressão tem suscitado cada vez maior interesse. Apesar de ainda não ter sido comprovada a interdependência entre estes quadros, é assumido, de forma indubitável, que existe uma relação entre eles.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a coocorrência de dor e depressão é frequente. Vários estudos e revisões da literatura demonstram existir uma alta prevalência de perturbação depressiva em pessoas que sofrem de dor crônica, verificando-se também que indivíduos com sintomatologia depressiva experienciam níveis mais intensos de dor, bem como uma maior duração deste sintoma, com implicações mais profundas na sua vida (Phyomaung *et al.*, 2014; Ferreira-Valente *et al.*, 2012; Farmer *et al.*, 2010; Marta *et al.*, 2010; Laird, 2009; Capela e Loura, 2008; Teixeira, 2006; Berber *et al.*, 2005; Stanos, 2005; Pimenta *et al.*, 2000).

Estudos realizados ao nível da atividade cerebral humana têm evidenciado que as áreas do córtex cerebral que processam a dor estão também implicadas na depressão (Giesecke *et al.*, 2005 e Smith *et al.*, 2002 cit. por Laird, 2009). Pimenta e colaboradores (2000, p. 82) afirmam mesmo que *dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra*.

Segundo Horimoto, Ayache e Souza (2005, p. 89), *depressão e dor são entidades que estão relacionadas psicologicamente e bioquimicamente, compartilhando neurotransmissores envolvidos nas terminações nociceptivas e no humor*. Baseando-se em algumas fontes de referência, estes autores chegaram às seguintes conclusões: 1) Utentes com dor crônica apresentam alta prevalência de transtornos depressivos; 2) Dor é uma queixa frequente em utentes com depressão; 3) Verifica-se melhoria do quadro algico com o tratamento da depressão. Lemos (2007), por seu lado, na análise de várias hipóteses centradas na relação entre dor e depressão, põe em causa a “sobreposição” diagnóstica entre estes dois fenómenos, defendendo que bastantes mais estudos deverão ser levados a cabo para se poder confirmar esta teoria. Apesar disso, destaca que, independentemente da associação concreta entre dor e depressão, a qual exige mais investigação e aprofundamento, *o transtorno afetivo é uma variável que deve ser incluída na equação em qualquer estudo que investigue as influências psicossociais da dor crónica* (p. 93).

Ao considerar a dor crónica e a depressão/sintomas depressivos como focos de atenção de enfermagem, podem ser considerados dois tipos de intervenção: as intervenções farmacológicas e as intervenções não farmacológicas. Barbosa e Neto (2010, cit. por Freitas, 2012) definiram sete princípios para a atuação no alívio da dor, centrando-se um deles na adoção de uma estratégia terapêutica mista, que preconiza a conjugação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento.

As intervenções não farmacológicas para o controlo da dor referem-se à *aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 26). Estas intervenções são utilizadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico (Hooten, 2013). Enquanto este último é direcionado fundamentalmente para o domínio somático da dor (dimensão fisiológica), o tratamento não farmacológico centra-se essencialmente nas dimensões afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural da dor (Yavuz 2006 cit. por Demir, 2012). A DGS (2010) preconiza a integração de terapêutica não farmacológica no plano global de tratamento do idoso com dor crónica, salientando que esta vertente do tratamento permite reduzir as *doses dos fármacos, com a consequente diminuição de efeitos secundários, interacções medicamentosas e, por vezes, diminuição de custos* (p. 3).

Também no domínio da depressão, Sadock e Sadock (2007, cit. por Lucas e Ferreira, 2014, p. 61), salientam que *a utilização de psicoterapias sem o uso conjugado de medicamentos pode comprometer o tratamento da depressão, bem como a utilização de medicamentos sem ter em conta as necessidades psicossociais da pessoa*. Neste sentido, o tratamento mais eficaz desta condição resulta da combinação entre psicoterapia e farmacoterapia.

A OMS (WHO, 2007) salienta que a prescrição de fármacos é atualmente sobrevalorizada, ignorando-se métodos não farmacológicos de controlo dos sintomas. Esta organização destaca ainda que, numa fase crónica, as intervenções farmacológicas poderão revelar-se ineficientes, havendo a necessidade de incorporar intervenções não farmacológicas no tratamento.

Ribeiro e Cardoso (2007, p.18) salientam:

(...) o sofrimento decorrente da dor, particularmente na situação de dor crónica (...) pode ser devastador se o doente

não for ajudado pela família e amigos e pelos profissionais de saúde, a mobilizar os seus recursos internos para o enfrentar, a modificar os seus valores pessoais, procurando aceitá-lo, adaptando-se e (re)encontrando um sentido para a doença, para o sofrimento e para a sua vida.

De facto, um dos componentes fulcrais no tratamento de pessoas que sofrem de doença crónica centra-se em ajudá-las a adaptarem-se à nova condição, desenvolvendo recursos internos que lhes permitam fazer face às dificuldades e manter a qualidade de vida. É neste enquadramento que os conceitos de *coping*, autoeficácia e autocontrolo assumem total relevância quando nos referimos ao diagnóstico e tratamento no âmbito da dor e da depressão/sintomas depressivos.

O conceito de *coping* é definido por Lazarus (1991) como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais.

A autoeficácia consiste na crença que os indivíduos têm acerca das próprias capacidades para atingir, com sucesso, um objetivo desejado na sua vida (Bastos, 2012). É composta por expectativa de eficácia, quando a pessoa acredita na sua capacidade para conseguir determinado objetivo e expectativa de resultado, quando a pessoa acredita que o resultado trará benefícios (Salveti e Pimenta, 2007).

O autocontrolo é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma *volição*, traduzindo-se nas *disposições tomadas para cuidar do necessário para a própria manutenção; para se manter activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida* (ICN, 2011, p. 41). A *volição*, por seu lado, representa a *escolha consciente, o acto de escolher para o bem-estar próprio* (ICN, 2011, p. 80). Ribeiro e Santos (2008, p. 7) salientam que o autocontrolo é condicionado, por um lado, pelas características de cada pessoa e, por outro, pela *existência de intervenções que os profissionais, em particular os enfermeiros, possam oferecer, e ajustar, a cada pessoa com dor (...)*.

A dor crónica foi alvo de atenção e investimento pessoal ao longo de todo o meu percurso académico, fundamentalmente pelas repercussões emocionais que dela advêm. Para além das implicações físicas, a dor persistente pode

condicionar hábitos, rotinas, experiências, toda a vivência de um indivíduo. Este interesse pela componente psicológica da dor, pela forma como as pessoas assimilam e lidam com este tipo de situação, levaram-me de encontro a outro quadro, a depressão/sintomas depressivos, associando ambos os fenómenos. Aliás, eles cruzam-se com frequência na prática, numa relação de grande complexidade. Do meu profundo desejo de ajudar as pessoas a adaptarem-se à sua dor, controlando não apenas as suas consequências fisiológicas, mas fundamentalmente as psicológicas e emocionais, emergiu o interesse em procurar intervenções de enfermagem que incidam nestes dois panoramas de saúde, focos da atenção dos enfermeiros, cada vez mais presentes no quotidiano.

Como já foi aqui sublinhado, a dor crónica é um problema extremamente limitativo que pode ser exacerbado pela ocorrência de depressão/sintomas depressivos. Pelos conhecimentos, pelas capacidades e pela proximidade ao utente, os enfermeiros reúnem todas as condições necessárias para se destacarem na ajuda à pessoa com dor crónica e depressão/sintomas depressivos, devendo abraçar a oportunidade e o desafio de se estabelecerem como os profissionais de referência nestes domínios. É da sua responsabilidade providenciar às pessoas que sofrem destas condições uma resposta completa, efetiva, tendo em vista a qualidade e a dignificação da vida humana. Assim sendo, cabe-lhes procurar intervenções de enfermagem que se revelem eficazes na redução destes sintomas. Esta procura deverá ser estruturada, rigorosa e sustentada no que a literatura oferece, no sentido de uma prática baseada na evidência.

Neste enquadramento, emergiu o interesse em realizar uma revisão sistemática da literatura (RSL) sobre o tema em questão, baseada nos modelos conceptuais do Instituto Joanna Briggs (*Joanna Briggs Institute* - JBI). A RSL tem como objetivo relatar, de uma forma consolidada, as pesquisas mais atuais e válidas sobre o conhecimento clínico, informando acerca da eficácia das intervenções e fornecendo dados para a tomada de decisão (Geri LoBiondo-Wood e Haber, 2013). Deste modo, estabelece-se como um meio de excelência para a obtenção de linhas orientadoras para uma prática segura, rigorosa e baseada em evidência científica.

Esta RSL pretende produzir conhecimento que contribua para a reflexão acerca dos aspetos que devem ser contemplados no tratamento da dor e da depressão/sintomas depressivos. Bastará a implementação de uma intervenção isolada para a redução destes sintomas? Se sim, que intervenção terá este poder? Beneficiarão, antes, estes quadros, de um tratamento multimodal, contemplando diferentes vertentes? Poderá a intervenção ser implementada indiscriminadamente, sem ter em consideração as características específicas de cada indivíduo? Poderá o utente vislumbrar a sua vida com qualidade, apesar da dor e da depressão/sintomas depressivos? Como é que os enfermeiros poderão contribuir para que tal aconteça?

Provavelmente, não serão encontradas respostas claras e imediatas a todas as questões que se colocam. Afinal de contas, a produção de conhecimento científico é tudo menos estanque, alimentando-se de estudo, investigação e validação empírica contínuos, aceitando a reflexão constante e o questionamento prático como mecanismos imprescindíveis à sua evolução. Espera-se, no entanto, que este trabalho consiga fornecer algumas linhas orientadoras da prática, com a expectativa de que a continuidade da investigação permita ajudar, de forma cada vez mais efetiva, aqueles que sofrem com dor crónica e depressão/sintomas depressivos. O contributo e reflexão que aqui se propõem visam a procura de respostas e o registo de procedimentos que possam orientar o profissional de enfermagem a aperfeiçoar não apenas a sua prática clínica, mas também a sua capacidade de empatia, de questionamento e de valorização de uma abordagem cada vez mais abrangente, de acordo com os princípios da sua intervenção e do seu quadro deontológico.

A literatura oferece-nos respostas quanto às intervenções de enfermagem dirigidas à dor crónica, bem como às intervenções de enfermagem dirigidas a quadros de depressão. Como já aqui foi salientado, a frequência com que estes fenómenos se cruzam é significativa. Neste sentido, emerge agora o interesse em investigar as intervenções de enfermagem dirigidas a quadros mais complexos, em que estão presentes, não apenas uma, mas as duas variáveis. Neste sentido, esta RSL tem a intenção despretensiosa de procurar algo de inovador e ambicioso. Essa intenção passa pela tentativa de explorar duas problemáticas, em simultâneo, tentando definir contributos para que as mesmas sejam abordadas e

solucionadas também de forma sincrónica, dada a sua ligação. Pretende-se encarar esta coexistência de fenómenos e perceber como intervir sobre ambos através de uma melhor gestão dos recursos existentes, sejam eles humanos, físicos ou temporais.

Esta RSL tem como objetivos identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura para o alívio da dor e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições e identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos. Tendo por base os objetivos identificados, foram definidas as seguintes questões de investigação: Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que contribuem para o alívio da dor e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições? Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos? A finalidade desta RSL centra-se em aumentar os conhecimentos dos enfermeiros ao nível da intervenção em quadros de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

Sob o ponto de vista estrutural, o trabalho encontra-se organizado em três grandes capítulos. O primeiro refere-se ao Método e apresentará o referencial metodológico que esta RSL teve por base. O segundo capítulo (Resultados) reporta-se à apresentação dos resultados e à análise dos mesmos. O terceiro e último capítulo (Discussão) consiste na discussão dos resultados obtidos.

1. MÉTODO

Segundo Pardal e Correia (1995, p. 10), a metodologia da investigação é o *corpo orientador da pesquisa que, obedecendo a um sistema de normas, torna possíveis a selecção e articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica*. O presente capítulo realiza uma descrição do modo como a presente investigação foi planeada e desenvolvida, apresentando os objetivos e as questões de investigação delineados, o tipo de estudo e o protocolo desta RSL.

1.1.OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Carvalho e Carvalho (2006) preconizam que a definição do fim a que se espera chegar evita que se perca a noção do caminho a percorrer. Daí a importância desta etapa, em que se definem os objetivos, as questões de investigação e a finalidade do trabalho. Foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura para a redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições;
- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

De acordo com Fortin (2009, p. 73), a questão de investigação traduz-se num *enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica*. Foram definidas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que contribuem para a redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos em pessoas com a coocorrência destas condições?

- ✓ Quais as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura que promovem o *coping* adaptativo, a autoeficácia e o autocontrole em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos?

Esta RSL tem como finalidade aumentar os conhecimentos dos enfermeiros ao nível da intervenção em quadros de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

1.2. TIPO DE ESTUDO

Este trabalho insere-se no paradigma de investigação quantitativo e é um estudo secundário - RSL. A RSL é uma *revisão abrangente que visa identificar todos os estudos relevantes de uma temática para responder a uma questão específica* (Correia e Mesquita, 2013, p. 217). Tem em vista não apenas a definição do problema que se pretende estudar, mas também a apresentação do *estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber* (Burns e Grove, 2003 cit. por Fortin, 2009, p. 86).

Esta RSL teve por base os modelos conceptuais do JBI. O JBI colabora com 77 instituições em todo o mundo (Europa, Ásia, América, Austrália e Pacífico) e estabelece-se como uma das mais conceituadas entidades na área das revisões sistemáticas de literatura. Este instituto tem como objetivo identificar e disponibilizar os resultados oportunos, úteis e eficazes nas práticas de cuidados de saúde e almeja assumir-se como líder na produção e disseminação da melhor evidência científica, no sentido de permitir aos profissionais a tomada de decisão fundamentada (JBI, 2011).

1.3. PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Em seguida, é apresentado o protocolo desta RSL, que contempla a questão PICO, os critérios de inclusão e de exclusão definidos, o modo como os estudos foram selecionados e, finalmente, a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos.

1.3.1. Questão PICO

A estratégia seguida para a revisão sistemática passou pela elaboração de uma questão PICO (*Participants, Intervention, Comparison, Outcomes* - Quadro 1): “Quais as intervenções de enfermagem em quadros em que se verifica a coocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos?”. Para a realização desta revisão da literatura, procedeu-se a uma pesquisa eletrónica de artigos, realizada no dia 12 de fevereiro de 2015, recorrendo à utilização do motor de busca *EBSCOhost*, com a seleção das seguintes bases de dados: *CINHAL Complete, CINHAL Plus with full text e MEDLINE with full text*.

Quadro 1: Método PICO

<i>Participants</i>	Indivíduos com dor crónica e depressão/sintomas depressivos
<i>Intervention</i>	Intervenções de enfermagem em quadros em que se verifica a coocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos
<i>Comparison</i>	Sem comparação
<i>Outcomes</i>	Resultados primários: Diminuição da depressão/dos sintomas depressivos; Diminuição da intensidade da dor. Resultados secundários: Estratégias de <i>coping</i> mais eficazes/mais adaptativas; Aumento da perceção de autoeficácia; Aumento do autocontrolo.

No sentido de facilitar a análise dos resultados, foram definidos dois tipos de variáveis: Primárias - Dor (intensidade) e Depressão/sintomas depressivos; Secundárias - *Coping* adaptativo; Autoeficácia e Autocontrolo. As variáveis secundárias encontram-se intimamente ligadas às primárias, na medida em que um *coping* mais adaptativo, um aumento da autoeficácia ou um aumento do autocontrolo promovem a redução da dor e da depressão/sintomas depressivos.

Utilizaram-se como palavras-chave: (*depression or “depressive symptoms”*) and (*“chronic pain”*) and (*“nurs* intervent*” “nurs* educat*” or program* or suppor* or therap**) - presentes no título, nos termos do assunto ou nas palavras-chave - tendo em conta os limitadores de pesquisa: ‘texto completo’, ‘*all adult*’, na língua ‘portuguesa’, ‘inglesa’ ou ‘espanhola’. Inicialmente, foram procurados estudos publicados entre 2009 e 2014. O número de artigos obtidos dentro deste período temporal pareceu escasso, pelo que houve a necessidade de o alargar. Deste modo, foram procurados estudos publicados entre 2007 e 2014.

1.3.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão

Utilizou-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão para a identificação final da amostra, conforme Quadro 2. A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e, sempre que necessário, do texto integral.

Quadro 2: Critérios de inclusão e critérios de exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes e Contexto	Artigos que analisem indivíduos com dor crónica, apresentando uma parte deles ou a sua totalidade depressão/sintomas depressivos.	Artigos cuja população consista em indivíduos com idade inferior a 18 anos; Artigos que não realizem uma avaliação da dor e da depressão/sintomas depressivos antes e após a intervenção.
Intervenção	Intervenções de enfermagem	Intervenções de enfermagem de domínio exclusivamente farmacológico
Resultados	Resultados primários: Diminuição da Depressão/dos sintomas depressivos; Diminuição da Dor. Resultados secundários: Estratégias de <i>coping</i> mais eficazes/mais adaptativas; Aumento da percepção de autoeficácia; Aumento do autocontrolo.	-----
Tipo de estudo	Estudos experimentais e estudos quase-experimentais	-----
Data de Publicação	1 de janeiro de 2007 - 31 de dezembro de 2014.	-----

1.3.3. Seleção dos Estudos

De acordo com os limitadores da pesquisa, foi obtido um conjunto de 232 estudos, dos quais 118 foram excluídos por se encontrarem replicados (113 automaticamente e cinco por análise do artigo). Desta forma, foi alcançado um total de 114 estudos, dos quais 13 se encontravam indisponíveis. Destes 13 estudos indisponíveis, três foram encontrados através de pesquisa no motor de busca “Google”. Um dos restantes dez estudos não apresentava correio eletrónico de correspondência disponível, pelo que não foi possível contactar os seus autores. No sentido de obter os restantes nove estudos, foi enviado um e-

mail aos seus autores, requisitando o seu envio. O *e-mail* enviado encontra-se apresentado no Anexo I. Foi obtida resposta a três dos *e-mails* enviados, todas elas com o estudo pretendido incluído. O anexo II apresenta o percurso realizado para a obtenção dos artigos inacessíveis.

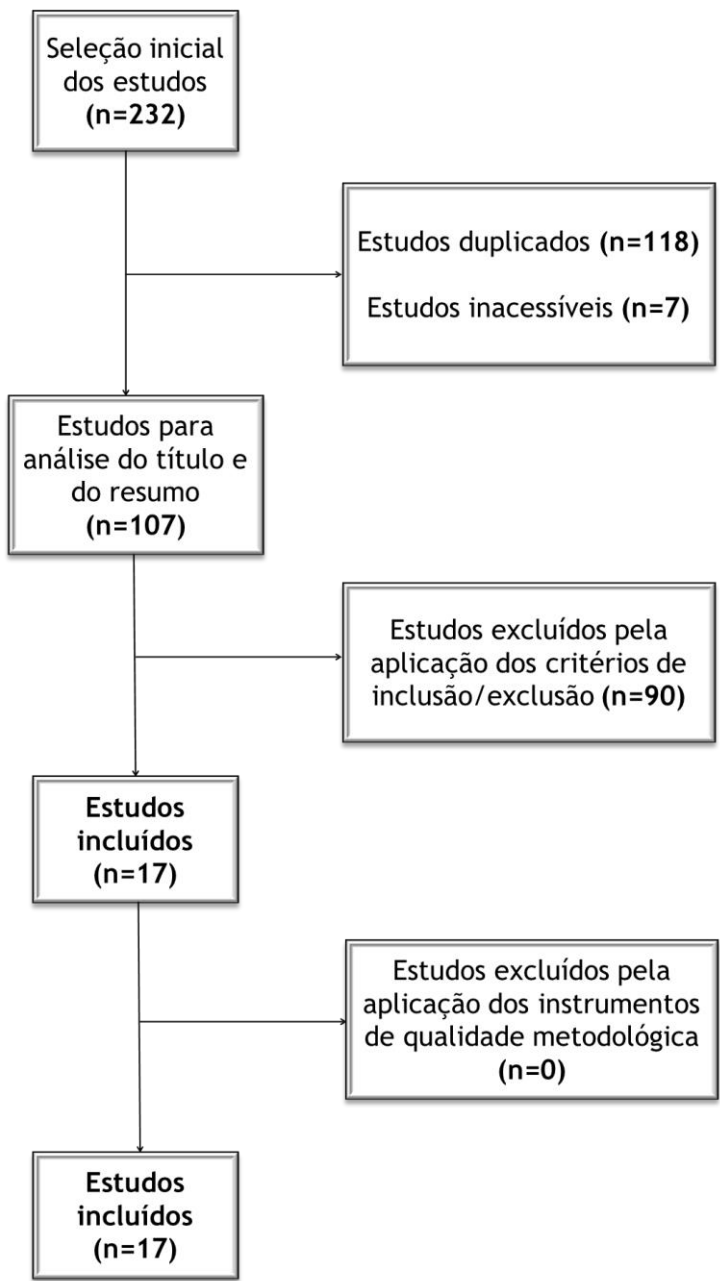
No final de todo este percurso, foi obtido um total de 107 artigos. Destes, 90 foram excluídos com base nos critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos, após leitura do título, do resumo e, sempre que necessário, do texto integral. No sentido de facilitar este processo de seleção, foi criado um instrumento de registo da seleção dos estudos com base nos critérios de inclusão-exclusão definidos. Em anexo, encontram-se apresentados os resultados da aplicação deste instrumento (Anexo III). Deste processo, foi obtida uma amostra final de 17 artigos incluídos para análise integral, sujeitos posteriormente à validação da qualidade metodológica.

1.3.4. Avaliação da Qualidade Metodológica

Para a avaliação da qualidade metodológica dos artigos obtidos, a autora traduziu e adaptou a *Checklist* desenvolvida pelo JBI para a Avaliação Crítica de Estudos Experimentais/Quase experimentais (*JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*), desenvolvendo dois instrumentos distintos e ajustados ao tipo de estudo: um para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos experimentais e outro para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase experimentais. Os resultados da aplicação destes instrumentos encontram-se apresentados no Anexo IV. A figura 1 ilustra todo o processo de seleção dos artigos referido.

