

# Pain curricular guidelines for Psychologists in Brazil

## *Diretrizes para o currículo em dor para Psicólogos no Brasil*

Jamir João Sardá Junior<sup>1</sup>, Dirce Maria Navas Perissinotti<sup>2</sup>, Marco Aurélio da Ros<sup>3</sup>, José Luiz Dias Siqueira<sup>4</sup>

DOI 10.5935/2595-0118.20190012

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** It is widely recognized that pain is undertreated, largely determined by the minimal academic training on the subject. This article aims to propose and present curricular guidelines in pain for undergraduate and graduate psychologists in Brazil.

**CONTENTS:** From an extensive literature review about education and pain, and based on national and international guidelines, curricular guidelines that contemplate the psychologist's education have been developed. The skills and competencies addressed in the training of the psychologist should contemplate their multifactorial nature, the importance of multidimensional evaluation, theoretical and technical models for interventions and management of the painful condition and aspects related to research and ethical aspects.

**CONCLUSION:** The contents proposed in the pain curriculum for psychologists can and should be integrated considering the regional characteristics and demands of the educational institutions and the availability of qualified professionals to teach and can be applied both to undergraduate and graduate courses. It is believed that having curricular guidelines to teach this subject not only broadens the psychologist's understanding of the health-disease process, but also increases their professional possibilities to perform their roles in multi, inter and transdisciplinary healthcare levels.

**Keywords:** Curricular guidelines, Curriculum, Education, Pain, Psychology.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** É amplamente reconhecido que há subtratamento da dor, em grande medida determinado pela reduzida formação acadêmica e profissional sobre o tema. O presente artigo visou propor e apresentar diretrizes curriculares em dor para psicólogos em nível de graduação e pós-graduação no Brasil.

**CONTEÚDO:** A partir de extensa revisão de literatura sobre o tema educação e dor, e baseados em diretrizes nacionais e internacionais, foram desenvolvidas diretrizes curriculares que contemplam a formação do psicólogo. As habilidades e competências abordadas na formação do psicólogo devem contemplar a sua natureza multifatorial, importância da avaliação multidimensional, modelos teóricos e técnicas para as intervenções e manejo da condição dolorosa e os aspectos referentes à pesquisa e aspectos éticos.

**CONCLUSÃO:** Os conteúdos propostos no currículo de dor para psicólogos podem e devem ser integrados considerando-se as características e demandas regionais, das instituições de ensino e a disponibilidade de profissionais habilitados para ministrá-lo, podendo ser aplicado tanto aos cursos de graduação quanto os de pós-graduação. Entende-se que o ensino desse tema a partir dessas diretrizes curriculares, não só amplia a compreensão do psicólogo sobre o processo de saúde-doença, como aumenta suas possibilidades de atuação profissional em diversos níveis de atenção à saúde de forma multi, inter e transdisciplinar.

**Descritores:** Currículo, Diretrizes curriculares, Dor, Educação, Psicologia.

### INTRODUÇÃO

A Psicologia enquanto ciência e profissão, além de ter diversas áreas de atuação, apresenta modelos teóricos distintos sobre determinados fenômenos, inclusive que se contrapõem.

É importante reconhecer que em psicologia, os modelos teóricos dominantes sobre saúde até meados dos anos 1980 eram fortemente baseados numa psicologia mentalista, influenciada pelos pressupostos cartesianos que contemplam em seus pilares a dicotomia corpo/alma (res cogitans - res extensa)<sup>1,2</sup>. Esses modelos propõem a compreensão do corpo de forma análoga à máquina, na qual o funcionamento dos componentes ou órgãos determina o produto final. As alterações de origem externa em determinada estrutura ou órgão (p. ex.: bactérias, vírus, acidentes) ou decorrentes de anomalias do órgão determinam mudanças em sua função. Os tratamentos fundamentados sob a perspectiva em questão consistem em identificar a causa da disfunção e corrigi-la, eliminando o agente patogênico, e/ou amenizando os seus sintomas. Trata-se de modelo dualista e re-

Jamir João Sardá Junior - <https://orcid.org/0000-0001-9580-8288>;  
Dirce Maria Navas Perissinotti - <https://orcid.org/0000-0002-0165-8328>;  
Marco Aurélio da Ros - <https://orcid.org/0000-0003-4370-3120>;  
José Luiz Dias Siqueira - <https://orcid.org/0000-0001-6885-1686>.

