

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA GRUPAL EM DOR CRÔNICA PUBLICADAS NA
PSYCINFO EM 2018**

DOI: 10.32467/issn.19982-1492v16n2p1160-185

RESUMO

A dor crônica, como doença (sinal biológico inútil), acomete um e cada cinco pessoas mundialmente, aumenta com a idade, atinge mais mulheres, em trabalhos extenuantes ou naqueles com menores níveis de escolaridade, portanto, população mais vulnerável. Há diversas formas de intervenção psicológica que podem tornar o atendimento a essa demanda mais barato e acessível, portanto, neste estudo de revisão sistemática da literatura, objetivou-se buscar e analisar as publicações sobre o tema ‘Intervenção psicológica grupal na dor crônica’ disponível on line, na base de dados PsycINFO (APA). Os resultados da leitura e análise dos 29 artigos científicos, indicam que: O (1) Tipo de estudo majoritariamente de pesquisas de campo (93%), com delineamento do tipo experimental (55%); Com (2) Sujeitos da pesquisa oriundo de pequenas amostras (n=16) ou grandes amostras (n= 2898), somando um total de 5367 pessoas abordadas, a maior parte (62%) dos participantes ‘não identificados’; 86% foram pesquisas interventivas, embora 38% não tenha citado o (3) Tipo de intervenção, das citadas, as mais frequente foram grupo e individual (24% cada); Por último os (4) Principais resultados foram significativos (48%).

Palavras-chave: Grupoterapia, dor recorrente, psicologia, psicossomática.

**GROUP PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN CHRONIC PAIN PUBLISHED IN
PSYCINFO IN 2018**

ABSTRACT

Chronic pain, as a disease (a useless biological sign), affects one in five people worldwide, increases with age, affects more women, strenuous work, or those with lower levels of schooling, and therefore the most vulnerable population. There are several forms of psychological intervention that can make attendance to this demand cheaper and accessible, therefore, in this study of systematic literature review, we aimed to search and analyze the publications on the theme 'Group psychological intervention in chronic pain' available on line, in the PsycINFO (APA) database. The results of the reading and analysis of the 29 scientific articles indicate that: (1) Type of study, mostly field surveys (93%), with an experimental design (55%); With (2) Research subjects from small samples (n = 16) and large samples (n = 2898), totaling 5367 people approached, 86% were interventional surveys, although 38% did not mention the (3) Type of intervention, of those cited, the most frequent were group and individual (24% each); Finally (4) Main results were significant (48%).

Key-Words: group therapy, recurrent pain, psychology, psychosomatic.

**INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS GRUPAL EM DOR CRÔNICA PUBLICADAS NA
PSYCINFO EM 2018**

RESUMEN

El dolor crónico, como una enfermedad (un signo biológico inútil), afecta a una de cada cinco personas en todo el mundo, aumenta con la edad, afecta a más mujeres, trabajo extenuante o con menores niveles de escolaridad y, por lo tanto, a la población más vulnerable. Existen varias formas de intervención psicológica que pueden hacer que la asistencia a esta demanda sea más barata y accesible, por lo tanto, en este estudio de revisión bibliográfica sistemática, nuestro objetivo fue

buscar y analizar las publicaciones sobre el tema "Intervención psicológica grupal en dolor crónico" disponible en línea, en la base de datos PsycINFO (APA). Los resultados de la lectura y el análisis de los 29 artículos científicos indican que: (1) Tipo de estudio, en su mayoría encuestas de campo (93%), con un diseño experimental (55%); Con (2) encuestados de muestras pequeñas ($n = 16$) o muestras grandes ($n = 2898$), un total de 5367 personas se acercaron, la mayoría (62%) de los participantes "no identificados"; El 86% fueron encuestas intervencionistas, aunque el 38% no mencionó el (3) Tipo de intervención, de las citadas, las más frecuentes fueron de grupo e individuales (24% cada una); Finalmente (4) Los principales resultados fueron significativos (48%).

Palabras-clave: terapia de grupo, dolor recurrente, psicología, psicossomática.

INTRODUÇÃO

Condições biopsicossociais como, o aumento populacional e de expectativa de vida, mudanças ambientais e de condições socioeconômicas e emocionais podem contribuir para experiência de sentir dor. A dor é um alerta biológico benéfico (é o quinto sinal vital), indicativa de urgência na procura por tratamento, portanto é curável, salvo exceções, como os casos em que se torna persistente, tornando-se inútil biologicamente e causando impactos na vida das pessoas.

Muitos fatores podem contribuir para o estabelecimento dos quadros de dor, desde baixa qualidade de vida até perdas financeiras e sociais que podem contribuir para comorbidades como: imobilidade, desesperança, alterações do sono, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, de profissionais da saúde, de cuidadores e de instituições, incapacidade para o trabalho, ansiedade, medo, amargura, frustração, depressão até suicídio, são algumas das complicações que podem acompanhá-la (SBED, s/d-2019).

No Brasil, a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED), representante da *International Association for the Study of Pain* (IASP), que é o maior expoente nos estudos de dor (contribuindo inclusive com estudos da Organização Mundial de Saúde-OMS) define dor como a “Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (SBED, s/d - 2019).