As etapas “pesquisa de artigos nas bases de dados” e “seleção dos estudos com base nos critérios de inclusão/exclusão definidos”, constantes da metodologia, foram realizadas por duas investigadoras independentes, tendo havido discrepância de opiniões quanto à inclusão/exclusão de cinco dos artigos analisados. Após discussão conjunta, as duas investigadoras chegaram a um consenso, excluindo quatro dos artigos referidos e incluindo um deles.

Figura 1 - Esquema de seleção de estudos



2. RESULTADOS

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos a partir desta RSL relativamente ao nível de evidência dos estudos, aos participantes, à intervenção, aos profissionais envolvidos na implementação da intervenção, aos instrumentos de avaliação utilizados, à efetividade da intervenção e às limitações dos estudos. No Anexo V, encontra-se apresentada a aplicação do instrumento de extração de dados elaborado pela autora, que regista as principais informações obtidas a partir da análise de cada um dos artigos.

2.1. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Dos 17 estudos analisados, seis são estudos experimentais - estudos randomizados controlados (Poleshuck *et al.*, 2014; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012; Chen e Francis, 2010) e onze são estudos quase-experimentais (Fullen *et al.*, 2013; Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tan *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Darchuk *et al.*, 2010; Samwel *et al.*, 2009; Unützer *et al.*, 2008; Field *et al.*, 2007). Com base nos instrumentos de avaliação da qualidade metodológica para estudos experimentais e quase experimentais desenvolvidos, adaptados e traduzidos de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*, 2011 (JBI, 2011), todos apresentam um alto nível de evidência (Anexo IV).

2.2. PARTICIPANTES

Os ensaios clínicos reportados nesta revisão foram realizados em diferentes países: EUA (Poleshuck *et al.*, 2014; Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Darchuk *et al.*, 2010; Unützer *et al.*, 2008; Field *et al.*, 2007); República da Irlanda (Fullen *et al.*, 2013); Reino Unido (McCracken, Sato e Taylor, 2013); Suécia (Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010); Singapura (Tan *et al.*, 2013); China (Tse, Vong e Tang, 2013);

Dinamarca (Frich *et al.*, 2012); Austrália (Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Chen e Francis, 2010) e Holanda (Samwel *et al.*, 2009). Em muitos destes estudos, parte dos participantes eram emigrantes.

O modo de recrutamento dos participantes foi variável de estudo para estudo, apesar de existirem pontos comuns. No estudo de Polshuck e colaboradores (2014) as mulheres com depressão e dor pélvica crónica foram recrutadas através de dois contextos médicos urbanos, incluindo contextos de obstetrícia, ginecologia e medicina familiar, em cuidados de saúde primários. Também nos estudos de McCracken, Sato e Taylor (2013), Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013) e Tse, Vong e Tang (2013) os participantes foram recrutados a partir da comunidade.

O estudo de Fullen e colaboradores (2013) recrutou utentes que haviam participado previamente num programa de gestão de dor denominado “Ulysses”, em regime de ambulatório. Também noutros seis estudos, os participantes foram recrutados por frequentarem ou terem frequentado, no passado, um centro de tratamento multidisciplinar de dor (Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010; Samwel *et al.*, 2009). No estudo de Bremander, Holmström e Bergman (2010), os participantes recrutados haviam completado previamente um programa de reabilitação física.

Nos estudos de Tan e colaboradores (2013) e Field e colaboradores (2007), os participantes foram indicados pelo médico de família. Dear e colaboradores (2013) e Chen e Francis (2010) realizaram o recrutamento dos participantes através de anúncios e panfletos colocados em centros médicos ou em *sites* de internet de universidades ou de associações não-governamentais ligadas ao tema do estudo. Finalmente, Unützer e colaboradores (2008) recrutaram os seus participantes através do envio direto de cartas a utentes que já haviam frequentado um centro de osteoartrite no ano anterior.

O número de participantes variou entre os 14 e os 567, com idades superiores a 18 anos. Todos os participantes apresentavam dor crónica e em todos os estudos parte ou a totalidade dos participantes apresentava depressão ou sintomas depressivos. Apenas em dois dos estudos, a depressão/sintomas depressivos encontravam-se presentes na totalidade dos participantes (Polshuck

et al., 2014 e Tan *et al.*, 2013). Nos restantes, apenas parte dos participantes evidenciavam depressão ou sintomas depressivos.

Em oito dos estudos, o tipo de dor foi especificado: o estudo de Poleshuck e colaboradores (2014) reportou-se a mulheres com dor crónica pélvica, Unützer e colaboradores (2008) abordaram a dor crónica associada a osteoartrite, Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013) e Field e colaboradores (2007) reportaram-se a dor crónica lombar, Tse, Vong e Tang (2013) e Bremander, Holmström e Bergman (2010) abordaram a dor crónica musculoesquelética e os estudos de Frich e colaboradores (2012) e Chen e Francis (2010) reportaram-se a dor crónica não oncológica.

Como critério estabelecido para a presença de dor crónica, seis dos estudos analisados estabeleceram um tempo de duração do sintoma superior a três meses (Poleshuck *et al.*, 2014; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Chen e Francis, 2010; Samwel *et al.*, 2009), três dos estudos estabeleceram um tempo de duração do sintoma superior a seis meses (Nash *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Field *et al.*, 2007), um dos estudos estabeleceu um tempo de duração do sintoma superior a um ano (Fullen *et al.*, 2013), um dos estudos estabeleceu um tempo de duração do sintoma superior a um ano e meio (McCracken, Sato e Taylor, 2013) e seis dos estudos não estabeleceram tempo de duração do sintoma, referindo apenas abordar utentes com dor crónica (Lattie *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tan *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012; Darchuk *et al.*, 2010; Unützer *et al.*, 2008).

2.3. INTERVENÇÃO

Quanto às intervenções implementadas nos diferentes estudos, constata-se, desde logo, uma tendência marcante para a abordagem multimodal, ou seja, para a aplicação de um conjunto de intervenções, maioritariamente inseridas num programa complexo e bem estruturado, em detrimento da aplicação de uma única intervenção isolada. O anexo VI apresenta a descrição detalhada de cada uma das intervenções de enfermagem implementadas nos estudos analisados.

Em síntese, as intervenções utilizadas nos 17 estudos analisados foram:

- ✓ **Psicoterapia interpessoal**, implementada isoladamente (Poleshuck *et al.*, 2014);
- ✓ **Terapia Cognitivo-comportamental (TCC)**, inserida num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementada em conjugação com outras intervenções (Fullen *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tan *et al.*, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Darchuk *et al.*, 2010; Samwel *et al.*, 2009);
 - **Terapia de aceitação e compromisso** (McCracken, Sato e Taylor, 2013)
 - **Treino de habilidades de coping** (Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Frich *et al.*, 2012; Bremander, Holmström e Bergman, 2010);
 - **Técnicas de resolução de problemas** (Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Samwel *et al.*, 2009);
- ✓ **Exercício físico**, inserido num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementado em conjugação com outras intervenções (Lattie *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Darchuk *et al.*, 2010);
- ✓ **Relaxamento**, implementado isoladamente (Chen e Francis, 2010; Field *et al.*, 2007); inserido num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementado em conjugação com outras intervenções (Tan *et al.*, 2013; Darchuk *et al.*, 2010);
 - **Relaxamento com imaginação guiada** (Tan *et al.*, 2013; Chen e Francis, 2010);
- ✓ **Entrevista motivacional** (Tse, Vong e Tang, 2013);
- ✓ **Educação**, implementada isoladamente (Tan *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012; Unützer *et al.*, 2008); inserida num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementada em conjugação com outras intervenções (Fullen *et al.*, 2013; Lattie *et al.*, 2013 - educação inserida na **terapia psicológica**; Nash *et al.*, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010).

Todos os estudos que implementaram a educação abordaram informação sobre dor e apenas dois abordaram informação sobre depressão/sintomas depressivos (Tan *et al.*, 2013; Unützer *et al.*, 2008).

✓ **Biofeedback**, inserido num programa multimodal e complexo de gestão da dor (Darchuk *et al.*, 2010);

✓ **Massagem**, implementada isoladamente (Field *et al.*, 2007).

O quadro seguinte (Quadro 3) apresenta as intervenções implementadas nos estudos e descritas por cada artigo.

Quadro 3 - Intervenções implementadas por cada artigo

Estudo	Intervenção							
	TCC	Ed.	EF	Rel.	PI	EM	Bio.	Ma.
Poleshuck e colaboradores (2014)					X			
Fullen e colaboradores (2013)	X	X						
Lattie e colaboradores (2013)		X	X					
Nash e colaboradores (2013)	X	X						
McCracken, Sato e Taylor (2013)	X							
Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013)	X		X					
Tan e colaboradores (2013)	X	X		X				
Tse, Vong e Tang (2013)			X			X		
Dear e colaboradores (2013)	X	X						
Frich e colaboradores (2012)		X						
Nicholas e colaboradores (2011)	X	X						
Bremander, Holmström e Bergman (2010)	X		X					
Chen e Francis (2010)				X				
Darchuk e colaboradores (2010)	X	X	X	X			X	
Samwel e colaboradores (2009)	X							
Unützer e colaboradores (2008)		X						
Field e colaboradores (2007)				X				X

Legenda: TCC - Terapia Cognitivo-comportamental; Ed. - Educação; EF - Exercício físico; Rel. - Relaxamento; PI - Psicoterapia Interpessoal; EM - Entrevista motivacional; *Biof.* - *Biofeedback*; Ma. - Massagem.

Nos estudos de Fullen e colaboradores (2013), Tse, Vong e Tang (2013), Chen e Francis (2010) e Unützer e colaboradores (2008) foi feita referência ao fornecimento de material de apoio aos participantes, nomeadamente escrito, bem como o incentivo à prática de determinadas atividades no domicílio, no sentido da continuidade do tratamento.

Em todos os estudos, com a exceção do de Tan e colaboradores (2013), em que as sessões foram realizadas via internet, “Telemedicine”, a intervenção foi

implementada presencialmente, tendo-se estabelecido um contacto direto entre os profissionais e os participantes.

O tempo de duração das intervenções, nomeadamente o número de sessões e o número de horas despendido em cada sessão foi variável de estudo para estudo:

- ✓ **Poleshuck e colaboradores (2014):** Oito sessões num período de até 36 semanas;
- ✓ **Fullen e colaboradores (2013):** O programa decorreu em três dias por semana (seis horas diárias) durante quatro semanas, com sessões de acompanhamento dois e seis meses após a sua implementação;
- ✓ **Lattie e colaboradores (2013):** Oito horas por dia, cinco dias por semana, média de dias de participação no programa: 26;
- ✓ **Nash e colaboradores (2013):** Programa intensivo interdisciplinar de três semanas de duração, oito horas por dia em 15 dias (úteis);
- ✓ **McCracken, Sato e Taylor (2013):** Quatro sessões, com a duração de quatro horas, três implementadas numa semana e uma implementada na semana seguinte;
- ✓ **Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013):** Quatro semanas de duração, com quatro sessões semanais;
- ✓ **Tan e colaboradores (2013):** Cinco sessões de educação/terapia, fornecidas via “Telemedicine” em combinação com a prática diária de utilização de um dispositivo de *biofeedback*, com acompanhamento seis semanas após o tratamento;
- ✓ **Tse, Vong e Tang (2013):** Programa de oito semanas, providenciando uma sessão semanal de uma hora e meia nos centros comunitários;
- ✓ **Dear e colaboradores (2013):** Oito semanas de duração;
- ✓ **Frich e colaboradores (2012):** Sessões de acompanhamento realizadas imediatamente após a alta do Centro Multidisciplinar de Dor e, novamente, após quatro, oito, 12, 16, 20 e 24 meses;
- ✓ **Nicholas e colaboradores (2011):** Sessões diárias de oito horas (das 9h00 às 17h00), com três semanas de duração;

- ✓ **Bremander, Holmström e Bergman (2010):** Internamento hospitalar de três semanas e acompanhamento posterior depois de um, três e seis meses;
- ✓ **Chen e Francis (2010):** Sete sessões semanais, durante sete semanas;
- ✓ **Darchuk e colaboradores (2010):** Duração de três semanas, oito horas por dia;
- ✓ **Samwel e colaboradores (2009):** Duração máxima de três meses;
- ✓ **Unützer e colaboradores (2008):** Acompanhamento de seis meses por parte do gestor de casos;
- ✓ **Field e colaboradores (2007):** Uma sessão semanal de massagem (30 minutos de duração), durante cinco semanas.

Apenas em três dos 17 estudos não se verificou um acompanhamento dos participantes após o término da intervenção (Nash *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Nicholas *et al.*, 2011), sendo que todos os outros implementaram sessões de *follow-up*.

2.4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nos 17 estudos analisados, verificaram-se diferenças quanto aos grupos profissionais que implementaram a intervenção. No geral, as intervenções foram implementadas fundamentalmente por quatro grupos profissionais (todos ligados à saúde): enfermeiros, médicos, psicólogos e fisioterapeutas.

Profissionais envolvidos na implementação da intervenção:

- ✓ Poleshuck e colaboradores (2014) - Médicos;
- ✓ Fullen e colaboradores (2013) - Não é claro;
- ✓ Lattie e colaboradores (2013) - Não é claro;
- ✓ Nash e colaboradores (2013) - Médicos, psicólogos, enfermeiros especialistas, enfermeiro gestor, enfermeiros generalistas e terapeutas com mestrado;
- ✓ McCracken, Sato e Taylor (2013) - Médicos e enfermeiros;
- ✓ Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013) - Médicos;
- ✓ Tan e colaboradores (2013) - Não é claro;
- ✓ Tse, Vong e Tang (2013) - Fisioterapeutas e enfermeiros;

- ✓ Dear e colaboradores (2013) - Psicólogos e médicos;
- ✓ Frich e colaboradores (2012) - Enfermeiros;
- ✓ Nicholas e colaboradores (2011) - Enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos;
- ✓ Bremander, Holmström e Bergman (2010) - Médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicólogo;
- ✓ Chen e Francis (2010) - Não é claro;
- ✓ Darchuk e colaboradores (2010) - Não é claro;
- ✓ Samwel e colaboradores (2009) - Médico anestesista, fisioterapeuta e psicólogos;
- ✓ Unützer e colaboradores (2008) - Enfermeiro gestor de casos e psiquiatra;
- ✓ Field e colaboradores (2007) - Massagista.

Os enfermeiros estiveram entre os profissionais que contribuíram para a implementação da intervenção em cinco dos 17 estudos analisados (Nash *et al.*, 2013; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Unützer *et al.*, 2008) e estabeleceram-se como único grupo profissional responsável pela implementação da intervenção em apenas um dos 17 estudos analisados (Frich *et al.*, 2012). Quanto aos restantes grupos profissionais, os médicos estiveram entre os responsáveis pela implementação da intervenção em sete dos estudos, os psicólogos em cinco dos estudos e os fisioterapeutas em quatro dos estudos. Cinco dos estudos analisados não forneceram informação clara quanto aos profissionais responsáveis pela implementação da intervenção (Fullen *et al.*, 2013; Lattie *et al.*, 2013; Tan *et al.*, 2013; Chen e Francis, 2010; Darchuk *et al.*, 2010).

Os enfermeiros estiveram ausentes da implementação da intervenção em seis dos estudos analisados (Poleshuck *et al.*, 2014; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Dear *et al.*, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Samwel *et al.*, 2009; Field *et al.*, 2007). Importa no entanto destacar que, mesmo nestes estudos, as intervenções em selecionadas são passíveis de serem implementadas por enfermeiros.

2.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Vários instrumentos foram utilizados nos estudos para a avaliação de diversos parâmetros, nomeadamente a dor e a depressão. A qualidade de vida, a ansiedade, o sono e a incapacidade funcional foram alguns exemplos de outras variáveis contempladas.

Instrumentos utilizados para a avaliação da dor:

- ✓ *Multidimensional Pain Inventory* (Poleshuck *et al.*, 2014; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010);
- ✓ Escala numérica da dor (Fullen *et al.*, 2013; Lattie *et al.*, 2013; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Tan *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013);
- ✓ *Beliefs About Pain Control Questionnaire* (Fullen *et al.*, 2013);
- ✓ *Pain Self-efficacy Questionnaire* (Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013);
- ✓ Escala Visual Analógica de Dor (Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Frich *et al.*, 2012; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Chen e Francis, 2010; Samwel *et al.*, 2009; Field *et al.*, 2007);
- ✓ *Pain Responses Self-Statements* (Dear *et al.*, 2013);
- ✓ *Wisconsin Brief Pain Questionnaire* (Dear *et al.*, 2013);
- ✓ *McGill Pain Questionnaire* (Chen e Francis, 2010);
- ✓ *Pain Catastrophizing Scale* (Darchuk *et al.*, 2010);
- ✓ *Dutch version of the Pain Disability Index* (Samwel *et al.*, 2009);
- ✓ *Pain Coping Inventory* (Samwel *et al.*, 2009);
- ✓ *Brief Pain Questionnaire* (Unützer *et al.*, 2008).

Instrumentos utilizados para a avaliação depressão/sintomas depressivos:

- ✓ *Hamilton Rating Scale for Depression* (Poleshuck *et al.*, 2014);
- ✓ *Beck Depression Inventory* (Poleshuck *et al.*, 2014);
- ✓ *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Fullen *et al.*, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010);
- ✓ *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Nash *et al.*, 2013; Tan *et al.*, 2013; Darchuk *et al.*, 2010);

- ✓ *Geriatric Depression Scale - Short Form* (Tse, Vong e Tang, 2013);
- ✓ *The Danish Version of the Major Depression Inventory* (Frich et al., 2012);
- ✓ *Depression, Anxiety and Stress Scale* (Nicholas et al., 2011; Chen e Francis, 2010);
- ✓ *Depression Scale of the Dutch version of the Symptom Checklist-90* (Samwel et al., 2009);
- ✓ *20-item depression scale of the Hopkins Symptom Checklist* (Unützer et al., 2008);
- ✓ *Profile of Mood States Depression Scale* (Field et al., 2007).

Outros instrumentos utilizados: *The Client Satisfaction Questionnaire-8* (Poleshuck et al., 2014); *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (Poleshuck et al., 2014); *Inventory of Interpersonal Problems* (Poleshuck et al., 2014). *The Coping Strategies Questionnaire* (Fullen et al., 2013); *Roland Morris Disability Questionnaire* (Fullen et al., 2013; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Dear et al., 2013; Nicholas et al., 2011); *Tampa Scale of Kinesiophobia* (Fullen et al., 2013; Dear et al., 2013); *Adjusted version of the Tampa Scale of Kinesiophobia* (Samwel et al., 2009); *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (Fullen et al., 2013); *Simmond's Functional Assessment Tool; Functional Limitations Profile* (Fullen et al., 2013); *Millon Behavioral Medicine Diagnostic* (Lattie et al., 2013); *Patient Health Questionnaire-9Item* (McCracken, Sato e Taylor, 2013; Dear et al., 2013; Unützer et al., 2008); *Short Form Health Survey* (McCracken, Sato e Taylor, 2013); *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (Tan et al., 2013); *PTSD Check List-Civilian version* (Tan et al., 2013); *Pain Interference Short Form v1.0* (Tan et al., 2013); *Medical Outcomes Study Sleep Measure [44]* (Tan et al., 2013); *Elderly Mobility Scale; State-Trait Anxiety Inventory* (Tse, Vong e Tang, 2013); *Subjective Happiness Scale* (Tse, Vong e Tang, 2013); *Health survey Short Form 12* (Tse, Vong e Tang, 2013); *Health Survey Short Form 36* (Frich et al., 2012; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Chen e Francis, 2010; Darchuk et al., 2010); *Generalized Anxiety Disorder 7-Item* (Dear et al., 2013); *The Danish version of the Medical Outcome Study 36-Item Short-Form* (Frich et al., 2012); *The Danish version of the Psychologic General Well-Being Index* (Frich et al., 2012); *Anatomical Therapeutical*

Chemical Classification/Defined Daily Dose (Samwel et al., 2009); *Illness Cognition Questionnaire* (Samwel et al., 2009); *Aggregate Locomotor Function* (Unützer et al., 2008); *State Anxiety Inventory* (Field et al., 2007).

2.6. EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO

RESULTADOS PRIMÁRIOS: DOR E DEPRESSÃO/SINTOMAS DEPRESSIVOS

Dos 17 estudos analisados, 12 apresentaram como resultado melhorias significativas ao nível da dor e da depressão/sintomas depressivos, três reportaram uma melhoria significativa apenas da dor e dois obtiveram uma melhoria significativa apenas da depressão/sintomas depressivos. Nenhum dos estudos apresentou como resultado uma melhoria pouco significativa ou ausência de melhoria nos dois domínios, dor e depressão/sintomas depressivos.

Estudos em que se verificou melhoria significativa ao nível da dor e da depressão/sintomas depressivos:

- ✓ Lattie e colaboradores (2013) - Exercício físico e educação;
- ✓ McCracken, Sato e Taylor (2013) - Terapia de aceitação e compromisso, modalidade específica da TCC;
- ✓ Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013) - TCC e exercício físico;
- ✓ Tan e colaboradores (2013) - TCC, educação e relaxamento com imaginação guiada;
- ✓ Tse, Vong e Tang (2013) - Entrevista motivacional e exercício físico;
- ✓ Dear e colaboradores (2013) - TCC e educação;
- ✓ Nicholas e colaboradores (2011) - TCC e educação;
- ✓ Bremander, Holmström e Bergman (2010) - TCC e exercício físico;
- ✓ Chen e Francis (2010) - Relaxamento com imaginação guiada;
- ✓ Darchuk e colaboradores (2010) - TCC, exercício físico, relaxamento, *biofeedback* e educação;
- ✓ Samwel e colaboradores (2009) - TCC. Neste estudo, as melhorias em ambos os parâmetros foram verificadas apenas a longo prazo, 12 meses após a intervenção;
- ✓ Unützer e colaboradores (2008) - Educação.

Estudos em que se verificou melhoria significativa apenas ao nível da dor:

- ✓ Nash e colaboradores (2013) - TCC e educação.
- ✓ Frich e colaboradores (2012) - Educação. Neste estudo, a componente da dor na qual se verificaram melhorias foi a intensidade.

