

How interdisciplinary psychoeducational programs with a psychodrama approach can help the chronic pain treatment compliance

Como programas psicoeducativos interdisciplinares de abordagem psicodramática podem ajudar na adesão ao tratamento para dores crônicas

Adrianna Loduca^{1,2}, Barbara M. Müller², Alessandra S. Focosi², Claudio Samuelian², Lin Tchia Yeng²

DOI 10.5935/2595-0118.20180024

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Psychoeducational programs with a cognitive behavioral approach are pointed out in the literature as effective tools in the management of chronic pain. The objective of this study was to evaluate if a psychodrama approach of the program has similar effects, as well as identifying if there are benefits in developing them at the beginning multidisciplinary treatments to foster the compliance to the proposed treatments.

METHODS: The study was a quasi-experimental one, with a non-probabilistic sample, for convenience. Ninety patients with chronic pain of several etiologies who started treatment in a tertiary hospital in the city of São Paulo in the period from 2015 to 2017, were invited. Among them, 81 concluded one of the 6 programs. Patients were evaluated with several resources before and at the end of the program.

RESULTS: The results obtained are similar to the ones in the literature: reduction of anxious and depressive traits, and intensity of pain; increase in active strategies of confrontation and alteration in the period of the change stage. Moreover, to deal with pain as a chronic process interferes with the patients' identity, which can be observed by the change in the pattern of living with the pain, that can contribute or disturb the compliance to the proposed multidisciplinary treatments.

CONCLUSION: The development of psychoeducational programs with a different approach (Psychodrama) for people who suffer from chronic pain can have beneficial effects, similar to the groups described in the literature.

Keywords: Chronic pain, Health education, Psychodrama.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Programas psicoeducativos de abordagem cognitivo-comportamental são apontados na literatura como ferramentas eficazes no manejo de dores crônicas. O objetivo deste estudo foi avaliar se o programa sob abordagem psicodramática tem efeitos similares, assim como identificar se há benefícios desenvolvê-los no início dos tratamentos multidisciplinares para a adesão aos tratamentos propostos.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo quase-experimental, com amostra não probabilística por conveniência. Foram convocados 90 pacientes com dores crônicas de diversas etiologias que iniciaram tratamento em um hospital terciário da cidade de São Paulo no período de 2015 a 2017, dentre os quais 81 deles concluíram um dos 6 programas. Os pacientes foram avaliados por diversos recursos antes e ao final do programa.

RESULTADOS: Os resultados obtidos são semelhantes aos da literatura: diminuição de traços ansiosos, depressivos e de intensidade de dor; aumento de estratégias de enfrentamento ativas e alteração do estágio de mudança. Além disso, lidar com a dor como um processo crônico interfere na identidade dos pacientes, o que pode ser observado pela mudança do padrão de convívio com a dor, podendo contribuir ou atrapalhar na adesão aos tratamentos multidisciplinares propostos.

CONCLUSÃO: O desenvolvimento de programas psicoeducativos para as pessoas que sofrem com dores crônicas em outras abordagens (Psicodrama) também podem ter efeitos benéficos semelhantes aos grupos descritos na literatura.

Descritores: Dores crônicas, Educação em saúde, Psicodrama.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estudos epidemiológicos afirmam que cerca de 40 milhões de brasileiros sofrem com dores crônicas¹, portanto, os profissionais da área da saúde precisam de capacitação para aprimorar a qualidade da assistência prestada e aumentar a adesão aos tratamentos propostos, uma vez que em casos de dor crônica, não é esperado melhora espontânea, sendo necessário algum tipo de intervenção². As dificuldades para o manejo ou remissão do quadro algico crônico evidenciaram para a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP - International Association for Pain Study) a importância de os Centros de Dor compreenderem e tratarem os quadros algicos crônicos sob a perspectiva biopsicossocial, o que requer o estabelecimento de tratamentos multi e interdisciplinares. Muito embora os pacientes procurem essa assistência, nem sempre se mostram

1. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Curso de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas, Grupo de Dor, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 13 de março de 2018.