A dor pode ser aguda (alerta biológico), recorrente (período curto, mas frequente, como a enxaqueca) ou crônica que é aquela dor em duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos (persistente acima de três meses, embora não haja consenso) e que está quase sempre [há exceções] associada a um processo de doença crônica. Portanto, é uma manifestação biológica de intersecção subjetiva já que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais (SBED, s/d - 2019 e Volich, 2010).

A dor crônica, que se comporta como uma doença em si, acomete um e cada cinco pessoas, aumenta com a idade, atinge mais mulheres, em trabalhos extenuantes ou naqueles com menores níveis de escolaridade, é inútil como sinal biológico (SBED, s/d - 2019). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) inexistem dados disponíveis no Brasil, entretanto dados norte-americanos mostram que 31% da população norte-americana têm dor crônica, acarretando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos.

Esse conceito de dor crônica é abrangente e abarca o aspecto físico (real) e psíquico (subjetivo), portanto considera a complexidade que envolve o adoecer de dor (doença em si) mais do que apenas um sintoma (acessório) ligada a um quadro patológico. O conceito de dor, atualmente compreende três componentes: o sensitivo-discriminativo (sensação física), o afetivo-

motivacional (emocional) e o cognitivo-avaliativo (pensamento) (Volich, 2010). Ressalta-se no presente estudo, o aspecto emocional e suas repercussões de sofrimento para a pessoa que é diagnosticada com dor crônica.

Nesse sentido a teoria psicanalítica vem, desde seu início como ciência, tentando ampliar a compreensão dos fenômenos psíquicos que não encontram explicação médica-orgânica. Freud (1969/1996) ao estudar a histeria apontou caminhos para o entendimento de como as dores da alma (psíquicas) poderiam ser expressas como sintomas físicos. Sua discípula, Melanie Klein (1957/1984) aprofundou os estudos observacionais e a teoria apontando que, desde as relações iniciais mais arcaicas, ou seja, na mais tenra infância o bebê pode vir a desenvolver um ego mais ou menos integrado, o que conseqüentemente colaborará para sua saúde mental e vivência corporal com mais ou menos sofrimento psíquico (e formas adequadas de expressão destas), uma vez que sua teoria das posições pressupõe uso de mecanismos de defesa mais ou menos maduros a depender do percurso de desenvolvimento emocional do bebê.

Ainda nessa direção, a psicanálise, permite compreender que todo adoecimento do corpo comunica algum desequilíbrio entre a psique soma (Freud, 1969/1996, Winnicott, 1971/1975, Laurentiis, 2016). A Psicologia Psicossomática oferece a possibilidade de compreender algumas relações do binômio mente-corpo, que podem ajudar determinados pacientes a se recuperar das condições de sofrimento (Bushnell, Ceko & Low, 2013). Assim, a doença psicossomática é vista, como um excesso que não pode ser elaborado e que precisa ser descarregado no corpo (Marty 1993). Nesse sentido freudiano em que o corpo pode ser via de expressão (adequada e inadequada) dos afetos (Freud, 1969/1996), o corpo pode expressar os processos psíquicos da pessoa portadora de dor crônica (Volich, 2010).

Psicodiagnóstico

Tendo isto posto ressalta-se a importância do diagnóstico de dor crônica, como doença em si diferenciada de sua característica padrão de acessória (sintoma). Nesse intuito, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio de sua Portaria Nº 1.083, de 2 de Outubro de 2012, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Este protocolo considera a dor conforme CID-10: R 52.1 Dor Crônica Intratável – e – R 52.2 Outra Dor Crônica e reconhece a importância dos tratamentos não medicamentosos: exercícios físicos, psicoterapia, massagem, reabilitação e calor local, como importantes adjuvantes no tratamento da dor muscular ou nociceptiva, que é a dor na qual há dano tecidual demonstrável como observada nos quadros de: osteoartrose, artrite reumatoide, fratura e rigidez muscular na dor lombar inespecífica, etc. (Brasil, 2012).

Este protocolo considera a dor miofascial (prevalência de 30% população ambulatorial brasileira) e fibromiálgica (prevalência 8% na população geral brasileira) de difícil diagnóstico.

Descreve a síndrome da dor miofascial como:

“uma condição caracterizada pela presença de ponto-gatilho distribuídos ao longo de músculos vulneráveis. O diagnóstico da síndrome miofascial é estabelecido com base em pelo menos um dos seguintes critérios: a) sensibilidade aumentada sobre um ponto de espessamento muscular, b) resposta muscular local à manipulação do ponto-gatilho, c) dor referida, d) reprodução da dor usual, e) restrição de amplitude de movimento, f) fraqueza sem atrofia ou g) sintomas autonômicos associados” (Simons, 1999 citado por Brasil, 2012).

O mesmo protocolo brasileiro descreve a fibromialgia como marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos: fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos:

“O diagnóstico deve ser considerado quando houver 11 dos 18 locais esperados de pontos musculares dolorosos (região suboccipital, cervical lateral, ponto médio da borda superior do trapézio, região supraescapular, junção condrocostal da segunda costela, epicôndilo lateral, região glútea laterossuperior, região do trocânter maior e região medial acima do joelho) e outras condições clínicas forem excluídas, tais como doenças reumáticas e distúrbios primários do sono” (Gerwin, 2001, citado por Brasil, 2012).

