

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Michaele Terena Saban

Análise dos efeitos da
Terapia de Aceitação e Compromisso
em grupo de clientes com dor crônica

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

São Paulo

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Michaele Terena Saban

Análise dos efeitos da
Terapia de Aceitação e Compromisso
em grupo de clientes com dor crônica

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento sob orientação da Profa. Dra. Nilza Micheletto.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos de fotocopiadora ou eletrônicos.

São Paulo, ____ de março de 2013,

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos três participantes desta pesquisa. Aprendi muito com vocês. O trabalho só tem sentido para aquele que sente o trabalho.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha família e amigos. Não há palavras que descrevam o valor que vocês têm para mim.

Obrigada, Beatriz Saban, você sempre acreditou em mim e me apoiou. E muito obrigada por corrigir minha dissertação!

Obrigada, José Cezar Saban Junior, por todas as oportunidades que você me deu de estudar e me desenvolver, e por gostar do meu trabalho sem nem ler uma palavra do que escrevo. Muito obrigada pela confiança, Pai!

Obrigada, Pedro Stevan Saban, pelos inúmeros almoços que você me aguentou falar da dissertação. Muito obrigada pelo companheirismo, meu irmão, você é uma das minhas pessoas preciosas desta vida.

Obrigada Kali Marina Saban, pelos desafios que você me faz enfrentar e as dificuldades que me faz superar, lhe agradeço muito minha irmã querida!

Obrigada, Nelma Madeira e Flávia Marcon Abud, vocês fizeram parte desta pesquisa e me ajudaram muito, foi muito bom e divertido trabalhar com vocês! Obrigada!

Obrigada, meus amigos, por todo incentivo, por toda a paciência e principalmente todo o carinho que temos. Obrigada à Nadia Regina Prando, à Gabrielle Maria de Figueiredo, ao Gabriel Careli, à Patrícia Schatz, ao Caio Ramos, ao Marco Rempel, à Ana Luisa Junqueira Tavares Correa, à Nina Bartlewski Simões, ao Pedro Emílio Guglielmo, ao Teo Garfunkel, à Mirthes Schmit, à Mari Peres Bernauer, ao Chistian Rivolta Bernauer, ao Henrique Carpigiani Ribeiro, ao Victo Mangabeira, à Samanta Cavalcanti e a muitos, mas muitos outros que moram em meu coração.

Obrigada a todos os meus amigos de turma do mestrado, Thais Martins, Rita de Cássia Prado, Larissa Santos, Leidiany Silva, Juliana Silvério ou melhor Professora, a toda a caravana do nordeste, ao Luciano João Lobatu, Taynã Malaspina Bonifácio, à Talita Lopes Selios, à Samira Wegbecher, à Tereza

Cruz, à Maria Dinalva Cazzoalato (que não era da turma do mestrado mas era como se fosse, muito obrigada Di, por todo o apoio e carinho), ao Thomas Woelz, e a todos os outros que tive a satisfação de dividir esses anos de mestrado, com muita felicidade. Obrigada!

Um obrigada especial à Nilza Micheletto. Nilza, agradeço a todo o apoio, ao companheirismo, à paciência, a confiança e principalmente aos momentos difíceis que passei durante esses três anos que trabalhamos juntas e você estava lá para me ajudar. Muito obrigada mesmo!

Obrigada, Francisco Lotufo Neto, pelas oportunidades que me ofereceu, pela liberdade que me concedeu para trabalhar, pelas orientações e principalmente pelo exemplo de profissional que você é, Lotufo! Muito obrigada.

Obrigada, Roberto Banaco, pela atenção minuciosa que deu ao meu trabalho, pela inspiração que é o trabalho que você desenvolve como pesquisador e clínico, e principalmente pelas discussões que temos, que chego até sonhar com elas.

Obrigada a todas as professoras do programa! Aprendi muito com vocês nesses anos de mestrado! Muito obrigada. Levarei o que aprendi aqui para o resto da minha vida.

Obrigada, Paula Gioia, foi um imenso prazer tê-la como professora. Admiro muito a forma como você lida com as pessoas e agradeço pela forma carinhosa que me tratou todos esses anos. Muito obrigada!

Obrigada, Maria Luisa Guedes, aprendi muitas coisas com você Ziza. Ética, respeito e principalmente o compromisso como professora. Nunca me esquecerei de como você, sem nem me conhecer, me deu a mão e o braço para estudar (algo que na época você nem gostava tanto). Significou muito para mim, Ziza, obrigada!

Obrigada, Maria do Carmo Guedes, por tudo que você contribuiu em minha formação, pelas histórias e por passar a compreensão de que a ciência são pessoas! Muito obrigada.

Obrigada à Jacqueline Pistorello, ao Steven Hayes, ao Benjamin Schoendorff, à Marie-France Bolduc, à Ingrid Ord, ao Juha Nieminen, ao Akihiko Masuda, ao Robert Brockman, e a tantos outros que encontro nos congressos da ACBS. Obrigada por todo o conhecimento, pela alegria e honra de poder estudar com vocês, muito obrigada!

Obrigada, ao Kevin Vowles, ao Lance McCracken e à JoAnne Dahl, pela disponibilidade em me ajudar na pesquisa, pelo material que me autorizaram a utilizar e principalmente pelo trabalho que vocês desenvolvem com dor crônica, que é inspirador. Muito obrigada!

Obrigada, Alessandra Avanzi! Pelas supervisões, pelos ensinamentos valiosos, por todo o cuidado e carinho. É um imenso prazer trabalhar com você, Picky! Você é uma supervisora incrível e uma pessoa melhor ainda!

Obrigada, Karen Vogel! Pelo companheirismo, pela amizade, pelos inúmeros momentos maravilhosos que passamos em nossas aventuras, pelo cuidado e pela pessoa espetacular que você é! Muito obrigada Tatu!

Obrigada, Desirée Cassado! Por todo o companheirismo, pela amizade, pelas conversas, pela alegria do seu ser! Muito obrigada.

Obrigada ao grupo de estudo que participo estudando ACT: Roberta Kovac, Yara Nico, Willian Perez, Adriana Fidalgo, Marcelo Szajubok, Antonio Carlos Pacheco, Desirée Cassado e Alessandra Avanzi. Aprendo muito com vocês! É realmente um prazer!

Obrigada aos meus clientes. Aprendo muito com vocês e é uma honra fazer parte de suas histórias de vida.

Obrigada, Amanda Santana dos Santos, você acompanhou de perto a elaboração deste trabalho e me ajudou muito mesmo. Lhe agradeço por isso, por seu trabalho e pela lealdade, Amanda, obrigada!

Obrigada, Alex de Oliveira Gomes, pela inspiração.

Obrigada aos meus animais de estimação, Mantcha, Tiger e Poly, por estarem sempre ao meu lado e pelo amor incondicional.

Obrigada, Heidi, por toda luz, criação, geração, transformação e transmutação! Muito obrigada!

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
Terapia de Aceitação e Compromisso.....	1
Dor e Tratamento.....	2
Pesquisas envolvendo ACT e dor crônica.....	4
Objetivos.....	11
MÉTODO.....	13
Participantes.....	13
Perfil dos participantes.....	13
Material e Instrumentos.....	14
O protocolo de tratamento.....	14
Instrumentos.....	15
Local.....	17
Procedimento.....	17
1. Convocação dos participantes.....	17
2. Entrevista inicial.....	18
3. Delineamento de sujeito único e linha de base múltipla.....	19
4. Intervenção.....	21
Medidas.....	43
RESULTADOS.....	45
Medidas secundárias.....	45

1. Dor.....	45
2. Ansiedade e depressão.....	48
3. Qualidade de vida.....	50
4. Aceitação da dor crônica.....	53
Medidas primárias.....	55
1- Respostas nos episódios de dor.....	55
2 - Respostas após a sensação da dor.....	56
3. Respostas antecedentes à sensação de dor.....	66
4. Seqüência de respostas.....	69
5. Tempo de fala na sessão.....	73
DISCUSSÃO.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	90

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Delineamento da pesquisa e faltas dos participantes.....	20
<i>Figura 2.</i> Relação entre dor, emoções e ações.....	25
<i>Figura 3.</i> Ciclo vicioso da dor.....	33
<i>Figura 4.</i> Queda no funcionamento de atividades diárias em virtude do ciclo vicioso.....	33
<i>Figura 5.</i> Intensidade da dor medida numa escala de 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível) no decorrer das semanas da pesquisa. A linha corresponde à média semanal da intensidade da dor registrada no diário da dor, os marcadores isolados correspondem às informações retiradas do Breve Inventário de Dor Crônica. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.....	47
<i>Figura 6.</i> Nível de ansiedade e depressão medidos pela escala HAD no decorrer das semanas da pesquisa. De 0 a 8 pontos não é considerado que a pessoa tenha depressão ou ansiedade, acima disso sim. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados.....	49
<i>Figura 7.</i> Pontuação no questionário WHOQOL-BREV no decorrer das semanas da pesquisa. Nessa escala, o domínio que tiver de 0 a 2,9 necessita melhorar, de 3 a 3,9 está regular, de 4 a 4,9, bom, e 5, muito bom. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados.....	52

Figura 8. Pontuação no Questionário de Aceitação da Dor Crônica no decorrer das semanas da pesquisa. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterísco, semanas sem sessão devido aos feriados.....54

Figura 9. Número de respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) e respostas potencialmente reforçadas negativamente (RPRN) por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.....58

Figura 10. Número de respostas emitidas após a sensação de dor registradas no diário da dor por semana que indicam a possibilidade de reforçamento positivo (painéis da esquerda) e a possibilidade de reforçamento negativo (painéis da direita) no decorrer das semanas da pesquisa. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.....63

Figura 11. Número de respostas de atividade e repouso antecedentes à sensação de dor por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante..67

Figura 12. Número de seqüências de resposta de atividade, sensação de dor e resposta de repouso (seqüência ADR) de cada participante por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões para o grupo 1 (L e A); a linha contínua, o inicio das sessões para o grupo 2 (J); o asterísco, semanas sem

sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.....72

Figura 13. Porcentagem de tempo de fala de cada participante nas sessões (painel de cima) e porcentagem de tempo de fala de L com a e de A com L (painel de baixo).....74

Figura 14. Taxa de RPRP e de RPRN por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.....114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Variáveis independentes e dependentes manipuladas em estudos que avaliaram os efeitos da ACT sobre dor crônica</i>	10
Tabela 2. <i>Análise dos tratamentos para a dor – custos e benefícios</i>	23
Tabela 3. <i>Opções de ações frente à dor</i>	24
Tabela 4. <i>Registro da atividade de atenção dirigida</i>	27
Tabela 5. <i>Tabela de valores</i>	30
Tabela 6. <i>Tabela de ações e resultado</i>	35
Tabela 7. <i>Resultado das ações</i>	39
Tabela 8. <i>Sumarização dos dados da participante L das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo</i>	117
Tabela 9. <i>Sumarização dos dados da participante L das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo</i>	118
Tabela 10. <i>Sumarização dos dados do participante A das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo</i>	119

Tabela 11. *Sumarização dos dados do participante A das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo*.....120

Tabela 12. *Sumarização dos dados da participante J das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo*.....121

Tabela 13. *Sumarização dos dados da participante J das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo*.....122

Saban, M. T. (2013). *Análise dos efeitos da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo de clientes com dor crônica*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 112 págs.

Orientadora: Nilza Micheletto

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar o efeito da adaptação do protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach” (Vowles & Sorrell, 2007), baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (1999) em três participantes com dor crônica que frequentavam o Centro de Reabilitação e Hospital Dia de um hospital público da cidade de São Paulo. Foi utilizado um delineamento de linha de base múltipla em que a intervenção foi iniciada para dois participantes num momento e para o último participante quatro semanas depois. As formas de mensuração dos dados foram questionários (Questionário de Perfil, Questionário de Histórico da Dor, Inventário Breve de Dor, WHOQOL-BREV, Escala HAD, e Questionário de Aceitação da Dor Crônica) aplicados numa entrevista inicial, antes da intervenção, durante, após e no seguimento de seis a nove semanas depois da intervenção a depender do participante; observação do tempo de fala dos participantes na sessão; e um auto-registro da contingência em que o participante sentia dor por uma semana antes da intervenção e no decorrer das semanas em que ocorreram as oito sessões. Os resultados demonstram que a intervenção beneficiou os participantes, principalmente na diminuição dos episódios de dor, na diminuição da utilização de medicação e descanso devido à dor. Comparando antes da intervenção e o seguimento, todos os participantes melhoraram em relação à ansiedade e suas relações sociais. O auto-registro foi o instrumento que mais forneceu informações sobre o processo terapêutico e mostrou-se metodologicamente a opção mais interessante de mensuração nesta pesquisa.

Palavras-chave: Dor crônica, Terapia de Aceitação e Compromisso, auto registro.

Saban, M. T. (2013). *Analysis of the effects of Acceptance and Commitment Therapy in group of clients with chronic pain*. Masters Dissertation. Program of Post Graduate Studies in Experimental Psychology: Behavior Analysis, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 112 pages.

Thesis Advisor: Nilza Micheletto

Research Line: Methodologies and Technologies Intervention Development.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the effect of the protocol adaptation "Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach" (Vowles & Sorrell, 2007), based on Acceptance and Commitment Therapy (1999) in three participants with chronic pain who attended the Rehabilitation Centre and Day Hospital Psychiatry Institute of a public hospital in São Paulo. A multiple baseline design was used, where intervention was initiated to two participants at a time and the last participant to four weeks later. The forms of measurement data were questionnaires (Profile Questionnaire, Questionnaire History of Pain, Brief Pain Inventory, WHOQOL-Brev, HAD Scale and Chronic Pain Acceptance Questionnaire) applied an initial interview, before the intervention, during, and 6-9 weeks follow-up depending on participant; observation time speech of the participants in the session; and an auto registration contingency in which the participant fulfilled when was in pain for a week before the intervention and during the weeks that occurred in the eight sessions. The results demonstrate that the intervention was benefit to participants, particularly in the reduction of pain episodes, reduction of medication use and rest due to pain. Comparing pre-intervention and follow-up, all participants improved in relation to anxiety and social relationships. The auto record was the instrument that yields information about the therapeutic process and was methodologically the most interesting option for measuring in this search.

Keywords: Chronic pain, Acceptance and Commitment Therapy, auto registration.

O presente trabalho é uma investigação dos efeitos de uma intervenção terapêutica em grupo para clientes com dor crônica. A dor crônica se caracteriza por uma dor persistente após a cura da lesão que a originou ou relacionada a processos patológicos crônicos (Carvalho, 1999), de causas variadas (doenças, tecidos danificados, ou não específicas, entre outras). Além da origem da dor, ela pode ser influenciada em sua evolução, implicações e duração por aspectos psicológicos, sociais, culturais e ocupacionais (Carvalho, 1999).

A dor crônica pode acarretar diversas condições aversivas, tanto físicas (por exemplo, alteração no desempenho motor, perda do condicionamento muscular, distúrbios do sono), como psicológicas (alterações afetivas e problemas de adaptação) e de funcionamento na vida cotidiana, como desempenho no trabalho, interação social, familiar, atividades domésticas, entre outros aspectos de qualidade de vida (Carvalho, 1999).

O tratamento para dor crônica consiste em componentes biomédicos (medicamentos, cirurgias, etc.), e terapias, entre elas a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem dois objetivos principais: a aceitação de pensamentos, sentimentos, sensações corporais e memórias aversivas, isto é, a diminuição de comportamentos de fuga e esquiva na presença destes eventos e o engajamento em ações que produzam reforçamento positivo (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

A ACT fundamenta-se no Behaviorismo Radical e na Teoria dos Quadros Relacionais (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). A RFT é uma extensão dos estudos de Sidman sobre equivalência de estímulos, que considera, não apenas as relações de equivalências, denominadas por Hayes e colaboradores de coordenação, mas também outros tipos de relações que os indivíduos são treinados pela comunidade verbal por meio de diversas situações durante a

vida, como relações de oposição, distinção, comparação, hierarquia, temporalidade, espacialidade, condicionalidade e causalidade e relações dêiticas (localização no tempo e espaço) (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Esta capacidade de relacionar estímulos, segundo a RFT, amplifica a estimulação aversiva vivenciada na história de vida nas relações construídas por meio da linguagem e propicia um repertório de fuga e esquiva destes. A ACT busca diminuir esse repertório de fuga e esquiva, motivar e treinar outras respostas alternativas reforçadas positivamente.

No caso da dor crônica, os objetivos da ACT são:

- diminuir as respostas de fuga e esquiva da dor (como ficar em casa, parar as atividades profissionais e acadêmicas, diminuição do contato social e familiar, entre outros) que tem impacto negativo na vida do indivíduo, e
- o aumento do repertório de respostas controladas por reforçadores positivos mesmo na presença da dor.

Dor e tratamento

“A dor pode ser uma relação reflexa, pode ter que ser observada e descrita de maneira precisa para que os profissionais da saúde possam dar assistência ao cliente, e/ou ser uma solicitação de atenção ou de liberação de tarefas e condições aversivas.” (Welenska e Banaco, 2010, p. 420)

A dor é uma sensação do corpo causada por uma lesão ou processos patológicos (Carvalho, 1999). Como uma sensação do corpo, ela é um estímulo aversivo encoberto (dentro da pele), que elicia respondentes e evoca respostas de fuga e esquiva como operação motivadora.

A presença do estímulo dor como sensação corporal também pode evocar respostas verbais, como “dor”, seja por equivalência, ou por reforçamento direto da comunidade verbal de reforçar o tato de “dor” ou por uma história de reforçamento específica, em que o relato da dor foi

acompanhado por alguma consequência seja reforçadora positiva como atenção ou negativa como liberação de tarefas e algum remédio para a dor. Nesses casos a dor é um estímulo na mesma classe de equivalência à palavra “dor”, ou é um estímulo discriminativo para a resposta de descrição da dor, ou é uma operação motivadora em que a resposta verbal é uma fuga ou esquiva do estímulo aversivo dor (Welenska e Banaco, 2010).

O objetivo do tratamento para a dor crônica com a ACT, especificamente no protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach” (Vowles & Sorrell, 2007) utilizado na presente pesquisa, é “diminuir o impacto negativo da dor na vida.” (Vowles & Sorrell, 2007, p. 3). Diz respeito à restrição do repertório geral para respostas de fuga e esquiva observadas na presença de estimulação aversiva persistente, como no caso da dor crônica. Isto quer dizer diminuir as respostas de fuga e esquiva da dor que produzam um afastamento momentâneo da dor ou de estímulos que a acompanham, ineficazes a longo prazo e que diminuam a frequência de outros comportamentos concorrentes envolvendo reforçadores positivos. Uma primeira análise das ações na presença da dor é feita na sessão 1, com a descrição de comportamentos passados para eliminar a dor (tratamentos), em que o participante preenche um quadro descrevendo o que já fez para tratar sua dor e as consequências a curto e longo prazo. No caso da dor crônica em que a dor é persistente, serão poucas as ações que reduzam a dor de forma efetiva a longo prazo. Essas ações geralmente são o tratamento médico e fisioterápico adequado. As outras respostas de fuga e esquiva da dor que são efetivas apenas a curto prazo e tendem a restringir a vida do indivíduo, como excesso de medicação, deixar de trabalhar, estudar, ter atividades de lazer, sociais e diminuir a atividade física em geral, passando a ficar mais em casa e em repouso. Esta restrição no repertório geral do indivíduo é considerada o impacto negativo da dor.

O tratamento segue com diversos procedimentos para diminuir a frequência de respostas de fuga e esquiva da dor e de estímulos que a acompanham (que são ineficazes a longo prazo) e aumentar a frequência de respostas alternativas que possam produzir reforçamento positivo.

Pesquisas envolvendo ACT e dor crônica

Com base na proposta da ACT, vários protocolos de intervenção foram criados, entre eles o “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach”, desenvolvido em 2004 e aprimorado até 2007 por Kevin E. Vowles e John T. Sorrell no Centro de Pesquisa da Dor da Escola de Saúde, na Universidade de Bath e no Centro San Mateo.

Vowles, Wetherell e Sorrell (2008) investigaram os efeitos deste protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach” em dois estudos. O protocolo é em grupo e contém oito sessões semanais. No primeiro estudo, compararam os seguintes índices, obtidos por meio de questionários, antes e depois do tratamento:

- aceitação da dor crônica (utilizando o questionário Chronic Pain Acceptance, de McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004),
- dor (utilizando o questionário McGill Pain Questionnaire Short Form, de Melzack, 1987),
- depressão (utilizando o questionário Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, de Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Lock, 1977),
- ansiedade relacionada à dor (utilizando o questionário Pain Anxiety Symptoms Scale Short Form, de McCracken & Dhingra, 2002) e
- incapacidades (utilizando o questionário Pain Disability Index, de Pollard, 1984)

No segundo estudo, utilizaram os mesmos índices e medidas para comparar os efeitos do protocolo baseado na ACT com um protocolo baseado em terapia cognitivo comportamental.

Os índices dos questionários foram analisados segundo a porcentagem de melhora do pré para o pós tratamento, sendo considerado pequeno de 20 á 50%, médio de 50 á 80% e grande acima de 80%. Os resultados do primeiro estudo indicam melhora grande na aceitação, na dor e na depressão, média para incapacidades e pequenas para ansiedade relacionada à dor. No segundo estudo, na análise entre pré e pós tratamento, houve melhora grande na depressão e na ansiedade para ambos os grupos, e no segundo melhora maior

no grupo de ACT do que o CBT. Comparando o grupo de ACT do segundo estudo com o primeiro, obtiveram um efeito médio na aceitação e dor, uma melhora grande na depressão, na ansiedade relacionada à dor e incapacidades. O grupo CBT obteve resultados com magnitude menores que o grupo ACT com exceção da aceitação que teve um efeito grande.

Outras pesquisas recentes investigaram os efeitos da ACT em clientes com dor crônica. Wicksell, Melin e Olsson (2007) estudaram um tratamento baseado na ACT com sessões semanais e individuais por 14.4 semanas em média com adolescentes que apresentavam dor crônica. Os dados foram coletados antes do início do tratamento, ao fim, três e seis meses depois.

As faltas na escola diminuíram 68% no pós tratamento, o funcionamento no cotidiano melhorou 63% (medido pelo questionário Functional Disability Inventory- child form - FDI Walker & Greene, 1991), a intensidade da dor, 46% (medida por uma escala de 0 a 10) e a reclamação sobre dor, 27% (utilizando o questionário Pain Coping Questionnaire - PCQ Reid et al., 1998). Estes resultados se mantiveram no segmento de três e seis meses. Já a interferência da dor diminuiu 53% no pós tratamento e continuou diminuindo significativamente nos seguimento de três e seis meses.

Dahl, Wilson e Nilsson (2004) utilizaram um protocolo menor de quatro sessões semanais e individuais de ACT para adultos e fizeram uma comparação entre o grupo que recebia ACT e tratamento médico usual (consulta médica, de especialistas e fisioterapia), com um grupo que recebera apenas tratamento médico usual. Os momentos de coleta dos dados foram mensalmente desde seis meses antes da intervenção até seis meses depois.

O grupo da ACT e tratamento médico usual tiveram menos dias doentes (faltas no trabalho por dor) após o tratamento e no seguimento (um dia por mês em média) do que o grupo que recebeu somente tratamento médico usual (11,5 dias em média por mês). Nos 13 meses de coleta (seis meses antes do tratamento, um mês de tratamento e seis de seguimento) era esperado 49,8 dias doentes, para a população específica de trabalhadores na saúde pública. O grupo da ACT teve uma média de 8,1 dias doente e o do tratamento médico usual de 75 dias.

Quanto ao número de atendimentos médicos, não houve diferença significativa entre um mês antes do tratamento e no mês do tratamento, porém houve diminuição das visitas médicas no seguimento de seis meses com média de 2,36 para 1,9 para o grupo da ACT e tratamento médico usual e de 3,75 para 15,1 no grupo de tratamento médico usual.

Os sintomas de estresse foram medidos numa escala de 0 (nada) a 3 (muito) em 14 itens. O grupo da ACT com tratamento médico usual obteve uma média de 14,6 no pré tratamento, 9,3 no pós tratamento e 10,6 no seguimento. O outro grupo obteve 13,9, 9,5 e 11,7, respectivamente.

O número de sintomas relacionados à dor foi de média 2,5 no pré tratamento, para 1,6 no pós tratamento e 1,7 no seguimento para o grupo do ACT e tratamento usual e 2,6, 2,1 e 2,2 para o outro grupo.

A dor medida numa escala de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor mais intensa) teve uma média de 5,7 no pré tratamento, 4,5 no pós tratamento e seguimento para o grupo de ACT e tratamento usual, e 5,9, 4,9 e 5,3 para o outro grupo.

Quanto à crença dos sintomas de dor serem causados pelo trabalho não houve diferença significativa dentre as condições.

Outro tipo de comparação entre grupos foi utilizada por McCracken, Vowles e Eccleston (2005). Eles estudaram os efeitos de um tratamento interdisciplinar para dor (psicológico baseado na ACT, fisioterápico, ocupacional, de enfermagem e médico) por um período de 3 a 4 semanas. As sessões eram feitas em grupo, de cinco a seis vezes por semana, com duração de seis horas por dia. Os resultados foram comparados com um período de espera anterior ao tratamento (dados recolhidos em entrevistas 3.9 meses antes do início, em média). Os momentos de coleta dos dados foram no primeiro contato (no mesmo período das entrevistas), antes do tratamento, ao fim e três meses depois.

O período de lista de espera (primeiro contato) até antes de começar o tratamento, não houve alteração significativas nas medidas com exceção da porcentagem de participantes sem prejuízos no trabalho devido à saúde que foi de 11,4% no primeiro contato para 19,7% antes de começar o tratamento.

Comparando as medidas antes e depois do tratamento houve uma redução na dor de 18,3% (medida numa escala de intensidade da dor de 0 a 10), na depressão de 41,2% (medida pelo The Beck Depression Inventory - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), na ansiedade relacionada à dor de 18,3% (utilizando o questionário Pain Anxiety Symptoms Scale Short Form, McCracken & Dhingra, 2002), na incapacidade física de 25%, nas incapacidades psicossociais de 39,3% (as incapacidades físicas e psicossociais foram medidas pelo questionário Sickness Impact Profile - SIP; Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981), no tempo de descanso de 61,8%, e no desempenho físico de 15,9% na velocidade da caminhada (medida pelos segundos gastos para percorrer 10 metros), e 48,2% de desempenho ao sentar e levantar (medido pela frequência de sentar e levantar durante um minuto).