Aceito para publicação em 27 de abril de 2018.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Adrianna Loduca
Av. Arnolfo Azevedo, 70 – Pacaembu
01236-030, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: contato.tapsi@gmail.com.

disponíveis para realizar as condutas indicadas pela equipe, ou seja, querem a remissão do quadro doloroso, mas esperam que ela ocorra pela ingestão de fármacos ou procedimentos clínicos e em um curto prazo de tempo³.

Quando a dor persiste, apesar dos esforços terapêuticos, os profissionais da saúde compartilham com o sofredor e seus familiares o sentimento de frustração, principalmente pelo fato de não poder antecipar uma cura³. A atenção deve-se voltar para ajudá-lo a ajustar-se à incapacidade resultante e aos efeitos adversos dos fármacos. Além disso, o uso irregular ou o abuso na ingestão de remédios pode diminuir a produção de endorfinas pelo organismo (bloqueadores de dor), aumentando, conseqüentemente, a percepção do quadro algico⁴. Nesse sentido, oferecer mais informações para o paciente sobre suas condições clínicas constitui-se uma ferramenta fundamental para a efetividade do tratamento proposto pela equipe interdisciplinar.

Programas psicoeducativos existem para diferentes condições crônicas, incluindo artrite, asma, diabetes e hipertensão⁵⁻⁷, e são uma medida terapêutica útil pois os participantes são estimulados a utilizar seus recursos de enfrentamento para mudar a maneira de lidar com suas condições e assim, melhorar sua saúde física e mental⁸. Esse tipo de programa tem, com frequência, o enfoque da abordagem cognitivo-comportamental e tem por objetivos principais: ajudar os pacientes a compreenderem melhor a dor e suas interações com os pensamentos, sentimentos, comportamentos e o ambiente próximo; modificar crenças disfuncionais, expectativas exageradas e fortalecer habilidades de enfrentamento; desfocar o doente da dor e permitir que se concentre na melhora de suas habilidades físicas e cognitivas, reduzindo a dependência ou uso irregular/abusivo de fármacos^{5,6,9,12-18}. Vários estudos evidenciaram que os programas psicoeducativos podem levar a resultados satisfatórios no controle da dor crônica. Dentre os benefícios aponta-se que há: 1) redução da ansiedade e depressão dos doentes; 2) diminuição da intensidade de dor e da sua expressão; 3) redução de pensamentos catastróficos; 4) modificações no estágio de mudança, implicando em posturas mais ativas^{5,6,9,12-18}. Um dos estudos destacou que pacientes com escore elevado para ansiedade foram menos propensos a se beneficiar da psicoeducação¹³.

Os resultados constataram que os programas psicoeducativos são apresentados como último recurso no tratamento da dor, depois que todas as intervenções médicas já foram testadas¹², e não como possível meio para auxiliar a ampliar a adesão aos tratamentos propostos nas clínicas de dor. Entende-se por adesão, a atitude e o comportamento do paciente de seguir corretamente as orientações em relação aos fármacos, mudanças no estilo de vida, ou recomendações sobre medidas preventivas¹⁹. O fato de o paciente perceber que precisa realizar mudanças em seu estilo de vida para enfrentar ou manejar seu quadro algico, não significa que esteja preparado ou motivado para executá-las²⁰.

É preciso mobilizar a motivação de cada um para realizar mudanças em seu cotidiano. Também, a demanda precisa surgir de uma necessidade do próprio paciente, o que, conseqüentemente, interfere em seu estágio de mudança e no grau de adesão²¹.