O protocolo não descreve intervenções diferentes entre os díspares diagnósticos de dor e dá ênfase à medicalização, sendo o nível de dor o determinante do tipo de medicação prescrita/aplicada. No DATASUS (banco de dados *on line* do Sistema Único de Saúde brasileiro) não é possível localizar o número de atendimentos dentro dessas descrições isoladamente, mas em grandes grupos, exemplo: ‘dor rebelde de origem central ou mioplásica’. Em um ano esses atendimentos totalizaram 12.923 internações hospitalares (Out/2016 à Set/2017), assim como ‘dor abdominal ou pélvica’ que totalizaram 38.065 internações no mesmo período. Assim, dentro dos grandes grupos a dor crônica permanece invisível (DATASUS, consultado em 15.nov.2017).

O diagnóstico de dor crônica costuma ser ainda incluído como transtorno somatoforme (Mello-Filho, Burd & colaboradores, 2010) cuja característica comum é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo somatoforme). Porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental como por exemplo, o Transtorno de Pânico. Descarta-se possibilidade de intencionalidade dos sintomas (ao contrário do transtorno factício/simulação, o paciente é alheio ao que lhe ocorre). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes (OMS, 2014). Os transtornos somatoformes (F 45), de acordo com o DSM-5 (APA, 2014) podem ser:

CID 10 - F45.0	Transtorno de somatização
CID 10 - F45.1	Transtorno somatoforme indiferenciado
CID 10 - F45.2	Transtorno hipocondríaco

CID 10 - F45.3	Transtorno neurovegetativo somatoforme
CID 10 - F45.4	Transtorno doloroso somatoforme persistente
CID 10 - F45.8	Outros transtornos somatoformes
CID 10 - F45.9	Transtorno somatoforme não especificado

Dentro dessa perspectiva, a dor crônica frequentemente é considerada transtorno doloroso persistente, [CID 10 - F45.4] (Mello-Filho, Burd & colaboradores, 2010) cuja descrição no DSM-5 caracteriza-se por: “dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos têm um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção” (APA, 2014). Os transtornos somatoformes são atendidos dentro do grande grupo de transtornos psiquiátricos que segundo o DATASUS, (consultado em 15.nov.2017) totalizou 240.916 internações hospitalares, compreendendo os atendimentos de: urgência, tratamento psiquiátrico, hospital geral, por dia e hospital dia, no período Outubro/2016 a Setembro/2017 que portanto diluem ainda mais as possibilidades de rastreio desses diagnósticos.

Mesmo com a disponibilização (pelo Ministério da Saúde) de atendimentos não-medicamentosos (tanto dispositivos clássicos como, p. ex. atendimento psicológico, nutricional e físico, quanto as práticas integrativas como yoga e naturologia), ainda é para poucos pacientes, haja vista a alta prevalência dos diagnósticos de dor crônica e o pouco acesso gratuito a esses serviços que ainda são fracamente distribuídos na rede pública de saúde. Quando isso acontece os pacientes que acessam o serviço de psicologia, frequentemente chegam fragilizados, vindo de longos períodos de tratamento medicamentoso ou de investigação das causas clínicas para a dor, sem conhecer o papel da psicologia no seu tratamento e, muitas vezes sem esperança de melhora.

Neste contexto o desafio do psicólogo que atende essa demanda é grande, haja vista que envolve, além de seu papel profissional, a função de devolver ao paciente a confiança na sua evolução clínica; muitas vezes é o psicólogo que comunica à pessoa que o tratamento da dor visa melhorar da sua qualidade de vida e não a cura, o que para o paciente costuma ser difícil dada a corrente tradição médica de promessa de cura.

Desse modo o psicólogo, assumindo o caso, deve começar por, além de estar atento ao diagnóstico médico, fazer um bom psicodiagnóstico para poder oferecer a melhor intervenção. Mas, se o diagnóstico em medicina significa elencar o conjunto de sinais e sintomas relativos a uma doença, condição física ou mental, o que dizer de um diagnóstico psicológico?

Inicialmente defende-se que é fundamental um psicodiagnóstico bem feito. Segundo Occampo, Arzeno, Pícolo e colaboradores (1995), conceitualmente psicodiagnóstico é: um processo que configura uma situação, de duração limitada, objetivando alcançar uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar. Enfatiza também a investigação de algum aspecto em particular, segundo a sintomatologia e as características da indicação (se houver). Abrange os aspectos do passado, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) dessa personalidade, utilizando para alcançar tais objetivos certas técnicas: entrevista semidirigida, técnicas projetivas e entrevistas devolutiva.