No período de pós tratamento até o seguimento, todas as 10 variáveis de resultado (intensidade da dor, depressão, ansiedade relacionada à dor, desabilidade física, psicossocial, horas de descanso por dia devido à dor, número de medicação para dor, visitas médicas, velocidade para andar, frequência de sentar e levantar e porcentagem de dias que os participantes trabalharam) obtiveram melhora significativa comprovado o período de lista de espera. Comparado com a fase de tratamento, houve uma diminuição de visitas médicas relacionadas à dor de 43,9%. A dor, depressão e o tempo de descanso devido à dor aumentaram no seguimento comparada ao pós tratamento, porém ainda estavam significativamente mais baixos do que no pré tratamento. A dor teve uma redução de 11,4% comparada com o pré tratamento, a depressão continuou média como no pós tratamento, o tempo de descanso diminuiu 41,8% comparado com o pré tratamento e o número de participantes sem prejuízos no trabalho devido à dor aumentou 8,6%. Para as outras variáveis, não houve redução significativa no seguimento das melhoras alcançado no pós tratamento.

O resultado da melhora de funcionamento foi correlacionado com aceitação da dor crônica, isto é, a aceitação da dor medida pelo questionário Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ; Geiser, 1992) variou conjuntamente com a medida de funcionamento emocional, social e físico.

Vowles, McCracken e Eccleston (2007) utilizaram um tratamento interdisciplinar semelhante à McCracken, Vowles e Eccleston (2005) e também fizeram um estudo de correlação avaliando efeitos de variáveis independentes em variáveis dependentes utilizando regressão múltipla (analisam a variação conjunta dos índices medidos). O tratamento consistia em condicionamento físico, treinamento de habilidades, em manejo de atividades e orientações médicas e psicológicas (baseadas na ACT). Dados foram coletados antes do início do tratamento, ao término e três meses depois.

Nas medidas antes, após o tratamento e no seguimento de três meses houve redução significativa nos índices de depressão (medida pelo The Beck Depression Inventory - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, com médias de 20,2, 11,8 e 15, respectivamente), ansiedade relacionada á dor (medida pelo Pain Anxiety Symptoms Scale - PASS; McCracken, Zayfert, & Gross, 1992, com médias de 87,5, 69,2 e 69,3), incapacidades físicas (médias de 0,2, 0,13 e 0,14) e psicológico (ambas medidas pelo Sickness Impact Profile - SIP; Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981, com médias de 0,28, 0,16 e 0,18), reclamação sobre dor (medida pelo questionário Pain Catastrophizig Scale - PCS; Sullivan et al., 1995, com médias de 24,7, 16,8 e 17,7) e dor (medida numa escala de 0/nenhuma dor a 10/máximo de dor, com média 6,9, 6 e 6); e de melhora significativa na aceitação (medida pelo Chronic Pain Acceptance Questionnaire - CPAQ; Geiser, 1992, com médias de 50,6, 65,8 e 65,2), na velocidade da caminhada (médias de 17,6, 10,7 e 12,6 segundos para percorrer 10 metros) e na frequência de sentar e levantar em 1 minuto (médias de 10,3, 17,9 e 19).

Neste estudo, na avaliação da variação conjunta dos índices medidos observou-se que os resultados obtidos no questionário que avalia a aceitação da dor crônica e a reclamação da dor foram correlacionados com esses resultados. Isto é, quanto maior a aceitação da dor crônica, menos reclamações sobre a dor e melhores resultados independente da intensidade da dor.

Outra forma de pesquisar a ACT fora do âmbito terapêutico de consulta foi desenvolvida por Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates,

Gallimore e McCall (2007). O procedimento da pesquisa consistia em apresentar para cada participante individualmente uma instrução gravada, seguida por um teste físico, outra instrução gravada e novamente o teste físico. Os pares de instruções gravadas eram de três tipos: baseadas em aceitação da dor, baseadas em controle da dor ou atenção placebo (orientação de continuar na tarefa). Os momentos de coleta dos dados foram uma a duas semanas antes do procedimento, após a primeira e após a segunda gravação (testes físicos). O grupo de ACT apresentou um melhor desempenho físico (Physical Impairment Index - PII; Waddell, Somerville, Henderson, & Newton, 1992) do que os outros dois grupos (controle da dor e atenção placebo), com 16,3% de melhora no grupo de aceitação comparado com o primeiro teste, piora de 8,3% no grupo controle e melhora de 2,5% no de atenção placebo.

Na terapia há diversas contingências ocorrendo na interação entre terapeuta e cliente. Para estudar essas relações, os pesquisadores elegem a) variáveis hipoteticamente relevantes na mudança, as variáveis independentes – os elementos que podem produzir mudança e b) variáveis dependentes, comportamentos ou indicadores de mudanças almejadas na terapia – o objetivo terapêutico. Na Tabela1 são apresentadas as variáveis independentes, as variáveis dependentes e quais foram os instrumentos de medida utilizados nas pesquisas citadas.

As variáveis dependentes, isto é, os indicadores de resultado na terapia foram número de dias doente, de visitas médicas, medicações, horas descansando ou dormir em momento que tem dor, desempenho físico, presença na escola, habilidades gerais de funcionamento no cotidiano, incapacidades físicas e psicossociais, qualidade de vida, dor, depressão e emoções estressantes em geral, ansiedade relacionada à dor, esquiva da dor, aceitação da dor crônica e reclamação sobre a dor. E os resultados indicaram que as intervenções baseadas na ACT promoveram menos dias doentes (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004), menos utilização de recursos médicos (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004 e McCracken, Vowles & Eccleston, 2005), melhora no funcionamento emocional, social e físico (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005), melhora na depressão, na ansiedade relacionada à dor, nas incapacidades físicas e emocionais (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007),

Tabela 1 – Variáveis independentes e dependentes manipuladas em estudos que avaliaram os efeitos da ACT sobre dor crônica

Pesquisa	Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Wicksell, Melin e Olsson (2007)	Sessões semanais e individuais de ACT por 14.4 semanas em média	<p>Medicações (Pontuação numa escala de 0 a 3, 0- quase nunca; 1- utilizou medicação de 1 a 3 vezes por mês; 1 a 3 vezes por semana; quase todos os dias)</p> <p>Reclamações sobre a dor (Pain Coping Questionnaire - PCQ Reid et al., 1998)</p> <p>Dor (De 0 a 10, a intensidade e quanto o impediu de fazer atividades)</p> <p>Depressão e emoções estressantes em geral (Children's Depression Inventory - CDI Kovacs, 1985)</p> <p>Habilidades gerais de funcionamento no cotidiano (Functional disability inventory- child form - FDI Walker and Greene, 1991)</p> <p>Presença na escola (Pontuação numa escala de 0 a 3, 0- sem faltas; 1- 4h de ausência por mês; 2- 5 a 10h por mês; 3- mais de 10h por mês)</p>
Dahl, Wilson e Nilsson (2004)	Dois grupos: 1. quatro sessões semanais e individuais de ACT e tratamento médico usual (consulta médica, de especialistas e fisioterapia) ou 2. apenas tratamento médico usual	<p>Dias doente (Número de faltas no trabalho por motivos de doença)</p> <p>Visitas médicas (Número de visitas a médicos, especialistas e fisioterapeutas)</p> <p>Qualidade de vida (Life Satisfaction Questionnaire - LSQ, Carlsson, Hamrin, & Lindquist, 1999)</p> <p>Estresse (Instrumento para dor Linton Screening (Linton & Hallden, 1998)</p> <p>Dor (De 0 - sem dor - a 10 - dor insuportável - retirado do Instrumento para dor Linton Screening, Linton & Hallden, 1998)</p> <p>Credibilidade dos sintomas serem causados pelo trabalho (Questões retiradas do Linton Screening - Linton & Hallden, 1998, questionário sobre a crença dos sintomas serem causados pelo trabalho)</p>
McCracken, Vowles e Eccleston (2005)	Dois grupos: 1. período de espera antes do tratamento 2. tratamento interdisciplinar para dor (psicológico baseado na ACT, fisioterápico, ocupacional, de enfermagem e médico) de 3 a 4 semanas, em grupo, de cinco a seis vezes por semana	<p>Visitas médicas</p> <p>Número e tipo de medicações</p> <p>Horas descansando ou dormindo devido à dor</p> <p>Dor (Intensidade da dor de 0 a 10)</p> <p>Performance física (Tempo em segundos para andar 10 metros e número de vezes que consegue levantar e sentar num intervalo de 1 minuto)</p> <p>Depressão e emoções estressantes em geral (The Beck Depression Inventory - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)</p> <p>Ansiedade relacionada à dor e evitação (Pain Anxiety Symptoms Scale - PASS; McCracken, Zayfert, & Gross, 1992)</p> <p>Incapacidades físicas e psicossociais (Sickness Impact Profile - SIP; Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981)</p> <p>Aceitação da dor crônica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire - CPAQ; Geiser, 1992)</p>
Vowles, McCracken e Eccleston (2007)	Tratamento de 3 a 4 semanas, em grupo, cinco a seis vezes por semana que consistia em condicionamento físico, treinamento de habilidades de manejo de atividades, orientações médicas e psicológicas (baseadas na ACT)	<p>Performance física (Tempo em segundos para andar 10 metros e número de vezes que consegue levantar e sentar num intervalo de 1 minuto)</p> <p>Depressão e emoções estressantes em geral (The Beck Depression Inventory - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)</p> <p>Ansiedade relacionada à dor e evitação (Fear of Pain Questionnaire-Short Form, Kennedy et al., 2001, e Pain Anxiety Symptoms Scale-20, McCracken & Dhingra, 2002)</p> <p>Incapacidades físicas e psicossociais (Sickness Impact Profile - SIP; Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981)</p> <p>Dor (De 0 - sem dor - a 10 - dor insuportável - retirado do Instrumento para dor Linton Screening, Linton & Hallden, 1998)</p> <p>Aceitação da dor crônica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire - CPAQ; Geiser, 1992)</p> <p>Reclamações sobre a dor (Pain Catastrophizing Scale - PCS; Sullivan et al., 1995)</p>
Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates, Gallimore e McCall (2007)	Três grupos: 1. instruções gradas baseadas em aceitação da dor, ou 2. baseada em controle da dor ou 3. grupo de atenção placebo (orientação de continuar na tarefa)	<p>Dor (McGill Pain Questionnaire-Short Form; Melzack, 1987)</p> <p>Performance física (Physical Impairment Index - PII; Waddell, Somerville, Henderson, & Newton, 1992)</p> <p>Depressão e emoções estressantes em geral (The Beck Depression Inventory - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)</p> <p>Ansiedade relacionada à dor e evitação (Fear of Pain Questionnaire-Short Form, Kennedy et al., 2001, e Pain Anxiety Symptoms Scale-20, McCracken & Dhingra, 2002)</p> <p>Aceitação da dor crônica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire, McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004)</p>
Vowles, Wetherell e Sorrell (2008)	Estudo 1: somente um grupo recebendo oito sessões de tratamento psicológico baseado na ACT semanalmente. Estudo 2: semelhante ao estudo um com mais um grupo recebendo tratamento psicológico baseado em terapia cognitivo comportamental, em mesma quantidade.	<p>Aceitação da dor crônica (Chronic Pain Acceptance, McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004)</p> <p>Dor (McGill Pain Questionnaire Short Form, Melzack, 1987)</p> <p>Depressão (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Lock, 1977)</p> <p>Ansiedade relacionada à dor (Pain Anxiety Symptoms Scale Short Form, McCracken & Dhingra, 2002)</p> <p>Incapacidades (Pain Disability Index, Pollard, 1984)</p>

na dor (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007 e Wicksell, Melin & Olsson, 2007), na aceitação (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007), na performance física (Vowles et al., 2007, e Vowles, McCracken & Eccleston, 2007), nas habilidades gerais de funcionamento no cotidiano, na presença na escola e na reclamação sobre a dor (Wicksell, Melin & Olsson, 2007). As variáveis independentes correlacionadas, isto é, que variaram conjuntamente com os resultados foram aceitação da dor crônica (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005, e Vowles, McCracken & Eccleston, 2007) e reclamação sobre a dor (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007).

Objetivos

Os objetivos desta pesquisa foram investigar os efeitos da ACT em pacientes com dor crônica, mais especificamente do protocolo “Uma Abordagem Baseada em Aceitação” (“Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach”), desenvolvido por Kevin E. Vowles e John T. Sorrell (2007), em três participantes do Centro de Reabilitação e Hospital Dia da cidade de São Paulo sobre comportamentos frente à dor dos participantes expostos a sessões orientadas por este protocolo. Buscou-se verificar se a participação em sessões de ACT, em contexto de hospital público, esta relacionada à diminuição de comportamentos de fuga e esquiva na presença da dor e o engajamento em ações que produzam reforçamento positivo. Estes efeitos da intervenção foram avaliados por meio de medidas de fontes diversas: questionários, observação e auto-registro.

MÉTODO

Participantes:

Três participantes acima de 18 anos de ambos os gêneros foram selecionados dentre os pacientes do Centro de Reabilitação e Hospital Dia de um hospital público da cidade de São Paulo. Os critérios de inclusão foram tempo mínimo de três meses com dor, alfabetizados, e que tinham disponibilidade de comparecer a onze encontros (grupo 1) ou dez encontros (grupo 2) para coleta de dados e intervenção. Os critérios de exclusão foram desenvolvimento atípico, demências e psicoses.

Perfil dos participantes

As informações que seguem dos participantes foram retiradas do Questionário de Perfil e Histórico da Dor na entrevista inicial.

Participante L

Mulher de 41 anos, com dor à 10 anos na lombar e tornozelo direito, de intensidade 5,5. Solteira, namora e mora sozinha. Trabalhava como enfermeira até ser aposentada pelo INSS. Hoje sua rotina é arrumar a casa, ir à terapia individual uma vez por semana e nas aulas de inglês, duas vezes por semana. Suas atividades de lazer são ler, ir ao cinema, assistir TV e jogo de futebol.

Participante A

Homem de 63 anos, com dor à 26 anos na perna direita até o pé, de intensidade 5. Casado e mora com a mulher. Era policial até ser baleado e aposentado pelo INSS. Hoje sua rotina é levantar cedo, fazer o café, acordar a mulher, levá-la no serviço, almoça, faz caminhadas, busca a mulher no serviço, faz a janta, vê novela e dorme. Suas atividades de lazer são ir ao shopping, supermercado, fazer feira e viajar nas férias da mulher.

Participante J

Mulher de 47 anos, com dor à 13 anos no lado esquerdo do corpo, de intensidade 10. Casada e mora com o marido e filho de 27 anos. Trabalhava cuidando de roupas para eventos, teve um acidente de trabalho em que caiu no ônibus e foi aposentada pelo INSS. Hoje sua rotina é acordar às 5 horas, faz comida, cuida da casa, faz crochê, cuida da neta de três anos o dia inteiro, às vezes anda com ela pelo bairro, dorme umas duas horas à tarde, dá banho na neta, janta e assiste TV com o marido e filho à noite. Suas atividades de lazer são assistir TV, viajar e fazer excursões.

Material e Instrumentos

O protocolo de tratamento

Protocolo Vivendo com Dor Crônica: Uma Abordagem Baseada em Aceitação (“Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach”), desenvolvido por Kevin E. Vowles e John T. Sorrell no Centro de Pesquisa da Dor da Escola de Saúde na Universidade de Bath e no Centro San Mateo, VA Palo Alto, Centro de Cuidado da Saúde e Avaliação, desde 2004. Foi utilizada a versão de 2007, traduzida e adaptada para esta intervenção pela autora da pesquisa. Constitui-se de oito sessões em que são realizadas atividades com o grupo de clientes com dor crônica, compostas de discussões e atividades práticas, assim como atividades a serem realizadas em casa.

O protocolo original é composto por duas partes: uma para o terapeuta e outra para o cliente. A primeira, direcionada para o terapeuta, caracteriza-se pela apresentação dos objetivos e tarefas que o clínico fará nas sessões. A segunda, voltada ao participante, contém textos de apresentação das sessões, as tarefas e atividades a serem realizadas em casa.

Na presente pesquisa, a segunda parte do protocolo direcionada ao participante foi adaptada da seguinte forma: os textos de apresentação das sessões foram retirados, as tarefas durante a sessão foram entregues no momento de sua realização e ficaram, após a sessão, com a terapeuta, e as

atividades que foram realizadas em casa estão agrupadas no caderno Diário do Participante, junto com o Diário da Dor (ANEXO A).

O Diário da Dor é o registro dos episódios de dor, quanto à sua intensidade (numa escala de 0 a 10), e as circunstâncias e ações frente à dor (onde o participante estava, quando teve dor, com quem estava, o que estava fazendo, pensando e sentindo, o que fez após sentir a dor e o que aconteceu após sua ação). O Diário da Dor foi adaptado de uma outra versão de Diário da Dor do Serviço de Terapia da Dor e Medicina Paliativa do ambulatório de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo, que consiste em escrever as atividades, humor e intensidade da dor em cada dia.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa são referentes ao:

- perfil dos participantes
 - - Questionário de Perfil - questionário baseado no protocolo da equipe de psicologia do grupo de dor do ambulatório de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo. Visa obter dados de identificação do participante e dados demográficos (ANEXO B),
- dor
 - Questionário de Histórico da Dor - questionário baseado no protocolo da equipe de psicologia do grupo de dor do ambulatório de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo, voltado para obtenção de dados sobre o tipo de dor, frequência, fatores que influenciam a intensidade da dor, início e evolução (ANEXO C),
 - Inventário Breve de Dor - questionário desenvolvido pelo grupo de pesquisa sobre dor do WHO Collaborating Centre for Symptom Evaluation in Cancer Care (Centro colaborativo WHO para avaliação de sintomas no cuidado do câncer) desenvolvido para avaliar a dor quanto à sua localidade, intensidade e influência em outras atividades. A adaptação feita para esta pesquisa foi a retirada de perguntas quanto a tipologia da dor, por se tratar de questões médicas (ANEXO D),

- qualidade de vida - WHOQOL-BREV - questionário desenvolvido pelo Grupo WHOQOL (Grupo de Qualidade da Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, 1992) que mede a qualidade de vida em relação à dor nos domínios físicos, psicológico, relações sociais e meio ambiente (ANEXO E). As perguntas números 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 referem-se ao domínio físico, são somadas e divididas por 7; as perguntas números 5, 6, 7, 11, 19 e 26 são o domínio psicológico, soma-se e divide por 6; as perguntas números 20, 21 e 22 avaliam as relações sociais, soma-se e divide por 3; e as perguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 são referentes ao meio ambiente, soma-se e divide por 8. A pontuação de cada domínio é interpretada como necessitando melhorar quando é inferior a 2,9; de 3 a 3,9 é considerado regular; de 4 a 4,9 é bom; e acima de 5, muito bom.
- respostas de ansiedade e depressão –
 - Escala HAD - desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), são perguntas que investigam comportamentos denominados de ansiedade e depressão (ANEXO F). As questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 correspondem à ansiedade e são somadas de acordo com a alternativa (a primeira alternativa vale 3 pontos, a segunda 2, terceira 1 e a quarta 0). As questões restantes referem-se a depressão e são somadas também de acordo com as alternativas (a primeira vale 0, a segunda 1, terceira 2, e a quarta 3). Os valores de 0 a 8 são considerados como ausentes de ansiedade ou depressão, e os valores de 9 em diante são considerados como presentes a ansiedade ou depressão.
- aceitação da dor – Questionário de Aceitação da Dor Crônica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) - desenvolvido por McCracken, Vowles e Eccleston (2004) é um questionário de questões sobre aceitação e tentativas de controle da dor (ANEXO G). Este questionário tem duas sub escalas: engajamento em atividades (questões 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15 e 19 que são somadas de acordo com a resposta de 0 a 6) e aceitação de dor crônica (questões 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18 e 20 que são somadas de acordo com a resposta, porém 0 corresponde a 6, 1 a 5, 2 a 4, 3 a 3, 4 a 2,

5 a 1 e 6 a 0). A soma do valor das duas sub escalas é o total de aceitação da dor crônica.

Todos os questionários foram preenchidos pelo aplicador. A primeira aplicação foi feita pela terapeuta, as demais por uma ajudante.

Outro instrumento utilizado é o Diário do Participante, que contém o Diário da Dor e as lições de casa de cada sessão de intervenção.

Local

O local em que as entrevistas e as sessões ocorrerão foi na sala de espera do Centro de Reabilitação e Hospital Dia de um hospital público na cidade de São Paulo até a 4º semana da pesquisa, e as demais sessões foram em uma sala deste mesmo Centro de Reabilitação.

Procedimento

1. Convocação dos participantes

Os pacientes que freqüentam o Centro de Reabilitação e Hospital Dia do hospital de sexta-feira para recarregar a bomba de morfina foram convidados para participar da pesquisa. A lista de pacientes que freqüentam o serviço de recarga da bomba de morfina foi fornecida pela equipe do Centro de Reabilitação e os demais participantes foram convocados por telefone.

A principal dificuldade de convocação foi a disponibilidade de comparecer aos encontros semanais, pois muitos não moravam em São Paulo e freqüentavam o hospital para recarregar a bomba em períodos espaçados (uma vez por mês ou a cada dois meses), e problemas de locomoção, tendo em vista que para muitos andar envolvia dor e necessitavam de acompanhante.

2. Entrevista inicial

Os participantes passaram individualmente por uma entrevista para a aplicação do Questionário de Perfil, Questionário de Histórico da Dor, Inventário Breve de Dor, WHOQOL-BREV, a Escala HAD e o Questionário de Aceitação da Dor Crônica.

Após a aplicação, foram explicadas as demais etapas da pesquisa e assinado o termo de compromisso livre, esclarecimento de participação e da filmagem das sessões (ANEXO H). Ao final deste primeiro encontro, o participante recebeu o Diário da Dor (ANEXO A) e as instruções de preenchimento, que foi feito a partir daquele dia até o final da intervenção.

O questionário de Perfil forneceu dados demográficos.

O Histórico da Dor permitiu a caracterização da dor e a identificação das atividades de lazer e outras cotidianas, como fonte de dado para comportamentos que podem produzir tanto reforçadores positivos como negativos.

O Inventário Breve de Dor forneceu informações quanto à influência da dor em diversas áreas – intensidade da dor, alívio que os medicamentos produzem, atividades em geral, humor, capacidade de andar, trabalho habitual, relação com outras pessoas, sono e capacidade de aproveitar a vida.

O WHOQOL-BREV teve uma contribuição semelhante ao Inventário Breve de Dor, com informações sobre qualidade de vida e satisfação, que são perguntas sobre o apoio que recebe, qualidade de vida em geral, saúde, atividades, necessidade de tratamento médico, capacidade de aproveitar a vida, sentido de vida, concentração, segurança, ambiente físico, energia, aceitação da aparência, condições financeiras, acesso à informação, oportunidades de atividades de lazer, capacidade de locomoção, sono, capacidade de fazer atividades do dia-dia, trabalho, satisfação consigo mesmo, relações pessoais, vida sexual, apoio dos amigos, condições do local onde mora, acesso ao serviço de saúde, meio de transporte e frequência de sentimentos negativos.

A escala HAD forneceu uma medida de ansiedade e depressão e o Questionário de Aceitação da Dor Crônica mostrou-se de difícil aplicação por sua escala de 0 a 6, em que 0 representa que a afirmação nunca é verdade e 6, sempre é verdade. Os participantes tiveram problemas em entender a escala assim como as afirmações.

Os três participantes selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão foram divididos aleatoriamente em dois grupos. O delineamento utilizado como forma de controle experimental foi o de linha de base múltipla.

3. Delineamento de sujeito único e linha de base múltipla

A metodologia escolhida para este estudo é a de caso único, ela envolve a observação do processo de mudança comportamental em cada participante por meio de várias medidas durante a pesquisa.

O delineamento de sujeito único é um modelo de pesquisar característico da análise do comportamento que considera o sujeito como seu próprio controle, em vez de comparações entre grupos. A comparação do sujeito com ele mesmo é feita submetendo a duas ou mais condições experimentais, e obtendo medidas do comportamento em estudo diversas vezes no decorrer das condições. O delineamento de sujeito único inicia-se com a definição do comportamento a ser estudado (variável dependente), a observação desse comportamento sem qualquer manipulação (linha de base) e, a seguir, a introdução de possíveis variáveis independentes. As medidas são constates e permitem comparar as diversas fases (com ou sem as variáveis independentes) para observar o efeito das variáveis independentes nas dependentes. Este delineamento possibilita a observação da mudança no comportamento em virtude das condições experimentais em vez da observação estatística de diferenças entre grupos (Andery, 2010). Nesta pesquisa será utilizado o delineamento de linha de base múltipla que se caracteriza por arranjo de controle ou de condições experimentais em que duas ou mais combinações de sujeitos, classes de respostas, ou ambientes permitem não só a comparação sequencial de cada combinação, mas comparações através das combinações ou das linhas de bases”(Johnston e Pennypacker, 1993, 368).

O delineamento de linha de base múltipla utilizado nessa pesquisa é um delineamento de sujeito único em que a introdução de variáveis independentes, no caso o protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach” (Vivendo com Dor Crônica: Uma Abordagem Baseada em Aceitação, Vowles & Sorrell, 2007), é feita em dois momentos diferentes: primeiro para o grupo 1 (composto de dois participantes) da semana 2 à 12 e depois para o grupo 2 (com uma participante) da semana 6 a 15 (Figura 1). Assim podemos avaliar o efeito do protocolo caso as medidas se alterarem conforme a introdução dele, e não em virtude de outras variáveis. A Figura 1 representa o delineamento da pesquisa, os momentos de aplicação dos questionários e as faltas dos participantes.

Figura 1. Delineamento da pesquisa e faltas dos participantes

Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Grupos																					
Grupo 1 (L e A)	Questionários	Sessão 1	sessão 2	sessão 3		Sessão 4 e Questionários	Sessão 5 (L faltou)		Sessão 6		Sessão 7 (L faltou)	Sessão 8 e Questionários			Questionários (L e A faltaram)				Questionários		Questionários
Grupo 2 (J)				Questionários	Feriado	Questionários e sessão 1	Falta	Feriado	Sessão 2 e 3	Feriado	Falta	Sessão 4, 5 e Questionários	sessão 6	sessão 7	sessão 8 e Questionários				Questionários	Feriado	Questionários

Inicialmente, para o grupo 1, uma semana antes de iniciar a intervenção, a pesquisadora coletou dados sobre os participantes por meio de entrevistas e aplicação dos questionários (semana 1). Isto forneceu medidas do comportamento dos participantes antes de se exporem ao protocolo. Na 2ª semana é iniciada a 1ª sessão do protocolo. As oito sessões de intervenção são consecutivas (semanas de 2 a 12). Na quarta sessão (semana 6), após a última sessão de intervenção (semana 12), assim como em mais três encontros (semanas 15, 19 e 21) há a aplicação dos questionários novamente.

Para o grupo 2, o protocolo foi introduzido apenas na 6ª semana, a condição de linha de base com a entrevista e aplicação dos questionários na 4ª semana. As oito sessões de intervenção ocorreram da semana 6 a 15, com aplicação dos questionários além da 1ª sessão, na 5ª (semana 12) na última (semana 15) e na semana 21.