Ao longo das sessões do programa psicoeducativo são trabalhados temas procedentes do próprio grupo, além do conteúdo programático. Assim, as narrativas dos pacientes se tornam elementos de grande importância por valorizar a subjetividade dos integrantes do grupo, possibilitando questionamentos e reflexões a respeito dos desafios e dos pontos fortes de cada um, conscientizando-os sobre o signifi-

cado da dor individualmente e estimulando a mudança de atitude. Dentro dessa perspectiva, procura-se identificar o quanto o paciente sente que a sua identidade foi prejudicada pela dor, observando o padrão de convívio com o sintoma e a expectativa em relação ao tratamento que pode ser traduzida pelos estágios de mudança¹⁹.

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos do programa psicoeducativo interdisciplinar, sob abordagem psicodramática no controle da dor crônica e adesão ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar em um serviço de dor, no início do tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase-experimental, ou seja, foram comparados os resultados com os mesmos sujeitos antes e depois do tratamento. Foram convocados por telefone os 90 pacientes que iniciaram tratamento no Grupo de Dor de um hospital terciário da cidade de São Paulo no período de 2015 a 2017. A amostra foi não probabilística, do tipo amostragem por conveniência. Dentre os 90 participantes convidados, 81 deles concluíram o programa. Somente 9 participantes não finalizaram os grupos por contingências pessoais (problemas financeiros, doença de familiares, mudanças de cidade e retorno ao trabalho no período do programa). Foram realizados seis programas psicoeducativos. Cada grupo constituiu-se de aproximadamente 10 a 15 pacientes adultos com dores crônicas de diversas etiologias. Os únicos critérios de exclusão foram a presença de comprometimento cognitivo que impedisse o sujeito de assimilar novos conhecimentos ou apresentasse a capacidade de comunicação prejudicada. Todos os pacientes que colaboraram nesta pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Cada programa foi desenvolvido no modelo fechado, em uma estrutura mista, intercalando exposições sobre determinados temas e atividades ao longo de uma mesma sessão. O programa oferecido aos pacientes consistiu em 12 sessões com 90 minutos de duração nos quais dois encontros foram utilizados para a aplicação dos instrumentos, um no início e outro ao término do programa. Os temas trabalhados ao longo do programa foram padronizados e baseados na experiência clínica com os pacientes de dor desse ambulatório e na adaptação do modelo do *Pain Management Programme* da Instituição *The Walton Centre Hospital (Liverpool, UK)*. Foram abordados os seguintes temas: apresentação dos objetivos do grupo, levantamento de expectativas e atividade de integração; apresentação da teoria da Comporta; importância do diagnóstico e o papel dos fármacos; a importância da atividade física e cuidados com o corpo; como a alimentação saudável pode ajudar no tratamento; o papel do estresse e os benefícios do relaxamento; como lidar com os sentimentos e emoções; fontes de motivação para a adesão ao tratamento; projeto de vida e fechamento/confraternização. As discussões foram proporcionadas por diferentes profissionais da área da saúde (médico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo) de acordo com o tema abordado, embora houvesse sempre um coordenador, no caso o psicólogo, que acompanhava todas as sessões do grupo e que era o responsável por desenvolver as vivências e realizar as sínteses e fechamentos dos encontros.

Durante os encontros, os pacientes receberam material didático sobre os temas discutidos no grupo e foram estimulados a executar tarefas em casa para facilitar as discussões e o aprendizado de estratégias que pudessem promover mudanças no estilo de vida.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: uma antes do início do programa psicoeducativo e outra após a conclusão do grupo e as informações foram colhidas por outros psicólogos que não coordenavam os grupos.

Nesta pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios para avaliar a efetividade do programa de enfoque psicodramático: mudança na intensidade da dor, alteração no estado de humor, mudança no padrão de convívio com a dor e de estágio de mudança, análise das repostas sobre como o programa mudou a compreensão do paciente sobre sua dor, enfrentamento e o comprometimento com o tratamento. A escolha da maioria desses indicadores ocorreu para que os resultados pudessem ser comparados com os efeitos de estudos sobre programas psicoeducativos apresentados na literatura sob o enfoque da abordagem cognitivo-comportamental.