A entrevista semidirigida é a primeira parte do processo psicodiagnóstico, ela ocorre em quatro fases: I - Apresentação mútua: o primeiro momento da entrevista em que são mutuamente apresentados paciente e psicólogo; II-Enquadramento: esclarecimento geral, apresenta-se condições de atendimento como local, tempo, regras, preços (quando pago) entre outros; III- Entrevista livre: coleta do motivo da consulta de forma livremente trazida pelo paciente e IV -

Técnica diretiva: "preencher" as 'lacunas', ou seja, esclarecer os pontos que não tenham ficado claros na entrevista livre (Ocampo, Arzeno, Píccolo e colaboradores, 2009).

As técnicas projetivas são auxiliares à entrevista verbal e visam captar informações latentes no discurso manifesto na entrevista verbal, ou seja, por serem 'projetivas', as técnicas favorecem a emergência de aspectos que o paciente possa ter conseguido não-exprimir no discurso verbal. Para planejar a bateria de testes é preciso pensar em testes que capturem o maior número possível de condutas (verbais, gráficos e lúdicos) considerando que se vai comparar o mesmo tipo de conduta (podem também ser diferentes) provocadas por diversos estímulos ou instrumentos (Ocampo, Arzeno, Píccolo e colaboradores, 2009).

As mesmas autoras alertam que a situação de psicodiagnóstico é ansiógena por natureza, então, para prevenir a geração de mais ansiedade no paciente, se faz importante ater-se à sequência de aplicação das técnicas projetivas, ela deve considerar dois fatores: (1) a natureza do teste e (2) do caso em questão. O teste que mobiliza uma conduta que corresponde ao sintoma nunca deve ser o primeiro a ser aplicado recomenda-se que os mais ansiógenos sejam aplicados por último.

Há instrumentos que são ansiógenos por sua própria construção, independente da problemática apresentada pelo aplicando, por isso não devem ser nem o primeiro nem o último teste a ser aplicado, exemplo: o questionário desiderativo (Nijamkin & Braude, 2000) cujo qual tem instruções contendo ataques à identidade que podem se converter em elemento traumático e se adicionado ao sintoma pode impedir uma boa reorganização e conduzir o processo psicodiagnóstico (Ocampo, Arzeno, Píccolo e colaboradores, 2009) sugere-se, nesses casos terminar com um teste lúdico.

As autoras acima sugerem, para adultos ou adolescentes, uma bateria de testes padrão contendo, nessa ordem: (1) testes gráficos como desenho livre ou House-Tree-Person (HTP), entre outros; (2) Testes projetivos como Rorschach e Questionário Desiderativo, finalizando com o pedido para o paciente contar uma recordação ou um sonho para não o despedir com tudo que este teste mobilizou (3) Testes gráficos (mesmos do item 1).

A entrevista de devolutiva é o momento em que ocorre a comunicação, ao paciente, dos aspectos levantados (psicodiagnóstico) e onde se propõe o encaminhamento do caso. É uma oportunidade que o paciente tem de ver a si mesmo com mais critério de realidade, menos distorções idealizadoras ou depreciativas. Os adultos costumam, mais facilmente, recebê-la como mais necessária e factível (Ocampo, Arzeno, Pícolo e colaboradores, 2009).

Nessa ocasião o psicólogo já terá refletido sobre o material levantado e formulado hipóteses explicativas procurando ter um panorama, o mais completo possível incluindo a natureza dos vínculos pessoais, assim como seus aspectos mais sadios e adaptativos e os menos adaptativos e mais adoecidos. A entrevista devolutiva, objetiva, portanto “sintetizar ou unir aspectos reparadores e destrutivos, o que é possível se o paciente pode unir passado, o que fizeram mal, com o futuro, assim pode-se mostrar ao paciente como o presente e o futuro funcionam como elementos de reparação”. (Ocampo, Arzeno, Pícolo e colaboradores, 2009) encaminhando-o ao melhor tipo de atendimento, não apenas psicológico, mas quando necessário, aos profissionais de outras profissões (quando for o caso).

Um bom psicodiagnóstico, via de regra, possibilita intervenções mais acertadas à necessidade do paciente bem como pode facilitar a compreensão de suas eventuais resistências e não evolução do caso promovendo readequações sempre que necessário.

Segundo interesse principal desta pesquisa as intervenções psicológicas em grupo, esclarece-se que os pacientes atendidos em grupos devem ter passado pelo psicodiagnóstico individual, antes de ser encaminhados à psicoterapia grupal, sendo que há pacientes que tem dificuldade de se adaptar ao formato de atendimento grupal, nesses casos, deve-se oferecer atendimento individual à pessoa. O que, nos sistema único de saúde_SUS, nem sempre ocorre por falta de vagas, ou seja, sempre deve-se respeitar o perfil e o desejo do paciente.

Intervenção Psicológica em grupo – Brevíssima introdução

A psicoterapia, incorporada ou não ao tratamento médico (ou às práticas integrativas), pode ser feita de duas formas: individualmente ou em grupo. De acordo com as diversas publicações estudadas por Cordioli e colaboradores. (2008), ambas as formas de intervenção têm a mesma eficácia. O mesmo autor ressalta que o tratamento em grupo poderá ser mais ou menos bem-sucedido dependendo da adesão dos pacientes, o que costuma ser influenciado por dois fatores: diagnóstico clínico (com baixo fator preditivo para sucesso no grupo) e as características individuais de cada participante, sendo a motivação a principal delas.