Estudos em que se verificou melhoria significativa apenas ao nível da depressão/sintomas depressivos:

- ✓ Poleshuck e colaboradores (2014) - Psicoterapia interpessoal;
- ✓ Fullen e colaboradores (2013) - TCC e educação.

No estudo de Field e colaboradores (2007), no qual foram contrapostas duas intervenções distintas (massagem *versus* relaxamento), verificou-se que, comparativamente com os participantes do grupo do relaxamento, os participantes do grupo de massagem reportaram experienciar menor dor e depressão.

RESULTADOS SECUNDÁRIOS: *COPING*, AUTOEFICÁCIA E AUTOCONTROLO

Dos 17 estudos analisados, dois realizaram uma avaliação no âmbito do *coping*, utilizando os instrumentos *The coping strategies questionnaire* (Fullen *et al.*, 2013) e *Pain Coping inventory* (Samwel *et al.*, 2009). No estudo de Fullen e colaboradores (2013), o instrumento foi aplicado apenas antes da intervenção, no sentido de caracterizar a amostra (não foi aplicado após a intervenção), pelo que não foi possível concluir quanto ao impacto da intervenção neste domínio. No estudo de Samwel e colaboradores (2009), por seu lado, o instrumento foi aplicado antes e após a intervenção, tendo-se verificado que um dos resultados obtidos pela implementação da intervenção (TCC e relaxamento) consistiu na melhoria ao nível das estratégias de *coping* utilizadas (estratégias de *coping* mais adaptativas).

Três dos estudos analisados realizaram uma avaliação da percepção de autoeficácia associada ao controlo da dor, aplicando o instrumento *Pain self-efficacy questionnaire* (Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013). No estudo de Dear e colaboradores (2013), o instrumento foi aplicado apenas antes da intervenção (não foi aplicado após a intervenção), pelo que não

foi possível concluir quanto ao impacto da intervenção neste domínio. Nos estudos de Nash e colaboradores (2013) e Tse, Vong e Tang (2013), por seu lado, o instrumento foi aplicado antes e após a intervenção, tendo-se verificado que um dos resultados obtidos pela implementação da intervenção (TCC + educação e exercício físico + relaxamento + educação, respetivamente) consistiu na melhoria ao nível da perceção de autoeficácia associada ao controlo da dor. No estudo de Nash e colaboradores (2013), a perceção de autoeficácia foi a única componente da dor na qual se verificaram melhorias (não houve avaliação da intensidade da dor antes e após a intervenção).

Nenhum dos estudos utilizou qualquer instrumento de avaliação no âmbito do autocontrolo.

2.7.LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

Após a análise integral dos 17 estudos constantes da amostra, foram identificados alguns pontos que se poderão estabelecer como limitações. Destaco os seguintes aspetos:

- ✓ Em alguns estudos, a intervenção não foi implementada por enfermeiros, apesar de se constituir como uma intervenção de enfermagem;
- ✓ Existe uma grande variabilidade entre os estudos no que toca ao tipo e à duração da dor;
- ✓ Existe uma grande variabilidade entre os estudos quanto ao número/percentagem de pessoas com depressão/sintomas depressivos;
- ✓ Existe uma grande variabilidade entre os estudos quanto ao tamanho da amostra, o que impossibilita o estabelecimento de comparações entre eles;
- ✓ Em três dos 17 estudos analisados, não se verificou um acompanhamento dos participantes após o término da intervenção, o que não permite vislumbrar o seu efeito a longo prazo;
- ✓ Pelo facto de se tratarem de estudos muito heterogéneos, com amostras de diferentes tamanhos, diferentes intervenções implementadas e diferentes instrumentos de avaliação, não é possível fazer uma análise sobre os estudos em que o impacto da intervenção sobre a dor ou sobre a depressão/sintomas depressivos foi maior.

3. DISCUSSÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), as intervenções não farmacológicas para o tratamento da dor encontram-se categorizadas em três dimensões: 1) Cognitivo-comportamentais, que incluem a TCC, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de *coping*, o relaxamento com imaginação e a distração; 2) Físicas, que contemplam a aplicação de frio e de calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea; e 3) o Suporte emocional que compreende o toque terapêutico e o conforto. Também as intervenções no âmbito da educação são preconizadas por várias *guidelines* desenvolvidas para a gestão da dor (Swarm *et al.*, 2011; *The British Pain Society*, 2010; *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2008; *The British Pain Society*, 2007; Broadfield *et al.*, 2005).

Quanto à depressão e/ou sintomas depressivos, a American Psychiatric Association (2010) enfatiza alguns princípios que deverão estar subjacentes ao seu tratamento. São eles o estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica; a realização prévia e continuada de uma avaliação psiquiátrica, bem como da incapacidade funcional e da qualidade de vida, utilizando instrumentos de avaliação adequados e fidedignos; a avaliação da segurança do utente; o estabelecimento de um ambiente adequado para implementação do tratamento; a implementação de um tratamento multidisciplinar; a implementação de ações no sentido de garantir a adesão ao tratamento e o fornecimento de educação ao utente e à família. No que diz respeito à intervenção em si, além da farmacoterapia, da eletroconvulsivoterapia e das intervenções que implicam estimulação nervosa a nível cerebral, a American Psychiatric Association (2010) preconiza as seguintes modalidades de tratamento: psicoterapia, que engloba as terapias cognitivo-comportamentais, a psicoterapia interpessoal, a psicoterapia psicodinâmica, a terapia de resolução de problemas, a terapia matrimonial e familiar, a terapia de grupo e terapias alternativas ou complementares, como a acupuntura.

Nos 17 estudos contemplados nesta RSL, as intervenções identificadas foram as seguintes:

✓ **Terapia Cognitivo-comportamental** - inserida num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementada em conjugação com outras intervenções - dez estudos;

- **Terapia de aceitação e compromisso** - um estudo;
- **Treino de habilidades de *coping*** - cinco estudos;
- **Técnicas de resolução de problemas** - três estudos.

✓ **Educação** - nove estudos, dois dos quais implementam unicamente esta intervenção;

✓ **Exercício físico**, sempre inserido num programa multimodal e complexo de gestão da dor ou implementado em conjugação com outras intervenções - cinco estudos;

✓ **Relaxamento** - quatro estudos, dois dos quais implementam unicamente esta intervenção;

- **Relaxamento com imaginação guiada** - dois estudos;

✓ **Psicoterapia interpessoal**, implementada isoladamente - um estudo;

De acordo com Gabbard (2009, p. 400), a psicoterapia interpessoal visa ajudar o utente *a melhorar a qualidade do seu mundo interpessoal*, com recurso à intervenção psicoeducativa.

✓ **Entrevista motivacional** - um estudo;

A entrevista motivacional é uma técnica de aconselhamento centrada no utente que objetiva a promoção da sua motivação e do seu envolvimento, no sentido de atingir mudanças comportamentais através da exploração e da resolução de cognições e emoções ambivalentes (Miller, 1983 cit. por Tse, Vong e Tang, 2013).

✓ **Biofeedback**, inserido num programa multimodal e complexo de gestão da dor - um estudo;

O *biofeedback* é uma técnica semelhante ao relaxamento, que utiliza alguns parâmetros fisiológicos para deteção da atividade muscular. *Estes parâmetros são detectados, amplificados e retransmitidos ao doente como sinais auditivos ou visuais, através de aparelhos eletrónicos* (Teixeira, 2007, p. 157).

✓ **Massagem**, implementada isoladamente - um estudo.

O quadro seguinte (Quadro 4) ilustra a frequência com que cada intervenção foi utilizada e a sua eficácia na melhoria da dor e da depressão

Quadro 4 - Frequência de utilização das intervenções e sua eficácia na melhoria da dor e da depressão

	Intervenção							
	TCC	Ed.	EF	Rel.	PI	EM	Bio.	Ma.
Número de estudos	10	9	5	4	1	1	1	1
Número de estudos em que se verifica redução da dor e da depressão	8/10	6/9	5/5	3/4	---	1/1	1/1	---
Número de estudos em que se verifica redução da dor	1/10	2/9	---	---	---	---	---	---
Número de estudos em que se verifica redução da depressão	1/10	1/9	---	---	1/1	---	---	---
Número de estudos em que não é possível concluir quanto à eficácia da intervenção	---	---	---	1/4	---	---	---	1/1

Legenda: TCC - Terapia Cognitivo-comportamental; Ed. - Educação; EF - Exercício físico; Rel. - Relaxamento; PI - Psicoterapia Interpessoal; EM - Entrevista motivacional; Bio. - *Biofeedback*; Ma. - Massagem.

Como é possível verificar pelo Quadro 4, a TCC foi utilizada em dez estudos, tendo obtido eficácia na redução da dor e da depressão em oito e eficácia na redução unicamente da dor ou eficácia na redução da depressão em apenas um; a educação foi utilizada em nove estudos, tendo obtido eficácia na redução da dor e da depressão em seis deles, eficácia na redução unicamente da dor em dois e eficácia na redução unicamente da depressão em um; o exercício físico foi implementado em cinco estudos, tendo obtido eficácia na redução da dor e da depressão em todos eles e o relaxamento foi implementado em quatro estudos, tendo obtido eficácia na redução da dor e da depressão em três. Todas as restantes (psicoterapia interpessoal, entrevista motivacional, *biofeedback* e massagem) foram implementadas em apenas um estudo, com resultados variáveis.

3.1. INTERVENÇÕES COM IMPACTO SIGNIFICATIVO NA REDUÇÃO DA DOR E DA DEPRESSÃO/SINTOMAS DEPRESSIVOS

De todas as intervenções implementadas, duas destacaram-se pela elevada frequência com que foram utilizadas, comparativamente com as restantes, bem como pela eficácia obtida na melhoria da dor e da depressão/sintomas depressivos: a TCC (implementada em dez dos estudos) e a

educação (implementada em nove dos estudos). Pelas mesmas razões, embora com menor preponderância, também o exercício físico e o relaxamento merecem realce.

A *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2008) salienta a existência de cada vez maior evidência que comprova a importância das intervenções cognitivo-comportamentais e da educação no alívio da dor crônica e das suas implicações, nomeadamente a nível emocional, destacando que esta educação deve ser apoiada numa abordagem multidisciplinar e na interação constante entre o utente, os cuidadores e os profissionais de saúde. Importa destacar que em seis dos estudos analisados, a TCC é implementada em conjugação com a educação (Fullen *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Tan *et al.*, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010).

3.1.1. Terapia Cognitivo-Comportamental

Entre as décadas de 60 e 70 do século passado, Aaron Beck postulou três tipos de problemas na cognição que poderiam estar na base do transtorno depressivo: sobrevalorização de pensamentos negativos e irrealistas sobre si mesmo; erros no processamento da informação, incluindo a generalização exagerada, a personalização excessiva, a abstração seletiva, o raciocínio emocional e o pensamento de “tudo ou nada”; e disfunções cognitivas mais profundas, como posturas disfuncionais e esquemas internos que, por si só, propiciam a depressão (Gabbard, 2007). Neste domínio, Beck verificou que o humor e os comportamentos negativos *eram usualmente resultados de crenças distorcidas*, pelo que *a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais* (Powel *et al.*, 2008, p. 74). Beck explicava que os indivíduos deprimidos acreditam e agem como se as situações e os componentes da sua vida estivessem piores do que na realidade estão, sobrevalorizando-os negativamente. Esta nova abordagem no tratamento da depressão foi denominada de “terapia cognitiva” e a sua eficácia foi atestada por vários ensaios clínicos (Powel *et al.*, 2008; Knapp e Beck, 2008).

A terapia comportamental tem como objeto o comportamento, tendo permitido o conhecimento acerca das suas leis gerais, tornando-o mais previsível e permitindo abordagens terapêuticas mais eficazes. De acordo com Lucas e

Ferreira (2014, p. 101), esta terapia *é centrada no “aqui e agora”, assume que os comportamentos desadaptativos são adquiridos por aprendizagem e considera que a aprendizagem pode mudar os comportamentos desadaptativos.*

A TCC combina a psicoterapia cognitiva com a terapia comportamental, compreendendo também a reestruturação cognitiva e o treino de habilidades de *coping* (Ordem dos Enfermeiros, 2008; American Psychiatric Association, 2010). No âmbito da dor, o seu objetivo consiste em *ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor, a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 49). No domínio da depressão, o seu objetivo consiste em reduzir os sintomas depressivos ao desafiar e reverter crenças irracionais e atitudes distorcidas que o indivíduo apresenta em relação a si mesmo e encorajar a mudança de pensamentos e comportamentos mal adaptativos (American Psychiatric Association, 2010).

Saraiva (2014) refere que o foco de interesse e intervenção desta técnica é a distorção do pensamento, que leva à falta de esperança e ao desespero, e as dificuldades na resolução de problemas. Neste sentido, o terapeuta deverá identificar as crenças erróneas que estão a condicionar negativamente o pensamento, causando a falta de esperança e dificultando a resolução de problemas, e promover a sua alteração. As intervenções cognitivo-comportamentais são baseadas na noção de que as crenças, a avaliação e a interpretação que o indivíduo faz da sua condição de saúde, bem como da sua dor, incapacidade e estratégias de *coping*, terão um impacto significativo no grau de disfunção física e emocional associada à doença (Carlson, 2014).

De acordo com a American Psychiatric Association (2010), a TCC tem-se apresentado como um tratamento eficaz no tratamento da depressão, aumentando a capacidade dos indivíduos para manter relações interpessoais e compreender a origem do seu quadro depressivo, dando-lhe resposta. De acordo com esta entidade, ao contrário do tratamento farmacológico, a TCC demonstrou eficácia na redução do risco de recaída da depressão, mesmo após o fim do tratamento. Também a Ordem dos Enfermeiros (2012), no seu *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*, destaca a TCC como uma intervenção de relevo e com resultados positivos nos quadros de depressão. Butler e

colaboradores (2006), na sua revisão de literatura centrada em meta-análises, concluíram que a TCC é um meio de eleição no tratamento da depressão, obtendo melhores resultados do que o tratamento com antidepressivos. Powel e colaboradores (2008), na sua revisão não sistemática da literatura, concluíram mesmo que a TCC se estabelece como uma das abordagens com maior evidência empírica quanto à sua eficácia no tratamento da depressão, quer utilizada isoladamente, quer em combinação com terapia farmacológica.

A eficácia da TCC na dor crónica também tem sido comprovada por vários estudos randomizados controlados e revisões sistemáticas da literatura (Williams, Eccleston e Morley, 2012; Morley, 2010; McCracken, MacKichan e Eccleston, 2007). Williams, Eccleston e Morley (2012), na sua revisão sobre terapias psicológicas para o controlo da dor crónica, concluíram que a TCC é uma intervenção útil na abordagem a esta condição, promovendo melhorias, principalmente a longo prazo. As guidelines para a avaliação e tratamento da dor crónica, desenvolvidas por Hooten e colaboradores (2008) enaltecem a TCC como uma importante estratégia em quadros em que se verifica a ocorrência de dor crónica e de depressão. Turk e Meichenbaum (1983, cit. por Teixeira, 2007) identificaram cinco fases na implementação da TCC na dor crónica:

✓ Avaliação

Nesta fase, *são explorados os fatores psicológicos e comportamentais que podem relacionar-se à dor para elaborar o plano de tratamento* (p.156). Neste sentido, são recolhidas informações nos seguintes domínios: comprometimento físico associado à dor; desconforto psicológico associado à dor; comportamento face à dor; perceção do utente sobre a sua doença; tratamentos prévios realizados; expectativa quanto ao tratamento atual; comportamentos mal-adaptativos.

✓ Novo conceito de dor;

Nesta fase, o objetivo centra-se em reformular o conceito de dor do utente, no sentido de o preparar para futuras propostas de tratamento, minimizando a sua resistência e aumentando a sua adesão. Este processo implica o conhecimento prévio dos pensamentos que o utente apresenta em relação à sua dor.

- ✓ Aquisição de novas habilidades;

Nesta fase, caberá ao terapeuta a seleção das técnicas cognitivas e comportamentais mais adequadas para a obtenção de mudanças na resposta do utente face à dor.

- ✓ Generalização e manutenção;

O utente deverá ser incentivado a aplicar as atividades aprendidas nas situações de dor, tentando sempre identificar as dificuldades encontradas.

- ✓ Seguimento.

O acompanhamento deverá manter-se através de consultas periódicas.

Dos dez estudos que utilizaram a TCC como intervenção (sempre em conjugação com outras modalidades de tratamento), oito reportaram melhorias significativas ao nível da dor e da depressão, um obteve melhoria significativa apenas da dor e um obteve melhoria significativa apenas da depressão. Estes resultados sugerem que a TCC, conjugada com outras modalidades terapêuticas, poderá estabelecer-se como uma intervenção eficaz nos quadros em que se verifica a ocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

3.1.2. Educação

Uma das tendências mais marcantes das políticas de saúde atuais é a diminuição do período de internamento hospitalar, o que leva o utente e a respetiva família a assumirem um papel cada vez mais ativo nos vários domínios do autocuidado. Segundo Bodenheimer e Grumbach, 2007 (cit. por Almeida, 2010), os utentes constituem o recurso mais desvalorizado do sistema de saúde no que diz respeito às doenças crónicas, sendo, no entanto, os mais importantes prestadores do seu próprio cuidado. Uma das recomendações da *American Pain Society* para o controlo da dor consiste em envolver os utentes no seu plano de tratamento da dor. Esta recomendação surge sustentada nos melhores resultados em saúde obtidos pelos utentes que são envolvidos nos seus cuidados e a quem é dada a oportunidade de participar ativamente nas decisões referentes ao mesmo, possibilitando-lhes uma autogestão da própria doença (Debra *et al.*, 2005). O *empowerment* (capacitação) assume-se como um instrumento estratégico de promoção da saúde fundamental nesta área, encarando o cidadão como o seu

principal recurso (Almeida, Tereso e Pimentel, 2009 cit. por Almeida, 2010). De facto, o desafio central que os sistemas de saúde enfrentam atualmente é tornarem-se mais eficientes na criação de condições que capacitem as pessoas para tirar o máximo proveito dos próprios recursos. Neste sentido, a aposta na educação dos utentes e seus cuidadores é uma componente chave para a gestão efetiva da sua saúde/doença (Ducci e Pimenta, 2003).

De acordo com a CIPE, educar consiste em *ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém* (ICN, 2011, p. 96). Esta transmissão de conhecimentos pode ser realizada através do fornecimento de informação, instrução e orientação/aconselhamento. A Ordem dos Enfermeiros (2008) preconiza que as estratégias de educação/formação/ensino no âmbito da dor são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de saúde.

Várias *guidelines* encontradas no âmbito da gestão da dor preconizam que a educação deve ser incluída no seu tratamento (Broadfield *et al.*, 2005; Swarm *et al.*, 2011; *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2008; *The British Pain Society*, 2007; *The British Pain Society*, 2010). A Sociedade Britânica da Dor (*The British Pain Society's*, 2010) preconiza que a educação dos utentes, dos cuidadores e dos profissionais de saúde é essencial para a obtenção de resultados positivos no domínio da gestão da dor. Também uma recente meta-análise desenvolvida por Bennet (2009) concluiu que as intervenções no âmbito da educação promovem significativamente o conhecimento e as atitudes positivas sobre a dor e da analgesia, bem como a redução da intensidade da dor.

Segundo Broadfield e colaboradores (2005), a educação sobre dor deverá incluir três áreas fundamentais: 1) Conceitos gerais, que incluem a definição de dor, a abordagem às causas de dor, a importância de um tratamento precoce e apropriado, a descrição da dor e o uso da escala de dor; 2) Gestão farmacológica da dor, que contempla os conhecimentos gerais sobre medicação utilizada para o alívio da dor, o entendimento sobre mitos e medos relacionados com a mesma e o controlo dos efeitos secundários associados; 3) Controlo não farmacológico da dor, que consiste na abordagem das diversas modalidades de intervenções não farmacológicas existentes.

Nos nove estudos analisados que utilizaram a educação sobre dor como intervenção, salientaram-se os seguintes conteúdos: definição, causas e complicações associadas à dor; efeitos da dor na funcionalidade física e social do indivíduo; dor crónica *versus* dor aguda; avaliação da dor; tratamento farmacológico da dor e estratégias de redução da medicação; crenças e preocupações relacionadas com a dor; barreiras ao controlo da dor; ajustamento à dor crónica; estratégias de *coping* e recuperação da dor; estratégias de autogestão da dor; estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a dor; tratamento não farmacológico; recursos da comunidade (Fullen et al., 2013; Lattie et al., 2013; Nash et al., 2013; Tan et al., 2013; Dear et al., 2013; Frich et al., 2012; Nicholas et al., 2011; Darchuk et al., 2010; Unützer et al., 2008).

A American Psychiatric Association (2010) estabelece o fornecimento de educação sobre depressão aos indivíduos que padecem desta condição, bem como à respetiva família, como um princípio básico no tratamento adequado destes quadros. A informação a transmitir deverá incidir sobre os seguintes tópicos: opções de tratamento; regime terapêutico; risco de recaída; identificação de sinais e sintomas que antecedem uma recaída; importância da procura imediata de ajuda; recursos da comunidade e a promoção de comportamentos saudáveis como a qualidade do sono, a diminuição do consumo de cafeína, tabaco, álcool e outras substâncias potencialmente prejudiciais, o regime alimentar e os benefícios associados à prática de atividade física.

Nos dois estudos analisados que utilizaram a educação sobre depressão/sintomas depressivos como intervenção, salientaram-se os seguintes conteúdos: definição dos sintomas de depressão; efeitos da depressão na funcionalidade física e social do indivíduo; estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a depressão (Tan *et al.*, 2013; Unützer *et al.*, 2008).