Para aferir a intensidade da dor foi utilizada a escala numérica de dor (END)²², na qual o profissional questiona o paciente sobre a nota que atribui a sua dor de zero a 10, sendo que “zero” significa não ter dor e “10” uma dor insuportável.

No que se refere ao humor foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)²³. Essa escala tem 14 questões, sete para traços depressivos e sete para traços ansiosos. Não fornece um diagnóstico psiquiátrico, mas seus resultados sugerem investigações de quadros de depressão ou ansiedade²³. Para a população brasileira, os pontos de corte são 8 e 9 para ansiedade e depressão, respectivamente²³.

Quanto à identificação do padrão de convívio com a dor e do estágio de mudança para identificar as expectativas em relação ao tratamento foi utilizado o recurso projetivo Retrato da Dor³. O Retrato tem por objetivo identificar a percepção do paciente sobre sua dor e sofrimento associado. Solicita-se ao indivíduo que imagine que sua dor tem uma forma e, em seguida, pede-se que tente desenhá-la em uma folha de papel. Após a confecção, segue-se um inquérito elaborado com sete questões com o intuito de ampliar a compreensão do sofrimento algíco. Através da análise do desenho e do inquérito é possível identificar em qual padrão de convívio com a dor o paciente se apresenta (caótico, dependência, repulsa ou integração), assim como os estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção, recaída ou descrédito) são evidenciados pela análise das seguintes questões do inquérito: Alguém ou algo pode ser feito para diminuir a sua dor? E você pode fazer alguma coisa?

Por fim, para avaliar o quanto o paciente aprendeu sobre o seu problema e se houve mudança no seu comprometimento em relação ao tratamento proposto pela equipe de saúde foi utilizado o Questionário de Avaliação Final do Programa Psicoeducativo. Esse questionário foi desenvolvido pela equipe e avalia as mudanças ocorridas após o programa nos seguintes aspectos de vida dos pacientes: autocuidado, autoestima, cotidiano, lazer, papel das emoções, relacionamento

interpessoal, trabalho e expectativa acerca do tratamento e da equipe que os assistem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o número 80953917.1.0000.5482).

Análise estatística

Os dados foram inseridos e analisados no banco de dados do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Inicialmente, efetuou-se a análise descritiva das variáveis do estudo. Os resultados foram apresentados em tabelas de frequências para as variáveis qualitativas. No que tange às variáveis quantitativas, foram feitas estimativas das medidas de tendência central e de dispersão. Para comparar as variáveis quantitativas, após verificação de não normalidade, optou-se pelo uso do teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Considerando os dados sociodemográficos, verificou-se que dentre os 81 participantes, 64,2% eram mulheres e 35,84% eram homens, e a idade média foi de 51,11±14,89 anos. O nível de escolaridade mínimo encontrado foi de analfabetismo funcional e o nível máximo foi de superior completo. Quanto ao estado civil, 59,3% dos pacientes eram casados ou mantinham união estável, 18,5% eram solteiros, 14,8% separados ou divorciados e os outros 7,4% viúvos. Verificando-se às informações referentes ao quadro algíco, temos que a amostra apresentou um tempo de dor médio de 82,02±91,21 meses. Em relação ao diagnóstico, 50% lombalgia, 26,3% dores neuropáticas, 16,3% síndrome dolorosa miofascial, 3,8% cefaleia cervicogênica e 3,8% fibromialgia.

Para facilitar a apresentação dos resultados, foram comparados os dados de cada instrumento considerando os resultados dos pacientes de antes e de depois de finalizado o programa psicoeducativo.