Foi observado o efeito da introdução do protocolo em diferentes momentos para os dois grupos. Essa introdução gradual das variáveis independentes é o que caracteriza a linha de base múltipla e é o recurso de metodologia de pesquisa da análise do comportamento próprio para estudar terapias (Velasco, Mijares, & Tomanari, 2010). Como a terapia não é uma variável, que podemos inserir e depois retirar, para observar o comportamento antes (linha de base), com a variável e sem a variável (reversão), pois o efeito da terapia tende a se manter após o fim da intervenção, optamos por colocar a variável em momentos diferentes para cada grupo de participantes, e controlar assim efeitos de possíveis outras variáveis que podem gerar alterações.

4. Intervenção

A primeira sessão de intervenção foi antecedida pela aplicação dos questionários de Perfil, Histórico da Dor, Inventário da Dor, WHOQOL-BREV, HAD e Questionário de Aceitação da Dor Crônica (CPAQ).

As sessões foram semanais, durante oito semanas seguidas interrompidas apenas por alguns feriados. Elas foram gravadas e forneceram informações quanto ao tempo de fala de cada participante, total e que falavam entre si (para o grupo 1 que tinha dois participantes).

O procedimento das sessões foi estabelecido com base em uma adaptação do protocolo “Vivendo com Dor Crônica: Uma Abordagem Baseada em Aceitação” (Vowles & Sorrell, 2007).

Sessão 1

Na primeira sessão foram feitas: a) a apresentação dos integrantes do grupo, explicitação de hora, local e condições dos encontros, b) a apresentação

da intervenção proposta e seu objetivo, e c) descrição de comportamentos passados para eliminar a dor.

a) Apresentação dos participantes envolve as respostas para as seguintes questões: porque estou participando do grupo? O que gostaria de aprender neste grupo?

Depois, cada participante diz seu nome, de onde veio, as respostas às duas perguntas anteriores, quanto tempo tem dor, como passa o tempo livre, suas atividades de lazer e interesse e os objetivos pessoais que tem na vida (o que gostaria de fazer).

b) Apresentação do tratamento é feita pelo terapeuta que começa a apresentar os objetivos do tratamento, durante a exposição ao programa. Os objetivos são colocados para os participantes da seguinte forma:

Este programa considera, que a dor é real, mesmo que não se possa vê-la ou medi-la, que a dor o impede de fazer coisas que gostaria ou precisa fazer, e que as pessoas neste programa estão dispostas a fazer mudanças para diminuir o impacto negativo da dor em suas vidas. (Vowles & Sorrell, 2007, p. 3)

c) Descrição de comportamentos passados para eliminar a dor (tratamentos) é realizada pelo participante a partir das solicitações de que ele liste tratamentos já realizados para a dor. O participante deve preencher um quadro (Tabela 2), durante a sessão, no qual descrevem benefícios e custos a longo e curto prazo dos tratamentos realizados e os últimos resultados obtidos para cada tratamento, a partir da seguinte instrução:

Liste tratamentos anteriores que fizeram para dor (medicação, injeções, terapias, cirurgias, etc.). Depois analise como estes tratamentos funcionaram a curto e longo prazo, isto inclui alívio da dor, melhora no humor, melhora na habilidade de exercer as funções cotidianas, etc. Continue avaliando os custos destes tratamentos a curto e longo prazo também: o porquê que eles funcionaram ou não, se mudaram o nível de dor, se tiveram efeitos colaterais, e se o capacitaram para o dia a dia.

Tabela 2. Análise dos tratamentos para a dor – custos e benefícios

Tratamento para dor	Benefícios a curto prazo	Benefícios a longo prazo	Custos a curto prazo	Custos a longo prazo	Quais foram os últimos resultados deste tratamento?

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 5)

O quadro é analisado durante a sessão. O objetivo desta atividade é descrever as contingências anteriores: as respostas de esquiva da dor, que forem efetivas no alívio desta, a médio e longo prazo, as respostas de esquiva da dor que forem efetivas apenas a curto prazo, as consequências a longo prazo (alterações na vida do participante que ocorreram em virtude desses comportamentos), outras respostas que deixaram de ocorrer por causa de sua concorrência com as respostas de esquiva da dor.

Lição de casa

O objetivo da lição de casa é identificar as respostas possíveis na presença da dor, com destaque para respostas alternativas às de esquiva da dor. O número de respostas alternativas poderá indicar quão forte é o repertório de esquiva da dor, ou seja, poucas respostas alternativas podem indicar um forte repertório de esquiva da dor. Para isto é proposta a seguinte instrução com o quadro a ser preenchido:

Reserve de dez a quinze minutos em cada dia para perceber o que você pode fazer. Se a dor estiver presente pelo resto da sua vida, o que você poderia fazer então? Tente ser o mais específico possível. Repare em cada dia o que você pode fazer mesmo na presença da dor. Caso se sinta preso na idéia de eliminar a dor e não veja opções, tente lembrar o

que fez no passado em momentos de dor que te surpreendeu. Ou mesmo pense no que faria se a dor não estivesse presente.

Tabela 3. Opções de ações frente à dor

Dia	Dia da semana	O que fez no passado que o surpreendeu?	Quais são suas opções (o que pode fazer mesmo na presença da dor)?
1			
2			
3			
4...			

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 7)

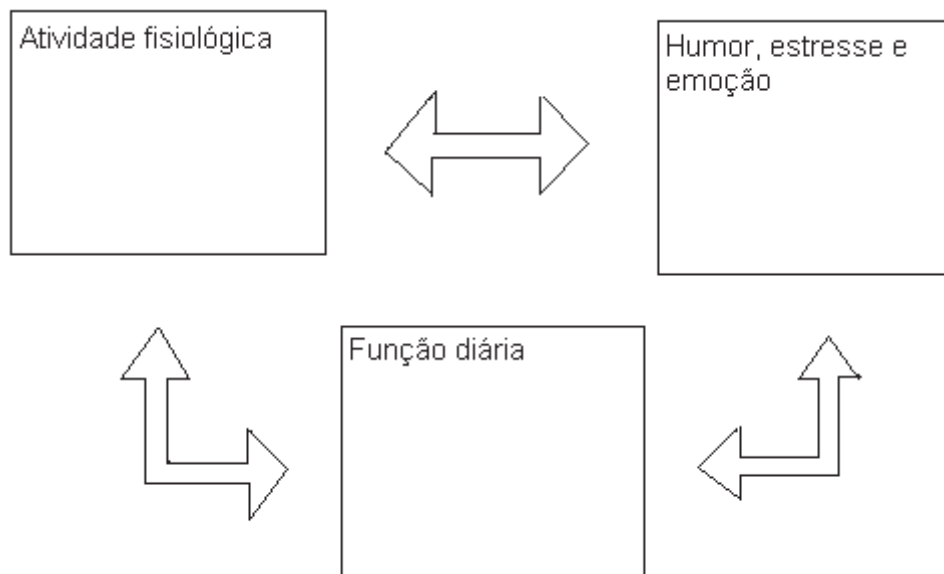
Sessão 2

Na segunda sessão são feitas: a) descrição de respostas emitidas na presença da dor e possíveis alternativas de comportamento durante a dor (revisão da lição de casa); b) apresentação do modelo utilizado de análise da dor; e c) atividade de observar o próprio corpo (atenção dirigida).

a) Revisão da lição de casa com o objetivo de descrever com os participantes os comportamentos alternativos que eles poderiam realizar quando a eliminação da dor não for possível. O terapeuta revê com os participantes as opções de ações que eles escreveram caso a dor estivesse presente; identifica quais são os possíveis reforços positivos presentes ou potenciais na vida dos participantes. Por meio de questões como ‘por que você faria isto? O que acontece quando você faz isto? Por que isto é importante para você?’, o terapeuta obtém informações sobre possíveis reforços positivos, possíveis “valores” dos participantes. Supõe-se que a descrição dos reforçadores positivos produzidos por suas ações possa aumentar o controle desses eventos sob o comportamento do falante.

b) Apresentação do modelo utilizado de análise da dor, feita pelo terapeuta que pede para que os participantes recordem uma experiência recente de dor e

como esta se relaciona com o estresse e outros estados de humor. Em seguida, cada um preenche o Figura 2 relacionando a uma dor recente que teve. A dor (como estímulo aversivo) deve ser descrita no espaço atividade fisiológica; as emoções sentidas no episódio devem ser descritas no espaço humor, estresses e emoção; e seu impacto nas funções diárias, como se alteraram as atividades cotidianas durante este episódio devem ser descritas no espaço função diária.



(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 9)

Figura 2. Relação entre dor, emoções e ações

A discussão dessa atividade está voltada à eficácia das tentativas de controlar e diminuir a dor e as suas implicações. Centra-se em apresentar para o participante que, durante a dor, respostas de fuga da própria sensação de dor são evocadas e há restrição do repertório como um todo como decorrência dessas respostas de esquiva (indivíduo deixa de fazer as atividades diárias). É lembrado a característica da dor crônica de ser persistente, e afirma-se que as emoções (o humor, o estresse etc.) também, muitas vezes, não são passíveis de controle direto. Analisa-se que comportamentos de fuga e esquiva, a médio e longo prazo, não são eficazes para alterar a dor. São utilizadas metáforas para explicitar a análise para exemplificar esta concepção. É feita a metáfora

do “bolo de chocolate” (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999), em que os estímulos verbais da descrição do bolo eliciam respostas como salivação e evocam pensamentos, mesmo sob a instrução de não pensar sobre o bolo de chocolate.

O terapeuta também pergunta aos participantes sobre a) a experiência deles em tentar controlar a dor, emoções e pensamentos, no caso respostas de fuga e esquivas e suas consequências a médio e longo prazo de restrição de repertório e b) comportamentos alternativos reforçados positivamente que podem ser emitidos frente à dor.

Assim é feita uma descrição da regra “não conseguimos mudar satisfatoriamente nossas emoções e pensamentos”, após a atividade prática (bolo de chocolate) e o estabelecimento de um paralelo com a experiência dos participantes.

A seguir, solicita-se aos participantes, com a seguinte indagação: “eu posso pensar e sentir de um jeito e agir da forma oposta?”, que listem respostas que podem produzir reforçadores positivos, alternativas às respostas de fuga e esquivas da dor e a eventos emocionais que a acompanham.

c) atenção dirigida é uma atividade prática voltada para treinar as respostas de observação. Seu objetivo é promover respostas de observação de eventos que ocorram com o participante naquele momento. Não há objetivo de produzir relaxamento ou diminuir a dor, embora possa vir a ocorrer. Nessa atividade, com os olhos fechados, o participante deve observar a sensação de estar sentado na cadeira com os pés no chão e a sensação da roupa na pele, etc. O intuito é observar sensações que ocorrem em seu próprio corpo no momento presente. Depois de alguns minutos há uma pausa para os participantes compartilharem suas vivências (feedback). Geralmente muitos participantes sentem dificuldade de manter a atenção no próprio corpo e alguns pensamentos e sentimentos surgem no decorrer da observação. Quando isso ocorre, é orientado para que tentem novamente observar seu próprio corpo. A seguir, solicita-se que o participante observe a sensação de respirar, o ar entrando e saindo, etc. Seguido de pausa para feedback. Repete-se a atividade

anterior escolhendo prestar atenção em alguma parte do corpo em que a respiração é sentida mais claramente e de forma vívida. Solicita-se que observe esta sensação por alguns momentos e, a seguir, há uma pausa para feedback.

Lição de casa

É pedido como lição de casa que o participante observe seu próprio corpo (atenção dirigida) e descreva a experiência segundo a tabela abaixo. Os participantes são instruídos a praticarem a atividade de observar uma vez ao dia e anotarem o que aconteceu:

Repare em algum momento do dia em si mesmo, como fizemos nas atividades de atenção dirigida. Apenas repare em você mesmo por um tempo e preencha o seguinte quadro. Esta lição de casa será discutida na próxima sessão.

Tabela 4. Registro da atividade de atenção dirigida.

Dia	Dia da semana	O que aconteceu? Onde estava? O que reparou? Você se percebeu reagindo de alguma forma em especial? Quais distrações ocorreram?
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 12)

Sessão 3

Constituirão essa sessão: a) apresentação do que significa aceitação, isto é, emitir respostas que podem produzir reforçadores positivos, mesmo na

presença de estímulos aversivos (aceitação da dor crônica), b) levantamento de quais são ou poderiam ser as classes de estímulos reforçadores (atividades dos valores e lição de casa), c) observação e levantamento de respostas de esquiva (discussão da aceitação da dor crônica e segunda parte do exercício dos valores) e d) treino de observação do próprio corpo (atenção dirigida).

a) Aceitação da dor crônica - emitir respostas que podem produzir reforçadores positivos mesmo na presença de estímulos aversivos. O terapeuta começa com a pergunta “o que significa para vocês aceitarem a dor crônica”. A partir das respostas dos participantes, o terapeuta busca modelar as respostas verbais, que indiquem que mesmo quando um estímulo aversivo dor está presente é possível emitir respostas que produzem reforçadores positivos. Busca-se assim levar o participante a formular novas regras. O terapeuta discute com o grupo a facilidade de ficar preso na tentativa de remover ou solucionar o problema da dor, que não é passível de controle (no caso a dor crônica) em lugar de focar em outros aspectos da vida que possam ser apreciados.

b) Identificação de estímulos reforçadores, chamado de atividade dos valores, no qual o participante deve identificar eventos que possam ter a função de reforçadores positivos. É proposto que, em vez de tentar controlar a dor (respostas de esquiva da dor), o foco do tratamento seja promover uma vida melhor a despeito da dor. Para identificar possíveis eventos reforçadores positivos é utilizada a metáfora do funeral, em que o terapeuta pede aos participantes que imaginem seu próprio funeral e observem o que gostariam que as pessoas lembrassem deles. O terapeuta pede que os participantes descrevam possíveis reforçadores positivos numa folha (o que o próprio indivíduo gosta de fazer).

c) Identificação das respostas de esquiva (discussão da aceitação da dor crônica e segunda parte do exercício dos valores) é feita a partir dos estímulos verbais escritos na atividade anterior (eventos identificados como possíveis reforçadores positivos). Os participantes escolhem o evento mais significativo para eles e responde as seguintes perguntas do terapeuta:

“Por alguns momentos, pense em como tem vivido em relação a estes valores, você age de acordo com eles? Você tem feito as coisas que são importantes para você? Quais são realmente suas prioridades? Se sim, como tem feito isso. Se não, o que o impede de fazer as coisas que são importantes para você?”

Estas perguntas levam a identificar respostas de esquiva da dor e a limitação do repertório para respostas sob controle de reforçadores negativos.

d) Atenção dirigida na qual o terapeuta revê a lição de casa e repete as atividades descritas na sessão 2 de atenção dirigida com o feedback apenas no final.

Lição de casa

Para a lição de casa, o participante deve identificar possíveis estímulos reforçadores positivos em diversos âmbitos de sua vida (família, relações íntimas, amigos, trabalho, saúde e aprendizagem), depois enumerar, em ordem de importância dos reforços em sua vida e indicar o quanto tem sucesso em ter acesso à eles e dentre eles. E, por fim, indique quais os mais importantes no momento. Apresenta-se para os participantes uma distinção entre valores e objetivos. Um valor é uma direção na vida que você gostaria de ir (por exemplo ir para o leste), mas que não é possível atingir a direção em si (você pode sempre ir para o leste). Ao contrário dos objetivos que são destinos alcançáveis na direção dos valores (como, por exemplo, ir de São Paulo ao Rio de Janeiro).

Abaixo segue uma lista de áreas em que as pessoas normalmente possuem valores. Não é necessário escrever em todas elas, apenas escreva os valores que são importantes para você, que você está disposto a agir de acordo.

Para cada valor, enumere quanto ele é importante para você (de 1- muito importante a 10- pouco importante), o sucesso em viver de acordo com esse valor no último mês (de 1 - muito sucesso a 10 - não vive de acordo com o valor), e por fim enumere os valores em ordem de importância de

acordo com o que você está disposto a se empenhar agora (de 1 para o mais importante até o menos importante).

Tabela 5. Tabela de valores

Área	Direção dos valores	Importância	Sucesso	Rank
Família				
1.				
2.				
Relação				
1.				
2.				
Amizad				
1.				
2.				
Trabalh				
1.				
2.				
Saúde				
1.				
2.				
Aprendi-				
1.				
2.				

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 19)

Sessão 4

Nesta sessão, busca-se: a) identificar valores, objetivos e ações, b) identificar efeitos da história de exposição à contingências aversivas: identificação de barreiras para emissão de respostas que produzam

reforçamento positivo, ou seja, condições que dificultem a emissão de tais comportamentos (alcançar objetivos) e c) treino de observação do próprio corpo.

a) Identificação de valores, objetivos e ações inicia-se com a revisão da lição de casa, pedindo para identificar as diferenças e semelhanças entre os valores, sua distinção de objetivos e de valores de terceiros ou da sociedade. Retomar a distinção entre valores e objetivos. É fornecido o seguinte exemplo: um valor pode ser “cuidar de si mesmo”. Um objetivo deste valor pode ser “perder 10 kg.”, que pode ter uma consequência potencialmente reforçadora positiva. As respostas específicas são então as ações guiadas por valores.

Em seguida, os participantes se dividirão em duplas e conversarão sobre seus valores, buscando identificar: se são realmente valores ou objetivos; se são valores pessoais ou de terceiros (se ninguém soubesse como você age, ainda agiria de acordo com esse valor?).

b) Barreiras para valores são identificadas com instruções do terapeuta para que os participantes escrevam três ou quatro valores mais importantes e suas barreiras (o que os impede de se comportar para seguir seus valores). Na discussão, o terapeuta levanta a hipótese de respostas alternativas às de fuga e esquiva com a colocação da opção “desistir do valor ou aceitar a dificuldade e agir de acordo com o valor”, e apresenta uma metáfora da água, que transpõe os obstáculos de forma flexível.

Objetivos e ações são diferenciados pelo terapeuta apresentando para os participantes que, a partir dos valores, identificamos objetivos, que são alcançáveis, e dos objetivos identificamos ações específicas que nos levem a alcançar os objetivos. Por exemplo, um valor pode ser “cuidar de si mesmo”; um objetivo deste valor pode ser “perder 10 kg”. As ações seriam, por exemplo, – “(a) a longo prazo, passar duas horas na biblioteca durante o final de semana pesquisando maneiras de tornar minha dieta mais equilibrada e saudável. (b) marcar e comparecer às consultas médicas, onde posso me informar de como melhor conduzir minha rotina e meus hábitos. (c) andar de 15 a 20 minutos duas vezes por semana.” (Vowles & Sorrell, 2007, p. 22 e 23).

O terapeuta descreve as características dos objetivos: específicos, observáveis, realísticos (possíveis, de acordo com as capacidades do indivíduo), consistentes com os valores identificados, e fornece exemplos como modelo.

c) Atividade de atenção dirigida é realizada no final da sessão.

Lição de casa

A lição de casa é: 1. praticar atenção dirigida diariamente, 2. estabelecer os três valores mais importantes e 3. descrever o objetivo e as ações específicas para alcançá-los.

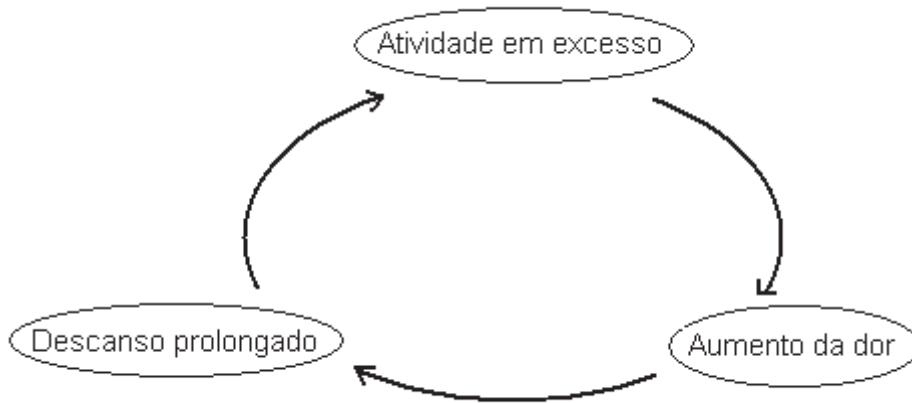
Sessão 5

Nessa sessão, busca-se: a) identificar padrões de ação de pessoas com dor crônica, pensamentos e emoções que os acompanham e discutir ciclos viciosos de ação em pessoas que têm dor crônica, b) identificar pensamentos (que podem adquirir a função de eventos aversivos condicionados) relacionados à dor que evocam respostas de esquiva, c) estabelecer relações entre estímulos verbais que adquiriram função aversiva e respostas alternativas à esquiva, d) analisar e simular situações em que junto com respostas alternativas à esquiva podem ocorrer durante eventos aversivos (verbais e não verbais), e) treino de observação do próprio corpo (atenção dirigida), e f) prática de respostas alternativas na presença de estimulação aversiva (lição de casa).

a) Identificar padrões de ação de pessoas com dor crônica, pensamentos e emoções que os acompanham e discutir ciclos viciosos de ação em pessoas que têm dor crônica inicia-se com o terapeuta pedindo aos participantes que relatem os valores mais importantes que identificaram, os objetivos e as ações específicas para alcançá-los, e o que pensaram ao fazer a atividade.

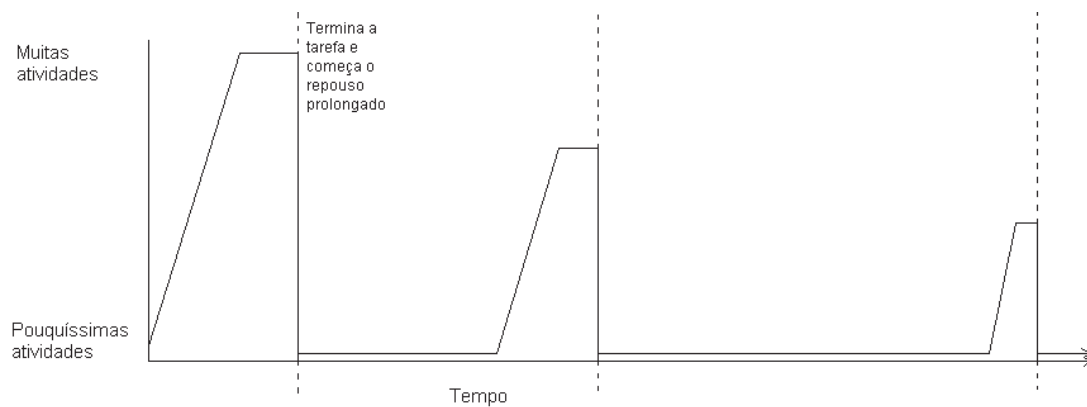
A seguir, o terapeuta apresenta um padrão de comportamento que costuma ocorrer nas pessoas com dor crônica: fazem muitas atividades nos períodos

sem ou com pouca dor e pouca ou nenhuma atividade nos períodos de dor mais intensa. O terapeuta mostra a possibilidade de se estabelecer um ciclo vicioso exemplificado pelos Figuras 3 e 4 e, por meio de perguntas sobre a vivência dos participantes, modela a descrição do ciclo vicioso.



(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 28)

Figura 3. Ciclo vicioso da dor



(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 28)

Figura 4. Queda no funcionamento de atividades diárias em virtude do ciclo vicioso

Esta observação do padrão de esquia é importante neste momento em que os participantes estão definindo seus objetivos e ações específicas, para fazê-los, não em função da dor, mas em função dos reforçadores positivos. Para isso é necessário novamente quebrar a relação entre dor e fuga e esquia

(para que não variem juntas) e estabelecer ações que possam ocorrer de forma constante, isto é, mais atividades nos períodos de maior dor e menos atividades do que de costume nos períodos de pouca ou nenhuma dor – atividade consistente por longo tempo.

Os pensamentos e emoções que acompanham o ciclo vicioso são de não conseguir fazer, nos períodos de dor intensa, o que fazia antes da dor, e fazer, nos períodos de pouca dor menos do que deveriam. Estes pensamentos e emoções podem ocorrer quando estão estabelecendo objetivos e ações específicas na sessão e quando fizeram a lição de casa, pois há uma tendência a querer fazer o que geralmente faziam antes de terem dor.

Neste momento é apresentada pelo terapeuta a alternativa de fazer um pouco mais nos períodos em que a dor está presente e um pouco menos quando está ausente. Esta discussão serve para modelar os objetivos e ações específicas dos participantes para que elas sejam propostas de forma constante, isto é, independente da estimulação aversiva da dor.

b e c) Identificar pensamentos relacionados à dor que evocam respostas de esquiva e estabelecer relações entre tais estímulos verbais que adquiriram função aversiva e respostas alternativas à esquiva inicia-se por meio de perguntas feitas pelo terapeuta a) que buscam identificar quais pensamentos surgem quando estão com dor, ou quando estão fazendo alguma atividade que já teve dor, ou que surgem ao identificar as ações alternativas às respostas de fuga e esquiva e b) que buscam identificar o que fazem ao pensar isso. A seguir, esclarece que, pelo fato de pensamentos e atividades ocorrerem no momento da dor, podem gerar respostas semelhantes às que ocorrem frente à dor (eles tornam-se eventos aversivos condicionados ou relacionados à dor e também podem evocar respostas de fuga e esquiva).

A terapeuta dá consequências para as respostas dos participantes, buscando estabelecer descrições de contingências que envolvam relato de eventos privados considerados aversivos e respostas que possam produzir consequências reforçadoras positivas (na presença da dor). Para isso o terapeuta sugere que os participantes utilizem o termo “e” em vez de “mas” nas

descrições que envolvem eventos privados relacionados à dor e ações do indivíduo guiadas pelos seus valores (por exemplo, “eu iria fazer tal atividade, mas estou com dor” para “eu irei fazer tal atividade e estou com dor”). Esta mudança pode acarretar uma relação inclusiva entre esses eventos verbais (relatos de “dor” e relatos de “fazer tal atividade”) e diminuir as respostas de fuga e esquiva frente ao evento aversivo privado.

O terapeuta aponta ainda os relatos que indicam a diminuição do repertório dos participantes que muitas vezes ocorre na presença da dor. O terapeuta pede para que participantes descrevam uma situação de dor intensa e depois identifica relatos de atividades interrompidas em função da dor, analisando com eles as variáveis de controle. Em seguida, oferece uma metáfora do coelho que está observando a floresta até encontrar um leão, e a partir de então somente o leão (estímulos aversivos) e o buraco onde se protege (fuga) passam a existir para o coelho.

d) Analisar situações em que respostas alternativas à esquiva podem ocorrer durante eventos aversivos, expor participantes a eventos verbais aversivos instruindo-os a não emitirem respostas de esquiva e emitirem respostas alternativas (truques da mente).