Foi possível verificar que a educação implementada nos estudos analisados abordou maioritariamente componentes subjacentes à dor crónica. Apenas os estudos de Tan e colaboradores (2013) e de Unützer e colaboradores (2008) transmitiram informação sobre depressão (dois estudos em nove). Ora, poderá pensar-se que educar sobre dor apenas se justifica em quadros de dor, não

havendo lugar para esta intervenção na depressão/sintomas depressivos. No entanto, analisando os resultados, percebe-se o seguinte:

- ✓ Dos nove estudos que utilizaram a educação como intervenção (quer isoladamente, quer em conjugação com outras intervenções), apenas dois não apresentaram como resultado a redução significativa da depressão/sintomas depressivos decorrente da intervenção, reportando resultados de melhoria apenas no domínio da dor (Nash *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012);
- ✓ Dos oito estudos que implementaram a educação apenas sobre dor como uma das intervenções (em conjugação com outras intervenções), seis apresentaram, como resultados, uma redução significativa da depressão/sintomas depressivos (Lattie *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010; Fullen *et al.*, 2013).

Estes dados sugerem que a educação sobre dor poderá ter um impacto na depressão/sintomas depressivos em quadros em que se verifica a coocorrência destes sintomas, na medida em que, ao promover o conhecimento sobre dor, o indivíduo obterá melhores ferramentas para lidar com a mesma, o que poderá influenciar o nível de depressão/sintomas depressivos. Não é possível, no entanto, obter certezas neste domínio, até porque nenhum dos estudos acima referidos utiliza a educação isoladamente (ou seja, a melhoria da depressão/sintomas depressivos pode dever-se a outra intervenção).

Dos nove estudos que utilizaram a educação como intervenção (isoladamente ou em conjugação com outras modalidades de tratamento), seis (Lattie e colaboradores, 2013; Tan *et al.*, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010; Unützer *et al.*, 2008) reportaram melhorias significativas ao nível da dor e da depressão (num deles - Unützer e colaboradores, 2008 - a educação foi a única intervenção implementada), dois (Nash *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012) obtiveram melhoria significativa apenas da dor (num deles - Frich e colaboradores, 2012 - a educação foi a única intervenção implementada) e um (Fullen *et al.*, 2013) obteve melhoria significativa apenas da depressão. Estes resultados sugerem que a educação, particularmente quando implementada em conjugação com outras modalidades terapêuticas, poderá

trazer resultados positivos no tratamento de quadros em que se verifica a ocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

3.1.3.Exercício físico

É frequente que os utentes com dor crónica reduzam, ao longo do tempo, a sua atividade física, evitando determinados movimentos e exercícios, comprometendo o seu nível físico, a sua força muscular, a sua flexibilidade e a sua capacidade aeróbica, o que se repercute na capacidade de executar as atividades de vida diárias (Teixeira, 2007). O exercício físico ajuda a combater a distrofia e a hipotonia muscular e melhora o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de autocuidado, o padrão de sono e a ansiedade, sendo preconizado como uma importante modalidade interventiva na dor e na depressão (Ritto *et al.*, s. d.). A American Psychiatric Association (2010) salienta que o exercício físico regular também poderá reduzir a prevalência de sintomas depressivos na população em geral, com alguns benefícios particulares nos idosos e em indivíduos com ocorrência de outros problemas médicos.

Todos os estudos (cinco) que implementaram o exercício físico como intervenção obtiveram resultados positivos significativos no domínio da dor e da depressão (Lattie *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010; Darchuk *et al.*, 2010). No entanto, em nenhum dos estudos o exercício físico foi implementado isoladamente, fazendo sempre parte de uma intervenção multimodal, pelo que não é possível atribuir todo o mérito dos resultados obtidos a esta intervenção. Estes resultados sugerem que o exercício físico, aliado a outras modalidades interventivas, poderá trazer resultados positivos no tratamento de quadros em que se verifica a ocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

3.1.4.Relaxamento

O relaxamento é um método de recondicionamento psicológico que permite a aquisição de uma melhor perceção corporal e de um maior controlo sobre o próprio corpo, através de técnicas em que a contração muscular é alternada com os períodos de relaxamento (Teixeira, 2007). O relaxamento com imaginação consiste na *diminuição da tensão muscular através da imaginação*,

visualização e meditação, com o objetivo de aumentar o foco nas sensações de bem-estar e diminuir a tensão, a ansiedade, a depressão e a dor associadas à inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 49).

Dos quatro estudos que aplicaram esta intervenção, três apresentaram como resultado a melhoria significativa da dor e da depressão (Chen e Francis, 2010; Tan *et al.*, 2013; Darchuk *et al.*, 2010). O quarto estudo (Field *et al.*, 2007) contrapôs as intervenções “relaxamento” e “massagem” e verificou a existência de melhores resultados ao nível da dor e da depressão/sintomas depressivos no grupo da massagem, comparativamente com o grupo do relaxamento. Apesar de pouco significativos, estes resultados sugerem que o relaxamento, particularmente quando aliado a outras modalidades terapêuticas, poderá trazer resultados positivos no tratamento de quadros em que se verifica a ocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos.

3.2. ESTRATÉGIAS DE *COPING*, AUTOEFICÁCIA E AUTOCONTROLO

Os seguintes critérios secundários foram estabelecidos, ao nível dos resultados, para a inclusão dos artigos neste estudo: estratégias de *coping* mais eficazes/mais adaptativas; aumento da perceção de autoeficácia; aumento do autocontrolo. Como já foi referido, um dos estudos analisados (Samwel *et al.*, 2009) realizou uma avaliação no âmbito do *coping* antes e após a intervenção, reportando resultados positivos nesse domínio, e dois (Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013) realizaram uma avaliação da perceção de autoeficácia antes e após a intervenção, reportando, também eles, resultados positivos a esse nível. Nenhum estudo realizou uma avaliação do autocontrolo. No âmbito da intervenção, cinco estudos utilizaram o treino de habilidades de *coping* (Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Frich *et al.*, 2012; Bremander, Holmström e Bergman, 2010).

Além destes dados, que dão conta da utilização do *coping*, da autoeficácia e do autocontrolo nos artigos de uma forma objetiva, foi sendo perceptível, ao longo da leitura dos artigos, uma alusão recorrente a estes conceitos, o que denota o destaque que lhes é dado pelos diversos autores. Este facto assume ainda maior relevo quando considerarmos que nenhum destes conceitos (*coping*, autoeficácia ou autocontrolo) foi utilizado como palavra-chave aquando da

pesquisa que deu origem a esta RSL. No sentido de perceber a frequência com que estes conceitos foram referidos nos 17 estudos analisados, foi realizada uma pesquisa dos mesmos em cada um dos artigos constantes da amostra. O quadro 5 traduz os resultados desta pesquisa.

Pela sua análise, é possível verificar que, dos 17 estudos constantes da amostra, sete fizeram referência ao *Coping* (Fullen *et al.*, 2013; Lattie *et al.*, 2013; Tan *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012; Samwel *et al.*, 2009), cinco fizeram referência à autoeficácia (Nash *et al.*, 2013; Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Unützer *et al.*, 2008). Apesar de não haver qualquer referência ao autocontrolo (pesquisado por *self-control*), sete dos estudos fazem referência ao conceito de *self-management* (autogestão), que, apesar de diferente do primeiro, apresenta alguns pontos em comum (Fullen *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Dear *et al.*, 2013; Nicholas *et al.*, 2011; Darchuk *et al.*, 2010; Samwel *et al.*, 2009; Unützer *et al.*, 2008). A autogestão traduz-se nas tarefas diárias que o indivíduo executa para prevenir, controlar ou reduzir o impacto de uma

Quadro 5 - Referência nos estudos aos conceitos de *Coping*, Autoeficácia e Autocontrolo

Estudo	Referência a <i>Coping</i>	Referência a percepção de autoeficácia <i>Self-efficacy</i>	Referência a autocontrolo <i>Self-control</i>	Referência a “autogestão” <i>Self-management</i>
Poleshuck e colaboradores (2014)	Não	Não	Não	Não
Fullen e colaboradores (2013)	Sim	Não	Não	Sim*
Lattie e colaboradores (2013)	Sim	Não	Não	Não
Nash e colaboradores (2013)	Não	Sim	Não	Não
McCracken, Sato e Taylor (2013)	Não	Não	Não	Não
Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013)	Não	Sim	Não	Não
Tan e colaboradores (2013)	Sim	Não	Não	Não
Tse, Vong e Tang (2013)	Sim	Sim	Não	Sim*
Dear e colaboradores (2013)	Sim	Sim	Não	Sim
Frich e colaboradores (2012)	Sim	Não	Não	Não
Nicholas e colaboradores (2011)	Sim*	Não	Não	Sim
Bremander, Holmström e Bergman (2010)	Sim*	Não	Não	Não
Chen e Francis (2010)	Não	Sim*	Não	Não
Darchuk e colaboradores (2010)	Não	Não	Não	Sim*
Samwel e colaboradores (2009)	Sim	Não	Não	Sim*
Unützer e colaboradores (2008)	Não	Sim	Não	Sim
Field e colaboradores (2007)	Não	Não	Não	Não

*Conceito abordado unicamente na contextualização teórica.

doença crónica, pelo que os doentes que fazem uma autogestão apropriada têm atitudes e comportamentos que os conduzem à saúde ou ao não agravamento da doença. Esta autogestão pressupõe um conhecimento adequado da condição de doença que se pretende prevenir ou controlar e da automotivação necessária para a escolha e à adoção de comportamentos saudáveis (Bodenheimer e Grumbach, 2007 cit. por Almeida, 2010).

3.2.1. Estratégias de *Coping*

Como Meleis e colaboradores (2000) salientam, a análise das respostas humanas às transições que ocorrem na vida dos indivíduos constitui, atualmente, o centro da investigação em enfermagem. A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Uma transição ocorre sempre que um acontecimento resulta numa mudança nas conceções acerca de si mesmo e do mundo e requer, desse modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações (Schlossberg cit. por Petronilho, 2007). Um importante indicador de processo no domínio da transição, que nos indica se a pessoa se encontra no caminho da saúde ou no sentido de uma maior vulnerabilidade, é o “desenvolvimento de confiança e coping”. Como já foi referido, o conceito de *coping* é definido por Lazarus (1991) como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais.

A seleção das estratégias de *coping* a utilizar para dar resposta a determinada situação tem por base uma avaliação prévia que o indivíduo realiza sobre a situação em si, determinando o significado que lhe atribui. Neste domínio, enquadram-se as cinco dimensões da representação cognitiva da doença, inseridas na fase de Interpretação do Modelo de Autorregulação do Comportamento em Saúde (Leventhal et al. 1997 cit. por Santos, 2006) - identidade, causas, consequências, dimensão temporal e cura/controlo.

Segundo Maes e colaboradores (1996, cit. por Santos, 2003), no âmbito da doença crónica, a avaliação da situação centra-se nos seguintes domínios: características da doença e seu tratamento; acontecimentos de vida relacionados com a doença e outros também significativos; características sociodemográficas;

exigências pessoais; metas a atingir; e recursos internos (características da personalidade, inteligência, *locus* de controlo, a resiliência, entre outros) e externos (tempo, dinheiro, recursos, suporte social, entre outros) disponíveis para colocarem em prática uma estratégia de *coping*.

Face a esta avaliação, cabe à pessoa identificar e selecionar as estratégias de *coping* que considera mais adequadas para fazer face à situação (Leventhal *et al.*, 1997 cit. por Santos, 2006, p. 46). Depois do *coping*, segue-se a ponderação, que *envolve uma avaliação individual da eficácia das estratégias de coping utilizadas, no sentido da adaptação à doença e suas consequências, melhorando a qualidade de vida* (Ogden, 1999 cit. por Santos, 2006, p. 46).

Uma das estratégias de intervenção que tem vindo a ganhar mais destaque no âmbito da transição saúde-doença é o treino das habilidades de *coping*, definido pela Ordem dos enfermeiros (2008) como um *tipo de terapia cognitivo-comportamental que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de coping que lhe permitam adaptar-se positivamente à situação na qual se encontram*.

Dos cinco estudos que utilizaram o treino de habilidades de *coping* como modalidade de intervenção (Lattie *et al.*, 2013; Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Frich *et al.*, 2012; Bremander, Holmström e Bergman, 2010), três reportaram melhorias significativas ao nível da dor e da depressão (Lattie *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Bremander, Holmström e Bergman, 2010) e dois reportaram melhorias significativas unicamente ao nível da dor (Nash *et al.*, 2013; Frich *et al.*, 2012).

3.2.2. Autoeficácia

O tratamento de utentes com dor crónica inclui a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos (Salvetti e Pimenta, 2007, p. 135). As crenças disfuncionais podem constituir-se como a principal barreira à obtenção de resultados positivos decorrentes do tratamento. De entre essas crenças, a de autoeficácia merece destaque. Segundo Arnstein e colaboradores (1999, cit. por Nash e colaboradores, 2014), a baixa autoeficácia em pessoas com dor crónica estabelece-se como um preditor significativo para o desenvolvimento de depressão.

Como já foi referido na parte introdutória, a autoeficácia é a crença que os indivíduos têm acerca das suas próprias capacidades para atingir com sucesso um objetivo desejado na sua vida (Bastos, 2012). A autoeficácia determina a capacidade da pessoa para lidar com uma situação dolorosa, afetando o estabelecimento de objetivos, o esforço dispendido e a persistência para contornar os obstáculos. Utentes com maior autoeficácia assumem uma maior responsabilidade na tomada de decisão e na gestão da própria mudança (Bandura, 1977 e Miller e Rollnick, 2002, cit. por Tse, Vong e Tang, 2013).

De todos os estudos analisados, apenas dois referiram claramente que um dos objetivos da intervenção consistia no aumento da autoeficácia (Nash *et al.*, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013). No estudo de Nash e colaboradores (2013), a intervenção tinha em vista a educação dos utentes, permitindo-lhes praticar e dominar as competências associadas à TCC, com o objetivo de melhorar a perceção de autoeficácia e, conseqüentemente, os níveis de dor e de depressão. Este estudo apresentou como resultado uma melhoria significativa ao nível da perceção de autoeficácia associada à dor. No estudo de Tse, Vong e Tang (2013), foi implementada a entrevista motivacional que apresenta, como um dos quatro princípios básicos subjacentes, o aumento da perceção de autoeficácia (Jensen, 2002, cit. por Tse, Vong e Tang, 2013). Este estudo apresentou, como resultados, melhorias significativas ao nível da intensidade da dor, da perceção de autoeficácia associada à dor e da depressão.

3.2.3. Autocontrolo

A capacidade de lidar com a doença, ajustando a vida a uma nova condição, traduz-se em atitudes tomadas pelo indivíduo no sentido de ser ele a dominá-la e não o contrário (Ribeiro e Santos, 2008). O autocontrolo é definido pela CIPE como as *disposições tomadas para cuidar do necessário para a própria manutenção; para se manter activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida* (ICN, 2011, p. 41). Ribeiro e Santos (2008, p. 7) salientam que o autocontrolo é condicionado, por um lado, pelas características de cada pessoa e, por outro, pela *existência de intervenções que os profissionais, em particular os enfermeiros, possam oferecer, e ajustar, a cada pessoa com dor (...)*.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 25), o autocontrolo da dor reporta-se a um *processo dinâmico de estratégias e/ou acções coordenadas realizadas pelo próprio, que têm por objetivo eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter-se confortável*. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) refere os seguintes indicadores para o autocontrolo da dor: reconhecimento de fatores causais da dor; reconhecimento dos sintomas de dor; reconhecimento do início da dor; reconhecimento dos fatores precipitantes de dor; utilização de medidas preventivas para controlar a dor; utilização de estratégias para controlar a dor; utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor; cumprimento adequado do regime farmacológico analgésico; utilização de sinais de alerta para procurar ajuda; referenciação de sintomas ao profissional de saúde; utilização de recursos disponíveis; utilização de um diário de registo da dor; relato de controlo da dor (Johnson, Maas e Moorhead, 2004).

A mesma entidade destaca os seguintes indicadores no âmbito do autocontrolo da depressão: monitorização da capacidade de concentração; monitorização da intensidade da depressão; planeamento de estratégias no sentido de reduzir os efeitos percussores; monitorização das manifestações comportais da depressão; relato de melhoria do humor; manutenção de um peso estável; atendimento ao regime de tratamento; uso de medicação, conforme prescrição; estabelecimento de metas realistas; adiamento de grandes decisões até se sentir melhor; participação em atividades agradáveis; cumprimento do plano de exercício; evitamento do uso errado de álcool ou fármacos não prescritos; evitamento do uso recreativo de drogas; adesão à agenda da terapia; relato de mudanças nos sintomas; manutenção da higiene e de uma boa apresentação pessoal (Moorhead, *et al.*, 2010).

Reconhecendo a pertinência destes indicadores, é importante considerar que a avaliação da disposição do indivíduo para dominar ou promover atividades que ajudem a controlar a sua doença exige a análise de outros domínios, muitos deles intrínsecos à teoria das transições de Meleis. A partir de uma ampla pesquisa bibliográfica sobre este assunto, é possível concluir que o diagnóstico de autocontrolo deverá ter por base a colheita de dados nos seguintes domínios: percepção, significado e valor atribuído à doença; impacto da doença na vida da

pessoa; consciencialização da pessoa face à doença; experiências anteriores de doença; estratégias utilizadas para controlar a doença; recursos disponíveis para lidar com a doença e modo como são utilizados; expectativas face à doença; crenças relacionadas com a doença; nível de autoeficácia para controlar a doença; nível de envolvimento; conhecimento e habilidades/capacidades no âmbito do controlo da doença (Swarm *et al.*, 2011; Adegoke e Ezeukwu, 2010; Büssing *et al.*, 2010; Padilha, 2010; The British Pain Society's, 2010; Asghari e Nicholas, 2009; Ribeiro e Santos, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; Salvetti e Pimenta, 2007; Sardá *et al.*, 2007; The British Pain Society, 2007; Broadfield *et al.*, 2005; Debra *et al.*, 2005; Caseiro, 2003; Dias e Brito, 2002).

Estes indicadores devem constituir-se como um guia orientador da intervenção, tendo em vista a promoção do autocontrolo. Tendo estes indicadores como pano de fundo, determinadas intervenções deverão ser implementadas no sentido da sua promoção.

Apesar de nenhum dos 17 estudos utilizar explicitamente o conceito de autocontrolo (*self-control*), é possível perceber que muitos deles implementaram intervenções dirigidas ao seu aumento, tendo obtido uma melhoria nesse parâmetro. A educação e a TCC são intervenções que têm em vista, indubitavelmente, o aumento do autocontrolo, dotando os indivíduos de competências que lhes permitam dominar e controlar a sua doença.

Na totalidade dos estudos analisados, apenas um realiza uma avaliação, prévia e posterior à intervenção, das estratégias de *coping*; apenas dois realizam uma avaliação, prévia e posterior à intervenção, da autoeficácia; e nenhum realiza uma avaliação inerente ao autocontrolo, pelo que não foram obtidos resultados significativos sobre quais as intervenções eficazes na promoção do *coping* adaptativo, da autoeficácia e do autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos. No entanto, percebe-se, pela frequência com que estes conceitos foram utilizados, que a sua importância no tratamento da dor e da depressão é cada vez mais evidenciada na literatura.

A frequente alusão aos conceitos de *coping*, autoeficácia e autocontrolo no âmbito da dor e da depressão denota uma tendência crescente da investigação

para uma abordagem mais complexa destas condições. Atualmente, os estudos não se focam apenas no resultado final “diminuição da intensidade da dor” ou “diminuição da depressão”, apresentando antes, e cada vez mais, uma perspectiva mais centrada nas estratégias internas que cada sujeito poderá utilizar e desenvolver para lidar com estes fenómenos. Neste sentido, o objetivo das intervenções já não é apenas a redução da intensidade da dor ou dos sintomas depressivos, mas também o aumento das competências internas dos indivíduos para lidar com a doença crónica, controlando-a. A evolução da investigação neste campo dirige a atenção para as características específicas de cada indivíduo, relevando-as e reconhecendo a sua importância central para a definição personalizada das intervenções, substituindo abordagens mais rígidas ou, se quisermos, algo padronizadas, que não tinham em conta esta individualidade.

A completa eliminação da sensação dolorosa, possível na maioria dos casos de dor aguda, não é a preocupação primordial da maioria das intervenções realizadas em doentes com dor crónica. Qualidade de vida deve ser compreendida como sensação íntima de conforto e bem-estar (...) de acordo com as realidades pessoais e familiares e as tradições em que o indivíduo está inserido. O processo integrado de tratamento dos doentes com dor (...) implica a organização individualizada de planos diagnósticos e terapêuticos (...).

(Teixeira, 2007, p. 114)

3.3. ABORDAGEM MULTIMODAL

Cecily Saunders introduziu o conceito de dor total, definindo-o como *uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade* (Freitas, 2012, p. 15). De facto, a dor é o resultado de todos estes componentes, pelo que o seu controlo deverá ter em conta o carácter multifatorial deste sintoma, o que implica que a tarefa do seu controlo seja bastante complexa. Neste sentido, Horimoto, Ayache e Souza (2005) defendem que a dor crónica exige um tratamento multidisciplinar. Também a depressão se apresenta como um quadro de enorme complexidade, causando, segundo Kline (cit. por Beck e Alford, 2011, p. 14), *mais sofrimento humano do que qualquer outra das doenças que afetam a humanidade*. A complexidade destes quadros exige que o seu tratamento seja multifatorial e multimodal, centrado na individualidade de cada indivíduo.

Dos 17 estudos analisados, 13 implementaram mais do que uma modalidade de intervenção. Apenas os estudos de Tan e colaboradores (2013), Frich e colaboradores (2012) e Unützer e colaboradores (2008) aplicaram unicamente a educação e o estudo de Field e colaboradores (2007) aplicou, isoladamente, a massagem e o relaxamento (num grupo de participantes foi implementada a massagem e noutra grupo de participantes foi implementado o relaxamento).

Além disso, é possível verificar que 14 dos 17 estudos constantes da amostra implementaram intervenções dirigidas à dor crónica e à depressão, inserindo-as num programa complexo e multimodal de gestão da dor. Apenas os estudos de Poleshuck e colaboradores (2014), Frich e colaboradores (2012) e Chen e Francis (2010) não se reportaram a programas de gestão da dor.

As intervenções multimodais de tratamento da dor baseiam-se no uso de mais do que um tipo de terapia para o tratamento da dor crónica. As abordagens à dor são realizadas de forma multidisciplinar, com enfoque em múltiplas áreas de atenção (Carlson, 2014).