Levando-se em conta a nota que os pacientes atribuíram a sua dor no END obteve-se como média inicial 7,17±1,60 e no término do programa passou para 3,55±1,91 diferença considerada estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Na HADS observou-se que no início, 56,2% dos pacientes tinham escore para ansiedade e 48,3% para depressão e que ao término do programa houve redução nos escores para 29,4% para ansiedade e 23,4% para depressão. Antes do início do programa, 34 pacientes tinham escore para ansiedade e depressão e no término, esse número diminuiu para 13. A diminuição do escore para ansiedade foi estatisticamente significativa e para depressão, embora também tenha diminuído, não teve relevância estatística.

No que se refere à alteração do estágio de mudança antes e depois da realização do programa psicoeducativo no início, 76,5% dos pacientes do grupo se apresentaram na pré-contemplação, enquanto

Tabela 1. Estatística descritiva dos escores de intensidade da dor, ansiedade e depressão antes e depois do programa

Variáveis	Antes do programa (n=81)		Depois do programa (n=81)		Valor de p
	Media±DP	Mediana (min-máx)	Media±DP	Mediana (min-máx)	
Intensidade da dor (0-10)	7,12 (1,60)	7 (3-10)	3,55 (1,91)	4 (0-8)	$p<0,000$
Ansiedade (0-21)	9,84 (4,80)	10 (0-21)	5,38 (5,05)	5 (0-20)	$p<0,000$
Depressão (0-20)	7,52 (4,68)	8 (0-19)	4,68 (4,38)	4 90-20)	$p=0,085$

Tabela 2. Alterações de estágio de mudança

		Estágio final		
		Contemplação	Preparação	Ação
Estágio inicial	Pré-contemplação	58,0 %	17,8%	0%
	contemplação	6,2%	13,6%	2,5%
	preparação	0%	0%	1,2%

Tabela 3. Mudanças de padrões de convívio com a dor

		Padrão final			
		Caótico	Dependência	Repulsa	Integração
Padrão inicial	Caótico	0 %	21%	7,4%	1,2%
	Dependência	1,2%	18,5%	17,3%	16%
	Repulsa	0%	11,1%	3,7%	1,2%

Tabela 4. Avaliação dos pacientes do programa psicoeducativo sobre o tratamento multidisciplinar

	Antes do programa	Depois do programa
Percebo que posso contribuir para o meu tratamento	18,9%	85,2%
Tenho expectativas de melhorar	69,4%	97,3%
Compreendo a importância da medicação e tomo com regularidade	40,0%	79,2%
Me sinto capaz de discutir com a equipe quando não estou percebendo melhora	20,1%	77,5%
Me relaciono bem com a equipe que me atende	58,6%	89,4%
Confio nos profissionais que me atendem	76,5%	90,3%
Entendo o meu diagnóstico	15,4%	75,8%

que ao final do programa 65% estavam na contemplação, 31,3% na preparação e 3,8% na ação. Apenas 5 participantes mantiveram-se no mesmo estágio até o término do trabalho, ou seja, 6,2% ficaram na contemplação. As alterações ocorridas ao longo do programa podem ser melhor visualizadas na tabela 2.

Quanto aos padrões de convívio com a dor, pode-se dizer que no começo do programa 30,9% encontravam-se no padrão caótico, 53,1% no padrão dependência e 16% na repulsa. Já no término do grupo aumentou o número de participantes na repulsa 28,8% e 18,8% alcançaram o padrão de integração. De todos os pacientes, 15 permaneceram na dependência e 3 na repulsa. As mudanças podem ser vistas com mais detalhes na tabela 3.

Na avaliação do questionário final do programa psicoeducativo identificou-se que no início do programa 81,7% utilizavam estratégias passivas (aguardando melhorar a partir do poder divino, de intervenções invasivas realizadas por médicos ou aguardando fármacos milagrosos com efeito a curto prazo) e depois 75,4% ao término do grupo passaram a utilizar estratégias mais ativas (fazendo exercícios, meditação e mudanças no ritmo e estilo de vida).