A seguir, é sugerido que os participantes apenas observem seus pensamentos frente à dor e concomitantemente descrevam respostas que levem a realização de seus objetivos. É proposta a simulação de uma situação entre passageiros e motoristas em um ônibus. Um voluntário é o motorista que recebe ordens de outros passageiros que são seus eventos privados aversivos. Os passageiros ficam repetindo o conteúdo dos eventos privados aversivos enquanto o motorista segue a direção escolhida, e silenciam-se quando o motorista desvia de seu caminho. É sugerido que o motorista siga a direção escolhida e apenas observe o que passageiros estão dizendo (o terapeuta estabelece uma analogia entre respostas de observação dos eventos privados aversivos e respostas reforçadas positivamente).

e) Treino de observação (atenção dirigida) consiste de respostas de observação, instruídas pelo terapeuta, que podem ser do próprio corpo, de uma paisagem, de alguma resposta específica do indivíduo como comer, andar, etc.

f) Prática de respostas alternativas na presença de estimulação aversiva

Lição de casa

Revisão da lição anterior de forma a que o participante estabeleça ações mais constantes e sem exageros. As instruções para a lição de casa são as seguintes.

Reveja a lição passada e observe se a) algum objetivo ou ação pode ser dividido ou remanejado para não sobrecarregar os dias de pouca dor e para que possam ser executados nos dias de muita dor; b) algum objetivo ou ação podem ser modificados para estarem mais consistentes com seus valores. Depois selecione uma ou duas ações a serem executadas a partir de agora até a próxima sessão e registre na tabela abaixo os resultados da sua experiência. Tente manter suas ações mesmo se estiver sentindo muita dor ou dificuldade. Lembrando que as ações devem ser compatíveis com suas possibilidades.

Tabela 6. Tabela de ações e resultado

Dia da semana e horário	Ação (O que especificamente fez? Que valores estão associados? Aonde você fez isso? O que estava acontecendo?)	Observações (Quais foram os resultados? O que faria diferente na próxima vez? Você ficou surpreso (a)? Esta atitude poderia contribuir significativamente para a sua vida caso continuasse? Caso sim, o que lhe impede de manter esta atitude?)

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 31)

A prática de atenção dirigida diariamente continua fazendo parte da lição de casa.

Sessão 6

Nessa sessão busca-se: a) fortalecer respostas alternativas à fuga e esquiva (checagem do progresso), b) identificar e observar eventos aversivos presentes nas contingências de respostas alternativas (checagem do progresso, planejando ações X ações e self observador), c) treino de observação de estímulos presentes no ambiente (atenção dirigida), e d) prática das respostas alternativas (lição de casa).

a) Fortalecer respostas alternativas à fuga e esquiva (checagem do progresso) é o principal foco dessa sessão em que o terapeuta faz perguntas e apresenta metáforas, para respostas de descrição dos eventos aversivos presentes ao executar respostas controladas por reforço positivo, alternativas às de fuga e esquiva dos eventos aversivos. As intervenções também são para proporcionar, juntamente com o relato desses eventos aversivos, a diminuição de respostas de fuga e esquiva que eles evocam e para criar condições que aumentem a probabilidade de emissão de respostas positivamente reforçadas.

A sessão começa com perguntas do terapeuta de como foi praticar as ações em direção aos seus valores, como foi dividir as ações de forma mais regular, e como tem sido dirigir a atenção para os eventos que estão ocorrendo no momento. As respostas de descrição das iniciativas são reforçadas socialmente pelo terapeuta.

Depois os participantes respondem por escrito as seguintes perguntas: o que você aprendeu? O que você está fazendo diferente? O que você ainda precisa mudar? Quais questões importantes ainda não foram discutidas?

Essas perguntas investigam as respostas alternativas dos participantes e outras ações possíveis ainda não realizadas, além de poder levar a descrição de progressos do tratamento e identificar áreas que precisam de nossa atenção.

b) Identificar e observar eventos aversivos presentes nas contingências de respostas alternativas (planejando ações X ações)

A seguir, abordam-se principalmente os eventos aversivos nas contingências de respostas alternativas, perguntando como é colocar em prática as ações guiadas por valores. O terapeuta fornece uma metáfora para exemplificar as características das ações alternativas como um pulo, em que se pode ler a respeito, planejar, mas na situação a resposta tem que ser simplesmente ir e pular (ação). Outra metáfora é a do coelho que descreve a situação do estímulo aversivo estreitando o repertório (em que só existe a toca e o leão para o coelho que o avista), destacando nas descrições dos participantes a tendência de focar nas barreiras e parar de perceber os outros eventos que estão ocorrendo.

O terapeuta então convida os participantes a considerar as dificuldades em praticar as ações guiadas por valores e aceitá-las por meio de perguntas como: “quais são as dificuldades? Elas são verdades absolutas (no sentido de não ter nada para fazer em relação a isto) ou elas são passíveis de aceitação? O que fazem quando as barreiras surgem? E o que acontece?”

Segue-se uma atividade em que terapeuta divide os participantes em pares, um deles escreve os motivos para não praticarem suas ações e conta suas dificuldades para o parceiro que diz: “ok, você está certo!”. Depois que descrever todos os eventos aversivos o parceiro pergunta então: “e agora?”. Trocam os papéis das duplas e repete a atividade. Os participantes são convidados a carregarem consigo essas descrições e praticarem suas ações guiadas por valores, mesmo na presença de eventos aversivos ainda realizarem ações que permitem atingir seus valores.

O terapeuta apresenta outra metáfora para exemplificar a situação das ações guiadas por valores - bússolas, em que uma é o valor e a outra as ações, e devemos observar se ambas estão apontando para o mesmo lado.

c) Atenção dirigida, nesta sessão, é treinada, instruindo os participantes a apenas observar os pensamentos, sentimentos e sensações que surgem e observá-los como folhas que descem num rio, que vem e vão. É sugerido que realizem estas observações nas situações em que emitam as respostas alternativas.

d) Prática das respostas alternativas, a ser realizada na lição de casa, consiste em praticar as ações discutidas na atividade “ok, você está certo”, descrevê-las na tabela abaixo e praticar a atenção dirigida.

Tabela 7. Resultado das ações

Dia	Resultado

(Adaptado de Vowles & Sorrell, 2007, p. 36)

Sessão 7.

Nessa sessão, busca-se: a) fortalecer respostas alternativas à fuga e esquiva dos eventos privados, b) identificar os eventos aversivos presentes nas contingências que envolvem respostas alternativas, e c) treinar observação de estímulos que ocorrem com o próprio corpo (atenção dirigida).

a) e b) Fortalecer respostas alternativas à fuga e esquiva dos eventos privados e identificar os eventos aversivos presentes nas contingências que envolvem respostas alternativas inicia-se com a revisão da lição de casa, em que o terapeuta pergunta e reforça as descrições das respostas que produzem reforços positivos, alternativas às respostas de esquiva, que ocorrem mesmo na presença da dor.

O terapeuta também pergunta sobre as dificuldades e barreiras encontradas ao fazer tais ações. Elas podem ser eventos privados aversivos condicionados, relacionados às experiências anteriores com dor, ou pode ser consequências aversivas como reações de terceiros. O terapeuta escreve na lousa, num círculo, as dificuldades encontradas diferenciando as contingências aversivas vividas (que denomina sofrimento primário), como aumento da dor, e, num círculo maior, os eventos aversivos derivados (denominado sofrimento secundário), que são eventos aversivos condicionados ou relacionados à dor,

como pensamentos e sentimentos. O terapeuta indica que os últimos podem ser alterados e que isto pode ocorrer quando agimos e produzimos consequências reforçadoras positivas na presença da dor, em vez de emitir respostas de esquiva que gerariam outros aversivos com a restrição do repertório.

Neste momento é retomado o objetivo do tratamento – ter uma vida melhor mesmo na presença da dor, e os participantes são convidados a retomar seus valores e as ações que se comprometeram, mesmo na presença de estimulação aversiva (compromisso com barreiras).

c) Atividade de atenção dirigida dessa sessão é andando. Os participantes recebem instruções para prestarem atenção nas respostas envolvidas no caminhar e nos estímulos que são produzidos no próprio corpo.

Sessão 8

Nessa sessão, busca-se: a) descrever comportamentos que são esperados ao encerrarem-se os encontros, comportar-se de forma a produzir reforçadores positivos (Compromisso), b) analisar contingências em que o repertório de esquiva da dor se fortalece e o de respostas alternativas diminui (Recaídas), c) descrição de respostas alternativas nas situações de risco (Recaídas), e d) estabelecimento da contingência de escolha – respostas de observação de eventos privados aversivos e respostas reforçadas positivamente ou respostas de esquiva (Recaídas).

a) Descrição de comportamentos que são esperados ao encerrarem-se os encontros (Compromisso) inicia-se com o terapeuta lembrando que, este é o último encontro e o começo da trajetória individual rumo aos valores de cada participante. Indica-se que se espera deles, após o tratamento, a continuidade do engajamento nas atividades que produzem reforçadores positivos.

Segue uma atividade em grupo em que cada participante declara os seus valores para outro participante sem justificativas e de forma clara. O objetivo é que essas declarações constituam auto-regras. Os participantes são

divididos em dupla e a instrução é que um da dupla diga seus valores e o outro observa a declaração como observaram estímulos nas atividades de atenção dirigida, e dar feedback caso percebam alguma fraqueza na emissão da resposta verbal. Depois a dupla troca de função.

b, c e d) analisar contingências em que o repertório de esquiva da dor se fortalece, o de respostas alternativas diminui e descrição de respostas alternativas nas situações de risco (Recaída).

Na próxima atividade, discute-se a possibilidade da ocorrência de recaídas e possíveis ações nestas situações. O terapeuta pergunta o que os participantes pensam quando ouvem falar de recaídas. As respostas verbais são modeladas pelo terapeuta até chegar na descrição do que seria uma recaída na dor crônica – diminuição da frequência de respostas positivamente reforçadas e ou emissão de respostas de esquiva à dor em vez de respostas de observação desta. Frases como “a recaída não significa um fracasso total, apenas um período em que experiências frustrantes impedem de progredir por um tempo” normaliza a experiência de recaída que provavelmente ocorrerá uma vez que o repertório alternativo ainda é muito recente.

Na atividade “identificando recaídas”, os participantes são instruídos a escrevem possíveis recaídas e exemplos de situações de risco, com a finalidade de descrever as contingências da recaída e principalmente os antecedentes das respostas de esquiva da dor.

Escreva alguns exemplos de recaída que possa ocorrer com você no futuro. Talvez você já tenha vivenciado recaídas durante este tratamento, como foram? Normalmente as recaídas ocorrem em situações de risco, como momentos de intensa dor, dificuldades de estabelecer objetivos, conflitos com pessoas queridas, entre outras situações de estresse. Identifique quais são as situações de risco para você, tanto as que já ocorreram no passado, como as que você imagina como possíveis no futuro.

Exemplos de situações de risco

Com base nas situações de risco que os participantes levantarem, o terapeuta apresenta quatro passos para identificar e melhor responder a essas situações:

- 1 – pare o que estiver fazendo e perceba que está numa recaída.
- 2 – reserve um momento para observar seus pensamentos e como você está se sentindo na situação, apenas observando o que está acontecendo, como nas atividades de atenção dirigida.
- 3 – reveja a situação que o levou à recaída.
- 4 – escolha um plano para realinhar suas ações em direção aos seus valores e coloque-o em prática imediatamente.

Essas regras buscam criar condições para o participante observar e descrever a recaída e para possibilitar outras respostas. Outras perguntas que o terapeuta fornece como modelo de observação são:

- . A onde estava quando começou a recaída?
- . O que estava acontecendo naquele momento no lugar em que estava?
- . Quem estava com você?
- . Estava acontecendo alguma atividade específica?
- . Quais foram seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais durante a recaída?

Após dar o modelo de análise da contingência da situação de risco, o terapeuta pede para os participantes descreverem planos simples e fáceis de colocá-los em prática para redirecioná-los às ações coerentes com seus

valores. Esses planos podem ser ligar para um amigo ou familiar, praticar alguma atividade que o lembre de seu valor, caminhar, ouvir música, etc.

No caso dos participantes ainda estarem receosos, quanto às barreiras e recaídas, fazer atividade em que o terapeuta escreve a preocupação do participante em cartões e apresenta as opções: ou o participante opta por aceitar agir para atingir objetivos que são importantes para ele, ou rejeita-os e abdica do valor. Se decidir agir, o participante é convidado a levar consigo os cartões.

Por fim, o terapeuta retoma o processo e pergunta se alguém não atingiu seus objetivos no grupo e o que está faltando. O terapeuta termina com a seguinte colocação:

“A tarefa de vocês, para o resto da vida é viver a vida.

Lembre-se que todas as experiências estão constantemente mudando. Todas as experiências iram passar; ambos ‘bons’ e ‘maus’ momentos serão seguidos de algo novo. Saiba seus valores e os mantenha a sua frente. Vá em direção aos objetivos que o aproximem de seus valores. Não se esqueça de parar e cheirar as flores do caminho, mesmo quando se sentir preso a uma situação.” (Vowles e Sorrell, 2006, pg. 44).

Os mesmos questionários utilizados antes da intervenção foram aplicados na última sessão de intervenção e nos encontros de seguimento.

Medidas

As medidas primárias deste estudo são as referentes às classes de respostas de fuga e esquiva de eventos aversivos e às classes de respostas alternativas (respostas que podem produzir reforçadores positivos que ocorrem mesmo na presença de eventos aversivos). Estas informações foram coletadas pelos seguintes instrumentos:

- Diário da Dor (ANEXO A) – número de atividades que o participante relata realizar na presença da dor. O Diário da Dor é preenchido cotidianamente pelos participantes desde a entrevista inicial até a última sessão de intervenção.

- Tempo de fala na sessão – A partir da filmagem das sessões, será mensurado o tempo total de fala de cada participante por sessão e o tempo em que cada participante fala com outro participante.

As medidas secundárias são:

- Questionários que avaliam o perfil do participante (Questionário de Perfil), dor (Questionário de Histórico da Dor e Inventário Breve de Dor), comportamentos de depressão e ansiedade (Escala HAD), qualidade de vida (WHOQOL-BREV) e aceitação da dor crônica (Questionário de Aceitação da Dor Crônica).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente pelas medidas secundárias:

1. Dor (Diário da Dor e Inventário Breve de Dor)
2. Ansiedade e depressão (HAD)
3. Qualidade de vida (WHOQOL-BREV)
4. Aceitação da dor crônica (Questionário de Aceitação da Dor Crônica)

A seguir, são apresentadas as medidas primárias referentes ao diário da dor e o tempo de fala dos participantes na sessão:

1. Respostas nos episódios de dor
2. Respostas após a sensação da dor
3. Respostas antecedentes à sensação de dor
4. Seqüência de respostas
5. Tempo de fala na sessão

Medidas secundárias

1. Dor

A Figura 5 representa a intensidade da dor para cada participante retirada dos registros do diário da dor (média semanal) e do Breve Inventário de Dor Crônica (intensidade da dor nas últimas 24 horas) nas semanas da pesquisa. As sessões ocorreram entre os pontos representados nas semanas. A linha representa a média da intensidade de dor na semana de cada participante, e os pontos são os dados do Breve Inventário de Dor Crônica, que forneceu informações de como estava a pior, a melhor e a dor média nas últimas 24 horas, assim como estava a dor no momento da coleta.

Participante L

O relato da pior, melhor, média e a dor no momento da aplicação mantiveram-se iguais antes e durante a intervenção. Após a intervenção a pior e melhor dor aumentaram, e a média e atual diminuíram. No seguimento, a melhor e a média da dor aumentaram, a pior dor não ocorreu nas últimas 24 horas, e a dor atual caiu para 0. Depois do aumento da dor média semanal na primeira sessão (de 5,3 para 5,6), a intensidade da dor caiu e se manteve entre a intensidade 4 e 5 até a primeira falta de L, na sessão 5. Deste ponto em diante a intensidade da dor alterna entre aumentar depois das faltas e sessões, e diminuir após os feriados. Os dois pontos maiores de dor média semanal (7,1 e 6,2) ocorreram após as faltas de L.

Participante A

A pior e atual dor mantiveram-se iguais antes e durante o tratamento. A média e melhor dor aumentaram durante o tratamento. A dor pior, atual, melhor e média aumentaram após o tratamento, e a pior dor e a média se mantiveram assim no seguimento. A melhor e atual dor diminuíram no seguimento. A média semanal, assim como para L, teve um aumento após a primeira sessão, seguido por uma diminuição após a segunda, porém voltou a aumentar na terceira sessão (sessão que começou a tratar da aceitação e os participantes falaram de suas famílias) e no feriado. Após a quarta sessão (sobre valores, ações e eventos aversivos nessas ações; sessão interrompida por atendimentos médicos dos participantes) a média semanal caiu e se manteve nos níveis iniciais entre as intensidades 7 e 8 até o fim das sessões.

Participante J

A pior, melhor, média e dor atual foram 0 para as duas medidas antes da intervenção. Durante a intervenção, a dor pior e a melhor aumentaram, e voltaram a 0 após a intervenção e no seguimento. A dor média manteve-se em 0 antes do tratamento, aumentou durante e depois (intensidade 10), e no seguimento voltou para 0.

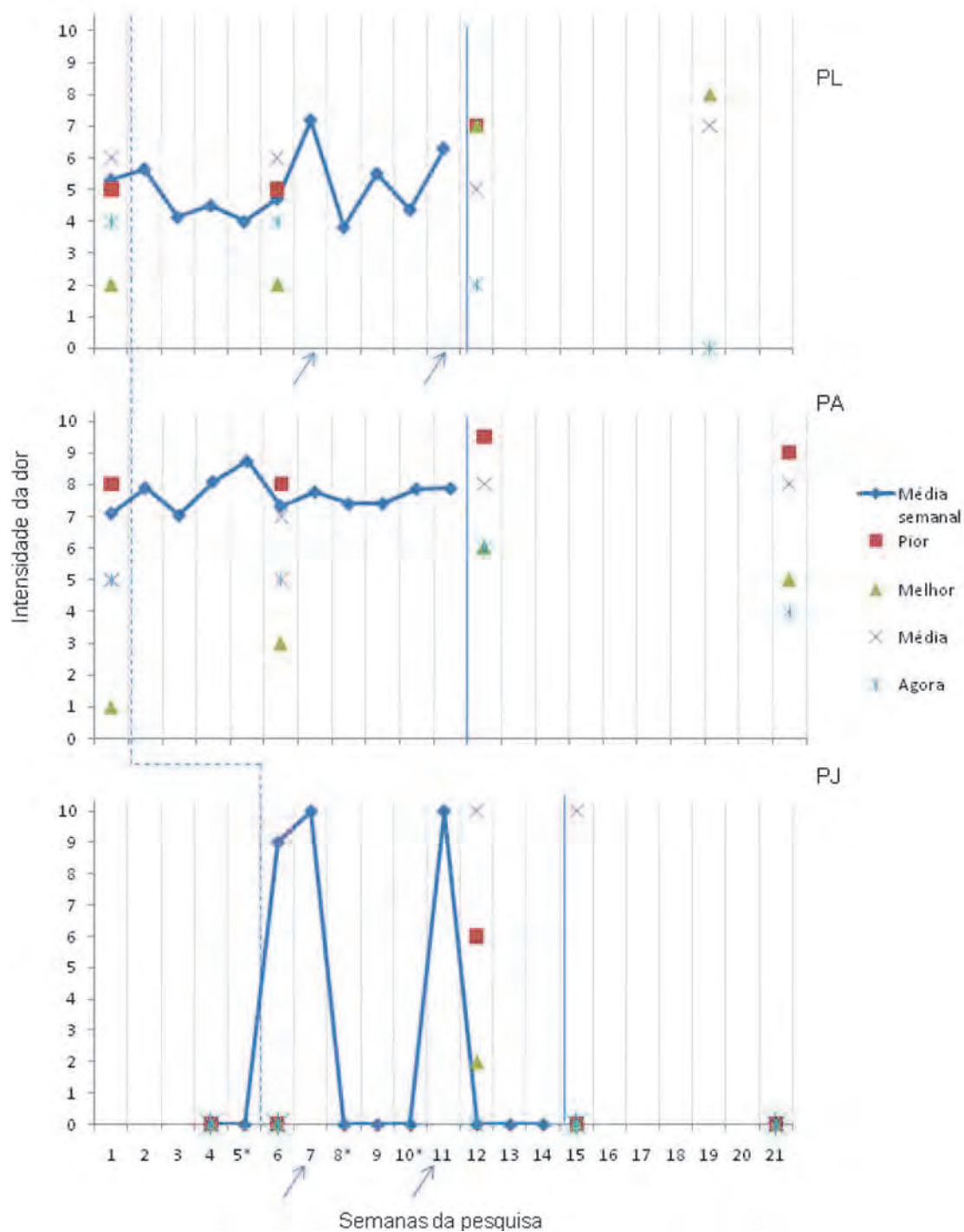


Figura 5: Intensidade da dor medida numa escala de 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível) no decorrer das semanas da pesquisa. A linha corresponde à média semanal da intensidade da dor registrada no diário da dor, os marcadores isolados correspondem às informações retiradas do Breve Inventário de Dor Crônica. A linha pontilhada indica o início das sessões; a

linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

A dor atual foi 0 em todos os momentos de coleta. A média semanal da dor antes da intervenção foi 0, após a primeira sessão aumentou (9), continuou aumentando após sua falta na semana seguinte (10) e caiu no feriado na outra semana (0). Manteve-se assim até o fim da intervenção, com exceção da semana 11 em que faltou e sua dor aumentou (10). Para a participante J, os dois pontos mais altos de intensidade de dor também foram após suas faltas.

Em geral, a dor medida pelo Breve Inventário de Dor Crônica e o diário da dor variaram com a intervenção. Porém a dor atual, que foi a pergunta referente a como estava a dor no momento da aplicação do Breve Inventário de Dor Crônica, esta diminuiu após a intervenção (de 4 para 2) e no seguimento chegando a 0 para L, manteve-se 0 em todas as medidas para J, e A teve um aumento na pós intervenção de 1 ponto (de 5 para 6), e diminuiu no seguimento (4). A teve o resultado mais amênuo quanto a dor atual. Isto provavelmente se deve a uma complicação com sua bomba de morfina no fim do tratamento, que parara de funcionar. Esta situação só piorou no seguimento em que estava com uma infecção hospitalar no corte da cirurgia da bomba, que não estava funcionando também.

2. Ansiedade e depressão

A Figura 6 representa os níveis de ansiedade e depressão, medidos pela escala HAD. A pontuação de 0 a 8 é considerada sem ansiedade ou depressão, e acima disso é considerado com ansiedade ou depressão.

Participante L

A ansiedade medida por meio da escala HAD aumentou de antes para durante a intervenção (de 9 para 10), continuou aumentando após a intervenção (12), e diminuiu no seguimento (7). Sendo assim L entrou na pesquisa com ansiedade e no seguimento não mais, segundo a escala HAD. A depressão aumentou durante a intervenção, diminuiu após e aumentou no

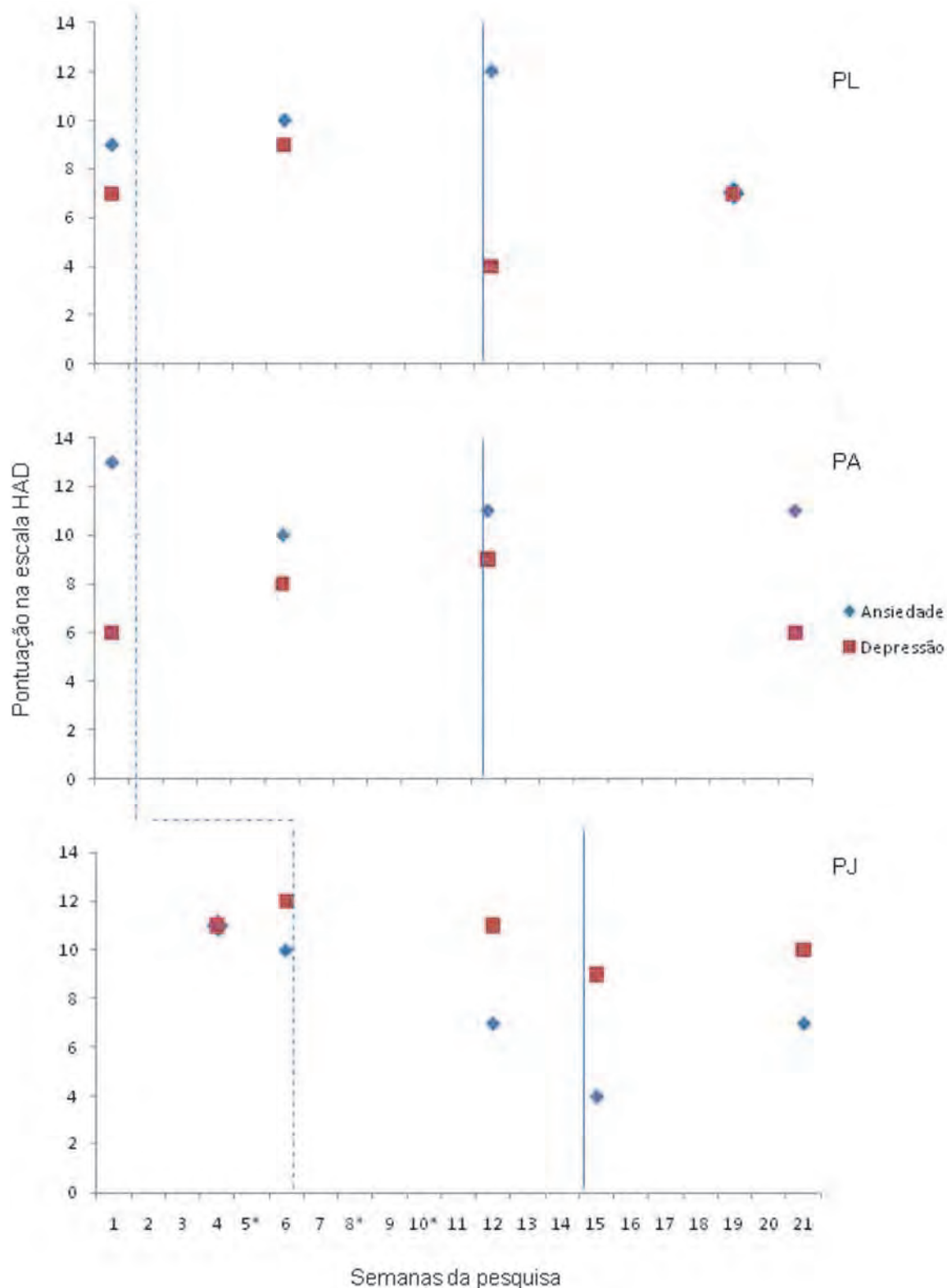


Figura 6: Nível de ansiedade e depressão medidos pela escala HAD no decorrer das semanas da pesquisa. De 0 a 8 pontos não é considerado que a pessoa tenha depressão ou ansiedade, acima disso sim. A linha pontilhada

indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados.

seguimento, mantendo-se no mesmo nível anterior a intervenção, que indica ausência de depressão (7).

Participante A

A ansiedade diminuiu durante a intervenção (de 13 para 10), aumentou um ponto após a intervenção e manteve-se assim no seguimento (11, com ansiedade). A depressão aumentou durante a intervenção e após (de 6 para 8 e para 9), e retornou ao nível 6 no seguimento (sem depressão).