Flor e colaboradores (cit. por Teixeira, 2007), num estudo meta-analítico que envolveu 65 artigos, concluíram que o tratamento multidisciplinar da dor crónica obteve melhores resultados, comparativamente com o tratamento implementado por profissionais pertencentes a uma só disciplina. Também Carlson (2014), fazendo alusão a uma revisão da literatura sobre o tratamento da dor crónica levada a cabo pela *American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management* (2010), refere que, em comparação com o tratamento convencional da dor, os programas multidisciplinares são mais eficazes na redução da intensidade da dor em utentes com dor crónica. Segundo a Sociedade Britânica da Dor (2007), os programas de gestão da dor são o tratamento de eleição para pessoas com dor persistente com afeção da qualidade de vida.

O processo integrado de tratamento dos doentes com dor (...) frequentemente exige a adopção de várias modalidades de investigação e de avaliação, bem como de intervenções multipontuais e multimodais, concomitantes ou sequenciais.

(Teixeira, 2007, p. 114)

Nestes programas, o tratamento é baseado na combinação de exercícios físicos e intervenções psicológicas, envolvendo a identificação e modificação de

crenças negativas e inadequadas sobre a dor, o treino de habilidades cognitivas específicas, a promoção da autoeficácia e a mudança de comportamentos, sendo encorajada a adoção de comportamentos alternativos mais positivos. Os modelos cognitivo-comportamentais defendem que a mudança obtida pela implementação destes programas é, em grande parte, resultante da promoção das estratégias de enfrentamento (Teixeira, 2007). De acordo com *The British Pain Society* (2007), estes programas contemplam duas dimensões fundamentais: a educação e a prática guiada. A educação engloba a informação sobre os princípios do tratamento, a fisiologia da dor, os aspetos psicossociais da dor, o exercício e promoção da capacidade funcional da pessoa e os problemas associados ao autocontrolo da dor. A prática guiada, por sua vez, consiste no estabelecimento de metas e no esforço necessário para as alcançar, na identificação e mudança de crenças e formas de pensar que se estabeleçam como barreiras para o controlo da dor, na mudança de hábitos que contribuam para a incapacidade e no relaxamento.

Os enfermeiros estiveram entre os profissionais que contribuíram para a implementação da intervenção em apenas cinco dos 17 estudos analisados (Nash et al., 2013; McCracken, Sato e Taylor, 2013; Tse, Vong e Tang, 2013; Nicholas et al., 2011; Unützer et al., 2008) e estabeleceram-se como único grupo profissional responsável pela implementação da intervenção em apenas um (Frich et al., 2012). Este dado assume uma maior relevância quando considerarmos que o conceito “nursing” foi utilizado como palavra-chave aquando da pesquisa que deu origem a esta RSL. Seria de esperar que mais estudos focassem o enfermeiro como um profissional indicado para a implementação das intervenções de enfermagem destacadas. Este facto deve chamar a atenção para a necessidade de um maior investimento, da nossa parte, em áreas tão importantes e tão nossas como o tratamento da dor e da depressão/sintomas depressivos.

Carr, Layzell e Christensen (2010) defendem que os enfermeiros reúnem todas as condições para liderarem programas de gestão de dor, nomeadamente na comunidade, uma vez que possuem os conhecimentos, as capacidades e a proximidade ao utente necessárias para garantir o sucesso das intervenções. Se os enfermeiros estiverem atentos às oportunidades de desenvolver e implementar novas perspetivas no tratamento da dor e sintomas associados,

decorrentes de necessidades que a população manifesta, terão a possibilidade de fazer a diferença.

3.4. NECESSIDADE DE UMA AVALIAÇÃO MAIS ABRANGENTE

Um dos aspetos a salientar é que muitos estudos centram-se maioritariamente na intervenção, descurando a avaliação prévia de alguns parâmetros essenciais. Intervir não é a parte mais difícil. A parte mais difícil é saber avaliar, saber como obter todos os dados necessários para uma intervenção adequada, adaptada às necessidades específicas de cada indivíduo. Será pertinente intervir, nomeadamente através da educação, ensinando, instruindo e treinando alguém para determinada atividade sem a avaliação prévia da sua consciencialização, da sua perceção quanto às mudanças que estão a ocorrer na sua vida, do significado que atribui a essas mudanças, do seu envolvimento, da sua força de vontade, das estratégias de *coping* que está a utilizar para enfrentar a situação, da sua perceção de autoeficácia e do seu autocontrolo?

Quando o enfermeiro opta por avançar para a intervenção sem uma avaliação prévia da consciencialização da pessoa, correndo o risco de esta ainda não reconhecer verdadeiramente as mudanças que ocorreram na sua vida e o quanto essas mudanças irão afetar o seu futuro, o enfermeiro corre também ele o risco de implementar as suas intervenções em vão, prestando um mau exercício profissional. É necessário ouvir o que o utente responde a questões como: O que sente que mudou na sua vida? O que está diferente? Que repercussões advirão e em que medida estas repercussões afetarão a sua vida futura? O que acha que vai mudar? É também necessário perceber em que medida é que o utente implementa ajustes na sua vida para uma maior adaptação à nova condição, sendo também este um indicador da sua consciencialização (Meleis *et al.*, 2000). Por outro lado, se a pessoa não está envolvida no plano de tratamento, emerge a necessidade de, antes de qualquer outra intervenção, promover o seu envolvimento, motivando-a. A importância da avaliação das estratégias de *coping*, da autoeficácia e do autocontrolo também já foi salientada ao longo deste trabalho, fornecendo dados preponderantes para a implementação de uma intervenção personalizada, passível de responder às necessidades individuais de cada pessoa, e, conseqüentemente, eficaz.

Apesar de alguns estudos realizarem a avaliação de alguns destes parâmetros antes da aplicação da intervenção, considero que esta avaliação deveria ser mais recorrente e mais completa.

Tendo por base os resultados desta revisão da literatura, partindo dos importantes contributos que os estudos analisados forneceram e de toda a pesquisa bibliográfica que a sustentou, foi elaborado um “roteiro clínico tipo” destinado ao diagnóstico e à intervenção de enfermagem em quadros em que se verifica a coocorrência de dor crónica e depressão/sintomas depressivos, que é seguidamente apresentado.

**“Roteiro Clínico de Diagnóstico e Intervenção em Quadros de
Dor Crónica e Depressão/Sintomas Depressivos”**

DIAGNÓSTICO

1) Avaliar a dor e o impacto da dor

- a) Como é que o utente caracteriza a sua dor?
- b) O que é que o utente deixou de fazer devido à sua dor?
- c) Como é que o utente vislumbra a sua vida com qualidade, apesar da dor?
- d) Em que medida é que o utente acha que a sua vida melhoraria se a dor fosse controlada? O que passaria a fazer que agora não faz?
- e) Em que medida é que o utente acha que a sua vida melhoraria se a dor fosse reduzida? O que passaria a fazer que agora não faz devido à dor?
- f) Impacto da dor: nas relações interpessoais; no desempenho de papéis; no desempenho ao nível do trabalho; no desempenho de atividades de lazer; no aproveitamento da vida; no nível de concentração; nos vários domínios do autocuidado; no sono e repouso; na mobilidade; no apetite; na eliminação.

* Utilização de instrumentos de avaliação da dor

2) Avaliar a depressão/sintomas depressivos e o seu impacto

- a) Como é que o utente caracteriza a sua depressão?

- b) O que é que o utente deixou de fazer devido à depressão/sintomas depressivos?
- c) Como é que o utente vislumbra a sua vida com qualidade apesar da depressão/sintomas depressivos?
- d) Em que medida é que o utente acha que a sua vida melhoraria se estes sintomas fossem tratados? O que passaria a fazer que agora não faz?
- e) Impacto da depressão/sintomas depressivos: nas relações interpessoais; no desempenho de papéis; no desempenho ao nível do trabalho; no desempenho de atividades de lazer; no aproveitamento da vida; no nível de concentração; nos vários domínios do autocuidado; no sono e repouso; na mobilidade; no apetite; na eliminação.

*Utilização de instrumentos de avaliação da depressão

3) Avaliar consciencialização do utente face à dor/à depressão ou sintomas depressivos

- a) O utente tem conhecimento acerca da origem da sua dor/sintomas depressivos?
- b) O utente implementou mudanças na sua vida no sentido de se ajustar à dor/à depressão? O utente implementou estratégias para aliviar a dor/os sintomas depressivos?
- c) Antes de sentir esta dor/estes sintomas depressivos, como é que o utente encarava o fenómeno “dor”/o fenómeno “depressão”? O que era para o utente a dor/a depressão? O utente tinha noção de que a dor/a depressão poderiam ser tão limitativas?
- d) O utente tem conhecimento de que a dor/a depressão é crónica? Como é que o utente projeta a dor/a depressão no futuro?
- e) Quando é que o utente teve noção de que a dor e/ou a depressão/sintomas depressivos estariam para ficar? O que despoletou esta consciencialização?

4) Avaliar envolvimento do utente no tratamento

- a) O utente empenha-se nas atividades que lhe são propostas?
- b) O utente questiona?
- c) O utente demonstra iniciativa?

- d) O utente demonstra disponibilidade para aprender?
- e) O utente recorre a estratégias para controlar os problemas decorrentes da dor e da depressão/sintomas depressivos?

*Em caso de resposta negativa, procurar os fatores que estão na base desse comportamento indicador de baixo envolvimento.

5) Avaliar **significado** que o utente atribui à dor e aos sintomas depressivos

- a) **Identidade:** O que é que a dor e a depressão/os sintomas depressivos representam para o utente? Como é que o utente vê a sua dor/a sua depressão?
- b) **Causas:** Que causas é que o utente atribui à sua dor/aos sintomas depressivos? Que acontecimentos de vida poderão estar relacionados com a dor e com a depressão?
- c) **Consequências:** Para o utente, que consequências é que a dor/os sintomas depressivos terão na sua vida?
- d) **Dimensão temporal:** Qual a perceção do utente quanto à duração destes sintomas?
- e) **Cura/controlo:** O utente acredita na cura/controlo da doença? Que recursos (internos e externos) o utente acredita possuir para fazer face à situação? Que metas é que o utente pretende atingir?

6) Avaliar as **estratégias de coping**

- a) Avaliar as estratégias *coping* que o utente utiliza para fazer face à situação;
- b) Avaliar a eficácia das estratégias de *coping* implementadas.

*Utilização de instrumentos de avaliação do *coping*

7) Avaliar a **perceção de autoeficácia** do utente quanto ao controlo da dor e dos sintomas depressivos

- a) O utente considera que vai ser capaz de controlar estes sintomas?
- b) Qual a perceção do utente quanto à própria capacidade para desempenhar, ao longo do tempo, os comportamentos necessários para controlar os sintomas?

c) Que metas é que o utente pretende atingir?

* Utilização de instrumentos de avaliação da autoeficácia

8) Avaliar o autocontrolo da dor

a) O utente reconhece fatores causais da dor?

b) O utente reconhece os sintomas de dor?

c) O utente reconhece o início da dor?

d) O utente reconhece os fatores precipitantes da dor?

e) O utente usa medidas preventivas para controlar a dor?

f) O utente recorre a estratégias para controlar a dor?

g) O utente usa medidas não farmacológicas de alívio da dor?

h) O utente adere ao plano de tratamento?

i) O utente cumpre adequadamente o regime farmacológico?

j) O utente usa sinais de alerta para procurar ajuda?

k) O utente relata sintomas ao profissional de saúde?

l) O utente utiliza os recursos disponíveis?

m) O utente utiliza um diário de registo da dor e do seu controlo?

* Utilização de instrumentos de avaliação do autocontrolo

9) Avaliar o autocontrolo da depressão/sintomas depressivos

a) O utente monitoriza a sua capacidade de concentração?

b) O utente monitoriza a intensidade da depressão/dos sintomas depressivos?

c) O utente planeia estratégias no sentido de reduzir os efeitos percussores?

d) O utente monitoriza as manifestações comportais da depressão?

e) O utente relata melhoria do humor?

f) O utente mantém um peso estável?

g) O utente estabelece metas realistas?

h) O utente atrasa grandes decisões até se sentir melhor?

i) O utente participa em atividades agradáveis?

j) O utente cumpre o plano de exercício?

k) O utente evita o uso errado de álcool, fármacos não prescritos ou o uso recreativo de drogas?

l) O utente relata mudanças nos sintomas?

- m) O utente mantém a sua higiene e boa apresentação pessoais?
 - n) O utente adere ao plano de tratamento?
 - o) O utente cumpre adequadamente o regime farmacológico?
 - p) O utente usa sinais de alerta para procurar ajuda?
 - q) O utente relata sintomas ao profissional de saúde?
 - r) O utente utiliza os recursos disponíveis?
 - s) O utente utiliza um diário de registo da dor e do seu controlo?
- * Utilização de instrumentos de avaliação do autocontrolo

- 10) Avaliar o **conhecimento** do utente no âmbito da dor
- a) Conceitos gerais: definição de dor, causas e consequências da dor, efeitos da dor na funcionalidade física e social do indivíduo; dor crónica *versus* dor aguda; importância de um tratamento precoce e apropriado;
 - b) Avaliação da dor (instrumentos adequados);
 - c) Autovigilância (importância da monitorização diária da dor);
 - d) Gestão farmacológica da dor: medicação utilizada para o alívio da dor, mitos e medos relacionados com a mesma, controlo dos efeitos secundários associados e estratégias de redução da medicação;
 - e) Controlo não farmacológico da dor;
 - f) Estratégias de *coping* e recuperação da dor;
 - g) Estratégias de autogestão da dor;
 - h) Estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a dor;
 - i) Recursos da comunidade;
 - j) Determinar a existência de crenças erróneas relacionadas com a dor, bem como de barreiras para o controlo da dor.
- 11) Avaliar o **conhecimento** do utente no âmbito da depressão
- a) Definição dos sintomas de depressão;
 - b) Efeitos da depressão na funcionalidade física e social do indivíduo;
 - c) Opções de tratamento, incluindo as estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a depressão/sintomas depressivos;

- d) Regime terapêutico;
 - e) Risco de recaída;
 - f) Identificação de sinais e sintomas que antecedem uma recaída;
 - g) Importância da procura imediata de ajuda;
 - h) Autogestão dos sintomas;
 - i) Recursos da comunidade;
 - j) Importância de comportamentos saudáveis como a qualidade do sono, a diminuição do consumo de cafeína, tabaco, álcool e outras substâncias potencialmente prejudiciais, o regime alimentar e os benefícios associados à prática de atividade física.
- 12) Avaliar as **capacidades/habilidades** do utente no âmbito da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos
- a) Avaliação da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos (utilização dos instrumentos);
 - b) Autovigilância (monitorização diária da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos);
 - c) Gestão farmacológica da dor e da depressão/sintomas depressivos: esquema terapêutico que o utente utiliza, gestão da medicação em SOS, controlo dos efeitos secundários associados e estratégias de redução da medicação;
 - d) Controlo não farmacológico da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos: instrução e treino de estratégias não farmacológicas específicas;
 - e) Estratégias de *coping* para lidar com a dor e com a depressão/sintomas depressivos;
 - f) Estratégias de autogestão da dor e dos sintomas depressivos;
 - g) Estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a dor e com a depressão/sintomas depressivos.

INTERVENÇÃO

Implementação de um programa multimodal de tratamento da dor e da depressão, utilizando, de forma personalizada, técnicas cognitivo-

comportamentais, de educação, de exercício físico e de relaxamento, tendo sempre em vista o aumento das habilidades de *coping*, da autoeficácia e do autocontrolo.

Terapia Cognitivo-comportamental

- ✓ Promover a alteração de crenças erróneas que estão a condicionar negativamente o pensamento, levando à falta de esperança e dificultando a resolução de problemas;
- ✓ Implementação de estratégias no sentido de diminuir o tempo em que o utente se foca em pensamentos negativos, como as técnicas de distração;
- ✓ Fomento das atividades que facultam maior prazer ao utente e nas quais o mesmo apresenta maior mestria;
- ✓ Novo conceito de dor - Reformular o conceito de dor do utente, no sentido de o preparar para futuras propostas de tratamento, minimizando a sua resistência e aumentando a sua adesão;
- ✓ Modificação das crenças irrealistas, das cognições disfuncionais e dos pensamentos mal adaptativos identificados, o que levará ao aumento da autoeficácia;
- ✓ Reorganização do pensamento e exploração de crenças alternativas;
- ✓ Aquisição de novas habilidades - Seleção das técnicas cognitivas e comportamentais mais adequadas para a obtenção de mudanças na resposta do utente face à dor ou depressão/sintomas depressivos;
- ✓ Capacitar o utente com estratégias de *coping* e de autocontrolo;
- ✓ Generalização e manutenção - O utente deverá ser incentivado a aplicar as atividades aprendidas nas situações de dor e sintomas depressivos, tentando sempre identificar as dificuldades encontradas.
- ✓ Seguimento - O acompanhamento deverá manter-se através de consultas periódicas.

Educação

Tendo em conta a avaliação dos conhecimentos que o utente já possui, **ensinar** sobre:

- ✓ Conceitos gerais: definição de dor e de depressão/sintomas depressivos, efeitos da dor e da depressão/sintomas depressivos na funcionalidade física e social do indivíduo; dor crónica *versus* dor aguda; importância de um tratamento precoce e apropriado;
- ✓ Avaliação da dor (instrumentos adequados);
- ✓ Autovigilância (importância da monitorização diária da dor);
- ✓ Gestão farmacológica: medicação utilizada para o alívio da dor e da depressão/sintomas depressivos, mitos e medos relacionados com a mesma, controlo dos efeitos secundários associados e estratégias de redução da medicação;
- ✓ Controlo não farmacológico da dor;
- ✓ Opções não farmacológicas de tratamento para o tratamento da depressão/sintomas depressivos, incluindo as estratégias cognitivo-comportamentais;
- ✓ Risco de recaída na depressão/sintomas depressivos e identificação de sinais e sintomas que a antecedem;
- ✓ Importância da procura imediata de ajuda;
- ✓ Estratégias de *coping*;
- ✓ Estratégias de autogestão;
- ✓ Estratégias cognitivo-comportamentais;
- ✓ Recursos da comunidade;
- ✓ Determinar a existência de crenças erróneas relacionadas com a dor, bem como de barreiras para o controlo da dor;
- ✓ Importância de comportamentos saudáveis como a qualidade do sono, a diminuição do consumo de cafeína, tabaco, álcool e outras substâncias potencialmente prejudiciais, o regime alimentar e os benefícios associados à prática de atividade física.

Tendo em conta a avaliação dos conhecimentos e das capacidades que o utente já possui, **instruir e treinar** sobre:

- ✓ Avaliação da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos (utilização dos instrumentos);

- ✓ Autovigilância (monitorização diária da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos);
- ✓ Gestão farmacológica da dor e da depressão/sintomas depressivos: esquema terapêutico que o utente utiliza, gestão da medicação em SOS, controlo dos efeitos secundários associados e estratégias de redução da medicação;
- ✓ Controlo não farmacológico da dor e/ou da depressão/sintomas depressivos: instrução e treino de estratégias não farmacológicas específicas;
- ✓ Estratégias de *coping* para lidar com a dor e com a depressão/sintomas depressivos;
- ✓ Estratégias de autogestão da dor e dos sintomas depressivos;
- ✓ Estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a dor e com a depressão/sintomas depressivos.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

- ✓ Reavaliação dos parâmetros constantes do diagnóstico.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros têm um papel de relevo no tratamento da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos, cabendo-lhes a adoção de estratégias que favoreçam o processo saúde-doença vivenciado pelos indivíduos que padecem destas condições. Neste sentido, assumem um papel fundamental, não apenas no contacto direto com os utentes, mas também ao nível da investigação, no sentido de praticarem o seu exercício profissional com base em evidência.

Finalizado este trabalho, é possível concluir que a realização desta RSL permitiu dar resposta aos objetivos, bem como às questões de investigação inicialmente definidas. Com base nos resultados desta RSL, há indícios de que a conjugação de vertentes de intervenção como a TCC, a educação e, eventualmente, o exercício físico e o relaxamento, poderá ter um contributo positivo na redução da dor crónica e da depressão/sintomas depressivos. A aplicação destas intervenções deverá ser englobada num plano de tratamento complexo, multimodal e deverá ter em vista o aumento das habilidades de *coping*, da autoeficácia e do autocontrolo. A intervenção deverá ser individualizada e adaptada às características específicas de cada indivíduo. Para tal, deverá ser precedida de uma ampla avaliação. Apesar de não terem sido obtidos resultados significativos sobre quais as intervenções eficazes na promoção do *coping* adaptativo, da autoeficácia e do autocontrolo em pessoas com dor crónica e depressão/sintomas depressivos, percebe-se, pela frequente alusão a estes conceitos pelos estudos analisados, que a sua importância no tratamento da dor e da depressão é cada vez mais evidenciada pela literatura.

Aquando da pesquisa que deu origem a esta RSL, nenhum estudo realizado em Portugal foi encontrado. Além disso, ao longo da pesquisa bibliográfica subjacente a este estudo, poucos foram os documentos orientadores nacionais encontrados neste domínio. Estes dados denotam a necessidade de um maior investimento científico nesta área, no nosso país. Emerge a necessidade de serem desenvolvidos estudos com amostras significativas, que permitam uma maior sustentação de determinadas intervenções de enfermagem para o tratamento da dor e da depressão/sintomas depressivos no nosso país. O desenvolvimento

destes estudos facilitaria a construção de *guidelines*, orientadas para a realidade portuguesa, que promovessem a qualidade de vida dos indivíduos que padecem destas condições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEGOKE B. O. A., EZEUKWU A. O. - Pain intensity, self-efficacy and physical performance in patients with chronic low back pain. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, October 2010, Vol. 17, nº 10.

ALMEIDA L. M. - Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vols. 28, nº 1 (Janeiro-Junho, 2010), p. 79-92.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder*. 3rd ed., 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5*. 5^a Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

ASGHARI A., NICHOLAS M. K. - An Investigation of Pain Self-Efficacy Beliefs in Iranian Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation of a Translated English-Language Scale. *American Academy of Pain Medicine*. Vol. 10, nº 4, 2009.