A tabela 4 apresenta outros aspectos que, segundo o questionário final do programa psicoeducativo, foram modificados em relação ao entendimento sobre os tratamentos propostos e sobre a confiança em relação à competência da equipe de saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar os efeitos do desenvolvimento de um grupo psicoeducativo sob enfoque psicodramático e comparar os

resultados com base em outros estudos da literatura nacional e internacional que referem os efeitos de intervenções psicológicas baseadas na Terapia cognitivo-comportamental.

Observou-se que os resultados obtidos neste estudo são muito semelhantes aos encontrados na literatura, uma vez que foi verificada uma diminuição nos traços ansiosos e depressivos dos pacientes e na intensidade de dor referida, assim como um aumento nas estratégias de enfrentamento ativas e alteração do estágio de mudança.

Ao contrário de outros estudos¹³, não foi identificado que pacientes com maior traço de ansiedade mostravam-se menos propensos a se beneficiar da intervenção, uma vez que em nossos resultados os pacientes que apresentavam sintomas ansiosos conseguiram se beneficiar do programa psicoeducativo reduzindo significativamente o escore de ansiedade. Ainda em relação ao humor, várias pesquisas referiram^{5,14} diminuições estatisticamente significativas tanto nos sintomas ansiosos como nos depressivos, enquanto que no presente estudo, não foi encontrada redução relevante do ponto de vista estatístico para os traços de depressão.

A variação da intensidade da dor antes e depois da intervenção do programa psicoeducativo foi de 3,57. Essa redução na intensidade é considerada tanto estatisticamente quanto clinicamente relevante, pois a diminuição de 1,4 pontos no score já é considerada significativa¹⁷.

Pode-se dizer que o uso de intervenções psicoeducativas é referido em muitos estudos^{6,15} como responsável pelo aumento da percepção de controle sobre a dor e de respostas de enfrentamento ativas, assim como denotam maior compreensão sobre os múltiplos aspectos da dor, o que igualmente foi observado em nossa investigação. Importante salientar que após um ano de programa, 45%

dos pacientes do grupo obtiveram alta, 55% tiveram seus retornos diminuídos de cerca de seis para dois /três por ano e apenas 5% não manifestaram mudanças em relação a esses parâmetros.

Observou-se quanto aos estágios de mudança^{18,19} que no início dos grupos os pacientes se apresentaram mais pré-contemplativos, ou seja, não reconheciam que mudanças comportamentais poderiam auxiliar no manejo da dor e não reconheciam a importância das orientações de outros profissionais da área da saúde, principalmente fisioterapeuta ou psicólogo, prevalecendo a postura passiva em relação a qualquer tratamento proposto, e todos os esforços estavam voltados para a busca da cura. No decorrer do programa, os pacientes começaram a reconhecer que poderiam se beneficiar com o aprendizado de estratégias de enfrentamento para o manejo da dor, e ponderaram a possibilidade de mudanças comportamentais à medida se viam mais ativos, sentindo-se mais responsáveis no processo de controle da dor.

De modo geral, os resultados evidenciaram que o programa ajudou os pacientes a adquirirem melhores estratégias para o manejo da dor crônica, reduzindo o sofrimento e o impacto no cotidiano e os tornaram mais ativos em relação aos tratamentos propostos.

No que se refere ao quanto a dor pode ter prejudicado a identidade dos pacientes, dentro do enfoque psicodramático, pode-se notar que a maioria estava no padrão caótico e de dependência, evidenciando que a convivência com dores crônicas interferiu na identidade dos pacientes e atrapalhou os papéis que eles desempenhavam no seu cotidiano. Embora muitos pacientes tenham modificado o padrão de convivência com a dor (77,7%), pode-se entender que dos 22,3% que permaneceram no mesmo padrão, a maioria estava no de dependência, evidenciando que foi difícil romperem com o papel de vítima da dor. Dentro da percepção psicológica pode-se dizer que essa mudança não é simples pois envolve ajudar os participantes a identificarem possíveis benefícios ou ganhos secundários com o papel de doente que não depende só de fornecer mais informações sobre dor ou de estimular a motivação para a mudança, mas implica também na existência de outros conflitos emocionais que podem estar interferindo ou sendo acobertados pela queixa de dor.