Participante J

A ansiedade foi diminuindo nos dois momentos antes da intervenção, durante a intervenção e após (de 11, para 10, 7 e 4). No seguimento houve um aumento para 7. A depressão aumentou da primeira medida antes da intervenção para a segunda (de 11 para 12), diminuiu durante a intervenção e após (11 e 9), e aumentou um ponto no seguimento (10). J iniciou a pesquisa com ansiedade e depressão e terminou sem ansiedade e com índices menores de depressão.

Comparando as medidas antes da intervenção e no seguimento, a ansiedade de todos os participantes diminuiu e a depressão se manteve igual para o grupo 1 (L e A) e diminuiu para o grupo 2 (J).

3. Qualidade de vida

A Figura 7 representa a pontuação no questionário WHOQOL-BREV. Este questionário mede a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Dentro de cada domínio, de 0 a 2,9 pontos indicam que há a necessidade de melhorar o domínio, de 3 a 3,9 é considerado regular, de 4 a 4,9 é bom, e de 5 em diante, muito bom.

Participante L

As medidas domínio físico e psicológico estavam em índices classificados como necessita melhorar antes da intervenção, durante e após, mas no seguimento aumentou e passou a ser regular. A medida meio ambiente manteve-se regular em todos os momentos da aplicação do questionário. As relações sociais necessitavam melhorar antes e durante a intervenção, após a intervenção ficaram regulares, e no seguimento aumentou para boas.

Participante A

Seu domínio físico estava regular antes e durante a intervenção, diminuiu necessitando melhorar após a intervenção, e aumentou voltando novamente ao índice anterior e durante a intervenção - regular - no seguimento. O domínio psicológico ficou regular antes, durante e após a intervenção, abaixando até necessitar melhorar no seguimento. As relações sociais estavam boas antes e durante a intervenção, diminuiu após a intervenção até necessitar melhorar, e aumentou para boa no seguimento. O meio ambiente estava bom antes da intervenção, e passou a ficar regular durante, após a intervenção e no seguimento.

Participante J

Seu domínio físico começou regular na primeira aplicação do questionário antes da intervenção, diminuiu ainda antes da intervenção na segunda aplicação para índice classificado como precisa melhorar, aumentou durante a intervenção para regular, diminuiu após a intervenção para valores semelhantes aos anteriores à intervenção – precisa melhorar, e aumentou voltando ao regular no seguimento. O domínio psicológico necessitava melhorar nas duas aplicações do questionário antes da intervenção, e durante, após e no seguimento aumentaram para regular. As relações sociais estavam boas na primeira aplicação antes da intervenção, diminuíram para necessita melhorar na segunda aplicação, aumentaram para boa durante a intervenção, diminuíram para regular após a intervenção e voltaram para boa no seguimento. O meio ambiente estava necessitando melhorar nas duas aplicações antes da intervenção, aumentaram para regular durante a intervenção e após, e retornaram a necessidade de melhorar no seguimento.

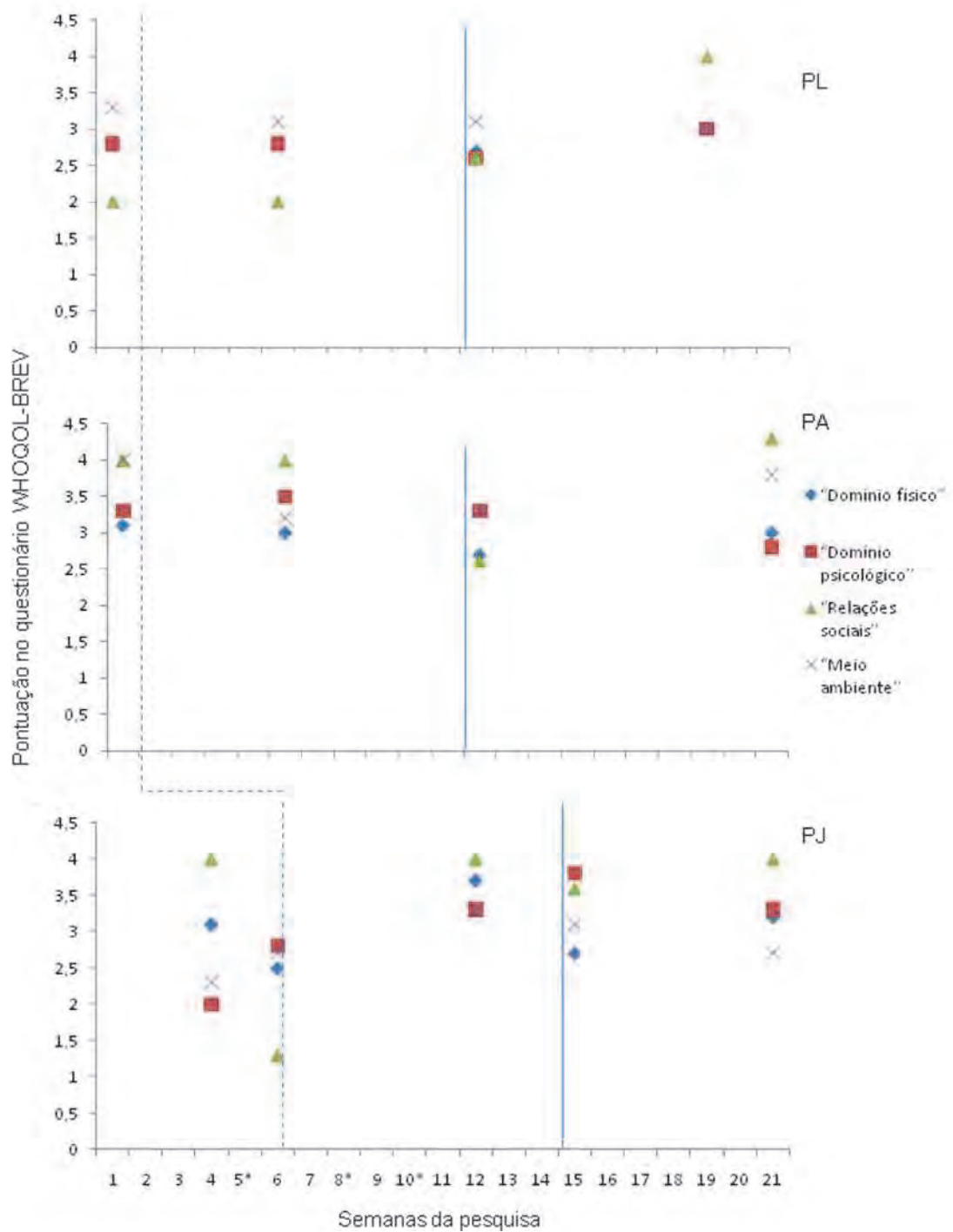


Figura 7: Pontuação no questionário WHOQOL-BREV no decorrer das semanas da pesquisa. Nessa escala, o domínio que tiver de 0 a 2,9 necessita melhorar, de 3 a 3,9 está regular, de 4 a 4,9, bom, e 5, muito bom. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterisco, semanas sem sessão devido à feriados.

Comparando a primeira aplicação do questionário (antes da intervenção) e o seguimento, todos os domínios de L melhoraram, com exceção do meio ambiente, que se manteve na mesma faixa, o domínio físico e as relações sociais de A, mantiveram-se na mesma faixa e o domínio psicológico e o meio ambiente pioraram, e todos os domínios de J mantiveram-se na mesma faixa com exceção do domínio psicológico que melhorou. Para todos os participantes as relações sociais melhoraram, mesmo não mudando de faixa para A e J.

4. Aceitação da dor crônica

A Figura 8 representa os resultados obtidos pelas aplicações do questionário Aceitação da Dor Crônica. Nesse questionário há a pontuação em quanto o participante se engaja em atividades e quanto aceita a sensação da dor crônica. Essas duas subescalas compõem a aceitação da dor crônica segundo este questionário.

Participante L

Durante a intervenção, comparado com antes, a aceitação da dor crônica aumentou e o engajamento em atividades diminuiu. Após a intervenção o engajamento em atividades aumentou e a aceitação da dor crônica diminuiu, e se mantiveram assim no seguimento.

Participante A

Apresentou a mesma movimentação de L antes e durante a intervenção, porém após teve uma diminuição seguida de um aumento no seguimento de ambos os índices.

Participante J

O engajamento em atividades aumentou da primeira para a segunda aplicação de questionário antes da intervenção, e continuou aumentando durante a intervenção. Após a intervenção e no seguimento, o engajamento em atividades diminuiu, porém continuou mais alto do que na primeira aplicação de questionário, mas inferior à segunda.

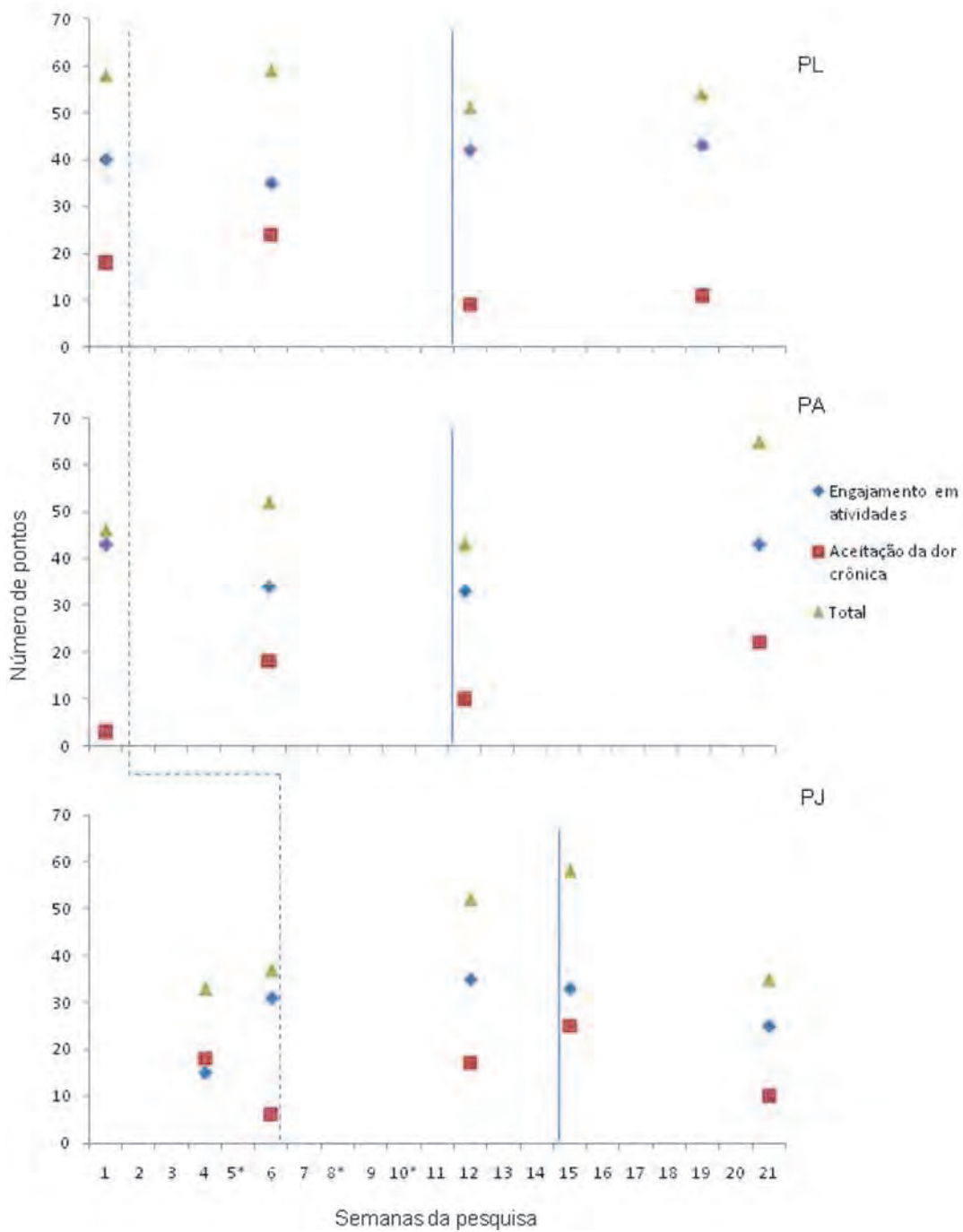


Figura 8: Pontuação no Questionário de Aceitação da Dor Crônica no decorrer das semanas da pesquisa. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; e o asterisco, semanas sem sessão devido aos feriados.

A aceitação da dor crônica diminuiu da primeira aplicação de questionário para a segunda, aumentou durante a intervenção, continuou aumentando após a intervenção e diminuiu no seguimento, ficando menor do que na primeira aplicação de questionário.

No total da escala, unindo aceitação da dor crônica e engajamento em atividades, A teve um aumento, comparando antes da intervenção e no seguimento (de 46 para 64), e L e J tiveram uma leve diminuição e aumento, respectivamente (L foi de 58 para 54 e J foi de 33 para 35).

Medidas primárias

1- Respostas nos episódios de dor

O Diário da Dor é analisado pela categorização das respostas verbais registradas no Diário do Participante. A instrução é que quando os participantes sentissem dor, registrassem a data, hora, a intensidade da dor de 0 a 10, onde estavam, com quem estavam, o que estavam fazendo, o que pensaram e sentiram, o que fizeram frente a dor e o que aconteceu depois. Essa seqüência de estímulos e respostas é considerada neste trabalho um episódio de dor. Esse registro foi analisado categorizando as respostas dos participantes nas seguintes categorias:

. Respostas de atividade – descrição de respostas, desde atividades motoras como “fazendo comida”, “passeando”, “caminhada”, “alongamento”, “tomei um chuveiro” e “de saída para a academia”, até respostas de baixa movimentação, porém que caracterizam atividades de lazer ou estudo, como “vendo TV”, “conversando”, “aguardando a consulta”, “no culto” e “estudando”. Essa categoria aparece como situação antecedente e subsequente à sensação de dor.

. Respostas de repouso – respostas em que o participante está exclusivamente parado ou dormindo, como “dormi”, “tentei dormir”, “deitei”, “descansando”, “fiquei na cama” e “parei”. Assim como a categoria “respostas

de atividade”, esta categoria também aparece como situação antecedente e subsequente à sensação de dor.

. Respostas de tomar medicação – respostas de se medicar, como “tomei 2 voltarens”, “apliquei morfina”, “tomei dois comprimidos de analgésico”, “tomei comprimido” e “tomei medicação”. Essa categoria e as seguintes aparecem apenas como subsequente à sensação de dor.

. Respostas emocionais aversivas – descrição de respostas emocionais aversivas como “senti impaciência”, “fiquei inquieta”, “nervoso”, “agoniado”, “tenso”, “desanimado”, “impaciente” e “ansiedade”. Nessa categoria se aplica também a descrição de sensações desagradáveis como “dores”, “desconforto nas pernas”, “queimação” e “pontadas”.

. Respostas emocionais prazerosas – respostas emocionais prazerosas como “alívio”, “calmo”, “descansado”, “relaxamento muscular”, “senti prazer em receber alguns amigos”, “prazer em viajar” e “tranquilo”.

. Respostas de pensar na eliminação da dor – respostas de pensar em eliminar a dor, ou o próprio pensamento sobre a dor, como “livrar-me da dor”, “queria morrer” e “procurei não pensar”.

. Respostas de pensar em atividade – respostas de pensar sobre alguma atividade, como “em continuar na sala de aula”, “queria dormir” e “em continuar estudando”.

. Respostas de expressão emocional – respostas de expressão emocional, como “chorei muito”, “gemi”, “dei uma gemida forte”, e “xinguei”.

Considerando a dor crônica como uma estimulação aversiva recorrente, o objetivo do tratamento baseado na ACT é estimular ações que sejam passíveis de reforçamento positivo e diminuir as respostas de esquiva e ou fuga da dor que restrinjam o repertório do indivíduo. Essa categorização do diário da dor tem como objetivo analisar a ocorrência de atividade durante ou após os episódios de dor e a relação entre elas.

2 - Respostas após a sensação da dor

As perguntas no diário da dor referentes às respostas após a sensação da dor (o que pensou e sentiu, o que fez frente à dor e o que aconteceu depois) foram agrupadas em dois conjuntos de categorias: as categorias que indicam possibilidade de reforçamento positivo (respostas de atividade, respostas de pensar em atividades, respostas emocionais prazerosas e respostas de expressão emocional) e as que indicam possibilidade de reforçamento negativo (respostas de medicação, respostas de repouso, respostas de pensar na eliminação da dor e respostas emocionais aversivas). Esses dois conjuntos serão referenciados neste trabalho como RPRP (respostas potencialmente reforçadas positivamente) e RPRN (respostas potencialmente reforçadas negativamente). Na Figura 9, estão representados, para cada uma dos participantes, estes dois conjuntos de respostas nas semanas da pesquisa (painéis das esquerda) e o total de episódios de dor e média semanal da intensidade da dor (painéis da direita). A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

. Participante L

Para a participante L, as respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) oscilam semelhantemente com o número de episódios de dor, isto é, quando o número de episódios de dor aumenta, o número de RPRP também aumenta, e vice versa. Essa oscilação conjunta dessas variáveis ocorrem em 7 das 11 semanas em que o dado foi coletado. Essa relação não se deve ao fato da participante apenas registrar as respostas quando tem dor, pois essa proporção entre RPRP e episódios de dor (RPRP dividida pelo número de episódios de dor ANEXO I) mantém uma relação semelhante (em 6 das 11 semanas de coleta).

As respostas potencialmente reforçadas negativamente (RPRN) oscilam com a média semanal da intensidade de dor (9 das 11 semanas) e mantêm uma relação inversa com as RPRP e o número de episódios de dor por semana. Essa relação inversa é observada em 10 das 11 semanas entre as

RPRP e RPRN, e em 8 das 11 semanas entre o número de episódios de dor e a média semanal da intensidade da dor.

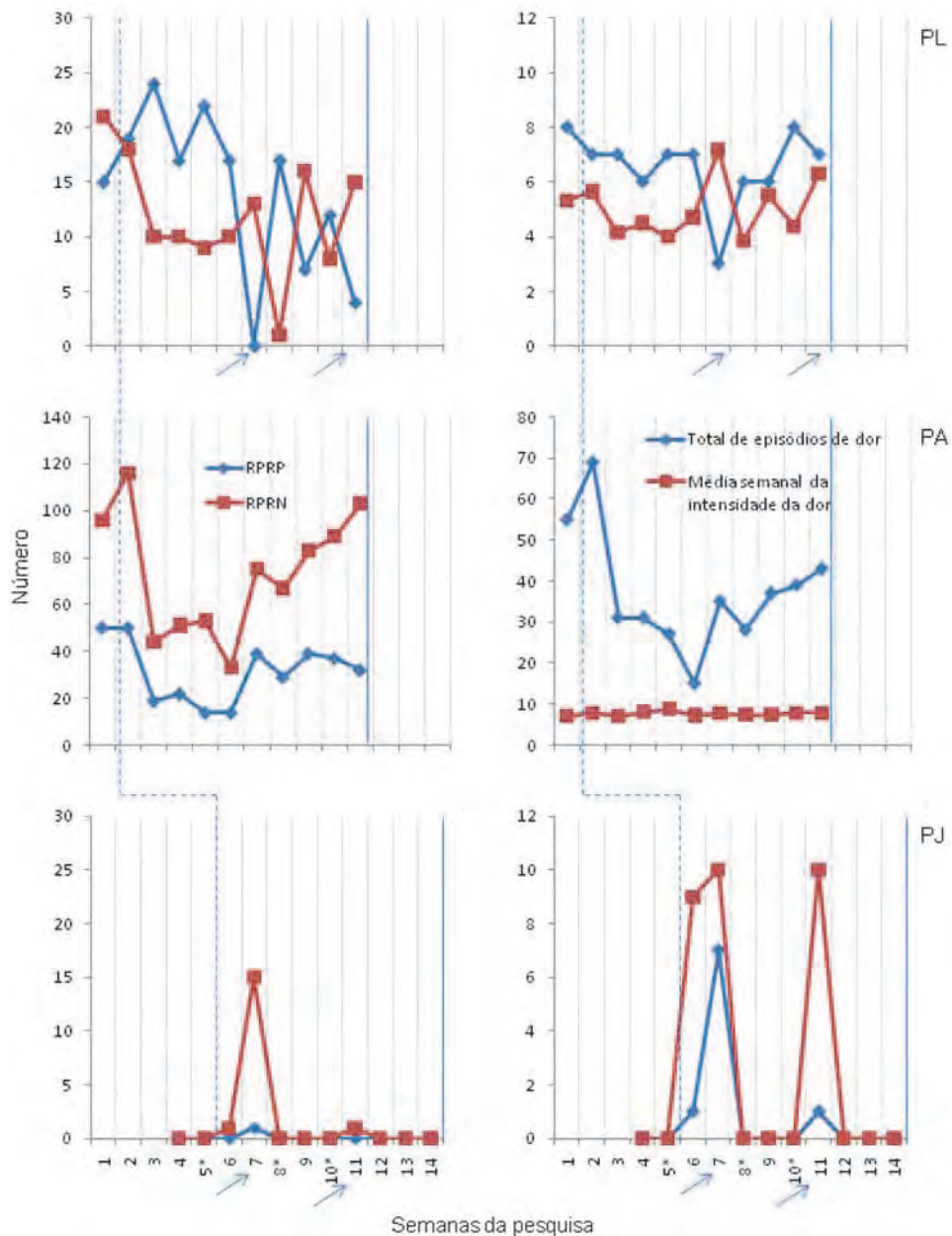


Figura 9: Número de respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) e respostas potencialmente reforçadas negativamente (RPRN) por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterisco, semanas sem sessão devido aos feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

Essas relações indicam que L oscila entre situações em que emitiu mais respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) após a sensação de dor quando o número de episódios de dor aumentava e sua intensidade diminuía. E quando a intensidade da dor era maior, ocorriam menos vezes e ela emitia mais RPRN.

A intervenção teve o seguinte efeito nas variáveis RPRP e RPRN. Após a primeira sessão, RPRP aumenta e RPRN diminui. Após a sessão 2 até a sessão 5 as respostas potencialmente reforçadas negativamente (RPRN) se mantêm entre 10 e 9 ocorrências por semana que é aproximadamente metade do que emitia antes e após a primeira sessão; e as respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) alternaram-se, aumentando após a sessão 2, diminuindo após a 3, aumentando após o feriado e diminuindo após a sessão 4 (está oscilação corre entre 17 a 24 vezes por semana) todas em números acima do de linha de base. Na sessão 5 em que L falta as RPRP caem para 0 e as RPRN aumentam um pouco de 10 para 13 ocorrências na semana. A partir desse ponto essas variáveis alternam-se até o fim da intervenção em geral entre números inferiores aos de linha de base. Nos dois feriados restantes, assim como no primeiro, RPRP aumenta (17 e 12 ocorrências) e RPRN diminui (1 e 8 ocorrências). Nas sessões após o feriado (as sessão 6 e 7) RPRP diminui (7 e 4 ocorrências) e RPRN aumenta (16 e 15).

. Participante A

Destaca-se o número de respostas registradas por A. A comparação dos valores dos eixos relativos ao número de respostas é diferente. Não foram igualados para evitar que as curvas dos outros participantes ficassem achatadas. Para o participante A, as respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP), respostas potencialmente reforçadas negativamente (RPRN), número de episódios de dor por semana e a média semanal da intensidade da dor variaram de forma semelhante. As RPRN aumentaram e diminuíram em todas as semanas conforme a intensidade da dor aumentava ou diminuía, mesmo que essa variação da intensidade tenha sido bem pequena (entre 7,03 e 8,74). As respostas potencialmente reforçadas negativamente

(RPRN) e intensidade da dor tiveram variações semelhantes com o número de episódios de dor em 9 das 11 semanas, e as respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) tiveram variações semelhantes com o número de episódios de dor em 6 das 11 semanas. Em geral quando A tinha dor com mais frequência, aumentava sua intensidade, suas RPRP e principalmente suas RPRN.

Como estas quatro variáveis oscilam de forma semelhante, uma hipótese era o fato do participante apenas registrar as RPRP e RPRN nos episódios de dor, logo seria esperado elas variassem juntas. Para testar essa hipótese, o número de RPRP e RPRN foi dividido pelo número de episódios de dor chegando a uma proporção de RPRP e RPRN em relação aos episódios de dor que possibilita observar as variações de RPRP e RPRN independente da quantidade de vezes que o participante teve dor naquela semana (ANEXO I). Para as participantes L e J, as oscilações de RPRP e RPRN não mudaram quando convertidas para esta proporção, mas para A sim. Considerando os valores absolutos e a proporção de resposta, a intervenção teve o seguinte efeito nas variáveis RPRP e RPRN:

- com o início da intervenção (1ª sessão) RPRN aumenta e RPRP mantém-se igual. Como há um aumento de episódios de dor, proporcionalmente as RPRP e RPRN diminuem o valor, ou seja o participante parece diminuir suas emissões de RPRP e RPRN com o início da intervenção (após sessões 1 e 2) em cada episódio de dor, comparando com antes da intervenção.

- após a sessão 3 até a sessão 5 segue um padrão de pequeno aumento de ambas RPRP e RPRN após as sessões e nos feriados uma diminuição das RPRP e um aumento das RPRN, considerando os valores de RPRP e RPRN em proporção (ANEXO I); estas oscilações ocorrem em sua maioria abaixo da linha de base. Após a sessão 4 há uma diminuição de RPRN e RPRP mantém-se igual, porém é apenas porque há uma acentuada diminuição dos episódios de dor (de 69 por semana após a primeira sessão, de 31 a 27 entre as sessões 2 e 4, para 15 episódios de dor por semana após a sessão 4);

- após a sessão 5 (em que L faltou) até a sessão 7 há um pequeno aumento de RPRP e uma pequena diminuição de RPRN após as sessões (5 e 6 e uma pequena diminuição de RPRP e um pequeno aumento de RPRN após os feriados, como observado em todos os feriados durante a intervenção. Essas relações são observadas com os valores de RPRP e RPRN em proporção (ANEXO I), os valores absolutos (Figura 9) apontam diferenças nas RPRN (aumentam após as sessões 5 e 6 e diminuem após o feriado entre essas sessões). Nesse período entre após a sessão 5 até a 7, os valores em proporção de RPRP ficam levemente superiores à linha de base (e abaixo se considerado os valores absolutos), e a proporção de RPRN está a cima da linha de base (e abaixo chegando próximo da linha de base em valores absolutos). Cabe destacar que o número de episódios de dor por semana que passa a aumentar após a sessão 5 até a última semana de coleta do Diário da Dor, com exceção do feriado seguinte a sessão 5 em que diminui. Mesmo com esse aumento do número de episódios de dor após a sessão 5, A apresentava 55 episódios de dor por semana antes da intervenção e termina a com 43. Considerando que nas últimas semanas de intervenção A estava com a bomba de morfina desativada e não sabia, este resultado tem uma relevância para compreensão dos dados.