BASTOS, F. - *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. - *Depressão Causas e Tratamento*. São Paulo: Artmed, 2^a Ed., 2011.

BENNETT M. I.; BAGNALL A. M.; JOSÉ CLOSS S. - How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*. Vol. 143, nº 3, 2009, pp. 192-199.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. - Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome de Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Vol. 45, nº 2, pp. 47-54, 2005.

BREMANDER, A. B.; HOLMSTRÖM, G.; BERGMAN, S. - Depression and Age as Predictors of Patient-Reported Outcome in a Multidisciplinary Rehabilitation Programme for Chronic Musculoskeletal Pain. *Musculoskeletal Care*, 9, 2010, pp. 41-48.

BROADFIELD, L. [et al.] - *Guidelines for the Management of Cancer - Related Pain in Adults*. Supportive Care Cancer Site Team, Cancer Care Nova Scotia, 2005.

BÜSSING A., OSTERMANN T., NEUGEBAUER E. A. M., HEUSSER P. - Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10:507, 2010.

BUTLER, A. C. [et al.] - The Empirical Status of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Clinical Psychological Review*, 26, 2006, pp. 17-31.

CAPELA C.; LOURA R. - Perturbação de Dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(5), 30-45, 2008.

CARLSON, M. - *CBT for Chronic Pain and Psychological Well-Being*. United Kingdom: Wiley Blackwell, 2014.

CARVALHO, S.; CARVALHO, G. - *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação: Um Estudo sobre as Práticas de Educação para a Saúde dos Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2006.

CASEIRO, J. M. - A Ajuda ao Doente com Dor. *Revista Dor*. Lisboa: APED, Vol. 11, nº 4, 2003, ISSN: 0872-4814.

CASTRO-LOPES J. [et al.] - *Pain Proposal A Dor Crónica em Portugal*. Portugal, 2010.

CARR, E.; LAYZELL, M.; CHRISTENSEN, M. - *Advancing Nursing Practice in Pain Management*. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2010.

CHEN, Y. L.; FRANCIS, A. J. P. - Relaxation and Imagery for Chronic Nonmalignant Pain: Effects on Pain Symptoms, Quality of Life and Mental Health, *Pain Management Nursing*, Vol 11, nº 3, 2010, pp. 159-168.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

CORREIA, A. M. R.; MESQUITA, A. - *Mestrados & Doutoramentos, Estratégias para a Elaboração de Trabalhos Científicos: O Desafio da Excelência*. Porto: Vida Económica - Editorial SA, 2013.

DARCHUK, K. M. [et al.] - Longitudinal Treatment Outcomes for Geriatric Patients with Chronic Non-Cancer Pain at an Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program. *Pain Medicine*, 11, 2010, pp. 1352-1364.

DEAR, B. F. [et al.] - The Pain Course: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being. *Pain*, 154, 2013, pp. 942-950.

DEBRA B. [et al.] - American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. *Arch Intern Med*. Vol. 165, 2005, pp. 1574-1580.

DEMIR, Y. - *Non-Pharmacological Therapies in Pain Management*. Dr. Gabor Racz, ISBN: 978-953-307-813-7, 2012.

DIAS M. R.; BRITO J. R. - No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul, 1 (XX): 91-105, 2002.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS, 2003.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS, 2008.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor Crónica na Pessoa Idosa*. Lisboa: DGS, 2010.

FARMER, C., ZASLAVSKY, A., REYNOLDS, C. F., CLEARY, P. D. - Effect of Depression Treatment on Chronic Pain Outcomes. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 72, nº 1, 2010, pp. 61-67.

FERREIRA-VALENTE M. A., RIBEIRO J. L., JENSEN M. P. - Further Validation of a Portuguese Version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. *Clínica y Salud*, Vol. 1, nº 23, pp. 89-96, 2012.

FIELD, T. [et al.] - Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11, 2007, pp. 141-145.

FORTIN, M. F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRASQUILHO, M. A.; GUERREIRO, D. - *Stress, Depressão e Suicídio Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, 1ª Ed, 2009.

FREITAS N. A. D. - *Medicina e Cuidados Paliativos: O Conceito de “Boa Morte” na Contemporaneidade*. Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, 2012.

FRICH, L. M. H. [et al.] - Outcomes of Follow-Up Visits to Chronic Nonmalignant Pain Patients. *Pain Management Nursing*, Vol 13, nº 4, 2012, pp. 223-235.

FULLEN, B. M. [et al.] - Ulysses: the effectiveness of a multidisciplinary cognitive behavioral pain management programme - an 8-year review. *Ir J Med Sci*, 183, 2013, pp. 265-275.

GABBARD, G. O. - *Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 4ª Ed., 2009.

HOOTEN, W. M. [et al.] - *Assessment and Management of Chronic Pain*. Institute for Clinical Systems Improvement, 6.ª Ed., 2013.

HORIMOTO, F. C.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. - *Depressão Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico*. São Paulo: Editora Roca, 2005.

ICN - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

JOHNSON M.; MAAS M.; MOORHEAD S. - *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. - Fundamentos, Modelos Conceituais, Aplicações e Pesquisa da Terapia Cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.*, 30 (Supl.II), 2008, pp. 54-64.

LAIRD, B. J.A.; BOYD, A. C.; COLVIN, L. A. E FALLON, M. T. - Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18: 459-464 (2009).

LATTIE, E. G. [et al.] - MBMD Coping Styles and Psychiatric Indicators and Response to a Multidisciplinary Pain Treatment Program. *J Clin Psychol Med Settings*, 20, 2013, pp. 515-525.

LAZARUS, R. S. - *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991.

LEMOS, A. I. - *Dor Crônica Diagnóstico Investigação Tratamento*. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. - *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. Mosby, 8th Ed., 2013.

LOPES, L. M. M. - A Problemática do Prestador de Cuidados: Uma Revisão da Literatura. *Nursing*. Nº.248 (Agosto, 2009), pp. 6-12.

LUCAS, C.; FERREIRA, S. - *Depressão muito além da tristeza*. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

MARTA, I. E. R. [et al.] - Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Rev Esc Enferm USP*, 44(4):1100-6, 2010.

MATOS, A. S. S. - *Ansiedade, depressão e Coping na Dor Crônica*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, 2012.

MCCRACKEN, L.; MACKICHAN, F.; ECCLESTON, C - Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Severely Disabled Chronic Pain Sufferers: Effectiveness and Clinically Significant Changes. *European Journal of Pain*, 11, Published by Elsevier, 2007, pp. 314-322.

MCCRACKEN, L. M.; SATO, A.; TAYLOR, G. J. - A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, Vol. 14, nº 11, 2013, pp. 1398-1406.

MELEIS, A. [e col.] - Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, nº 23 (September 2000), pp. 12-28.

METZGER, C.; MULLER, A.; SCHWETTA, M.; WALTER, C. - Cuidados de Enfermagem e Dor. Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento, Psicologia do doente. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002.

MOORHEAD, S. [et al.] - *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2010.

MORLEY, S. - Efficacy and Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy for Chronic Pain: Progress and some Challenges. *Pain*, 152, Published by Elsevier, 2011, pp. 99-106.

NASH, V. R. [et al.] - Cognitive Behavioral Therapy, Self-Efficacy and Depression in Persons with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, Vol. 14, nº 4, 2013, pp. 236-243.

NICHOLAS, M. K. [et al.] - Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? *European Journal of Pain*, 16, 2011, pp. 93-104.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - CONSELHO DE ENFERMAGEM - DOR - *Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Cadernos OE. Série 1, nº 4, 2012.

PARDAL, L.; CORREIA, E. - *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores, 1995.

PETRONILHO, F.; A., S. - *Preparação do Regresso a Casa: Evolução da Condição de Saúde do Doente Dependente no Autocuidado e dos Conhecimentos e Capacidades do Membro da Família Prestador de Cuidados, entre o Momento da Vida e um Mês após no Domicílio*. Porto: [s.n.], 2006. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar sob a orientação do Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva.

PHYOMAUNG, P. P. [et al.] - Are depression, anxiety and poor mental health risk factors for knee pain? A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15:10, 2014.

PIMENTA, C. A. M., KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. - Dor Crónica e Depressão: Estudo em 92 Doentes. *Rev. Esc. Enf. USP*, Vol. 34, nº 1, pp. 76-83, 2000.

POLESHUCK, E. L. [et al.] - Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for woman with co-occurring depression and pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research* 77, 2014, pp. 264-272.

POWEL, V. B. [et al.] - Terapia Cognitivo-comportamental da Depressão. *Rev Bras Psiquiatr.*, 30 (Supl.II), 2008, pp.73-80.

RIBEIRO, A. L.; CARDOSO, A. - Dor: Um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Revista Dor*. Lisboa: APED, Vol. 15, nº 1, 2007, p.6-15. ISSN: 0872-4814.

RIBEIRO A. L.; SANTOS C. - *Coping e dor crónica. Revista Servir*, Vol. 56, nº 3 e 4, Mai/Ago, 2008, pp. 99-111.

RITTO, C. [et al.] - *Manual de Dor Crónica*. Associação Nacional para o Estudo da Dor Oncológica, Clínica de Dor - Instituto Português de Oncologia de Lisboa; Fundação Grunenthal., s. d.

SALVETTI, M. G. & PIMENTA, C. A. M. - Dor Crónica e a Crença de Auto-eficácia. *Rev. Esc. Enferm. USP*. nº. 41(1) (2007), pp. 135-140.

SAMWEL H. J. A. [et al.] - Multidisciplinary Allocation of Pain Treatment: Long-Term Outcome and Correlates of Cognitive Behavioral Processes. *Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol 17 (1), 2009, pp. 26-36.

SANTOS, C. S. V. B. - *Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente Oncológico e Família*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, 2003.

SANTOS, C. S. V. B. - *Doença Oncológica Representação, Coping e Qualidade de Vida*. Coimbra: Formasau, 2006.

SARAIVA, C. B. - *Depressão e Suicídio: Um Guia Clínico nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2014.

SARDÁ J., NICHOLAS M. K., PIMENTA C. A. M., ASGHARI A. -Pain-related Self-efficacy Beliefs in a Brazilian Sample: A Psychometric Analysis. *Stress and Health*, nº 23, 2007, pp. 185-190.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK - *Control of Pain in Adults with Cancer A National Clinical Guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.

STANOS, S. - *Pain and Depression: Pathology, Prevalence and Treatment*. In CNS Special Edition, December 2005.

SWARM, R. [et al.] - *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Adult Cancer Pain*. National Comprehensive Cancer Network, Version 1., 2011.

TALOYAN, M.; ALINAGHIZADEH, H.; LÖFVANDER, M. - Short-term cognitive-behavioral treatment in multicultural primary care of patients with longstanding backage. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 2013, pp. 371-375.

TAN, G. [et al.] - Improving Access to Care for Women Veterans Suffering from Chronic Pain and Depression Associated with Trauma. *Pain Medicine*, 14, 2013, pp. 1010-1020.

TEIXEIRA, M. J. - Dor e Depressão. *Rev. Neurociências*, Vol. 14, nº 2, pp. 44-53, 2006.

TEIXEIRA, M. J. - *Dor Manual para o Clínico*. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2007.

THE BRITISH PAIN SOCIETY - *Recommended Guidelines For Pain Management Programmes For Adults*. London: The British Pain Society, 2007.

THE BRITISH PAIN SOCIETY'S - *Cancer Pain Management A perspective from the British Pain Society, supported by the Association for Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners*. London: The British Pain Society's, 2010.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, JBI - *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute, 2011.

TSE, M. M. Y.; VONG, S. K. S.; TANG, S. K. - Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2013, pp. 1843-1856.

UNÜTZER, J. [et al.] - Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 2008, pp. 1166-1171.

WILLIAMS, A. C. D. C.; ECCLESTON, C.; MORLEY, S. - Psychological Therapies for the Management of Chronic Pain (excluding headache) in Adults (Review). The Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons, Ltd., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Normative Guidelines on Pain Management: Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO*. Geneva, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN [Em linha] [Consult. em Fev. 2015]. (2012) Disponível na Internet: <URL:<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/#Pain>>

ANEXOS

Anexo I - *E-mail* enviado aos autores

Dear Madams/Sirs,

I am a nurse from Portugal and I am currently working on my Master Thesis, which is a Systematic Review about nursing interventions in patients with co-occurring pain and depression/depressive symptoms. One of the articles I found in my research was yours: "Nome do Artigo".

Unfortunately, I have been unable to access it, so I was wondering if you could be so kind to send me it.

I am looking forward to hearing from you soon and I thank you in advance,

*Yours sincerely,
Patrícia Gonçalves*

Anexo II - Percurso para a obtenção dos Artigos Inacessíveis

Percurso para a Obtenção dos Artigos Inacessíveis

Artigo	Pesquisa Google Artigo encontrado/não encontrado	Contacto dos autores via e-mail	Artigo obtido via e-mail Sim/Não
1) Karttunen, N. M. e colaboradores (2014)	Encontrado	Não	Não
6) Kashikar-Zuck, S. e colaboradores (2014)	Encontrado	Não	Não
27) Landro, N. I. e colaboradores (2013)	Não encontrado	E-mail enviado para: n.i.landro@psykologi.uio.no	Sim
33) Dear, B. F. e colaboradores (2013)	Não encontrado	E-mail enviado para: blake.dear@mq.edu.au	Sim
34) Morrison, G. e colaboradores (2013)	Não encontrado	E-mail enviado para: grahammorrison@doctors.org.uk	Não (Não foi obtida resposta ao e-mail)
53) Philips, C. e Samson, D. (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: clarephilips@yahoo.com	Não (Não foi obtida resposta ao e-mail)
54) Gillanders, D.; Potter, L. e Morris, P. G. (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: david.gillanders@ed.ac.uk	Sim
62) Jensen, K. B. e colaboradores (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: karinj@nmr.mgh.harvard.edu	Não (Resposta ao e-mail: "E-mail já não se encontra disponível")
64) Arnold, L. M. e colaboradores (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: Lesley.Arnold@uc.edu	Não (Não foi obtida resposta ao e-mail)
67) Cassidy, E. L. e colaboradores (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: e.cassidy@psychres.org	Não (Não foi obtida resposta ao e-mail)
69) Gerrits, M. M. e colaboradores (2012)	Não encontrado	E-mail enviado para: m.gerrits@ggzingeest.nl	Não (Não foi obtida resposta ao e-mail)
76) Short, E. B. e colaboradores (2011)	Encontrado	Não	Não
108) SNRS Abstracts (2008) ISSN 15380696	Não encontrado	E-mail não encontrado	Não

Anexo III - Registo da Seleção dos Estudos

9 Koh, J. S. e colaboradores (2013)							Excluído
10 Li, T. e Fung, H. H. (2014)							Excluído
11 Lattie, E. G. e colaboradores (2013)							Incluído
12 McDonald, D. D. e colaboradores (2013)							Excluído
13 Tse, M. M. Y. Wan, V. T. C. e Vong, S. K. S. (2013)							Excluído
14 Nash, V. R. e colaboradores (2013)							Incluído
15 Okajima, S. e colaboradores (2013)							Excluído
16 McCracken, L. M; Sato, A. e Taylor, G. J. (2013)							Incluído
17 Aburizik, A e colaboradores (2013)							Excluído
18 Taloyan, M.; Alinaghizadeh, H. e Löfvander, M. (2013)							Incluído
19 Raftery, M. N. e colaboradores (2013)							Excluído
20 Martel, M. O. e colaboradores (2013)							Excluído
21 Kendall, S. e colaboradores (2013)							Excluído
22 Goodson, J. T. e colaboradores (2013)							Excluído

23 Shyu, Y. L. e colaboradores (2013)							Excluído
24 Park, J. e colaboradores (2013)							Excluído
25 Bertin, P. e colaboradores (2013)							Excluído
26=25	Artigo duplicado						
27 Landro, N. I. e colaboradores (2013)							Excluído
28 Tan, G. e colaboradores (2013)							Incluído
29 Tse, M. M. Y.; Vong, S. K. S e Tang, S. K. (2013)							Incluído
30 Harrison, T. e colaboradores (2013)							Excluído
31 Dorfman, D. e colaboradores (2013)							Excluído
32 Abrams, D. I. e colaboradores (2013)							Excluído
33 Dear, B. F. e colaboradores (2013)							Incluído
34 Morrison, G. e colaboradores (2013)	Artigo inacessível						
35 Trevino, C. M.; Cassini, T. e Brasel, K. (2013)							Excluído
36 Miller, C. J. e colaboradores (2012)							Excluído

37 Manfredini, D. e colaboradores (2013)							Excluído
38 Zirke, N. e colaboradores (2013)							Excluído
39 Jamison, R. M. e colaboradores (2012)							Excluído
40 Ojala, T. e colaboradores (2013)							Excluído
41 Roddy, E. e colaboradores (2013)							Excluído
42 Bagis, S. e colaboradores (2013)							Excluído
43 Lubis, D. U. e colaboradores (2013)							Excluído
44 Weisbord, S. W. e colaboradores (2013)							Excluído
45 Baranoff, J. e colaboradores (2012)							Excluído
46 Atalay, N. S. e colaboradores (2012)							Excluído
47 Alschuler, K. N. e colaboradores (2012)							Excluído
48 Frích, L. M. H. e colaboradores (2012)							Incluído
49 Kohl, A., Rief. W. e Glombiewski, J. A. (2012)							Excluído
50 Demir, F.; Ozcimen, E. E. e Oral, H. B. (2012)							Excluído
51 Kurita, G. P. e colaboradores (2012)							Excluído

52=50	Artigo duplicado						
53 Philips, C. e Samson, D. (2012)	Artigo inacessível						
54 Gillanders, D.; Potter, L. e Morris, P. G. (2012)							Excluído
55 Schrier, M. e colaboradores (2012)							Excluído
56 Fox, A. D. e colaboradores (2012)							Excluído
57 Ellegaard, H. e Pedersen, B. D. (2012)							Excluído
58 Cho, S. e colaboradores (2012)							Excluído
59 Groessl, E. J. e colaboradores (2012)							Excluído
60 Shim, Y. T. e colaboradores (2012)							Excluído
61 Cunningham, J. L. e colaboradores (2012)							Excluído
62 Jensen, K. B. e colaboradores (2012)	Artigo inacessível						
63 VanDerKerkhof, E. G. e colaboradores (2012)							Excluído
64 Arnold, L. M. e colaboradores (2012)	Artigo inacessível						
65 Kimura, H. e colaboradores (2012)							Excluído

66 Valkanoff, T. A. e colaboradores (2012)							Excluído
67 Cassidy, E. L. e colaboradores (2012)	Artigo inacessível						
68 Cherubino, P. e colaboradores (2012)							Excluído
69 Gerrits, M. M. e colaboradores (2012)	Artigo inacessível						
70 Bring, A. e colaboradores (2012)							Excluído
71 Paiva, C. E. e colaboradores (2012)							Excluído
72 Nicholas, M. K. e colaboradores (2011)							Incluído
73 Tlach, L. e Hampel, P. (2011)							Excluído
74 Denneson, L. M., Corson, K. e Dobscha, S. K. (2011)							Excluído
75 Wang, H. e colaboradores (2011)							Excluído
76 Short, E. B. e colaboradores (2011)							Excluído
77 Hooten, W. M. e colaboradores (2011)							Excluído
78 Heiwe, S., Lönnquist, I. e Källmén, H. (2011)							Excluído
79 Odle, T. O. (2011)							Excluído

80 Cheatle, M. D. (2011)							Excluído
81 Overmeer, T. e colaboradores (2011)							Excluído
82 The Joanna Briggs Institute (2010)							Excluído
83 Bremander, A. B.; Holmström, G. e Bergman, S. (2010)							Incluído
84 Hellwig, J. P. (2011)							Excluído
85 Calderon, P. S. e colaboradores (2011)							Excluído
86 <i>Mary Ann Liebert</i> (2010)							Excluído
87 Syahnaz, M. H., Animah, M. N. e Khairani, O. (2010)							Excluído
88 Chen, Y. L. e Francis, A. J. P. (2010)							Incluído
89 Darchuk, K. M. e colaboradores (2010)							Incluído
90 Smeeding, S, J. W. e colaboradores (2010)							Excluído
91 Dandona, P. e Rosenberg, M. T. (2010)							Excluído
92 Karp, J. F. e colaboradores (2009)							Excluído
93 Fontani, G. e colaboradores (2010)							Excluído

94 Mayo Clinic Health Information, (2009)							Excluído
95 Glazov, G. e colaboradores (2009)							Excluído
96 Kirby, K., Dunwoody, L. e Millar, R. (2009)							Excluído
97 Jamison, R. N., Link,, C. L. e Marceau, L. D. (2009)							Excluído
98 Hawk, C. e Cambron, J. (2009)							Excluído
99=98	Artigo duplicado						
100 The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 15, No. 6 (2009)							Excluído
101 <i>Nursing Older People</i> , Vol. 21, No. 5 (2009)							Excluído
Ritchie, M. (2009)							Excluído
103 Samwel H. J. A. e colaboradores (2009)							Incluído
104 Unützer, J. e colaboradores (2008)							Incluído
105 Groessl, E. J. e colaboradores (2008)							Excluído
106 Uomoto, J. M. (2008)							Excluído
107 Zanocchi, M e colaboradores (2007)							Excluído

108 SNRS Abstracts (2008) ISSN 15380696	Artigo inacessível						
109 Waxman, S. E.; Tripp, D. A. e Flamenbaum, R. (2008)							Excluído
110 American Pain Foundation, 2008)							Excluído
111 Yoon, E. e Doherty, J. B. (2008)							Excluído
112 Weiner, D. K. (2007)							Excluído
113 <i>Nursing Older People</i> , Vol. 19, No. 8 (2007)							Excluído
114 Letters to the Editor: Meeks, T. W. and Jeste, D. V. (2007)							Excluído
115 Field, T. e colaboradores (2007)							Incluído
116 Williams, R. M. e colaboradores (2007)							Excluído
117 Cipher, D. J.; Clifford, P. A. e Roper, K. D (2007)							Excluído
118 Mead, K. e colaboradores (2007)							Excluído
119 Davison, S. N. (2007)							Excluído

Nota: Logo que identificado um ou mais critérios de exclusão, o estudo foi excluído. Poderão existir mais critérios de exclusão presentes no mesmo estudo e estes não estarem identificados no quadro acima apresentado.