1. Universidade do Vale do Itajaí, Clínica Espaço da Articulação Temporomandibular, Florianópolis, SC, Brasil.
2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Divisão de Anestesiologia, Diretora Administrativa da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, São Paulo, SP, Brasil.
3. Universidade do Vale do Itajaí, Faculdade de Medicina, Residência Multidisciplinar em Medicina da Família e Comunidade, Florianópolis, SC, Brasil.
4. Clínica Singular, Campinas, SP, Brasil.

Apresentado em 12 de abril de 2018.

Aceito para publicação em 10 de dezembro de 2018.

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

**Endereço para correspondência:**  
Av. Campeche 1157, C-1, 403 – Campeche  
88063-300 Florianópolis, SC, Brasil.  
E-mail: jamirsarda@hotmail.com

ducionista, a cisão corpo/mente é total, e o sujeito entendido como paciente nada mais é que o hospedeiro da patologia ou transtorno. Evidencia-se, contudo, a evolução do modelo biomédico de natureza cartesiana quando em comparação com os modelos explicativos anteriores, como as representações mágicas de povos primitivos vigentes até o século II, em que saúde e doença eram mediadas por forças sobrenaturais. Para Sevalho<sup>3</sup> e Scliar<sup>4</sup>, a história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela relação entre os corpos dos homens e o ambiente que os circunda em suas diversas dimensões. Sob a presente perspectiva, o ambiente deve ser entendido em seu contexto social e histórico, determinante na construção de crenças, valores e representações de saúde-doença imbricadas e que contribuíram para o desenvolvimento das práticas de saúde.

O modelo biomédico, parece resultante, em parte, de evolução de paradigmas propostos por Galeno (século II), das contribuições da medicina greco-romana e da medicina árabe que transmitiram alguns desses conceitos à Idade Média<sup>3</sup>. Por outro turno, o modelo biomédico vigente desde o século XVI ganhou força a partir da Revolução Industrial. Seus pressupostos foram traçados a partir de diversas concepções, mas a mais importante foi a que se opôs à anterior advinda da concepção do movimento da medicina social do século XIX, que afirmava que o processo saúde-doença era determinado pela organização social da produção. Para isso, o modelo biomédico resgatou velhas descobertas como o microscópio, por exemplo, e propôs-se a modificar a dissociação entre o biológico e o social. Havia até aquele momento a hipervalorização do biológico e, agora, passou-se a criar lógica unicausal do processo de saúde-doença. Por outro lado, o modelo biomédico inegavelmente deixou como legado heranças positivas, tais como o avanço tecnológico e terapêutico (p. ex.: microscópio, isolamento de bacilos e vírus, isolamento de substâncias químicas) e permitiu o tratamento de diversas epidemias e o desenvolvimento de medidas de saúde pública (p. ex.: medidas de saneamento básico e tratamento de doenças específicas)<sup>2,3</sup>.

Embora o modelo biomédico tenha sido eficaz para a compreensão e tratamento de diversas doenças agudas, algumas características centrais são passíveis de serem contestadas enquanto paradigma científico: apresenta concepção dualista, com orientação materialista e reducionista, bem como a inexistência de explicação satisfatória para a etiologia ou desenvolvimento de diversas doenças por negar a determinação social envolvida no processo saúde-doença, em especial as crônicas, problema central na esfera da saúde a partir de meados do século XX<sup>2</sup>. Além disso, excessivo tecnicismo e prática clínica orientada biomedicamente contribuíram para o desenvolvimento do caráter impessoal da relação terapêutica e para a desqualificação ou desatenção à experiência subjetiva do doente<sup>1,5</sup>, aspectos que interferem sobremaneira na compreensão da experiência dolorosa do paciente e apresentam importantes implicações.

Por outro lado, no modelo mentalista, o conceito de conversão e as contribuições da psicossomática talvez marquem um momento da psicologia no tocante à compreensão da etiologia psíquica das doenças. No imaginário da maior parte dos psicólogos ainda há resquícios desse modelo semiológico que busca a etiologia psíquica de doenças orgânicas. A partir de meados dos anos 1980 esses modelos teóricos de orientação eminentemente clínica começam a ser contestados e perdem sua hegemonia.