- após a sessão 7 (em que L faltou), há uma pequena diminuição de RPRP e um pequeno aumento de RPRN.

. Participante J

J teve apenas três semanas com episódios de dor durante a intervenção. Ocorreram após a primeira sessão (um episódio) e as duas outras nas semanas após as duas faltas de J. Seu padrão de dor é intenso, com poucos episódios e poucas respostas por episódio, prevalecendo RPRN. Na primeira semana com dor, após a primeira sessão, ocorreu apenas um episódio de dor. Comparando as próximas duas semanas com dor após as faltas, não há diferenças na média da intensidade da dor, mas há uma diminuição da ocorrência dos episódios (de 7 após a 1ª falta para 1 após a 2ª falta), das RPRN (de 15 para 1) e das RPRP (de 1 para 0).

Na Figura 10 está representado o número das diferentes respostas que foram reunidas na Figura 9 como respostas potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) e as respostas reunidas como potencialmente reforçadas negativamente (RPRN) nas semanas da pesquisa. As respostas analisadas como potencialmente reforçadas positivamente (RPRP) - respostas de atividade, respostas de expressão emocional, respostas emocionais prazerosas e respostas de pensar na atividade - são apresentadas nos painéis da esquerda. As respostas analisadas como potencialmente reforçadas negativamente - respostas de repouso, respostas de tomar medicação, respostas emocionais aversivas e respostas de pensar sobre a eliminação da dor – são apresentadas nos painéis da direita. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de L e J. Um aspecto a ser destacado é a diferença dos valores dos eixos relativos ao número de respostas. O gráfico do participante A tem valores muito maiores que os dos outros participantes dado o maior número de registros trazido por ele.

Esperava-se um aumento em todas as variáveis que compõe as RPRP com a intervenção.

. Respostas de atividade

Respostas de atividade são as de maior número entre as classificadas como RPRP para L e A. Para L, elas aumentam mantendo em geral valores maiores que os de linha de base. Só em três momentos esses valores são inferiores à linha de bases (suas duas faltas e após a sessão 6). Para A, os valores são bastante superiores quando comparado aos outros participantes, elas aumentam na primeira sessão e a seguir diminuem, voltando a aumentar após a sessão 5, mas sempre em números de respostas abaixo dos de linha de base. J apenas apresentou uma emissão deste tipo de respostas durante as duas primeiras semanas de intervenção.

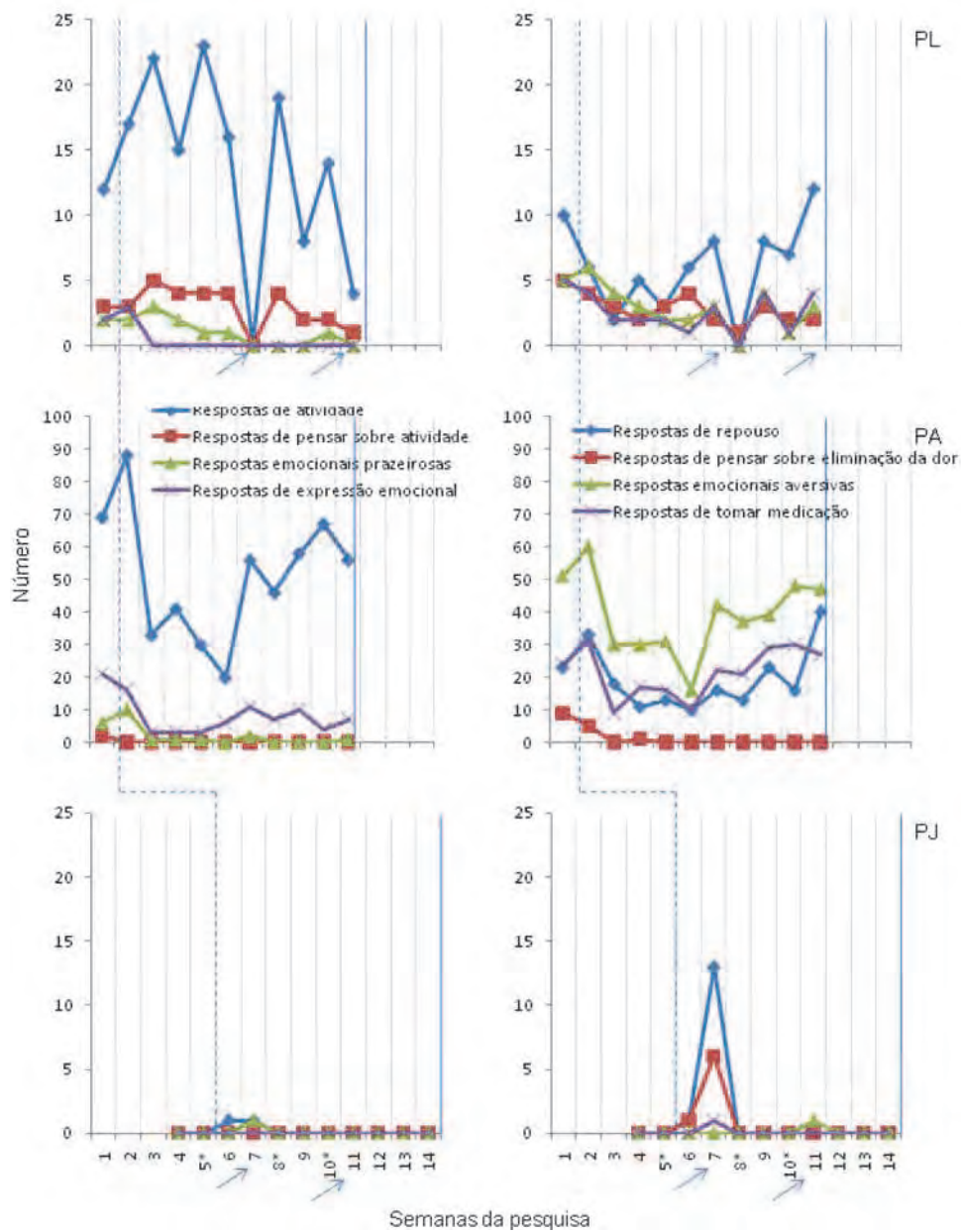


Figura 10: Número de respostas emitidas após a sensação de dor registradas no diário da dor por semana que indicam a possibilidade de reforçamento positivo (painéis da esquerda) e a possibilidade de reforçamento negativo (painéis da direita) no decorrer das semanas da pesquisa. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

. Respostas de expressão emocional

As respostas registradas no diário assim categorizadas diminuíram ao longo das sessões para L e para A. L apresentou duas respostas antes e depois da primeira sessão e não apresentou mais esse tipo de resposta. A teve uma queda inicial de respostas de expressão até a sessão 4. Da sessão 4 em diante apresentou aumento de respostas de expressão após as sessões e diminuição após os feriados. Nota-se que os registros destas respostas por L e por A sempre foram em número menores dos que os da linha de base em todas as semanas da pesquisa.

J não apresentou esse tipo de resposta.

. Respostas emocionais prazerosas

Ocorreu em baixa frequência para todos os participantes. L e A apresentaram algumas antes da primeira sessão e um pequeno aumento no começo da intervenção (na segunda e primeira sessão, respectivamente). Esta resposta é registrada apenas uma vez por J.

. Respostas de pensar sobre a atividade

A intervenção aumentou a ocorrência de respostas de pensar sobre a atividade para L até a sessão 5 em que faltou. Na semana seguinte do feriado volta ao nível anterior, porém decai no restante das semanas. A apresentou apenas duas respostas de pensar sobre a atividade antes da primeira sessão e J não apresentou esse tipo de resposta.

Com a intervenção era esperado que as variáveis que compõe as RPRN diminuíssem. Há maior ocorrência de diversas respostas categorizadas como RPRN.

. Respostas de repouso

Observa-se na Figura 10 que após as sessões 1 e 2 as respostas de repouso diminuem para L. Depois disso seguem um padrão de aumentarem

após a sessão e diminuírem depois do feriado. Este aumento, exceto após a última sessão, nunca chega a números superiores aos de linha de base. Para A, as respostas de repouso aumentam após a primeira sessão, diminuem até depois da sessão 3, e passam a aumentar, com exceção dos dois últimos feriados em que diminui um pouco e como para L apenas na última sessão o número de resposta é superior ao de linha de base. J apenas apresenta respostas de repouso depois de sua primeira falta.

. Respostas de tomar medicação

A intervenção diminuiu as respostas de tomar medicação de L até a sessão 5 em que falta. A partir desse ponto, as respostas de medicação aumentam após as sessões e diminuem após os feriados. A apresenta um aumento das respostas de medicação após a primeira sessão, uma diminuição grande após a segunda sessão (de 31 ocorrências para 9), um aumento após a sessão 3, uma diminuição até a sessão 5, e a partir da sessão 5 há um aumento até o fim da intervenção. Estas flutuações no número de respostas de tomar medicação, que ocorrem após a primeira sessão para os dois participantes, nunca foram superiores aos números identificados na linha de base. Este é um resultado interessante, pois a sessão 5 dizia respeito à aceitação da dor crônica e deste ponto em diante A passa a emitir mais respostas de atividade e também de medicação, é como se ele esquivasse da sensação da dor mas não de suas atividades. J só emitiu essa resposta uma vez em sua primeira falta, apesar de apresentar registros de dor de alta intensidade em 3 semanas da pesquisa, como observa-se na Figura 9.

. Respostas emocionais aversivas

A intervenção teve um leve aumento das respostas emocionais aversivas de L e depois diminuiu até a sessão 5, em que novamente mantém seu padrão de aumentar após as sessões e diminuir depois dos feriados, nunca chegando a valores superiores aos que foram registrados antes do início das sessões. Isto também ocorre com A que tem também um aumento das respostas emocionais aversivas após a primeira sessão, uma diminuição grande após a segunda (de 60 para 30 ocorrências), se mantém até a sessão 4

em que diminui mais (para 16 ocorrências) e após a sessão 5 volta a aumentar e se mantém entre 37 e 48 até o fim da intervenção. A foi um participante com grande número de registro em todas as categorias. Para estas respostas foram observados valores muito superiores às suas outras respostas (o que exigiu alteração do valor do eixo). Essa oscilação indica que após as intervenções de aceitação (vide pg. 35) na sessão 5, A passa a emitir mais respostas emocionais aversivas. J emitiu apenas uma resposta emocional aversiva após sua segunda falta.

. Respostas de pensar em eliminar a dor

A intervenção diminuiu as respostas de pensar em eliminar a dor para L e para A. Para L ocorre uma diminuição sistemática até o feriado, e a partir deste ponto começa a aumentar. Após a sessão 5 em que faltou, as respostas de pensar em eliminar a dor voltam a diminuir, após a sessão 6 aumentam um pouco, diminuem na semana seguinte do feriado e permanecem assim nas últimas sessões em número baixo. L apresentava 5 respostas antes da intervenção e ao fim 2. Para A, a ocorrência dessa resposta diminuiu de 9 antes da intervenção para 0 após a segunda sessão. Depois da sessão 3 ocorre uma resposta e não mais no restante da intervenção. J apresenta uma resposta depois da primeira sessão, 6 depois de sua primeira falta e nenhuma mais.

3. Respostas antecedentes à sensação de dor

As respostas emitidas antes da sensação dolorosa registradas no diário da dor (o que estava fazendo) foram as classificadas como respostas de atividade ou repouso. Na Figura 11, está representado o número de respostas de atividade e repouso antecedentes à sensação de dor por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

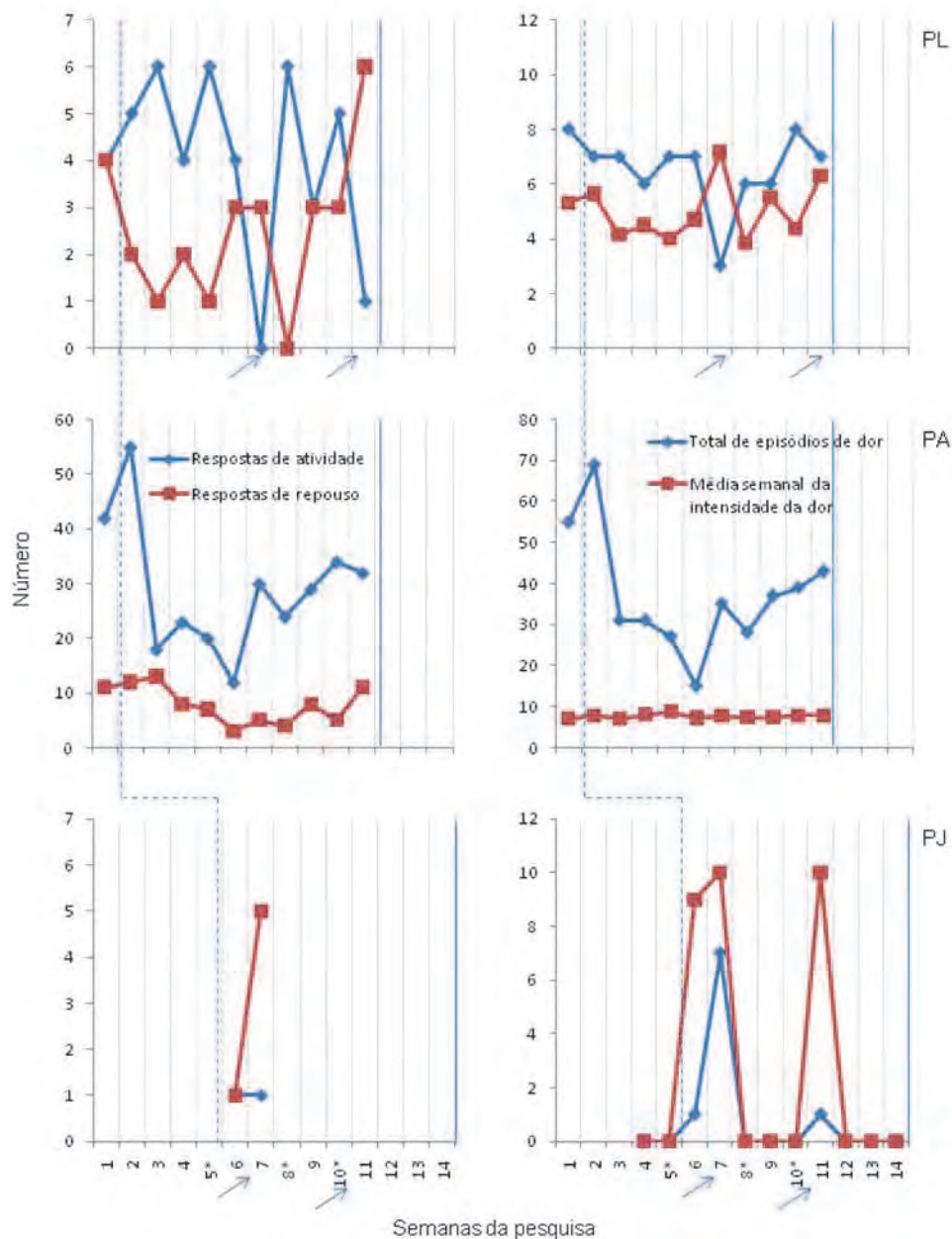


Figura 8: Número de respostas de atividade e repouso antecedentes à sensação de dor por semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões; a linha contínua, o fim; o asterisco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

. Participante L

L teve dor mais vezes quando estava emitindo uma resposta classificada como atividade do que em repouso. Isto se inverte apenas nas duas semanas

em que L faltou. São nestas duas semanas que são registrados maiores intensidade de dor.

Para L, a variável resposta de atividade oscila igual à variável RPRP após a sensação de dor (Figura 9 e 11). Assim, em geral, se L está em atividade antes de ter dor, sua dor será mais amena, a frequência mais constate e será mais provável que emita RPRP depois da sensação de dor. A variável resposta de repouso mantém semelhanças com as oscilações de RPRN em 8 das 11 semanas de coleta do Diário da Dor. Assim quando L está em repouso, sua dor é mais intensa, menos frequente e é mais provável que emita RPRN após a sensação de dor.

Assim quando L está em repouso, sua dor é mais intensa, menos frequente e é mais provável que emita RPRN após a sensação de dor. As demais análises do efeito da intervenção em RPRP e RPRN valem para as respostas de atividade e repouso antecedentes à sensação de dor.

. Participante A

Há um número muito maior de registros deste participante do que dos outros (o eixo com número de respostas e de episódios de dor é muito maior) Para A as dores ocorrem também na maioria das vezes quando ele está em atividade. As respostas de atividade antecedentes à sensação de dor mantêm relações de oscilações semelhantes entre as variáveis RPRP em 8 das 11 semanas e entre RPRN em 10 das 11 semanas; e as respostas de repouso com as RPRN e as RPRP em 7 das 11 semanas (Figuras 9 e 11).

Ambas as situações em que ele está emitindo respostas de atividade e as situações que está em repouso aumentam após a primeira sessão. Este aumento é muito maior das respostas de atividades e também há um aumento na média da intensidade da dor. Após esta sessão elas diminuem a níveis abaixo aos do de linha de base até a sessão 5, com exceção de um leve aumento nas situações em que está em repouso após a sessão 2 (de 12 para 13) e um aumento de situações em que está emitindo respostas de atividade após a sessão 3 (de 18 para 23). Após a sessão 5 há um aumento de situações em que está emitindo respostas de atividade (de 12 para 30), uma

diminuição após o feriado na semana seguinte, um aumento após a sessão 6 e o próximo feriado, e uma diminuição após a sessão 7 (24, 29, 34 e 32). As situações de dor quando está em repouso após a sessão 5 seguem um padrão de aumentarem após as sessões e diminuir após os feriados.

Em geral, a partir da intervenção observa-se uma diminuição do número de episódios de dor que se iniciam quando A está emitindo respostas de atividade e repouso até a sessão 5. Após ela os episódios de dor passam a aumentar, sempre em números inferiores aos de linha de base, as dores que ocorrem quando A está em repouso oscilam em aumentar após a sessão e diminuir após o feriado. É como se após a sessão 5, que foi uma sessão marcante para A pelos exercícios de aceitação, ele voltasse a sentir mais constantemente a dor, a manter-se mais em atividades antes e depois da sensação de dor (Figura 9), assim como emitir as outras RPRP, e a ter dor quando está repousando mais depois que tem sessão do que nas semanas de feriado (embora em geral seu nível de respostas de repouso antes da sensação de dor tenha oscilado pouco, de 3 a 13 em toda intervenção).

. Participante J

Os dados dos registros de J sobre as condições antecedentes são muito poucos. Após a primeira sessão, J emitiu uma resposta de atividade e outra de repouso antes da sensação de dor, e na sua primeira falta, uma de atividade e 5 de repouso. Essas foram todas as respostas antecedentes de J.

4. Seqüência de respostas

A análise do diário de dor permitiu analisar sequencias de respostas. Isto foi feito por meio da identificação de padrões de sequencias de eventos que foram observados ao se analisar as seguintes perguntas: o que estava fazendo (quando sentiu a dor), o que pensou e sentiu, o que fez frente a dor e o que aconteceu depois (perguntas do Diário da Dor, ANEXO A).

. Participante L

Quando a dor se iniciava em momentos de repouso, geralmente tinha maior intensidade (6 a 8 na escala de 10) e gerava uma seqüência de repouso, respostas emocionais aversivas, algumas respostas de pensar em se livrar da dor, respostas de se medicar e mais respostas de repouso. L teve ao todo 79 episódios de dor em 78 dias. Dentre eles, 27 foram de episódios de dor intensa (maior ou igual a 6), apenas 7 envolviam respostas de atividades (todos a partir da primeira sessão). Destes 7 episódios de dor forte com atividades, em 5 a dor iniciou-se quando L emitia respostas de atividade, e destes apenas em um caso ela terminou o episódio repousando, nos demais se manteve em atividade. Os 2 episódios que se iniciaram com repouso e após a dor L emitiu respostas de atividade envolviam respostas de se medicar em que a dor passava. A ocorrência de dor amena (menor ou igual a 5) em repouso foi 7 episódios. Com base nesses dados para a participante L, a ocorrência de respostas de repouso mostrou-se ocasião em que ocorria dor intensa. Quando a dor intensa iniciou-se em uma atividade, foi mais provável que L se mantivesse na atividade do que emitisse respostas de repouso (4 episódios para 1).

. Participante A

A foi o participante com maior registro de episódios de dor, 410 episódios num período de 78 dias. Desses 410 episódios, apenas em 56 A estava numa resposta de atividade e após a dor terminou o episódio com uma resposta de repouso. Alguns padrões se repetem nestes 56 episódios, na maioria deles A estava com sua mulher (49 episódios) e/ou vendo TV (28 episódios, sendo que em 3 ele estava sozinho) e/ou tomando café (15 episódios). A recorrência destes episódios no café da manhã pode estar relacionada à rotina de A que não tem um trabalho que exija que ele acorde em determinado horário, as condições físicas da dor ao acordar e questões de convivência entre A e sua mulher.

Neste sentido A manteve-se bastante ativo mesmo na presença da dor. Os 354 episódios restantes eram episódios que iniciavam e terminavam com respostas ou de repouso ou de atividade, ou episódios em que iniciava com

respostas de repouso e terminavam com de atividade, todos caracterizando situações em que a dor não influenciou no que A fazia (seja atividade ou repouso), ou situações em que embora estivesse em repouso e com dor, A emitiu respostas de atividade.

Em contraposição às respostas potencialmente reforçadas negativamente, A apresentou registros categorizados como “nada”, que indica em sua maioria que A não fez nada em relação à dor e permaneceu na atividade que estava. A categoria de respostas “agüentar” parece ter uma função semelhante pois aparece no lugar de respostas de medicação, em episódios em que A se “contraí” ou “segura” e deixa de tomar remédios ou acionar a bomba de morfina.

. Participante J

O diário da dor não foi um instrumento interessante para obtenção de dados da participante J. Ela utilizava morfina frente ao início da dor, e não chegava a registrar esse momento nem a considerá-lo como dor, apenas registrou os episódios em que a morfina acabava e sua dor alcançava de 8 a 10 de intensidade (na escala de 0 a 10 de intensidade de dor). J apresentou também dificuldade na escrita, o que pode ter influenciado a frequência dos registros, entre outras atividades de lição de casa.

Devido à quantidade pequena de dados do diário da dor de J, não há como analisar seqüências que se repetem. Uma característica que se evidencia é a quantidade de respostas de repouso alta (14 de 27 respostas ao todo). Com base no relato e atividades durante a sessão, J descrevia seus episódios de dor dizendo que ficava muito agitada e nervosa, chorava e mobilizava seus familiares. Com o decorrer das sessões e o trabalho focado nas relações familiares e assertividade, J passou a relatar que nos episódios de dor ficava quieta e deitada. Além de mobilizar menos seus familiares, disse que se sentiu melhor pois após a dor passar, não se sentiu exausta da agitação e os sentimentos aversivos também passaram mais rápido junto com a dor, em vez de perdurar durante alguns dias após a dor.

A seqüência de resposta de atividade, sensação de dor e resposta de repouso (seqüência ADR) é a típica seqüência de esquiva em que o participante está em atividade, sente a dor e para sua atividade para repousar. Essa seqüência é considerada problemática pois indica que a dor está restringindo as atividades do participante. No caso da dor crônica, que é presente no cotidiano, esse padrão ADR prejudica a qualidade de vida.

Os episódios em que o participante já está em repouso e permanece assim ao fim não foram considerados como ADR, nem quando o participante está em uma atividade e termina o episódio em outra, ou quando começa em repouso e termina em atividade. Isto não significa que a seqüência ADR aqui referida esgote as respostas de esquiva da estimulação dolorosa. Respostas de atividade podem ter função de esquiva e respostas de repouso podem ser reforçadas positivamente. Porém o critério utilizado é a diminuição das atividades.

Segue a ocorrência de seqüências ADR para cada participante (Figura 12).

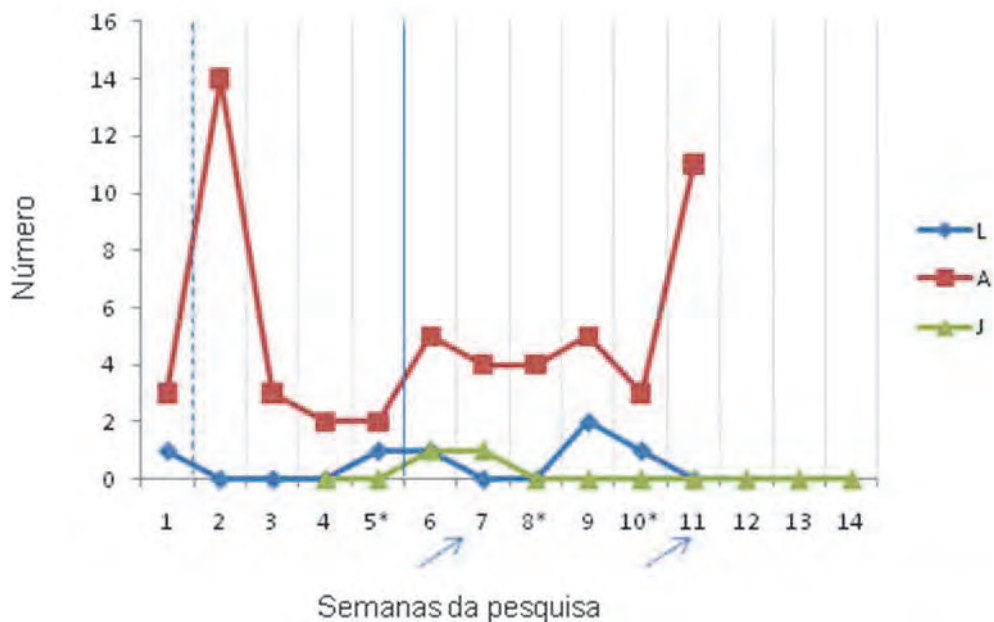


Figura 12: Número de seqüências de resposta de atividade, sensação de dor seguida por resposta de repouso (seqüência ADR) de cada participante por semana. A linha pontilhada indica o início das sessões para o grupo 1 (L e A); a

linha contínua, o início das sessões para o grupo 2 (J); o asterisco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

L apresentou seqüências ADR antes da intervenção, após o primeiro e último feriado, e após a sessão 6.

A teve um grande aumento de seqüências ADR após a primeira sessão (de 3 para 14), diminuiu para entre 2 e 3 até a sessão 4. Depois da sessão 4 fica entre 4 e 5 até o último feriado, diminuindo para 2 e aumentando para 12 após a sessão 7.

J teve duas semanas com sequencias ADR, após a primeira sessão e na semana seguinte em que faltou.

5. Tempo de fala na sessão

O tempo de fala na sessão pode indicar uma maior participação do sujeito na intervenção e o tempo de fala com o outro participante (para o grupo 1) pode indicar uma melhora nas habilidades sociais.

A porcentagem de tempo em que cada participante falou nas sessões é apresentada na Figura 13.