Total: 119 Estudos
Inacessíveis: 7
Duplicação do artigo identificada pela sua análise: 5

Total: 107

Número de estudos excluídos	Número de estudos incluídos
90	17

**Anexo IV - Aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade Metodológica
para Estudos Experimentais Quasi-experimentais**

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Poleshuck, E. L. e colaboradores (2014)

“Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for woman with co-occurring depression and pelvic pain”

A2	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam			0	
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador			0	
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		12/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-5	Baixa
6-10	Média
11-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Fullen, B. M. e colaboradores (2013)

“Ulysses: the effectiveness of a multidisciplinary cognitive behavioral pain management programme - an 8-year review”

A4	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		12/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Lattie, E. G. e colaboradores (2013)
“MBMD Coping Styles and Psychiatric Indicators and Response to a Multidisciplinary Pain Treatment Program”

A11	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada			0	
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo		0		
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		9/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Nash, V. R. e colaboradores (2013)

“Cognitive Behavioral Therapy, Self-Efficacy and Depression in Persons with Chronic Pain”

A14	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)			0	
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente			0	
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		9/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

McCracken, L. M; Sato, A. e Taylor, G. J. (2013)

“A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results”

A16	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam		0		
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador		0		
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		13/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-5	Baixa
6-10	Média
11-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Taloyan, M.; Alinaghizadeh, H. e Löfvander, M. (2013)
“Short-term cognitive-behavioral treatment in multicultural primary care of patients with longstanding backage”

A18	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada			0	
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente			0	
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		10/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Tan, G. e colaboradores (2013)
“Improving Access to Care for Women Veterans Suffering from Chronic Pain and Depression Associated with Trauma”

A28	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		11/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Tse, M. M. Y.; Vong, S. K. S e Tang, S. K. (2013)

“Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study”

A29	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam	1			
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador			0	
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		13/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-5	Baixa
6-10	Média
11-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Dear, B. F. e colaboradores (2013)

“The Pain Course: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being”

A33	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam	1			
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador		0		
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		13/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-5	Baixa
6-10	Média
11-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Frich, L. M. H. e colaboradores (2012)
“Outcomes of Follow-Up Visits to Chronic Nonmalignat Pain Patients”

A48	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam			0	
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador	1			
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		14/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-5	Baixa
6-10	Média
11-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Nicholas, M. K. e colaboradores (2011)

“Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain?”

A72	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente			0	
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		11/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Bremander, A. B.; Holmström, G. e Bergman, S. (2010)

“Depression and Age as Predictors of Patient-Reported Outcome in a Multidisciplinary Rehabilitation Programme for Chronic Muskuloskeletal Pain”

A83	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo			0	
7	A intervenção está descrita detalhadamente			0	
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		9/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Chen, Y. L. e Francis, A. J. P. (2010)
“Relaxation and Imagery for Chronic Nonmalignant Pain: Effects on Pain Symptoms, Quality of Life and Mental Health”

A88	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	A distribuição dos participantes pelos grupos foi aleatória	1			
5	Os participantes não foram informados acerca do grupo a que pertenciam			0	
6	A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada do investigador			0	
7	Se existe comparação entre grupos, estes são objetivamente descritos	1			
8	Se existe comparação entre grupos, estes são comparáveis à partida	1			
9	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
10	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
11	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
12	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
13	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
14	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
15	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		12/15			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-15	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Darchuk, K. M. e colaboradores (2010)
“Longitudinal Treatment Outcomes for Geriatric Patients with Chronic Non-Cancer Pain at na Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program”

A89	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		12/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Samwel H. J. A. e colaboradores (2009)
“Multidisciplinary Allocation of Pain Treatment: Long-Term Outcome and Correlates of Cognitive Behavioral Processes”

A103	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença			0	
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		10/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Unützer, J. e colaboradores (2008)

“Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study”

A104	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo			0	
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo	1			
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		11/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Quase-experimentais
(Adaptado de *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control/Pseudo-randomised Trial*)

Field, T. e colaboradores (2007)

“Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy”

A115	Critério	Sim	Não	Não é claro	N/A
1	A amostra é representativa da população em estudo	1			
2	A amostra é objetivamente caracterizada	1			
3	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença	1			
4	Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)	1			
5	O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente	1			
6	Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo		0		
7	A intervenção está descrita detalhadamente	1			
8	A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes	1			
9	Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes	1			
10	Os resultados foram mensurados através de instrumentos de avaliação fidedignos	1			
11	A análise estatística utilizada foi adequada	1			
12	As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo	1			
TOTAL		11/12			

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Anexo V - Registo da Extração de Dados

Registo da Extração de Dados

Artigo	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Intervenção	Resultados
<p>2</p> <p>Poleshuck, E. L. e colaboradores (2014)</p> <p>“Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for woman with co-occurring depression and pelvic pain”</p>	RCT	<p>Mulheres recrutadas a partir de dois contextos médicos urbanos (obstetrícia, ginecologia e medicina familiar), com idade compreendida entre 18 e 50 anos, com coocorrência de depressão e dor crónica pélvica (duração superior a 3 meses).</p> <p>País: EUA</p> <p>$N_{total} = 61$ (GC=28, GI=34)</p>	<p>Determinar a eficácia da Psicoterapia Interpessoal adaptada a mulheres com depressão e dor crónica pélvica.</p>	<p>GC: Tratamento usual aprimorado. GI: Psicoterapia Interpessoal.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>The Client Satisfaction Questionnaire-8;</i> <i>Hamilton Rating Scale for Depression;</i> <i>Beck Depression Inventory;</i> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders;</i> <i>Inventory of Interpersonal Problems;</i> <i>Multidimensional Pain Inventory.</i></p>	<p>Os resultados mostraram que, após o tratamento, as mulheres alocadas ao grupo da psicoterapia interpessoal obtiveram scores significativamente mais baixos de depressão, significativamente menor ocorrência de depressão major e significativamente menos sensibilidade interpessoal, ambivalência interpessoal e agressividade, comparativamente com o grupo de mulheres submetidas ao tratamento usual.</p> <p>Não houve impacto significativo da intervenção na dor.</p>
<p>4</p> <p>Fullen, B. M. e colaboradores (2013)</p> <p>“Ulysses: the effectiveness of a multidisciplinary cognitive behavioral pain management programme - an 8-year review”</p>	EQE	<p>Utentes que participaram no Programa “Ulysses” entre 2002 e 2010. Utentes com dor crónica (duração superior a um ano), algum tipo de comprometimento físico e <i>distress</i> (ansiedade ou depressão).</p> <p>País: República da Irlanda</p>	<p>Caracterizar um grupo de utentes com dor crónica inscritos no Programa de Terapia cognitivo-comportamental para a Dor “Ulysses” e avaliar a sua eficácia 6 meses após a alta.</p>	<p>Intervenção: Programa de Terapia cognitivo-comportamental para a Dor “Ulysses”.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: Escala numérica da dor; <i>Hospital Anxiety and Depression Scale;</i> <i>The Coping Strategies Questionnaire;</i> <i>Beliefs About Pain Control Questionnaire;</i> <i>Roland Morris Disability Questionnaire;</i> <i>Tampa Scale of Kinesiophobia;</i></p>	<p>Seis meses após a alta, foram encontrados resultados positivos estatisticamente significativos nas medidas referentes a resultados do domínio físico e psicológico.</p> <p>Verificaram-se melhorias significativas ao nível da depressão e da ansiedade.</p> <p>Verificaram-se melhorias estatisticamente pouco significativas ao nível da dor (intensidade e estratégias de coping).</p>

		N _{total} = 553		<i>The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire;</i> <i>Simmond's Functional Assessment Tool;</i> <i>Functional Limitations Profile.</i>	
11 Lattie, E. G. e colaboradores (2013) "MBMD Coping Styles and Psychiatric Indicators and Response to a Multidisciplinary Pain Treatment Program"	EQE	Utentes que frequentam uma instituição de tratamento privada, já submetidos a um programa de tratamento da dor prévio, sem resultado no regresso ao trabalho. País: EUA N _{total} = 93	Examinar a capacidade do instrumento "Millon Behavioral Medicine Diagnostic" para predizer a resposta a um tratamento multidisciplinar de dor.	Intervenção: Tratamento multidisciplinar da dor. Instrumentos de avaliação utilizados: Escala numérica de dor (0-10); <i>Millon Behavioral Medicine Diagnostic.</i>	Depois de completo o Programa de Tratamento multidisciplinar da dor, 47% dos participantes evidenciaram redução da dor, apresentando também scores inferiores no domínio da depressão e em estratégias de <i>coping</i> pouco adaptativas como a introversão, inibição e tendência para o abatimento. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor no grupo em que o tratamento foi implementado. O estudo conclui que os traços de personalidade de cada indivíduo podem condicionar a sua resposta ao tratamento de dor - a depressão e as estratégias de <i>coping</i> pouco adaptativas como a introversão, inibição e a tendência para o abatimento predizem resultados menos satisfatórios na redução da dor.
14 Nash, V. R. e colaboradores (2013) "Cognitive Behavioral Therapy, Self-Efficacy and Depression in Persons with Chronic Pain"	QEQ	Indivíduos a sofrer com dor crónica (duração superior a seis meses) com interferência nas atividades de vida diárias, sem sucesso em tratamentos anteriores para a dor, tais como	Explorar a relação da terapia cognitivo-comportamental focada na autoeficácia e na depressão em pessoas com dor crónica.	Intervenção: Terapia cognitivo-comportamental. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Center for Epidemiological Study Depression Scale;</i> <i>Pain Self-efficacy Questionnaire.</i>	O grupo sujeito à intervenção obteve resultados semelhantes nos níveis de depressão comparativamente com o grupo não sujeito a qualquer intervenção. No entanto, verificou-se um aumento significativo da percepção de autoeficácia no grupo de intervenção,

		<p>farmacologia múltipla, terapia física, procedimentos cirúrgicos e estímulo medular.</p> <p>País: EUA</p> <p>$N_{total} = 231$ ($G_I=117 + G_{comparação}=114$)</p>			<p>comparativamente com o grupo não sujeito à intervenção.</p>
<p>16 McCracken, L. M.; Sato, A. e Taylor, G. J. (2013)</p> <p>“A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results”</p>	RCT	<p>Utentes com idades compreendidas entre os 23 e os 86 anos com dor crónica (duração da dor: entre 1,5 a 50 anos). 40,3% dos utentes apresentavam depressão.</p> <p>País: Reino Unido</p> <p>$N_{total} = 73$ ($G_C=36, G_I=37$)</p>	<p>Testar a eficácia da Terapia de aceitação e compromisso na dor crónica.</p>	<p>GC: Treatment as usual GI: Acceptance and commitment therapy</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Roland and Morris Disability Questionnaire;</i> <i>Patient Health Questionnaire-9;</i> <i>Short Form Health Survey;</i> Escala Numérica da Dor.</p>	<p>Imediatamente após o tratamento, os participantes sujeitos à terapia de aceitação e compromisso apresentaram menores níveis de depressão e melhoria do estado geral (comparativamente com o grupo de controlo). Após 3 meses, os participantes sujeitos à terapia de aceitação e compromisso apresentaram menores níveis de incapacidade funcional, depressão e uma aceitação significativamente maior da dor (comparativamente com o grupo de controlo).</p>
<p>18 Taloyan, M.; Alinaghizadeh, H. e Löfvander, M. (2013)</p> <p>“Short-term cognitive-behavioral treatment in multicultural primary care of patients with longstanding backage”</p>	EQE	<p>Utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, acompanhados num Centro de cuidados de saúde primários com dor lombar crónica. Todos os participantes encontravam-se de baixa por incapacidade há mais de seis semanas.</p>	<p>Investigar o resultado de um programa de terapia cognitivo-comportamental com 4 semanas de duração com enfoque na dor severa, nas preocupações relacionadas com a dor e na depressão e determinar os fatores (sociais,</p>	<p>Intervenção: Terapia cognitivo-comportamental (programa de 4 semanas).</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>DSM-III-R, axis I;</i> Escala Visual Analógica de Dor.</p>	<p>Os níveis de dor, depressão e preocupação relacionada com a dor foram inferiores após as quatro sessões de tratamento.</p> <p>A prevalência de preocupações associadas com a dor e de depressão foi substancialmente inferior após o tratamento.</p> <p>Conclusão: O foco nas ideias sobre dor permitiu a redução de preocupações associadas à dor e de depressão.</p>

		43% dos participantes apresentava depressão. País: Suécia N _{total} = 209	clínicos ou de género) que poderão estar associados ao mesmo.		
28 Tan, G. e colaboradores (2013) “Improving Access to Care for Women Veterans Suffering from Chronic Pain and Depression Associated with Trauma”	EQE	Mulheres veteranas que sofrem de dor crónica e depressão associada a trauma. País: Singapura N _{total} = 34	Avaliar o impacto de 5 sessões de educação/terapia (via telemedicine) em mulheres veteranas que sofrem de dor crónica e/ou depressão associada com trauma.	Intervenção: “Biofeedback training” e educação/terapia de suporte de grupo - <i>delivered via-teleconferencing</i> . Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I); PTSD Check List-Civilian version (PCL-C); Center of Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D 10); Escala numérica de dor; Pain Interference Short Form v1.0; Medical Outcomes Study Sleep measure [44].</i>	Apesar de a intensidade de dor referida ter apresentado uma diminuição pouco significativa após a intervenção, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa no desconforto associado à dor, na interferência da dor, nos sintomas depressivos e nos distúrbios de sono após o tratamento. Estas melhorias foram mantidas 6 semanas após o fim do tratamento.
29 Tse, M. M. Y.; Vong, S. K. S. e Tang, S. K. (2013) “Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study”	RCT	Idosos (idade superior a 65 anos) orientados no tempo e no espaço com dor crónica (duração superior a três meses) musculoesquelética na comunidade Parte dos participantes apresentavam depressão.	Examinar a eficácia de um programa que combina a entrevista motivacional e o exercício físico na dor, na função física e psicológica, na qualidade de vida, na autoeficácia e na <i>compliance</i> com o exercício em pessoas idosas com dor crónica residentes na comunidade.	GC: Atividades regulares; GI: Programa que combina a entrevista motivacional e o exercício físico. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>11 Point Numerical Rating Scale (NRS); Elderly Mobility Scale; Pain Self-Efficacy Questionnaire; State-Trait Anxiety Inventory; Subjective Happiness Scale;</i>	Verificaram-se melhorias significativas ao nível da intensidade da dor, autoeficácia relacionada com a dor, ansiedade, felicidade e mobilidade no grupo experimental (no grupo de controlo verificaram-se melhorias apenas ao nível da felicidade); Os scores obtidos ao nível da intensidade de dor, ansiedade e depressão foram significativamente melhores no grupo de intervenção.

		País: China, Hong Kong N _{total} = 56 (GC=25, GI=31)		<i>Geriatric Depression Scale - Short Form;</i> <i>Health survey Short Form 12;</i>	
33 Dear, B. F. e colaboradores (2013) “The Pain Course: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being”	RCT	Indivíduos com dor crónica (duração superior a três meses), residentes na Austrália, com idade superior a 18 anos e com acesso a computador ou internet. País: Austrália N _{total} = 63 (GC=31, GI=32)	Explorar a eficácia de um programa de terapia cognitivo-comportamental implementado via internet, “The Pain Course”, que tem como objetivo ensinar estratégias de autogestão em indivíduos com dor crónica, no sentido de reduzir a incapacidade, a depressão e a ansiedade associadas (em comparação com um grupo de controlo que se encontra em lista de espera).	GC: Ausência de intervenção (grupo em lista de espera). GI: “The Pain Course” (baseado nos princípios da terapia cognitivo-comportamental). Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Patient Health Questionnaire 9-Item;</i> <i>Generalized Anxiety Disorder 7-Item;</i> <i>Roland Morris Disability Questionnaire;</i> <i>Wisconsin Brief Pain Questionnaire;</i> <i>Pain Self-efficacy Questionnaire;</i> <i>TAMPA Scale of Kinesiophobia;</i> <i>Pain Responses Self-Statements.</i>	Comparativamente com o grupo de controlo, o grupo de intervenção obteve melhorias significativas superiores nos níveis de incapacidade, ansiedade, depressão e dor média no fim do tratamento. Estes resultaram-se mantiveram-se três meses após a intervenção.
48 Frich, L. M. H. e colaboradores (2012) “Outcomes of Follow-Up Visits to Chronic Nonmalignant Pain Patients”	RCT	Utentes com idade superior a 18 anos, com dor crónica não oncológica. 21% no GI e 30% no GC apresentavam depressão. País: Dinamarca N _{total} = 102 (GC=50, GI=52)	Identificar os resultados de visitas domiciliárias de acompanhamento (follow-up), realizadas por enfermeiros especialistas a utentes com dor crónica não maligna, ao nível da qualidade de vida	GC: Utentes sem acompanhamento pós-alta. GI: Utentes com visitas domiciliárias de acompanhamento (follow-up), realizadas por enfermeiros especialistas - de 4 em 4 meses, durante 2 anos. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Visual Analog Scale (VAS);</i>	A intervenção resultou em melhorias ao nível da função física, dor no corpo, intensidade da dor e na prevenção do aumento das doses de opióides. Além disso, mais casos de depressão foram identificados e devidamente encaminhados.

			relacionada com a saúde, da dor, do tratamento com opióides, da qualidade de sono e da depressão.	<i>The Danish version of the Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); The Danish version of the Psychologic General Well-Being Index (PGWB); The Danish Major Depression Inventory (MDI).</i>	
72 Nicholas, M. K. e colaboradores (2011) “Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain?”	EQE	Utentes com idade superior a 18 anos, com dor crónica (duração superior a seis meses), com evidência de incapacidade ou <i>distress</i> associado à dor, admitidos no Programa de Gestão da Dor do Centro de Gestão e Pesquisa da Dor do <i>Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia.</i> País: Australia N _{total} = 567	Investigar a capacidade de algumas estratégias de autogestão da dor para promover mudanças na dor, disfunção e sintomas depressivos (através da implementação de um programa cognitivo-comportamental de gestão da dor).	Intervenção: Programa cognitivo-comportamental de gestão da dor. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ); Pain intensity scale of the Multidimensional Pain Inventory (MPI); The depression scale of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS).</i>	O estudo concluiu que uma diminuição na catastrofização da dor e do medo, das crenças e dos comportamentos de evitação dos indivíduos em relação à atividade física e ao trabalho (“fear avoidance beliefs”), bem como o aumento da autoeficácia relativamente à dor, trouxeram ganhos ao nível dos sintomas analisados. O efeito do tratamento em todas as variáveis avaliadas, com a exceção da intensidade da dor - depressão, comprometimento físico, percepção de autoeficácia relacionada com a dor, catastrofização e evitamento do medo - foi de moderado a elevado. 40% dos participantes atingiram melhorias significativas nos níveis de depressão e incapacidade física. Quase 30% dos participantes atingiram melhorias significativas ao nível da intensidade da dor. Quase 50% dos participantes atingiram melhorias significativas ao nível da autoeficácia e do evitamento do medo.
83 Bremander, A. B.; Holmström, G. e Bergman, S. (2010)	EQE	Utentes com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, com dor crónica	Investigar os resultados de um tratamento multidisciplinar com	Intervenção: Programa de reabilitação multidisciplinar.	Verificaram-se melhorias significativas (decorrentes da intervenção) no âmbito dos seguintes parâmetros: função física, saúde geral, vitalidade, função social,

<p>“Depression and Age as Predictors of Patient-Reported Outcome in a Multidisciplinary Rehabilitation Programme for Chronic Musculoskeletal Pain”</p>		<p>musculosquelética (duração superior a três meses no ano anterior e resposta insuficiente ao tratamento). 21 participantes constituíram-se como prováveis casos de depressão e 22 como possíveis casos de depressão no início do estudo.</p> <p>País: Suécia</p> <p>N_{total} = 131</p>	<p>uma abordagem cognitiva na qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes com dor crónica músculo-esquelética.</p>	<p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Short-Form 36-item Health Survey Questionnaire (SF-36); Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD); Visual Analog Scale (VAS).</i></p>	<p>saúde mental, intensidade da dor, ansiedade e depressão.</p>
<p>88 Chen, Y. L. e Francis, A. J. P. (2010)</p> <p>“Relaxation and Imagery for Chronic Nonmalignant Pain: Effects on Pain Symptoms, Quality of Life and Mental Health”</p>	<p>RCT</p>	<p>Indivíduos com dor crónica (duração superior a três meses) não oncológica, entre os 25 e os 65 anos de idade. Parte dos participantes apresentavam depressão.</p> <p>País: Austrália</p> <p>N_{total} = 19 (GC=8, GI=11)</p>	<p>Avaliar o efeito do relaxamento e da imaginação guiada nos sintomas de dor, qualidade de vida e saúde mental em utente com dor crónica não-maligna.</p>	<p>GC: Ausência de intervenção. GI: Técnica de relaxamento progressivo e imaginação guiada.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>McGill Pain Questionnaire; Visual Analog Scale; Depression, Anxiety and Stress Scale; RAND-36 Health Survey.</i></p>	<p>Os resultados indicam tendências de melhoria consistentes e clinicamente significativas na dor, saúde mental (ansiedade e depressão), e em todos os domínios da qualidade de vida. No entanto, estes resultados não podem ser considerados como estatisticamente significativos.</p>
<p>89 Darchuk, K. M. e colaboradores (2010)</p> <p>“Longitudinal Treatment Outcomes</p>	<p>EQEL</p>	<p>Utentes idade superior a 18 anos, com dor crónica não oncológica e algum comprometimento funcional associado.</p>	<p>Examinar a depressão, a “catastrofização da dor”, a função psicossocial e a saúde física e</p>	<p>Intervenção: Programa de reabilitação de dor baseado no modelo cognitivo-comportamental.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados:</p>	<p>Os utentes do grupo “idosos mais velhos” reportaram uma redução ao nível da depressão, da catastrofização da dor, da severidade e interferência da dor na alta e 6 meses após a alta, bem</p>