As contra indicações para tratamento em grupo terapêutico na abordagem psicodinâmica, (como será o do presente estudo), segundo Zimmerman (1997), incluem os pacientes com as seguintes características: pouco motivados, muito deprimidos ou paranóicos; com forte tendência a atos de natureza maligna (como exemplo os pacientes psicopatas); que tenham riscos agudos,

principalmente os de suicídio; que tenham déficit intelectual ou elevada dificuldade de abstração; que estejam no auge de uma séria situação crítica; que representem sérios riscos para uma eventual quebra do sigilo grupal e que tenham um histórico de abandono de terapias anteriores (abandonadores compulsivos). Cordioli e colaboradores (2008) acrescentam, ainda, os dependentes químicos em grau severo, porém vale salientar que muitos dos pacientes citados acima podem participar de grupos homogêneos (com mesma patologia ou situação de risco) e terem sucesso, ou alguma melhora, com o tratamento terapêutico.

A importância dos trabalhos envolvendo grupos vem se destacando nas pesquisas qualitativas, uma vez que o ser humano é um ser gregário e tende a ter uma facilidade maior na resolução de problemas, quando está reunido em grupos (Souza, Crestani, Vieira, Machado e Pereira, 2011). Tendo isto posto, o presente artigo tem o **objetivo geral** de buscar e analisar as publicações sobre o tema ‘Intervenção psicológica grupal na dor crônica’ disponível *on line*, sendo estabelecido como **objetivos específicos** investigar as seguintes variáveis: (1) Tipo de estudo; (2) Sujeitos da Pesquisa (3) Tipo de intervenção e (4) Principais resultados.

MÉTODO

Esta pesquisa é uma revisão da literatura, do tipo: descritiva, de levantamento, transversal (Volpato e colaboradores, 2013)

O estudo foi elaborado a partir da apreciação dos artigos científicos publicados em periódicos indexados na base de dados PsycInfo (APA, 2019) que é um banco de dados eletrônico da Associação Americana de Psicologia_APA, e que proporciona uma cobertura sistemática da literatura psicológica, com produções a partir do ano 1800 até o presente, disponibilizadas aos associados da APA ou àqueles que, por meio de parceria, possam pagar por seus artigos. Essa base

de dados foi escolhida por: (1) ser considerada uma fonte de artigos científicos reconhecida pela comunidade científica internacional; (2) permitir uma ampla pesquisa e busca de resumos de artigos, capítulos de livros, dissertações, teses, entre outros; (3) abranger periódicos de área específica do conhecimento de psicologia.

Material

A amostra foi constituída de 29 artigos publicados no ano de 2018 (de um n=61). Foram utilizadas na busca bibliográfica as palavras-chave: Intervenção psicológica e dor crônica (*group intervention* e *chronic pain*), em língua inglesa, sem determinar o tipo de periódico em que foi publicado.

Os critérios de inclusão adotados foram: o texto citar ser pesquisa de intervenção e a população estudada deveria ter dor crônica. Foram excluídos 32 artigos em que os participantes sofriam de dor pós-cirúrgica, estudos sem intervenção, participantes de programas que não mencionavam dor, etc.

Procedimento

Após a leitura dos 61 resumos, observou-se que 32 estavam fora dos critérios de inclusão e foram descartados. Nos demais (n=29) foi feita a leitura integral do artigo, resultando num fichamento (e tabelamento) individual dos trabalhos avaliados.

A análise e discussão se deram de forma Quantitativa, pois se usou prioritariamente a estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estes resultados consideram todas as 29 publicações selecionadas para esta pesquisa (100% artigos científicos), resultantes majoritariamente de pesquisas de campo (93%), com delineamento

do tipo experimental (55%), interventiva (86%), embora a maioria não tenha citado o tipo de intervenção (38%), as mais frequentemente citadas foram em grupo e individual (24% cada) com resultados significativos (48%) na maioria deles (Tabela1). A seguir apresentam-se os resultados conforme destacados nos objetivos específicos estabelecidos:

(1) Tipo de estudo

Os resultados apontam que houve mais pesquisas de campo (n=27), com delineamento do tipo experimental (n=16 ou 55%), exemplar desse formato foi o estudo piloto de laboratório conduzido por Powers; Madan; Hilbert; Reeves; George; Nash; & Borckardt (2018) que visava investigar a combinação de uma breve intervenção de reestruturação cognitiva e estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) sobre o córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo, afetando a tolerância à dor. O Piloto de laboratório randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, conduzido na Universidade de Medicina da Carolina do Sul, com total de 79 voluntários adultos saudáveis. A metodologia utilizada contemplou randomização em um dos seis grupos: 1) anódica (estimulação transcraniana por corrente contínua) ETCC mais uma breve intervenção cognitiva (BCI); 2) ETCC anódica mais educação sobre dor; 3) ETCC catódica mais BCI; 4) ETCC catódica mais educação sobre dor; 5) sham ETCC mais BCI; e 6) sham ETCC, mais educação sobre dor. Os participantes foram submetidos a testes de tolerância à dor térmica pré e pós-intervenção usando o Método dos Limites cujos resultados indicaram: Um efeito significativo para o tempo (pré-pós-intervenção), bem como para a tolerância à dor térmica basal (covariável) no modelo. Um efeito significativo de interação grupo x tempo foi encontrado na tolerância à dor térmica. Cada um dos cinco grupos que receberam pelo menos uma intervenção ativa superou o grupo que recebeu apenas ETCC simulado e apenas a educação sobre dor (ou seja, grupo controle), com exceção do grupo anódico de ETCC + somente educação. A CDTc catódica combinada com a BCI