L falou em geral mais que A. Aumentou sua porcentagem de tempo de fala da primeira para a segunda sessão, e diminuiu na sessão 3 e 4 chegando próximo à primeira sessão. Faltou na sessão 5 e manteve sua porcentagem de fala na sessão 6. Faltou novamente na sessão 7 e na sessão 8 aumentou sua porcentagem de tempo de fala.

L era sensível à atenção da terapeuta, que após a primeira sessão passou a solicitar mais a participação de A para equilibrar a participação de ambos L e A nas sessões. Isto se traduz na queda do tempo de fala nas sessões 3 e 4 até a falta de L na sessão 5. E para A na leve diminuição da porcentagem de fala da sessão 1 para a 2, e o aumento que se seguiu nas sessões 3, 4 e 5. Na sessão 6 em que L está presente, a porcentagem de fala

de A diminui um pouco, sobe novamente na sessão 7 em que está apenas ele, e volta a cair com a presença de L na sessão 8.

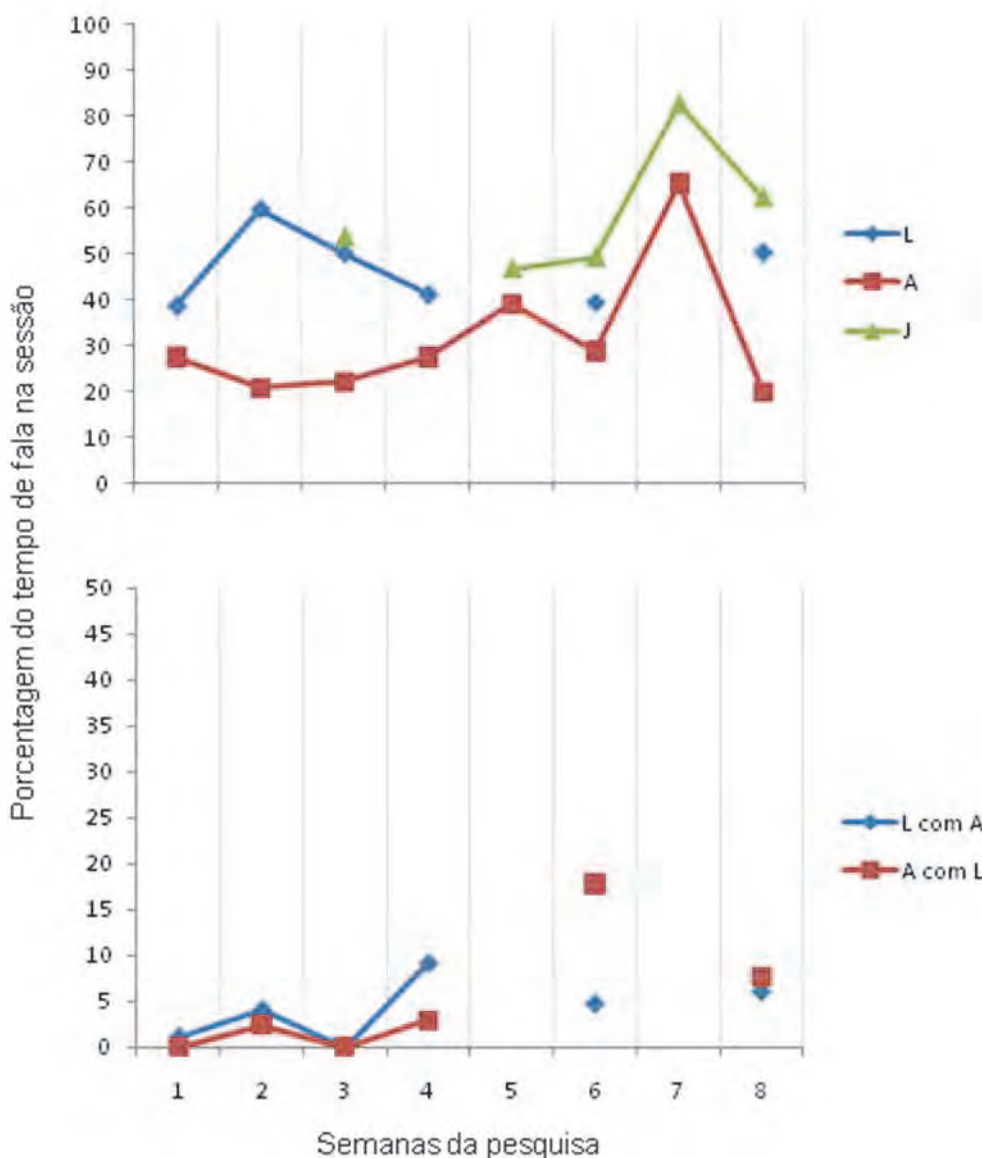


Figura 10: Porcentagem de tempo de fala de cada participante nas sessões (painel de cima) e porcentagem de tempo de fala de L com a e de A com L (painel de baixo).

Quanto a interação entre L e A, eles começam a intervenção pouco conversando (deve-se observar que o valor máximo do eixo de porcentagem deste gráfico é 50), aumenta um pouco na sessão 2 e diminui para 0 na sessão 3. Na sessão 6, após a sessão 5 com apenas A, A fala mais com L, que fala um pouco com A. na sessão 8 ambos falam pouco um com o outro.

J mantém sua porcentagem de fala na sessão próximos a 50%, com um aumento na sessão 7 (83%) e uma diminuição na sessão 8 (62%).

DISCUSSÃO

Os objetivos desta pesquisa foram investigar os efeitos da ACT em pacientes com dor crônica, mais especificamente do protocolo “Uma Abordagem Baseada em Aceitação” (“Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach”), desenvolvido por Kevin E. Vowles e John T. Sorrell (2007), em três participantes do Centro de Reabilitação e Hospital Dia de um hospital público da cidade de São Paulo sobre comportamentos frente à dor dos participantes expostos a sessões orientadas por este protocolo. Buscou-se verificar se a participação em sessões de ACT, em contexto de hospital público, esta relacionada à diminuição de comportamentos de fuga e esquiva na presença da dor e o engajamento em ações que produzam reforçamento positivo. Estes efeitos da intervenção foram avaliados por meio de medidas de fontes diversas: questionários, observação e autorregistro.

Os efeitos da intervenção foram avaliados por meio de medidas primárias e secundárias.

A comparação das medidas secundárias obtidas antes com as obtidas durante a intervenção, imediatamente após a intervenção e no seguimento permite identificar efeitos. Os efeitos da intervenção nos índices medidos foram os seguintes:

. Intensidade da dor - Há uma diminuição da intensidade da dor atual relatada (obtida pelo questionário Breve Inventário de Dor Crônica) e um aumento a dor classificada como melhor, para os participantes do Grupo 1. Estas oscilaram durante o tratamento, porém a dor atual e a melhor dor destes participantes melhoraram no seguimento comparado com medidas anteriores à intervenção (de 4 para 0 para L e de 5 para 4 para A – dor atual; de 2 para 8 para L e de 1 para 5 para A - melhor dor). Para o participante do J que inicia a

intervenção em semana posterior não há alteração na maioria das medidas. A melhora na intensidade da dor também foi observada nos estudos de Vowles, McCracken e Eccleston (2005 e 2007), Dahl, Wilson e Nilsson (2004), Vowles, Wetherell e Sorrell (2008) e Wicksell, Melin e Olsson (2007). Nesses estudos há apenas a mensuração da dor numa escala de 0 a 10.

. Número de episódios de dor – foi o resultado mais importante, tanto em termos de valores como clinicamente. L teve menos episódios de dor durante toda a intervenção em comparação com a semana antecedente, com exceção de uma semana após o último feriado em que teve a mesma quantidade de episódios de dor que tinha antes da intervenção (8). Na semana em que faltou na sessão 5, chegou em seu número mais baixo, com 3 episódios na semana. A, com exceção da primeira semana de intervenção em que o número de episódios de dor aumentou, passou o resto da intervenção com bem menos episódios de dor por semana, chegando a 15 episódios na semana após a sessão 4, sendo que seu nível de linha de base era 55. J não apresentou episódios de dor antes da intervenção, e durante em apenas 3 semanas (após primeira intervenção e em suas duas faltas). Estes resultados são compatíveis com a melhora significativa de dias doentes encontrada no estudo de Dahl, Wilson e Nilsson (2004).

. Ansiedade – comparando antes da intervenção e no seguimento, a ansiedade melhorou para todos os participantes (de 9 para 7 para L, de 13 para 12 para A, e de 11 para 7 para J). Vowles, McCracken e Eccleston (2005) e Vowles, Wetherell e Sorrell (2008) também obtiveram melhoras nos índices de ansiedade em seus estudos com ACT e dor crônica.

. Depressão – Não demonstrou efeito para o grupo 1 e ocorreu uma pequena melhora para a participante do grupo 2 (de 11 para 10 para J). Este é um resultado mais ameno do que as melhoras nos índices de depressão encontradas nos outros estudos (McCracken, Vowles e Eccleston, 2005 e 2007, e Vowles, Wetherell e Sorrell, 2008).

. Qualidade de vida – Comparando as medidas obtidas antes da intervenção e no seguimento, observa-se que L melhorou em todos os

domínios com exceção do meio ambiente que se manteve igual. A manteve-se na mesma faixa no domínio físico e nas relações sociais, e piorou o meio ambiente e o domínio psicológico; e J manteve-se igual com exceção do domínio psicológico que melhorou.

Para todos os participantes, as relações sociais melhoraram, mesmo não mudando de faixa. Na pesquisa de Dahl, Wilson e Nilsson (2004), eles não obtiveram resultados significativos quanto à qualidade de vida. McCracken, Vowles e Eccleston (2005 e 2007) encontraram melhoras em incapacidades físicas e psicossociais.

. Aceitação da dor crônica – A e J obtiveram melhora no total da escala de aceitação da dor crônica comparando antes da intervenção e o seguimento (de 46 para 64 para A e de 33 para 35 para J), e L piorou um pouco (de 58 para 54). Quanto às sub escalas de engajamento em atividades e aceitação da dor crônica, L manteve-se na mesma faixa de engajamento em atividades e piorou um pouco sua aceitação da dor crônica, comparando os índices antes da intervenção e no seguimento; A também manteve-se na mesma faixa de engajamento em atividades e melhorou a aceitação da dor crônica; e J melhorou o engajamento em atividades e piorou a aceitação da dor crônica. As pesquisas de McCracken, Vowles e Eccleston (2005), Vowles, McCracken e Eccleston (2007), Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates, Gallimore e McCall (2007) e Vowles, Wetherell e Sorrell (2008) obtiveram resultados melhores quanto à aceitação do que no presente estudo.

. Medicação – L diminuiu a utilização de medicamentos a partir da intervenção e não teve nenhum momento em que voltou ao nível anterior às sessões. A, com exceção do aumento no número de medicações após a primeira sessão, diminuiu a utilização de medicação durante a intervenção, aumentando para cima da linha de base apenas nas últimas 3 semanas em que sua bomba de morfina não estava mais funcionando. J teve apenas uma resposta de medicação em sua primeira falta. A diminuição de medicação utilizada também foi relatada por Wicksell, Melin e Olsson (2007) em seu estudo.

. Repouso – Em geral a intervenção diminuiu a ocorrência de respostas de repouso após a sensação de dor. Para L, das 10 semanas de intervenção, apenas na última teve um valor maior do que a linha de base (12 ocorrências e 10 na linha de base). Para A, das 10 semanas que ocorreram a intervenção, em 7 A apresenta números menores de respostas de repouso após a sensação de dor do que na linha de base (24 ocorrências por semana). J teve uma resposta de repouso após a dor depois da primeira sessão e 13 na semana seguinte em que faltou, depois não apresentou mais esse tipo de resposta. Como não teve episódios de dor antes da intervenção, essas duas semanas foram acima da linha de base. Com exceção de J, esses achados são compatíveis com a pesquisa de McCracken, Vowles & Eccleston, (2005), em que a intervenção diminuiu as horas descansando ou dormindo devido à dor.

Em geral, a intervenção teve o seguinte efeito para cada participante:

. L

– diminuiu a ocorrência de episódios de dor (em 9 das 10 semanas comparando com antes da intervenção);

- diminuiu a intensidade da dor segundo o Diário da Dor (em 6 das 10 semanas comparando com antes da intervenção), em relação ao Breve Inventário de Dor Crônica, a intensidade da melhor dor e da média nas últimas 24 horas pioraram (comparando antes da intervenção com seguimento), a pior dor não ocorreu no seguimento, o que indica uma melhora e a dor atual foi de 4 para 0 (antes da intervenção e seguimento);

- melhorou a ansiedade (comparando antes da intervenção com o seguimento);

- não teve efeito quanto à depressão;

- melhorou a qualidade de vida, com exceção do meio ambiente que continuou na mesma faixa;

- melhorou o engajamento em atividade e piorou a aceitação da dor crônica;

- aumentou as RPRP até a sessão 5 em que faltou, a partir desse ponto só tem uma semana (a do segundo feriado) em que emite RPRP em maior número do que o da linha de base. De qualquer forma, teve valores maiores do que na linha de base em 6 das 10 semanas de intervenção;

- diminuiu as RPRN, teve valores menores do que na linha de base em toda a intervenção;

- aumentou as respostas de atividade antes da sensação de dor em 5 das 10 semanas de intervenção, manteve igual em 2 e abaixo do nível de linha de base em 3 (as duas faltas e após a sessão 6);

- diminuiu a ocorrência de respostas de repouso antes da sensação de dor em 9 das 10 semanas de intervenção;

- diminuiu a sequência resposta de atividade, sensação da dor e resposta de repouso em 6 das 10 semanas em que ocorreu a intervenção, em 3 permaneceu igual e em 1 aumentou;

- aumentou a porcentagem de fala durante as sessões (comparando a primeira com a última);

- aumentou a interação com o participante A (comparando a primeira com a última sessão).

. A

- diminuiu a ocorrência de episódios de dor (em 9 das 10 semanas comparando com antes da intervenção);

- aumentou a intensidade da dor segundo o Diário da Dor (em 9 das 10 semanas comparando com antes da intervenção), em relação ao Breve Inventário de Dor Crônica, a intensidade da melhor dor, a pior e da média nas últimas 24 horas pioraram (comparando antes da intervenção com seguimento), a dor atual foi de 5 para 4 (antes da intervenção e seguimento);

- melhorou a ansiedade (comparando antes da intervenção com o seguimento);

- não teve efeito quanto à depressão;
- piorou a qualidade de vida nos domínios psicológico e meio ambiente, e manteve-se na mesma faixa nos domínios sociais e físicos;
- melhorou a aceitação da dor crônica e o engajamento em atividade permaneceu igual;
- diminuiu as RPRP com exceção da semana após a primeira sessão em que permaneceu igual para os valores absolutos. Considerando a taxa de resposta, a intervenção inicialmente diminuiu as RPRP (até a sessão 4), e aumentou até a última semana, em que diminui comparativamente com a linha de base;
- diminuiu as RPRN, teve valores menores do que na linha de base em 8 das 10 semanas em que ocorreu a intervenção para valores absolutos, e aumentou considerando a taxa de resposta em 7 das 10 semanas;
- diminuiu as respostas de atividade antes da sensação de dor em 9 das 10 semanas de intervenção;
- diminuiu a ocorrência de respostas de repouso antes da sensação de dor em 7 das 10 semanas de intervenção, e na última foi igual a linha de base;
- aumentou a sequência resposta de atividade, sensação da dor e resposta de repouso em 6 das 10 semanas em que ocorreu a intervenção, em 2 permaneceu igual e em duas diminuiu;
- diminuiu a porcentagem de fala durante as sessões (comparando a primeira com a última);
- aumentou a interação com o participante L (comparando a primeira com a última sessão).

. J

- aumentou a ocorrência de episódios de dor (em 3 das 10 semanas comparando com antes da intervenção, o resto permaneceu em 0 como na linha de base);

- aumentou a intensidade da dor segundo o Diário da Dor (em 3 das 10 semanas comparando com antes da intervenção), em relação ao Breve Inventário de Dor Crônica, a intensidade manteve-se em 0 antes da intervenção e no seguimento;

- melhorou a ansiedade (comparando antes da intervenção com o seguimento);

- melhorou a depressão;

- melhorou a qualidade de vida no domínio psicológico e os outros permaneceram na mesma faixa;

- melhorou o engajamento em atividade e piorou a aceitação da dor crônica;

- aumentou as RPRP em uma ocorrência após a primeira falta, sendo que não emitiu essa resposta em nenhum outro momento;

- aumentou as RPRN, teve valores maiores do que na linha de base em 3 das 10 semanas em que ocorreu a intervenção, nas restantes permaneceu em 0;

- aumentou as respostas de atividade antes da sensação de dor em 2 das 10 semanas de intervenção, manteve igual nas outras semanas (0 ocorrências);

- aumentou a ocorrência de respostas de repouso antes da sensação de dor em 2 das 10 semanas de intervenção, manteve igual nas outras semanas (0 ocorrências);

- aumentou a sequência resposta de atividade, sensação da dor e resposta de repouso em 2 das 10 semanas em que ocorreu a intervenção, manteve igual nas outras semanas (0 ocorrências);

- aumentou a porcentagem de fala durante as sessões (comparando a primeira com a última).

A intervenção teve efeitos distintos entre os participantes, e o delineamento de base múltipla não foi útil para a observação do efeito dessa variável pelo número de participantes, pela diferença dos participantes pertencentes ao grupo 1 e o registro escaço da participante J no Diário da Dor.

Contudo o instrumento de autorregistro Diário da Dor mostrou-se interessante para observar padrões de comportamento nas situações problema, no caso o episódio de dor. Embora este instrumento esteja suscetível à história de reforçamento particular de cada participante de registrar atividades (tendo em vista o número variado de registros de cada participante).

O Diário da Dor foi preenchido por todos os participantes no decorrer de 11 semanas sem nenhum reforço específico da terapeuta. A hipótese baseada no relato dos participantes é que a própria observação e descrição do episódio de dor que o registro exige é um reforçador intrínseco para a emissão dessa resposta. Além deste efeito, ele permitiu a auto-observação e identificação de sequencias de comportamentos relacionados à dor. A exceção foi a participante J, pois esta demonstrou dificuldades na escrita e considerava que tinha dor apenas quando a bomba de morfina acabava antes de carregá-la novamente. Nos demais momentos, sentia incômodo, acionava a bomba e não registrava porque para ela aquilo não era dor. Assim apresentou poucos registros.

A participante L lamentou que não haveria sessão no feriado na terceira sessão (o feriado era na semana seguinte), que é quando começa uma tendência de diminuição das emissões de RPRP até o fim da intervenção (mesmo que oscilando). Nessa sessão e após as sessões seguintes, L diminuiu suas RPRP e aumentou as RPRN, embora os números mais baixos de RPRP ainda foram nas suas duas faltas (0 e 4). Esse padrão alterna-se com os feriados, em que L relatava aproveitá-los bem, o que caracteriza o aumento de RPRP e a diminuição de RPRN. Essa oposição que ocorria entre RPRP junto com número de episódios de dor por semana e RPRN junto com a intensidade da dor foi característica de seu padrão de dor crônica, em que queria manter-se fazendo as atividades cotidianas como fazia antes da dor.

Esses padrões de comportamento nas sessões, feriados e faltas podem melhor serem observados no anexo J, que consta duas tabelas (uma com os índices referentes a variáveis que podem indicar reforçamento positivo, e outra com os índices referentes a variáveis que podem indicar reforçamento negativo) para cada participante com a relação de quanto aumentou ou diminuiu cada índice medido na pesquisa em cada sessão, feriado e faltas.

Comparando com os outros participantes, L teve a maior taxa de RPRP por episódio de dor, chegando a uma média semanal de 9,429 RPRP por episódio de dor, enquanto os outros participantes tiveram seus maiores valores em 1,114 para A e 0,143 para J (ANEXO I). Neste excesso de atividades ocorre uma dor mais fraca, porém mais frequente, até a dor se intensificar e a frequência de atividades diminuir (por exemplo após a sessão 5, na semana 7 na Figura 9).

Considerando esses padrões e relatos de L durante as sessões sobre querer se comportar como antes da dor, a diminuição das RPRP junto com as RPRN é um indicativo de que L passou a reagir menos à dor, podendo indicar uma aceitação de sua condição de dor crônica. Comparando antes da intervenção e após a sétima sessão (última coleta do Diário da Dor), ambas RPRP e RPRN diminuíram. Embora o objetivo da intervenção fosse aumentar as RPRP e diminuir as RPRN, no caso de L essa diminuição de ambas as variáveis pode ter sido benéfica, uma vez que a diminuição de RPRP não implicou em diminuir atividades significativas no cotidiano de L, como os cursos que faz e sua convivência familiar e social (dados de relato de L durante as sessões e seguimento).

Para o participante A, um indicativo do efeito da terapia aparece nos feriados em que não há sessão e o participante apresenta um aumento de RPRN e uma diminuição de RPRP. A iniciou a intervenção diminuindo suas respostas (RPRP e RPRN) após a sensação de dor, como se estivesse parando de fazer o que sempre fez (segundo os valores em taxa, ANEXO I). Na sessão 3 ele e L falaram de reforçadores positivos (valores), em que a temática familiar foi abordada e foi a primeira sessão feita numa sala (as

anteriores foram num canto da sala de espera). A hipótese é que falar de algo significativo e com privacidade provavelmente aumentou a emissão de respostas após a sensação de dor, tanto RPRP como RPRN. Na sessão 4 houve várias interrupções por motivos de consultas médicas dos participantes e A falou mais quando estava sozinho com a terapeuta do que quando L estava presente. A sessão seguinte, 5, foi individual com A em virtude da falta de L. Nessa sessão foi trabalhados exercícios práticos de aceitação. A demonstrou-se bastante impactado. Dessa sessão em diante o efeito esperado de aumento de RPRP e diminuição de RPRN após as sessões foi observado, mesmo que pequeno, com exceção da última semana de coleta, após a sessão 7 em que estava apenas A, e que há um efeito inverso.

A participante J emitiu poucas respostas no Diário da Dor. Contudo, com excessão de um episódio de dor após a primeira sessão, J registrou episódios de dor em suas duas faltas. Da primeira para a segunda falta, a frequência dos episódios de dor, as RPRN e RPRP diminuíram. J relata que anteriormente à intervenção, ficava irritada, agitada, chorava e mobilizava a família nos episódios de dor. Conforme trabalhamos no decorrer das sessões outras formas de comunicação e interação com a família, J relatou ficar quieta e mais calma nos episódios de dor, o que lhe gerou uma recuperação mais rápida após o episódio (antes ficava dias fisicamente exausta pela agitação) e sem a culpa que tinha em trazer sofrimento e preocupação para os familiares. Considerando esse relato de J, a diminuição de episódios de dor, RPRP e RPRN foram consideradas pela participante como benéficas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia de Aceitação e Compromisso parece benéfica para pessoas com dor crônica baseado no efeito observado nestes três participantes desta pesquisa, assim como as pesquisas envolvendo ACT e dor crônica demonstram (Wicksell, Melin e Olsson, 2007; Dahl, Wilson e Nilsson, 2004; McCracken, Vowles e Eccleston, 2005; Vowles, McCracken e Eccleston, 2007; Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates, Gallimore e McCall, 2007; e Vowles, Wetherell e Sorrell, 2008). Outras pesquisas envolvendo mais participantes com a população brasileira são necessárias para confirmar esse achado.

Quanto à utilização do protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach” (Vowles & Sorrell, 2007), é aconselhável uma proposta de intervenção menos estruturada em que o terapeuta possa estar mais sensível às contingências da sessão. Isto dificulta a replicação das intervenções terapêuticas, porém aumenta sua qualidade.

A respeito das formas de mensuração dos resultados e processos terapêuticos, os questionários forneceram informações gerais dos resultados da intervenção. Porém o autorregistro Diário da Dor forneceu informações sobre as contingências presentes quando os participantes tinham dor. Essas informações permitem a análise de diversos padrões de comportamento e a variação desses padrões em virtude de variáveis do processo terapêutico e outras, como feriados. A coleta do Diário da Dor ocorreu em 11 semanas para o grupo 1 e 12 para o grupo 2. Nesse período, somando os 3 participantes, foram feitos 491 registros de episódio de dor (72 de L, 410 de A e 9 de J). Nesses episódios foram descritas 1960 respostas (356 para L, 1578 para A e 26 para J). O Diário da Dor ainda forneceu informações sobre onde e com quem o participante estava quando sentiu dor, que não foram analisadas nesta pesquisa.

Devido à grande quantidade de informações que o Diário da Dor possibilita, tal formato de autorregistro mostrou-se muito útil para a

investigação dos processos terapêuticos e para a análise das situações alvo de intervenção.

REFERÊNCIAS

- Andery, M. A. M. (2010). Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772010000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 jan. 2012.
- Dahl, J., Wilson, K., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Carvalho, M. M. J. (1999). *Dor: Um Estudo Multidisciplinar*. São Paulo: Summus Editorial.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*. 34(2),178-183.
- Fundamentos Metodológicos de Pesquisa em Análise do Comportamento. *Psicologia em Pesquisa*. (2010). *Psicologia em Pesquisa*. Recuperado em 07 de fevereiro de 2012, de <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2011/01/v4n2a08.pdf>
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (1993). *Strategies and Tactics of Behavioral Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F. & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57, 52-62.
- McCracken, L., Vowles, K., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335–1346.