<p>for Geriatric Patients with Chronic Non-Cancer Pain at na Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program”</p>		<p>No início do estudo, 56,7% dos participantes mais novos, 55,8% dos participantes de idade média e 40,3% dos participantes mais velhos apresentavam níveis significativos de depressão.</p> <p>País: EUA</p> <p>$N_{total} = 411$</p> <p>$G_{older} = 78$ $G_{middle\ age} = 230$ $G_{younger} = 141$</p>	<p>emocional em utentes idosos admitidos num centro multidisciplinar de reabilitação.</p>	<p><i>Multidimensional Pain Inventory (MPI);</i> <i>Short Form-36 Health Status Questionnaire (SF-36);</i> <i>Pain Catastrophizing Scale (PCS);</i> <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D).</i></p>	<p>como um aumento da perceção de controlo e da função física e social. Verificou-se, em todos os grupos, uma redução significativa no uso de analgésicos.</p>
<p>103 Samwel H. J. A. e colaboradores (2009)</p> <p>“Multidisciplinary Allocation of Pain Treatment: Long-Term Outcome and Correlates of Cognitive Behavioral Processes”</p>	<p>EQEL</p>	<p>Utentes com idade superior a 18 anos com dor crónica (superior a três meses de duração) em regime de ambulatório em tratamento num Centro multidisciplinar de dor.</p> <p>Parte dos participantes apresentavam depressão.</p> <p>País: Holanda</p> <p>$N_{total} = 86$</p>	<p>Investigar os efeitos a longo prazo de um tratamento multidisciplinar de dor na intensidade da dor, incapacidade funcional, depressão e uso de medicação em utentes com dor crónica e identificar preditores cognitivo-comportamentais (preocupação, comportamento de evitamento, medo da dor, desamparo e aceitação) nos resultados.</p>	<p>Intervenção: Tratamento multidisciplinar de dor.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Visual Analog Scale (VAS);</i> <i>Dutch version of the Pain Disability Index;</i> <i>Depression Scale of the Dutch version of the Symptom Checklist-90;</i> <i>Anatomical Therapeutical Chemical Classification/Defined Daily Dose (DDD);</i> <i>Composite score of the passive pain coping scales of Retreating and Resting of the Pain Coping Inventory (PCI);</i> <i>Worrying scale of the Pain Coping Inventory (PCI);</i></p>	<p>Verificaram-se melhorias significativas ao nível da capacidade funcional e da depressão 12 meses após o início do tratamento (efeitos a longo prazo), em comparação com o início. Mudanças ao nível dos processos cognitivo-comportamentais, nomeadamente no que toca às variáveis preocupação, medo da dor, desamparo e aceitação, contribuem para alcançar efeitos a longo prazo no tratamento da dor.</p>

				<i>Adjusted version of the Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK); Helplessness scale of the Illness Cognition Questionnaire (ICQ); Acceptance scale of the Illness Cognition Questionnaire (ICQ).</i>	
104 Unützer, J. e colaboradores (2008) “Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study”	EQEL	Utentes com idade superior a 60 anos com o diagnóstico de osteoartrite e dor associada a esta condição. País: EUA N _{total} = 14	Determinar a fiabilidade e gerar evidência sobre a eficácia de um programa de gestão de cuidados dirigido à dor física e emocional associada à depressão e à osteoartrite.	Intervenção: Programa de gestão de cuidados. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>20-item depression scale of the Hopkins Symptom Checklist (HSCL-20); Nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Brief Pain Inventory (BPI); Aggregate Locomotor Function (ALF).</i>	Seis meses após a implementação do programa, verificou-se uma diminuição dos scores de depressão e intensidade da dor. Verificaram-se também melhorias ao nível da autoeficácia e satisfação com o cuidado dirigido à depressão.
115 Field, T. e colaboradores (2007) “Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy”	EQEL	Adultos com dor lombar de duração superior a 6 meses. País: EUA N _{total} = 30 G _{massage therapy} G _{relaxation therapy}	Avaliar o efeito da massagem vs relaxamento na dor crónica lombar, bem como na depressão, ansiedade e distúrbio de sono associados.	Intervenção: Terapia de massagem vs terapia de relaxamento. Instrumentos de avaliação utilizados: <i>Profile of Mood States Depression Scale (POMS-D); State Anxiety Inventory (STAI); Visual Analog Scale.</i>	Comparativamente com os utentes do grupo do relaxamento, os utentes do grupo de massagem reportaram experienciar menos dor, depressão, ansiedade e distúrbio do sono.

Legenda: GC = Grupo de Controlo; GI = Grupo de Intervenção; RCT = *Randomised Controlled Trial* - Estudo Randomizado Controlado; EQE = Estudo Quase Experimental; EQEL = Estudo Quase Experimental Longitudinal.

Anexo VI - Descrição das Intervenções

DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES

2

Poleshuck e colaboradores (2014)

Intervenção: *Interpersonal psychotherapy for depressed patients with pain*

Oito sessões num período de até 36 semanas

Neste tipo de terapia, os utentes selecionam uma área problemática como foco de atenção e, juntamente com os terapeutas, determinam quais as estratégias mais úteis para a resolução do problema.

Tradicionalmente, existem quatro áreas problemáticas consideradas: “luta interpessoal”; sofrimento/aflição; transição de papéis e sensibilidade interpessoal. Os autores deste estudo adicionaram uma área problemática: mudança no “eu” saudável, devido aos temas recorrentes de luta para lidar com as mudanças físicas e conseqüentes mudanças de papéis, de relacionamento e de funcionalidade decorrentes da dor. Além disso, os autores deste estudo não incluíram a sensibilidade interpessoal como área problemática, uma vez que consideraram que 8 sessões não seriam suficientes para a abordagem adequada da mesma.

4

Fullen e colaboradores (2013)

Intervenção: *Ulysses Cognitive Behavioral Therapy Pain Management Programme*

Este é um programa multidisciplinar dirigido a utentes externos, tendo tido como base um Hospital Universitário em Dublin. Todos os terapeutas têm um treino especializado na gestão da dor. O programa decorre três dias por semana (seis horas diárias) durante quatro semanas, com sessões de acompanhamento 2 e 6 meses após a sua implementação.

O programa é baseado nos princípios de Fordyce (1976) e Turk, Meichenbaum e Genest (1983) e incorpora os princípios operantes e cognitivo-comportamentais transversais a todas as especialidades.

O programa contempla uma hora e meia diária de fisioterapia, centradas em promover técnicas de conservação de energia, no sentido de obter energia para as atividades de vida diárias; Sessões de psicologia em grupo focadas na terapia cognitivo-comportamental, estabelecimento de objetivos, técnicas de relaxamento, prevenção e gestão de recaídas, resolução de problemas, identificação e resolução de comportamentos não adaptativos (e sua manutenção) e o uso de técnicas cognitivas para identificação de pensamentos e crenças irrealistas, desafiando-as e mudando-as. É também contemplada a educação sobre dor (uma hora semanal), que engloba os seguintes tópicos: explicação sobre a teoria do portão - “gate control theory”; princípios da gestão da dor; estratégias de redução da medicação. Além dos três dias semanais, eram fornecidas aos utentes tarefas específicas relacionadas com os seus objetivos pessoais a curto e a longo prazo (procura de emprego, voluntariado, procura de um ginásio para a prática de atividade física após final do programa, entre outros). Aos utentes, foi também fornecido um manual abordando todos os componentes do programa.

11

Lattie e colaboradores (2013)

Intervenção: Tratamento multidisciplinar da dor

Oito horas por dia, cinco dias por semana, sendo a média de dias de participação no programa de 26

O programa desenrolava-se da seguinte forma: uma hora de exercícios e alongamentos no início e 45 minutos de *biofeedback* ou exercícios de relaxamento no final. Ao longo do dia, os participantes participavam em grupos de terapia psicológica e física.

Os tópicos da terapia psicológica educativa incluíam: entendimento da dor; causas e complicações associadas à dor crónica; estratégias de *coping* e recuperação da dor; barreiras para a recuperação; aumento da tolerância à dor; objetivos de reabilitação; atividade física; ajustamento à dor crónica; endorfinas; dor crónica versus dor aguda; adaptação; sono; sofrimento/aflição e sua redução; saúde; gestão do *stress*; recursos para indivíduos com dor crónica; estratégias de *coping* para lidar com a dor; controlo dos próprios pensamentos; a realidade do sistema de saúde e segurança social; relacionamentos saudáveis. Os tópicos da terapia física incluíam: treino da força; atividades aeróbicas; alongamentos e simulação de trabalho.

14

Nash e colaboradores (2013)

Intervenção: Terapia cognitivo-comportamental

Programa intensivo interdisciplinar de três semanas de duração, oito horas por dia durante 15 dias semanais

Os objetivos da intervenção baseavam-se na educação dos utentes, permitindo-lhes praticar e dominar as competências associadas à terapia cognitivo-comportamental, com o objetivo de melhorar a perceção de autoeficácia e, conseqüentemente, os níveis de dor e de depressão. O programa pretendia implementar educação sobre a terapia cognitivo-comportamental e sua utilidade no tratamento da dor crónica e focar o quanto as mudanças ao nível dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos podem influenciar o tratamento. Outro tipo de informação transmitida era dirigida à identificação, monitorização e reestruturação de pensamentos mal adaptativos. Era providenciada educação sobre a possibilidade de implementar mudanças ao nível destes pensamentos mal adaptativos e sobre como estas mudanças poderiam ajudar a melhorar a autoeficácia, os sintomas depressivos e as habilidades de *coping*.

Durante cada sessão, era fornecida aos participantes informação escrita sobre os tópicos abordados, sendo encorajada a discussão e a prática. Os participantes eram também incentivados à prática em casa.

16

McCracken, Sato e Taylor (2013)

Intervenção: *Acceptance and Commitment Therapy*

Quatro sessões, com a duração de quatro horas, três implementadas numa semana e uma implementada na semana seguinte

O tratamento incluía uma combinação de métodos para promoção da “flexibilidade psicológica”, incluindo a aceitação, a “cognitive defusion”, que é um método que envolve uma mudança no uso normal da linguagem e da cognição, de forma a evidenciar o processo pessoal de pensamento, e ações de compromisso e baseadas em valores.

18

Taloyan, Alinaghizadeh e Löfvander (2013)

Intervenção: *Cognitive Behavioral Treatment*

Quatro semanas de duração, quatro sessões semanais

As sessões eram baseadas na terapia cognitivo-comportamental e abordavam os seguintes tópicos: crenças dos participantes sobre dor, preocupação relacionada com a dor, frequência e irradiação/distribuição da dor. Também eram implementados alguns exercícios físicos. As sessões de tratamento eram individualizadas, adaptadas a cada participante, tendo como base os conceitos pessoais de cada um.

28

Tan e colaboradores (2013)

Intervenção: Educação/Terapia

Cinco Sessões de educação/terapia fornecidas via “Telemedicine” em combinação com a prática diária de utilização de um dispositivo de *biofeedback*, com acompanhamento seis semanas após o tratamento

Sessão 1: Resumo dos objetivos do projeto e expectativas; Consentimento informado; Preenchimento dos questionários iniciais; Treino do dispositivo de *biofeedback*.

Sessão 2: Definição dos sintomas de dor crónica, depressão e *stress* pós-traumático; História de dor crónica dos participantes.

Sessão 3: Tópicos relacionados com os valores e a aceitação baseados nas técnicas de terapia de aceitação e compromisso/envolvimento;

Sessão 4: Estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser usadas para lidar com a dor crónica, depressão e trauma;

Sessão 5: Utilização do relaxamento da mente e imaginação guiada para lidar com a dor crónica.

Entre cada sessão, os participantes eram contactados duas vezes via telefone para garantir a prática do *biofeedback*, assim como despistar problemas de utilização do dispositivo.

Tse, Vong e Tang (2013)

Intervenção: *Integrated motivational interviewing and physical exercise programme*

Programa de oito semanas, providenciando uma sessão semanal de uma hora e meia nos centros comunitários, conduzidas por uma terapeuta especializada em entrevista motivacional e enfermeiras

O programa consistia em dois componentes principais: Entrevista motivacional (que integrava a educação sobre dor) e o exercício físico, englobando o controlo da dor e as estratégias de *coping*.

Entrevista motivacional: Sessão semanal de 30 minutos liderada pela terapeuta especializada em entrevista motivacional. Eram implementadas questões como “Como é a sua dor?”, “Como é que a sua dor começou?”, “Pode partilhar os seus próprios meios eficazes de controlo da sua dor?”. A partir das respostas a estas questões, a terapeuta implementava outras questões abertas e fornecia um *feedback* profissional, baseado nos comentários, dúvidas e dificuldades relatadas pelos participantes. Depois disto, eram abordados tópicos específicos sobre o controlo da dor, tais como: conhecimento geral sobre dor, avaliação da dor e uso de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor.

Nas duas últimas sessões de entrevista motivacional, os participantes trabalharam num “contrato de dor”, explicitando as razões que os levaram a participar no programa, quem, ao longo do programa, se tinha estabelecido como apoio para os ajudar a lidar com a sua dor, os métodos que utilizaram para lidar com a sua dor e como desenvolver um plano próprio de gestão da sua dor.

Exercício físico: O exercício físico incluía o relaxamento e alongamentos centrados nos músculos nos quais a dor era mais evidente e foi praticado como uma estratégia de autogestão da dor, em sessões de 45 minutos. Um folheto sobre o exercício físico foi providenciado aos participantes do grupo experimental na primeira sessão, tendo-os acompanhado em todas as sessões posteriores. Desta forma, os participantes eram encorajados a praticarem os exercícios em casa, pelo menos quatro vezes por semana.

Dear e colaboradores (2013)

Intervenção: *The Pain Course*

Oito semanas de duração

Este programa é centrado nos princípios da terapia cognitivo-comportamental e em programas anteriores de terapia cognitivo-comportamental dirigidos a adultos com ansiedade e depressão. Este programa contempla os seguintes componentes: cinco sessões *online*, cinco sumários combinados com trabalho de casa e nove recursos por escrito providenciando informação sobre o sono, os tratamentos para a dor crónica, a resolução de problemas, a assertividade, a gestão da atenção e as principais crenças.

Um terapeuta com experiência na área contactava os participantes semanalmente no sentido de realizar um sumário dos conteúdos transmitidos, responder a questões, reforçar progressos e encorajar a prática das habilidades aprendidas, estabelecer os desafios do tratamento e obter *feedback* sobre o curso.

48

Frich e colaboradores (2012)

Intervenção: Visitas de acompanhamento realizadas por enfermeiros - Educação

Sessões de acompanhamento eram realizadas imediatamente após a alta e novamente após quatro, oito, 12, 16, 20 e 24 meses

As visitas de acompanhamento foram estabelecidas com base em *guidelines* e focavam-se nos seguintes conteúdos: medicação (ação e efeitos secundários); qualidade do sono; atividade física e social; sintomas e sinais de depressão.

Durante as visitas de acompanhamento, os enfermeiros: forneciam apoio ao utente no sentido de ele manter o regime terapêutico implementado e gerir os efeitos secundários associados à medicação e reforçavam o conhecimento acerca do tratamento em vigor; educavam o utente em questões como alterações importantes no regime terapêutico, aconselhando-o a contactar o seu médico assistente se necessário; reforçavam o conhecimento do utente sobre dor crónica, tratamento da dor e problemas de sono associados à dor; reforçavam o conhecimento do utente sobre estratégias de *coping*, auxiliando-o na sua utilização; exploravam sintomas de depressão associada a dor crónica e ajudavam o utente a encontrar formas de preservar a sua saúde, apesar da dor.

72

Nicholas e colaboradores (2011)

Intervenção: Programa de gestão da dor centrado em estratégias de autogestão da dor

Sessões diárias de oito horas (das 9h00 às 17h00), três semanas de duração

Ensino de estratégias de autogestão em sessões interativas que englobam a reformulação da dor e dos problemas associados, explicação dos mecanismos da dor, identificação dos obstáculos existentes para o alcance dos objetivos e competências básicas de resolução de problemas para ultrapassar obstáculos. Estratégias específicas contempladas: atividade física, estabelecimento de objetivos, estabelecimento de desafios, dessensibilização e alongamentos.

83

Bremander, Holmström e Bergman (2010)

Intervenção: *Multidisciplinary Rehabilitation Programme for Chronic Musculoskeletal Pain*

Internamento hospitalar de três semanas e acompanhamento posterior depois de um, três e seis meses (cada sessão de acompanhamento com a duração de dois dias)

A intervenção era composta por um tratamento multidisciplinar com uma abordagem cognitiva. O foco do programa consistia em promover as competências de gestão da dor e o

funcionamento físico e psicológico, com enfoque nas estratégias de *coping* para aumento da qualidade de vida. As atividades no programa incluíam discussões em grupo, com uma abordagem cognitiva e uma perspectiva biopsicossocial da dor, terapia de consciencialização corporal, exercícios de piscina, “chi-kung” e aconselhamento personalizado. O programa tem um perfil não farmacológico, no entanto, alguns ajustamentos farmacológicos foram implementados.

88

Chen e Francis (2010)

Intervenção: Técnica abreviada de relaxamento progressivo e Imaginação guiada

Sete sessões semanais, sete semanas de duração

A técnica abreviada de relaxamento progressivo (duração de 30 minutos) foi adaptada do protocolo original publicado por Bernstein e Borkovec (1973). Os músculos eram combinados da seguinte forma: pés, pernas e coxas; região lombar inferior e estômago; região lombar superior e queixo; ombros e pescoço; braços e pernas; boca e região maxilar; olhos e testa. A ativação de cada grupo muscular era realizada duas vezes por sessão, seguida de libertação consciente da tensão muscular.

Alguns “scripts” individualizados de imaginação guiada foram criados para cada participante, tendo em conta as suas preferências pessoais (nomeadamente quanto ao cenário/local de eleição), informação recolhida no início da sessão. Adicionalmente, o “script” incorporava algumas frases que indiciavam os participantes a transformarem a sua dor (exemplo: em líquido ou em energia) e estimulavam um maior controlo da mesma. Gravações de som personalizadas eram fornecidas aos participantes, de forma a facilitar a prática dos exercícios em casa.

Após final do tratamento, um contacto via telefone ou *e-mail* era realizado de duas em duas semanas, no sentido de garantir a adesão ao mesmo.

89

Darchuk e colaboradores (2010)

Intervenção: *Mayo Clinic Comprehensive Pain Rehabilitation Center Programme*

Duração de três semanas, oito horas por dia

Este é programa de gestão da dor intensivo, com a duração de três semanas, dirigido a grupos de utentes externos, tendo como base a terapia cognitivo-comportamental. Este programa incorpora a terapia física, terapia ocupacional, *biofeedback* e treino de relaxamento, gestão do *stress*, instrução para o bem-estar (qualidade do sono, dieta, entre outros), educação sobre o regime terapêutico e treino de gestão da dor (moderação no que diz respeito à atividade física, eliminação de comportamentos que provocam aumento da dor, entre outros). É também realizado um planeamento dos cuidados após o programa, sendo providenciada educação e assistência à família. Um dos objetivos do programa consiste no abandono, por parte dos participantes, do uso de opióides e analgésicos, bem como outros medicamentos.

Intervenção: Tratamento multidisciplinar da dor (quatro grupos de intervenção)Duração máxima de três meses

1. **Tratamento médico:** Ajustamento do regime terapêutico. Os critérios de inclusão neste grupo eram: uso de medicação sem efeito na intensidade da dor, uso de medicação com contingências, presença de efeitos secundários associados à medicação em uso e presença de interações medicamentosas.
2. ***Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*:** Gerida pelos próprios utentes. O critério para um participante ser alocado a esta intervenção era a presença de dor por lesão dos nervos periféricos.
3. **Terapia cognitivo-comportamental:** Dez sessões de uma hora e meia com os seguintes componentes de tratamento: técnicas de gestão do *stress*, resolução de problemas, terapia cognitiva e relaxamento. Adicionalmente, cabia aos participantes trabalharem em objetivos individuais. Na primeira sessão, cada participante formulava um objetivo específico, baseado em algum problema como o trabalho ou o casamento. Nas sessões seguintes, os participantes apreendiam técnicas de resolução de problemas e colocavam-nas em prática. Os critérios de inclusão para este grupo de intervenção eram: existência de uma dor não passível de ser tratada com tratamento médico e baixos níveis de funcionalidade física, psicológica e social.
4. **Tratamento médico + TENS**

Intervenção: *Care management* - Gestão de cuidadosAcompanhamento de seis meses por parte do gestor de casos

A intervenção foi adaptada do IMPACT Treatment Manual (Unützer, 1999). Os participantes eram avaliados numa sessão inicial por um enfermeiro gestor de cuidados nos seguintes domínios: dor, depressão e seus efeitos na funcionalidade física e social do indivíduo; história de tratamentos prévios no âmbito da dor e da depressão e preferências de tratamento, por parte dos participantes, para estas condições. Depois desta sessão inicial, o gestor de cuidados providenciava educação sobre dor e depressão (incluindo material de educação escrito sobre depressão, osteoartrite e dor associada a osteoartrite). O gestor de cuidados discutia também diferentes modalidades de tratamento disponíveis e estratégias para promover a autogestão da dor e da depressão. Os participantes recebiam também um plano comportamental que incluía atividades físicas e sociais específicas e o agendamento de eventos prazerosos para o futuro.

Eram realizados contactos de acompanhamento (quer pessoalmente, quer via telefone), no sentido de reavaliar todos os parâmetros descritos (intensidade da dor e depressão). Estes

contactos também incluíam uma revisão da adesão ao tratamento (nomeadamente o farmacológico), da sua eficácia e dos efeitos secundários.

Os participantes utilizavam um diário de dor no qual apontavam a intensidade da dor, a medicação utilizada e as intervenções implementadas para alívio da dor.

115

Field e colaboradores (2007)

Intervenção: Massagem *Versus* Relaxamento

Massagem: Uma sessão semanal de massagem de 30 minutos durante cinco semanas. Várias técnicas de massagem foram utilizadas em toda a região lombar dos participantes.

Relaxamento: Exercícios de relaxamento muscular progressivos, incluindo a tensão e o relaxamento de grandes grupos musculares. Os participantes eram incentivados a realizar sessões de relaxamento em casa, com a duração de 30 minutos, durante cinco semanas. Eles eram também chamados semanalmente no sentido de avaliar a sua adesão ao tratamento.