produziu o maior efeito analgésico. O estudo concluiu: A combinação de ETCC catódica com BCI produziu o maior efeito analgésico de todas as condições testadas. Os estudo é muito completo e sugere pesquisas futuras podem encontrar efeitos interativos mais fortes da ETCC combinada e uma intervenção cognitiva com doses maiores de cada intervenção. Como este piloto de laboratório controlado empregou um análogo da dor aguda e a intervenção cognitiva não representou autenticamente a terapia cognitivo-comportamental *per se*, as implicações dos achados sobre o manejo da dor crônica permanecem obscuras.

(2) Sujeitos da Pesquisa

As pesquisas apresentadas estudaram pequenas amostras (menor n=16) e grandes amostras (maior n= 2898 pessoas), somando um total de 5367 pessoas, com uma média de 185 pessoas por estudo e mediana de 67 pessoas/estudo.

A maior parte (62%) das pesquisas tiveram participantes ‘não identificados’, nessa categoria foram agrupados os estudos que citavam: amostra, sujeitos, pacientes, pessoas, participantes, profissionais_ como no estudo de Turner; Liang; Rodriguez; Bobadilla; Simmonds; & Yin (2018) que randomizou, principalmente pacientes hispânicos de baixa renda, para receber o programa em 6 sessões de reuniões individuais com um educador de saúde treinado em ‘clínica’ ou em 8 palestras em grupo por especialistas da ‘comunidade’, cujas análises de intenção de tratamento em modelos lineares de efeitos mistos foram conduzidas para 5 desfechos secundários aos 6 meses, incluindo gravidade e interferência da dor do Inventário Breve de Dor, Questionário de Saúde do Paciente-9, Sumário de 12 Itens do Short-Form Survey Mental Component e Tampa Escala de cinesiofobia-11. Os resultados desse estudo mostram que, entre os participantes, o grupo ‘clínica’ melhorou em 4 medidas e o grupo ‘comunitário’ em 3 medidas (todas $P < 0,05$). Os tamanhos dos efeitos foram pequenos a moderados (0,41 a 0,52). Nas análises de intenção de tratar,

ambos os grupos melhoraram em 4 de 5 medidas (todas Pd 0,001) versus linha de base, com alterações clinicamente significativas na gravidade e interferência da dor do Inventário de Dor Breve.

Os participantes citados ‘mulher’/‘idoso’ estiveram presentes em 10% dos estudos cada e os demais 18% foram pesquisas com amostra ‘mista’ ou ‘artigos teóricos’ (n=2 ou 7% cada) ou ainda ‘adolescente’ (3%), parecendo ter havido uma ampliação do campo interventivo a fim de contribuir com os estudos que focalizam a dor crônica no curso de vida.

(3) Tipo de intervenção

Dos 25 trabalhos que citaram intervenções, onze deles (38%) não citaram o formato em que foi feita a intervenção o que prejudica a replicação do estudo e fragiliza os resultados.

Do total, as pesquisas interventivas mais frequentemente citadas (n=12 ou 48%) foram as ‘não-invasivas’, ou seja, foram: educação em saúde, grupos, reunião clínica, interdisciplinar com psicólogo, psicológica *on line* e/ou artística. Como a pesquisa de Williams, A.; Dongen; Kamper; O'Brien; Wolfenden; Yoong; Hodder; Lee; Robson; Haskins; Rissel; Wiggers; & Williams (2018), que testou uma intervenção multimodal que incluiu aconselhamento breve, uma consulta clínica e encaminhamento para um serviço de coaching de estilo de vida saudável por telefone de 6 meses. O desfecho primário foi anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs). Os desfechos secundários foram na intensidade da dor, incapacidade, peso e índice de massa corporal. Os custos incluíram custos de intervenção, custos de utilização de cuidados de saúde e custos de absentismo no trabalho. Os resultados desse estudo mostraram-se significativos e com custos mais baixos do que a intervenções tradicionais.

Tabela 01: Artigos publicados em 2018 (n=29), PsycINFO, SP, 2019

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA GRUPAL EM DOR CRÔNICA PUBLICADAS NA
PSYCINFO EM 2018

Vitorino, S. S., Tardivo, L. S. L.P. C.