- Saban, M. (2008) *Uma Leitura Behaviorista Radical da Terapia de Aceitação e Compromisso*. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 136 p.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas Implicações*. São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Skinner, B. (2007). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Vowles, K., McNeil, D., Gross, R., McDaniel, M., Mouse, A., Bates, M., Gallimore, P., & McCal, C. (2007). Effects of Pain Acceptance and Pain Control Strategies on Physical Impairment in Individuals With Chronic Low Back Pain. *Behavior Therapy* 38, 412–425.
- Vowles, K., McCracken, L., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain* 11, 779–787.
- Vowles, K., Wetherell, J., & Sorrel, J. (2008). Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, doi:10.1016/j.cbpra.2008.08.001.
- Wicksell, R., Melin, L., & Olsson, G. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain – A pilot study. *European Journal of Pain* 11, 267–274.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Diário da dor.....	91
ANEXO B - Questionário de Perfil.....	92
ANEXO C - Histórico da dor.....	93
ANEXO D - Adaptação do Inventário Breve de Dor.....	95
ANEXO E - WHOQOL-BREV.....	98
ANEXO F - Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão – Escala HAD....	103
ANEXO G - Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ).....	107
ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
ANEXO I – Proporção de respostas.....	114
ANEXO J – Sumarização dos dados.....	116

ANEXO B - Questionário de Perfil (questionário baseado no protocolo da equipe de psicologia do grupo de dor do ambulatório de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo)

Questionário de Perfil

Nome:	
Data de nasc.:	Gênero:
Estado civil:	Tel:
Religião:	
Mora com quem (parentesco/idade):	
Atividade profissional (à quanto tempo/horas por dia):	
Recebe algum benefício (INSS):	
Escolaridade:	
Renda mensal:	
Diagnóstico médico:	
Observação:	

ANEXO C - Histórico da dor (questionário baseado no protocolo da equipe de psicologia do grupo de dor do ambulatório de ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo)

Histórico de Dor

Local da dor:
Tipo de dor (pontada, formigamento, calor, pressão, etc.):
Intensidade (de 0 a 10):
Situações em que geralmente tem dor:
Situações em que não tem dor:
O que faz que piora a dor:
O que faz que alivia a dor:
Duração da dor:
Frequência da dor:
Desde quando tem dor:
Mudanças da dor no decorrer do tempo:
Medicações:

Tratamentos anteriores:
Tratamentos atuais:
Rotina:
Atividades de lazer:
Observação:

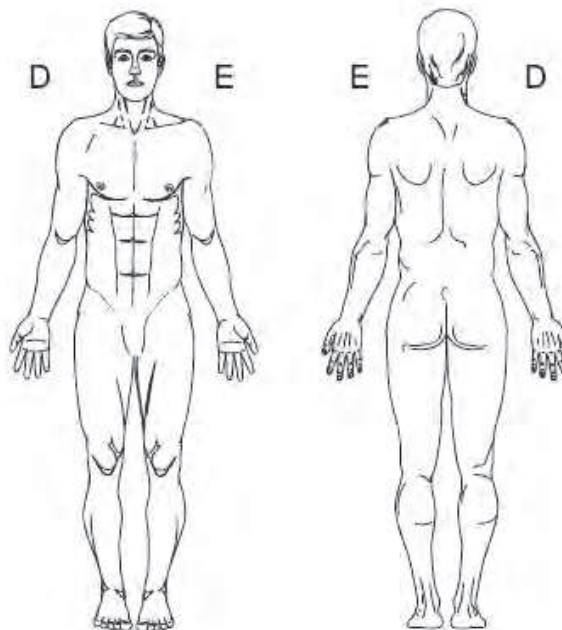
ANEXO D - Adaptação do Inventário Breve de Dor (questionário desenvolvido pelo grupo de pesquisa sobre dor do WHO Collaborating Centre for Symptom Evaluation in Cancer Care - Centro colaborativo WHO para avaliação de sintomas no cuidado do câncer)

Breve Inventário de Dor Crônica (Brief Pain Inventory - SF)

1. Há quanto tempo sente essa dor/desconforto?

|_|_| meses ou |_|_| anos

2. Na figura abaixo, marque a(s) área(s) onde você sente a dor. Faça um "X" onde dói mais.



3. Qual(is) a(s) palavra(s) você usaria para descrever sua dor?

3.1 _____

3.2 _____

3.3 _____

3.4 _____

3.5 _____

3.6 Qual dessas palavras melhor descreve sua dor (escolha apenas uma)? _____

4. Na última semana, com que frequência você sentiu essa dor?

|_|_| Nenhuma vez

|_|_| Às vezes

|_|_| Frequentemente (mas nem sempre)

|_|_| Continuamente (o tempo todo)

5. A sua dor começou após:

- 5.1. Uma cirurgia (Qual? _____)
- 5.2. Um acidente/trauma (Qual? _____)
- 5.3. Herpes Zoster (“cobreiro”)
- 5.4. Radioterapia
- 5.5. Outro (Qual? _____)

6. Nas últimas 24 horas, como você avaliaria a sua dor no pior momento (no auge/pico), usando uma escala de 0 a 10 onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”?

0 _____ 10

7. Nas últimas 24 horas, como você avaliaria a sua dor no melhor momento (no mínimo, no momento mais fraco), usando uma escala de 0 a 10 onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”?

0 _____ 10

8. Na média, como você avaliaria a sua dor (usando uma escala de 0 a 10 onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”)?

0 _____ 10

9. Neste momento (agora), como você avaliaria a sua dor (usando uma escala de 0 a 10 onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”)?

0 _____ 10

10. Você está fazendo algum tratamento ou tomando alguma medicação para sua dor?

1. NÃO _ [PASSE P/ 12]
2. SIM

11. Nas últimas 24 horas, quanto foi o alívio que o tratamento/medicação lhe trouxe? (usando uma escala de 0 a 100% onde 0% representa “nenhum alívio da dor” e 100% representa “Alívio completo da dor”)

0 _____ 100%

12. Nas últimas 24 horas, quanto que essa dor interferiu:

12.1 Nas suas atividades gerais (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

12.2 No seu humor (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

12.3 Na sua capacidade de andar (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

12.4 No seu trabalho habitual, tanto fora de casa como trabalho doméstico (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu

completamente”)?

0 _____ 10

12.5 Nas suas relações com outras pessoas (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

12.6 No seu sono (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

12.7 Na sua capacidade de aproveitar a vida (numa escala onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “interferiu completamente”)?

0 _____ 10

ANEXO E - WHOQOL-BREV (questionário desenvolvido pelo Grupo WHOQOL - Grupo de Qualidade da Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, 1992)

WHOQOL-BREV

Instruções:

Este questionário é sobre com você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser

Você recebe dos outros o apoio que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio que você necessitou nestas duas ultimas semanas. Portanto, você deve circular o 4 se for “muito” apoio. Você deve circular o número 1 se você recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor repostas.

1. como você avaliaria a sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5. O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Quão saudável é seu ambiente físico?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13. Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16. Quão satisfeita você está com seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. Quão satisfeita você está com a sua capacidade de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19. Quão Satisfeito Você esta consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20. Quão satisfeito você está com sua relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21. Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seu amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

23. Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

24. Quão satisfeita você está com seu acesso ao serviço de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

25.Quão satisfeito você está com o seu meio de Transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que frequência você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26.Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor,desespero,ansiedade,depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

OBRIGDO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO F - Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão – Escala HAD
(Zigmond & Snaith, 1983)

Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão – Escala HAD

(Zigmond, A.S., and Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67, 361-370.)

Nome:

Este questionário ajudará a compreender como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o).

- () À maior parte do tempo
- () Boa parte do tempo
- () De vez em quando
- () Nunca

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.

- () Sim, do mesmo jeito que antes.
- () Não tanto quanto antes
- () Só um pouco
- () Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.

- Sim, e de um jeito muito forte.
- Sim, mas não tão forte.
- Um pouco, mas isso não me preocupa.
- Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.

- Do mesmo jeito de antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações.

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

6. Eu me sinto alegre.

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes

Nunca

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer as coisas.

Quase sempre

Muitas vezes

De vez em quando

Nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.

Nunca

De vez em quando

Muitas vezes

Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.

Completamente

Não estou mais me cuidando como deveria

Talvez não tanto como antes

Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada(o) em nenhum lugar.

Sim, demais

Bastante

Um pouco

Não me sinto assim

12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir.

- Do mesmo jeito de antes
- Um pouco menos do que antes
- Bem menos do que antes
- Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.

- A quase todo momento
- Várias vezes
- De vez em quando
- Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- Quase sempre
- Várias vezes
- Poucas vezes
- Quase nunca

Escala de Ansiedade: _____

Escala de Depressão: _____

ANEXO G - Chronic Pain Acceptance Questionnaire – CPAQ (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004)

Questionário de Aceitação da Dor Crônica

Instrução: abaixo encontra-se uma lista de frases. Por favor, enumere as frases de acordo com a seguinte escala. Por exemplo, se você acha que uma frase é ‘sempre’ verdade, escreva 6 ao lado dela.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca é verdade	Muito raramente é verdade	Raramente é verdade	Às vezes é verdade	Normalmente é verdade	Quase sempre é verdade	Sempre é verdade

1. Eu estou seguindo com minha vida não importa quanta dor eu tenha.....
2. Minha vida está indo bem, mesmo eu tendo dor crônica.....
3. Tudo bem sentir dor....
4. Eu sacrificaria facilmente coisas importantes em minha vida para controlar melhor esta dor....
5. Não é necessário para mim controlar minha dor para lidar bem com minha vida
6. Apesar das coisas terem mudado, eu estou vivendo uma vida normal mesmo com a dor crônica....
7. Eu preciso me concentrar para me livrar da minha dor....
8. Há muitas atividades que eu faço quando sinto dor....
9. Eu posso ter uma vida plena apesar de ter dor crônica....
10. Controlar a dor é menos importante do que qualquer outro objetivo em minha vida....
11. Meus pensamentos e sentimentos sobre dor devem mudar antes que eu possa dar passos importantes na minha vida....
12. Apesar da dor, eu estou permanecendo com um certo rumo em minha vida....
13. Controlar meu nível de dor é a primeira prioridade toda vez que eu estou fazendo alguma coisa....
14. Antes de fazer qualquer plano sério, eu tenho que conseguir controlar minha dor.....

15. Quando minha dor agrava, eu ainda posso tomar conta das minhas responsabilidades....
16. Eu terei melhor controle sobre minha vida se eu puder controlar meus pensamentos negativos sobre dor....
17. Eu evito estar em situações onde minha dor pode agravar-se.....
18. Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros....
19. É um alívio perceber que eu não preciso mudar a minha dor para seguir em frente com a minha vida....
20. Eu tenho que lutar para fazer as coisas quando eu tenho dor....

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº
APTO:

BAIRRO:.....CIDADE.....

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:
.....

BAIRRO: CIDADE:
.....

CEP: TELEFONE: DDD
(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Análise dos Efeitos da Terapia de Aceitação e Compromisso em Grupo de Clientes com Dor Crônica

PESQUISADOR : Francisco Lotufo Neto

CARGO/FUNÇÃO: Psiquiatra
REGIONAL Nº 36108

INSCRIÇÃO CONSELHO

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

3.DURAÇÃO DA PESQUISA : Seis meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

A Terapia de Aceitação e Compromisso ensina a pessoa com dor a superar seus problemas emocionais e a dor. A pessoa aprende a lidar com pensamentos e seu impacto sobre sua vida, impedindo que a dor a domine. Ensina também a conhecer quais são seus valores, sonhos, anseios de modo que a pessoa possa caminhar em direção de sua realização.

Você está sendo convidado a participar de um grupo que irá aprender a aplicar esta terapia em sua vida. Ela tem sido usada com muitos pacientes com dor crônica e tem ajudado as pessoas a melhorar sua qualidade de vida.

Os participantes serão entrevistados, responderão a alguns questionários sobre como estão se sentindo e participarão de quatorze ou dezesseis encontros, ao longo de cerca de cinco meses. Nesses encontros, além de responderem aos questionários, os participantes receberão psicoterapia em grupo num total de oito sessões. Algum parente ou pessoa próxima também pode ser chamado para complementar as informações necessárias para a pesquisa, caso o participante concordar.

4. Benefícios: Melhora na qualidade de vida e aprimoramento do tratamento para outras pessoas.

5. Informações: Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os investigadores são Michaele Terena Saban e Francisco Lotufo Neto, que podem ser encontrados no endereço **Rua Doutor Ovidio Pires de Campos, 785, Cerqueira Cesar – São Paulo/SP. CEP 05403-010 (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP)**. Telefone: (11) 2661 6988. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovidio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

6. Garantias: É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

Você tem o direito de obter informações sobre os resultados parciais das pesquisas.

Os dados e o material coletado somente serão utilizados para esta pesquisa.

7. Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo as consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Análise dos efeitos da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo de clientes com dor crônica”.

Eu discuti com Michaele Terena Saban ou Francisco Lotufo Neto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

ANEXO I - Proporção de respostas

Tendo em vista que as respostas do diário da dor de qualquer categoria ocorrem mediante a sensação de dor, o número de episódios de dor semanal de cada categoria de respostas foi dividida pelo número de episódios de dor.

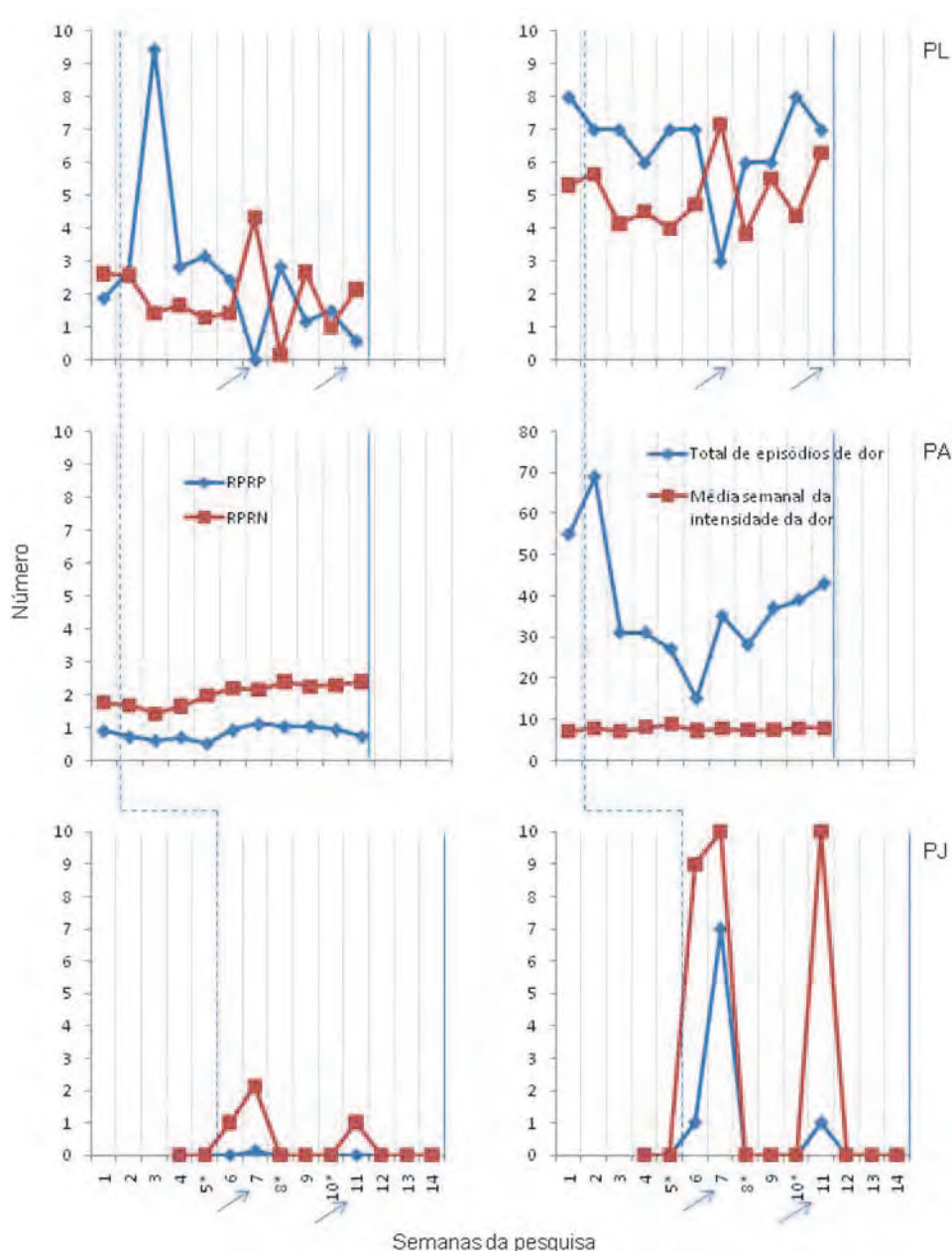


Figura 14: Proporção de RPRP e de RPRN por episódios de dor nas semana (painéis da esquerda) e número de episódios de dor e sua intensidade média (painéis da direita) por semana. A linha pontilhada indica o início das

sessões; a linha contínua, o fim; o asterísco, semanas sem sessão devido à feriados; e as setas marcam as faltas de cada participante.

ANEXO J – Sumarização dos dados

Segue duas tabelas para cada participante com a sumarização de todos os dados da pesquisa. Na primeira tabela estão as variáveis que era esperado um aumento com a intervenção e correspondem à respostas ou contingências envolvendo reforçamento positivo. Na segunda tabela estão as variáveis que era esperado uma diminuição com a intervenção e correspondem à respostas ou contingências envolvendo reforçamento negativo. Nas colunas estão o valor inicial coletado na entrevista inicial de cada variável, depois cada sessão, feriado, falta e seguimento, terminando com o total das sessões (somente a soma das sessões e não do período em que estiveram em atendimento), o total dos feriados, das faltas (para L e J que faltaram), e para o participante A a soma das sessões anteriores e posteriores à sessão 5, que pareceu relevante para o participante A. Somente o valor inicial corresponde ao valor medido pelo instrumento da pesquisa, os demais valores da linha representam a variação deste índice em cada sessão, feriado ou falta em relação ao valor da semana anterior. Assim os valores positivos indicam que na semana da sessão, feriado ou falta, aquele determinado índice aumentou o valor especificado na tabela em relação à semana anterior, e os valores negativos indicam uma diminuição do índice em relação à semana anterior. Para as primeiras tabelas de cada participante os números positivos representam uma melhora, e os valores negativos uma piora. E nas segundas tabelas de cada participante os valores negativos representam uma melhora e os positivos uma piora. O valor numérico de quando melhorou ou piorou deve ser interpretado de acordo com a escala de cada instrumento, que consta no método (pg. 15 à 17).

Tabela 8. Sumarização dos dados da participante L das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo

	Valor inicial	1	2	3	F	4	5/Falta	F	6	F	7/Falta	8	Seguimento	Sessões	Feridos	Faltas
RPRP proporção	1,8	0,9	6,7	-6,6	0,3	-0,7	-2,4	2,8	-1,7	0,4	-1			-1,4	3,5	-3,4
RPRP	15	4	5	-7	5	-5	-17	17	-10	5	-8			-13	27	-25
Respostas de atividade	12	5	5	-7	8	-7	-16	19	-11	6	-10			-15	33	-26
Respostas de pensar sobre atividade	3	0	2	-1	0	0	-4	4	-2	0	-1			-1	4	-5
Diário da Dor																
Respostas emocionais prazerosas	2	0	1	-1	-1	0	-1	0	0	1	-1			0	0	-2
Respostas de expressão emocional	2	1	-3	0	0	0	0	0	0	0	0			-2	0	0
Antecedente em atividade	4	1	1	-2	2	-1	-4	6	-3	2	-4			-4	10	-8
Observação																
Porcentagem de fala na sessão		38,7	21	-9,6		-8,9			-1,8			10,9		11,6		
Porcentagem de fala com outro participante		1	3	-4		9			-4,4			1,3		4,9		
Qualidade de vida																
Âmbito físico	2,8					0						-0,1	0,3	0,2		
Âmbito psicológico	2,8					0						-0,2	0,4	0,2		
Relações sociais	2					0						0,6	1,4	2		
Meio ambiente	3,3					-0,2						0	-0,1	-0,3		
Aceitação da dor crônica																
Total de aceitação	58					1						-8	3	-4		
Engajamento em atividades	40					-5						7	1	3		
Aceitação	18					6						-15	2	-7		

Tabela 9. Sumarização dos dados da participante L das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo

	Valor inicial	1	2	3	F	4	5/Falta	F	6	F	7/Falta	8	Seguimento	Sessões	Feridos	Faltas
RPRN proporção	2,6	-0,1	-1,1	0,2	-0,4	0,2	2,9	-4,2	2,5	-1,6	1,1			1,7	-5,2	4
RPRN	21	-3	8	0	-1	1	3	-12	15	-8	7			21	-21	10
Respostas de repouso	10	-4	-4	3	-2	3	2	-8	8	-1	3			6	-11	5
Respostas de pensar em eliminação da dor	5	-1	-1	-1	1	1	-2	-1	2	-1	0			0	-1	-2
Respostas emocionais aversivas	5	1	-2	-1	-1	0	1	-3	4	-3	2			2	-7	3
Diário da Dor																
Respostas de tomar medicação	5	-1	-2	0	0	1	2	-3	4	-3	3			2	-6	5
Resposta de atividade, dor e resposta de repouso	1	-1	0	0	1	0	-1	0	2	-1	-1			1	0	-2
Antecedente em repouso	4	-2	-1	1	-1	2	0	-3	3	0	3			3	-4	3
Frequência da dor	8	-1	0	-1	1	0	-4	3	0	2	-1			-2	6	-5
Intensidade da dor	5,3	0,3	-1,5	0,4	-0,5	0,7	2,5	-3,3	2,7	-1,2	1,9			2,6	-5	4,4
Breve Inventário de Dor Crônica																
Pior	5					0						2		2		
Melhor	2					0						5	1	6		
Média	6					0						-1	2	1		
Agora	4					0						-2	-2	-4		
HAD																
Ansiedade	9					1						2	-5	-2		
Depressão	7					2						-5	3	0		

Tabela 10. Sumarização dos dados do participante A das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo

	Valor inicial	1	2	3	F	4	5	F	6	F	7	8	Seguimento	Sessões	Feridos	Efeito antes da sessão 5	Efeito depois da sessão 5
Estrutura da sessão	RPRP proporção	0,9	-0,2	-0,1	0,1	-0,2	0,4	0,2	-0,1	0	-0,1	-0,2		0,2	-0,4	0,2	0
	RPRP	50	0	-31	3	8	0	25	-10	10	-2	-5		2	-4	-28	30
	Respostas de atividade	27	6	-18	3	8	2	18	4	7	4	-9		9	16	-7	16
	Respostas de pensar sobre atividade	2	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		-2	0	-2	0
	Respostas emocionais prazerosas	6	4	-9	0	0	-1	2	-2	0	0	1		-3	-2	-6	3
	Respostas de expressão emocional	15	-8	-4	0	0	3	5	-4	3	-6	3		2	-10	-9	11
	Antecedente em atividade	42	13	-37	5	-3	-8	18	-6	5	5	-2		-6	-4	-27	21
Observação	Porcentagem de fala na sessão		27,4	-6,6	1,3		5,4	11,5		-10,2		36,5		-7,5		0,1 (-55,7)	-7,6 (48)
	Porcentagem de fala com outro participante		0	2,3	-2,3		2,9			14,8		-10,1		7,6		2,9	4,7
Qualidade de vida	Âmbito físico	3,1					-0,1					0,3	0,3	0,5		-0,1	0,6
	Âmbito psicológico	3,3					0,2					-0,2	0,5	0,5		0,2	0,3
	Relações sociais	4					0					-1,4	1,7	0,3		0	0,3
	Meio ambiente	4					-0,8					0,1	0,5	-0,2		-0,8	0,6
Satisfação da sessão	Total de aceitação	46					6					-9	22	19		6	13
	Engajamento em atividades	43					-9					-1	10	0		-9	9
	Aceitação	3					15					-8	12	19		15	4

Tabela 11. Sumarização dos dados do participante A das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo

	Valor inicial	1	2	3	F	4	5	F	6	F	7	8	Seguimento	Sessões	Ferriados	Efeito antes da sessão 5	Efeito depois da sessão 5
RPRN proporção	1,7	-0,1	-0,2	0,2	0,3	1,3	-0,1	0,2	-0,1	0	0,1			0,1	0,5	1,2	-0,1
RPRN	96	20	-72	7	2	-20	42	-8	16	6	14			70	0	-65	72
Respostas de repouso	23	10	-15	-7	2	-3	6	-3	10	-7	24			30	-8	-15	40
Respostas de pensar em eliminação da dor	9	-4	-5	1	-1	0	0	0	0	0	0			0	-1	-8	0
Respostas emocionais aversivas	51	10	-30	0	1	-15	26	-5	2	9	-1			31	5	-35	27
Diário da Dor																	
Respostas de tomar medicação	24	7	-22	8	-1	-6	12	-1	8	1	-3			17	-1	-13	17
Resposta de atividade, dor e resposta de repouso	3	11	-11	1	0	3	-1	0	1	-2	8			12	-2	4	8
Antecedente em repouso	11	1	1	-5	1	-4	2	-1	4	-3	6			5	-3	-7	12
Frequência da dor	55	14	-38	0	-4	-12	20	7	9	2	4			-3	5	-36	33
Intensidade da dor	7	0,8	-0,8	1	0,7	-1,4	0,4	-0,4	0,1	0,4	0			0,1	0,7	-0,4	0,5
Pior	8					0											
Breve Inventário de Dor Crônica																	
Melhor	1					2											
Média	5					2											
Agora	5					0											
HAD																	
Ansiedade	13					-3											
Depressão	6					2											

Tabela 12. Sumarização dos dados da participante J das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento positivo

	Valor inicial	F	1	Falta	F	2 e 3	F	Falta	4 e 5	6	7	8	Seguimento	Sessões	Feriados	Faltas
RPRP proporção	0	0	0	0,1	-0,1	0	0	0	0	0	0		0		-0,1	0,1
RPRP	0	0	0	1	-1	0	0	0	0	0	0		0		-1	1
Respostas de atividade	0	0	1	0	-1	0	0	0	0	0	0		1		-1	0
Respostas de pensar sobre atividade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
Diário da Dor																
Respostas emocionais prazerosas	0	0	0	1	-1	0	0	0	0	0	0		0		0	1
Respostas de expressão emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
Antecedente em atividade	0	0	1	0	-1	0	0	0	0	0	0		1		-1	
Observação																
Porcentagem de fala na sessão						53,6			-6,9	2,4	33,5	-20,3		8,7		
Qualidade de vida																
Âmbito físico	3,1		-0,6						1,2		-1	0,5		0,1		
Âmbito psicológico	2		0,8						0,5		0,3	-0,5		1,1		
Relações sociais	4		-2,7						2,7		-0,4	0,4		0		
Meio ambiente	2,3		0,4						0,6		-0,2	-0,4		0,4		
Total de aceitação	15		16						4		-2	-8		10		
Aceitação da dor crônica																
Engajamento em atividades	18		-12						11		8	-15		-8		
Aceitação	33		4						15		6	-23		2		

Tabela 13. Sumarização dos dados da participante J das variáveis que indicam possibilidade de reforçamento negativo

	Valor inicial	F	1	Falta	F	2 e 3	F	Falta	4 e 5	6	7	8	Seguimento	Sessões	Feridos	Faltas
RPRN proporção	0	0	1	1,1	-2,1	0	0	1	-1	0	0			0	-2,1	2,1
RPRN	0	0	1	14	-15	0	0	1	-1	0	0			0	-15	15
Respostas de repouso	0	0	1	12	-13	0	0	0	0	0	0			1	-13	12
Respostas de pensar em eliminação da dor	0	0	1	5	-6	0	0	0	0	0	0			1	-6	5
Respostas emocionais aversivas	0	0	0	0	0	0	0	1	-1	0	0			-1	0	1
Respostas de tomar medicação	0	0	0	1	-1	0	0	0	0	0	0			0	-1	1
Resposta de atividade, dor e resposta de repouso	0	0	1	0	-1	0	0	0	0	0	0			1	-1	0
Antecedent e em repouso	0	0	1	4	-5	0	0	0	0	0	0			1	-5	4
Frequência da dor	0	0	1	6	-7	0	0	1	-1	0	0			0	-7	7
Intensidade da dor	0	0	9	1	-10	0	0	10	-10	0	0			1	-10	11
Pior	0		0						6					0		
Melhor	0		0						2					0		
Média	0		0						10					0		
Agora	0		0						0					0		
Ansiedade	11		-1						-3					-4		
Depressão	11		1						-1					-1		