Neste estudo deve-se ponderar a possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que a amostra de conveniência, embora represente pacientes com dor crônica de diferentes etiologias, foi composta por pacientes que frequentavam o ambulatório de dor de um hospital escola público da cidade de São Paulo, Brasil, e que pode não caracterizar, necessariamente, a população com dor crônica em geral.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de programas psicoeducativos para as pessoas que sofrem com dores crônicas em outras aborgagens (Psicodrama)

também podem ter efeitos benéficos semelhantes aos grupos descritos na literatura.

REFERÊNCIAS

- Martinez MC, Latorre MD, Fischer FM. Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability Index questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):525-32.
- Phaneth S, Panha P, Sopheap T, Harlacher U, Polatin P. Education as treatment for chronic pain in survivors of torture and other violent events in Cambodia: experiences with implementation of a group-based "Pain School" and evaluation of its effect in a pilot study. *J Appl Biobehav Res*. 2014;19(1):53-69.
- Loduca A, Müller BM, Amaral R, Souza AC, Focosi AS, Samuelian C, et al. Tratado de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Rev Dor*. 2014;15(1):30-5.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965; 150(3699):971-9.
- Mead K, Theadom A, Byron K, Dupont S. Pilot study of a 4-week Pain Coping Strategies (PCS) programme for the chronic pain patient. *Disabil Rehabil*. 2007;29(3):199-203.
- Dysvik E, Vinsnes AG, Eikeland OJ. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(5):224-34.
- Fisher K. Assessing clinically meaningful change following a programme for managing chronic pain. *Clin Rehabil*. 2008;22(3):252-9.
- Barlow J, Turner A, Swaby L, Gilchrist M, Wright C, Doherty M. An 8-yr follow-up of arthritis self-management programme participants. *Rheumatology*. 2009;48(2):128-33.
- Wong M, Rietzschel J, Mulherin D, David C. Evaluation of a multidisciplinary outpatient pain management programme based at a community hospital. *Musculoskeletal Care*. 2009;7(2):106-20.
- Norrbrink Budh C, Kowalski J, Lundeberg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med*. 2006;38(3):172-80.
- Man AK, Chu MC, Chen PP, Ma M, Gin T. Clinical experience with a chronic pain management programme in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Med J*. 2007;13(5):372-8.
- Lin PC, Chiang HW, Chiang TT, Chen CS. Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *J Clin Nurs*. 2008;17(15):2032-41.
- Luciano JV, Martínez N, Peñarrubia-María MT, Fernandez-Vergel R, García-Campayo J, Verduras C, et al. Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2011;27(5):383-91.
- Valvetti Mde G, Coboelo A, Vernalha Pde M, Vianna CI, Canarezi LC, Calegare RG. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):896-902. English, Portuguese, Spanish.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*. 2007;131(1):38-47.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*. 1992;49(2):221-30.
- Kelly A. The minimum clinically significant difference in visual analog scale pain score does not differ with severity of pain. *Emerg Med J*. 2001;18(3):205-7.
- Fors T, Damsgård E, Roe C, Anke A. Readiness to adopt a self-management approach to pain—Are profiles of subscale scores on the Pain Stages of Change Questionnaire useful? *Eur J Pain*. 2010;14(10):1051-8.
- Loduca A, Focosi AS, Müller BM, Samuelian C. Dores crônicas: como melhorar a adesão ao tratamento. São Paulo, Ed. do Autor; 2015. 63p.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. *Porto Alegre: Artmed*; 2009. 23p.
- Canel RC, Pelicioni MC. Psicodrama pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de promoção de saúde. *Mundo Saúde*. 2007;31(3):426-33.
- Jensen MP, Karoly P, Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *J Psychosom Res*. 1987;31(3):393-400.
- Botega NJ (org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2012.