Artigo	F	%
Tipo de estudo		
Pesquisa	27	93
Teórica	2	7
	29	100
Delineamento		
Experimental	16	55
Descritiva	11	38
Quase-experimental	2	7
	29	100
Abordagem		
Interventiva	25	86
Não interventiva	4	14
	29	100
Intervenção		
Intervenção sem citação de formato	11	38
Grupo	7	24
Individual	7	24
Sem Intervenção	4	14
	29	100
Nível de invasão da intervenção		
Não invasiva	12	48

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA GRUPAL EM DOR CRÔNICA PUBLICADAS NA
PSYCINFO EM 2018

Vitorino, S. S., Tardivo, L. S. L.P. C.

Invasiva	7	28
Pouco invasiva	6	24
	25	0
População		
Sem Informação	18	62
Idoso	3	10
Mulher	3	10
Mista (Homem e Mulher)	2	7
Artigos teóricos	2	7
Adolescente	1	3
	29	100
Tamanho das amostras		
01-50	13	45
51-100	7	24
101-150	4	14
151-200	1	3
201-250	1	3
251+	3	10
	29	100
Resultados		
Significativos	14	48
Não citado	6	21

Pouco significativos	5	17
Médio significativos	4	14
Total	29	100

Foram consideradas intervenções invasivas (28% dos estudos): as que tiveram intervenção com estimulação transcraniana, estimulação elétrica intramuscular ou administração de fármacos, sendo nessa categoria que mais teve citação as ‘farmacológicas’ com estudos sobre ‘uso/prescrição/eficácia de opióides’ (n=4 ou 16%) como o estudo de Garland; Hanley; Bedford; Zubieta; Howard; Nakamura; Donaldson; & Froeliger (2018), que descreveu um levantamento feito numa amostra de 127 pacientes com dor que receberam farmacoterapia analgésica opiáceos crônica foi classificada como de risco para o uso indevido de opióides (n = 62) ou para tomar opióides conforme prescrito (n = 65) usando a Current Misuse Measure (COMM). O Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) caracterizou o uso de estratégias de regulação emocional, incluindo reavaliação e supressão expressiva. Os participantes também relataram níveis de desejo por opióides, sofrimento emocional e gravidade da dor. O estudo objetivou caracterizar as diferenças no uso de reavaliação entre os pacientes com dor crônica em risco de uso indevido de opioides e aqueles que relatam tomar opióides como prescritos. Assim, os resultados mostraram que pacientes com risco de uso indevido de opióides relataram significativamente menos uso de reavaliação (M = 25,31, DP = 7,33) do que aqueles que supostamente tomaram opioides como prescritos (M = 30,28, DP = 7,50), $p < 0,001$, mas diferiram em relação à supressão estratégias. O uso reduzido de reavaliação foi associado ao maior desejo de opiáceos e sofrimento emocional que

mediaram a associação entre os déficits de reavaliação e o risco de uso indevido de opioides. Além disso, houve um efeito indireto significativo do uso indevido de opioides no sofrimento emocional por meio do uso da reavaliação.

(4) Principais resultados

Referindo-se aos principais resultados, as pesquisas apontam que em catorze (48%) dos estudos os resultados foram significativos, ou seja colaboraram para a melhora dos estados de dor nos pacientes, como se pode apreender no estudo de Torres; Pedersen; & Pérez-Fernández (2018) cujo objetivo foi examinar a eficácia preliminar de uma intervenção Grupal Musical e Imagética (GrpMI), que incluiu relaxamento, música e imagens espontâneas, para melhorar o bem-estar psicológico subjetivo, capacidade funcional e saúde, percepção da dor, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia (FM) e concluiu, após análises intra-grupo, que os participantes GrpMI tiveram um aumento significativo no bem-estar psicológico e diminuição significativa no impacto da FM na capacidade funcional e saúde, percepção da dor, ansiedade e depressão pós-tratamento, com benefício sustentado em três acompanhamento mensal para todas as variáveis, exceto o bem-estar psicológico. Os participantes do grupo controle apresentaram diminuição na ansiedade-traço e depressão no pós-tratamento, sem benefício significativo no seguimento de três meses. Análises intergrupos mostraram que, em comparação com os participantes do grupo controle, os participantes do GRpMI apresentaram escores significativamente mais altos para o bem-estar psicológico e ansiedade pós-tratamento no estado inferior; no entanto, não foram observadas diferenças entre os grupos no seguimento de três meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos estabelecidos buscou-se e analisou-se as publicações sobre o tema ‘Intervenção psicológica grupal na dor crônica’ disponível *on line*, no PsycINFO. Especificamente se investigou as seguintes variáveis:

No (1) Tipo de estudo, destacou-se a pesquisa de campo, do tipo experimental, com abordagem interventiva.

Os (2) Sujeitos da Pesquisa não foram mencionados na maioria dos estudos, sendo, a seguir, as mulheres e idosos os mais citados.

Os (3) Tipos de intervenção mais frequentes foram os ‘não-invasivos’ como: educação em saúde, grupos, reunião clínica, interdisciplinar com psicólogo, psicológica *on line* e/ou artística.

Os (4) Principais resultados encontrados foram significativos positivamente.

Essa pesquisa tem limitações que dizem respeito, primeiro ao tamanho pequeno da amostra estudada. Em segundo lugar, os resultados encontrados dizem respeito a populações específicas, com contextos histórico-culturais muito distintos.

São necessárias novas pesquisas que visem corroborar os dados encontrados, especialmente, utilizando-se um maior espaço temporal.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association – APA (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 992p.

American Psychiatric Association – APA (2019). Psycnet.apa.org . Recuperado de : <https://psycnet.apa.org/search/results?id=ec32611e-d74f-2f0d-65c1-f880250d3ced&tab=PI&sort=PublicationYearMSSort%20desc,AuthorSort%20asc&display=25&page=3> > Acesso em 22, mai,2019.

Bléger, J. (1989). *Temas em psicologia: Entrevista e Grupos*. Tradução Rita Maria M. de Moraes, revisão Luis Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. Ministério da saúde (s/d). Departamento de Informática do SUS - DATASUS

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiSP.def>> Acesso em: 15, nov, 2017.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde (2012). Portaria Nº 1.083, de 2 de

Outubro de 2012. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica*. Recuperado de

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/anexo_prt1083_02_10_2012.pdf>

acesso em: 03, jul, 2019.

Bushnell, M. C., Ceko, M. & Low, L.A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience* (14) 502–511. Recuperado de <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n7/abs/nrn3516.html>.

Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias – Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1969/ 1996): Estudos sobre a histeria, In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Volume II. Rio de Janeiro: Imago

Garland, Eric L.; Hanley, Adam W.; Bedford, Carter E.; Zubieta, Jon-Kar; Howard, Matthew O.; Nakamura, Yoshio; Donaldson, Gary W.; & Froeliger, Brett (2018). Reappraisal deficits promote craving and emotional distress among chronic pain patients at risk for prescription opioid misuse. *Journal of Addictive Diseases*, Jun 1 , 2018, No Pagination Specified Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1080/10550887.2018.1459148>> Acesso em: mai, 2019.

Klein, M. (1957/1984). *Inveja e gratidão: estudo das fontes do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago.

Laurentiis, V. R. F. (2016). *Corpo e Psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.

- Mello-Filho, J.; Burd, M. (org)(2010). *Psicossomática hoje* [recurso eletrônico]. 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.
- Ocampo, M.L, S.; Arzeno, M.E.G.; Píccolo, E. G. e colaboradores (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Organização Mundial da Saúde - OMS – (2014). *CID-10, V.1 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados À Saúde*. Formato: LIVRO.
- Powers, Abigail; Madan, Alok; Hilbert, Megan; Reeves, Scott T.; George, Mark; Nash, Michael R.; & Borckardt, Jeffrey J.(2018) Effects of combining a brief cognitive intervention with transcranial direct current stimulation on pain tolerance: A randomized controlled pilot study. *Pain Medicine*, Vol 19(4), Apr 2018, 677-685. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx098> > Acesso em: mai, 2019.
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor SBED (s/d). capitulo *O que é dor?* Recuperado de << <http://sbed.org.br/o-que-e-dor/>> Acesso em jul, 2019.
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor_SBED, (s/d). 5º Sinal Vital. Recuperado de: <http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>, acesso em: jul, 2019
- Souza, A. P. R.; Crestani, A. H.; Vieira, C. R.; Machado, F. C. M.; & Pereira, L. L. (2011, Jan./fev.). O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. *Revista CEFAC* Vol. 13(1), p. 140-151. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n1/200-09.pdf>
- Torres, Esperanza; Pedersen, Inge N.; & Pérez-Fernández, José I. (2018) Randomized trial of a Group Music and Imagery Method (GrpMI) for women with fibromyalgia. *Journal of Music Therapy*, Vol 55(2), Sum 2018, 186-220. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thy005> > Acesso em: mai, 2019

Turner; Liang; Rodriguez; Bobadilla; Simmonds; & Yin (2018). Randomized trial of a low-literacy chronic pain self-management program: Analysis of secondary pain and psychological outcome measures. *The Journal of Pain*, Aug 24 , 2018, No Pagination Specified. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.010>> Acesso em: mai, 2019.

Volich, R.M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates a Psicanalise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volpato, Gilson Luiz e colaboradores (2013). *Dicionário crítico para redação científica*. Botucatu, SP: Best Writing

Williams, A.; Dongen; Kamper; O'Brien; Wolfenden; Yoong; Hodder; Lee; Robson; Haskins; Rissel; Wiggers; & Williams (2018). Economic evaluation of a healthy lifestyle intervention for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, Dec 4 , 2018, No Pagination Specified Recuperado de : <<http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1334>> Acesso em: mai, 2019.

Winnicott, D. W. (1965/1994). O valor da consulta terapêutica. In: Winnicott, C.; Shephard, R. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas (1994). P. 244-248

Winnicott, D. W. (1971/1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Zimmerman, D. E. (1997). *Grupoterapia Psicoanalítica*. In: Zimmerman, D. E., Osório, L. C. e colaboradores. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed

Sueli dos Santos Vitorino – Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo_ IPUSP. Professora, nível graduação, na Universidade Mogi das Cruzes_UMC. Professora, nível pós-graduação, nas Faculdades Educatie. E-mail: suelidosantos@hotmail.com

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo - Livre docente e Professora em nível graduação e pós-graduação no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo_ IPUSP.