Outro importante momento teórico dos modelos conceituais de saúde é marcado pelo desenvolvimento do modelo biopsicossocial proposto por Engel<sup>6</sup> que enfatizava a relação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do binômio saúde-doença. Dentre as principais críticas de Engel<sup>5,6</sup> e outros autores<sup>1,7</sup> ao modelo biomédico, pode-se destacar: a crítica à compreensão da doença baseada no modelo de causalidade; o fato de a presença de um distúrbio biológico nem sempre esclarecer o significado dos sintomas apresentados pelo paciente; a pouca importância atribuída às variáveis psicológicas, consideradas pelos autores tão ou mais importantes que variáveis biológicas em determinar a suscetibilidade, gravidade e curso de uma doença; o fato de que segundo o modelo biomédico o papel assumido pelo doente pouco ou em nada se relaciona com o agente patológico ou distúrbio biológico “causador” da doença; a existência de evidências de que o sucesso do tratamento é influenciado por aspectos psicossociais (p. ex.: efeito placebo) e de que a relação médico-paciente exerce influência nos desfechos clínicos (p. ex.: adesão). Os críticos e pressupostos do modelo biopsicossocial se opuseram à objetividade e isenção do observador na compreensão do fenômeno, ao reducionismo e ao dualismo mente e corpo, dogmas propostos pelo modelo biomédico.

Concomitantemente ao movimento de mudanças de paradigmas conceituais em saúde iniciado em meados dos anos 1970, a Psicologia da Saúde começa a desenvolver sua identidade enquanto área de atuação. No final da década de 1970 foi criada pela Associação Americana de Psicologia, a Divisão de Psicologia da Saúde que possuía, a princípio, quatro objetivos: estudar de forma científica as causas e origens de determinadas doenças, promover a saúde, prevenir e tratar doenças, promover políticas públicas<sup>7</sup>. Além disso, a partir das duas últimas décadas do século XX começou a haver maior inserção dos psicólogos na área da saúde, particularmente em instituições hospitalares<sup>8</sup>. Sendo assim, a década de 1980 pode ser caracterizada como marco da inserção do psicólogo na área da saúde. Portanto, seria natural que ao longo dos anos fosse ocorrendo uma redefinição dos modelos teóricos, objeto de estudo, objetivos, práticas e lócus de atenção.

A psicologia da saúde pode ser definida como a aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde<sup>9</sup>. Matarazzo<sup>10</sup> define psicologia da saúde como “... o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais, que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, à doença e às disfunções relacionadas, à melhora do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária”.

No tocante aos objetivos, as práticas da psicologia da saúde pretendem contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida, bem como contribuir para a redução de internações hospitalares, otimizar a utilização de fármacos e adequação da busca por serviços, cuidados e recursos da saúde pelos usuários<sup>11</sup>.

Além dos aspectos já descritos, alguns autores enfatizam a importância em demarcar o objeto de estudo da psicologia da saúde. Para Teixeira<sup>12</sup>, o objeto de estudo da psicologia da saúde é a compreensão da forma como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. Outros autores demarcam como objeto de estudo e intervenção a construção de saberes e práticas voltadas à produção social de saúde<sup>13-15</sup>.

Partindo-se da ideia descrita é necessário inicialmente contextualizar a área de atuação em dor, como subespecialidade da atuação do psicólogo, inserida no campo da psicologia da saúde.

Cabe ainda salientar que as neurociências também contribuíram sobremaneira para a produção de evidências que ampliaram a compreensão das interações entre aspectos fisiológicos, comportamentais, cognitivas, emocionais e sobre o adoecimento. Entre tais avanços destaca-se a descoberta de que o cérebro tem papel ativo no desenvolvimento da condição dolorosa, seja ela aguda ou crônica, filtrando, selecionando e modulando os *inputs* determinantes<sup>16</sup>. Tais avanços e descobertas levaram a outros avanços relevantes, dentre eles a consideração das dimensões afetivo-motivacional e cognitivo-valorativa como aspectos fundamentais da experiência de dor, tão importantes quanto o aspecto sensorio-discriminativo<sup>17</sup>. Por último, destaca-se a noção de que a experiência de dor é formada a partir de complexa interação de diferentes áreas cerebrais relacionadas a fatores como sensações, emoções, memórias e pensamentos, entre alguns aspectos da esfera psicológica<sup>18</sup>.

Posto isto, pode-se delimitar marcos teóricos comuns da Psicologia da Saúde compartilhados pela Psicologia da Dor que em termos de modelos teóricos possui bases bastante sólidas. E, no que concerne à compreensão da participação de aspectos psicológicos no processo saúde-doença, também atualmente a produção de conhecimento é muito consistente. Em termos de evidências da eficácia de intervenções psicológicas também se tem resultados significativos<sup>16,17</sup> publicados em meios científicos de excelência.

Todavia, a aplicabilidade desses conhecimentos não é contemplada na formação do psicólogo durante sua graduação, como também vem ocorrendo em outras áreas de atuação<sup>18</sup>.

Jensen e Turk<sup>17</sup> preconizam que o tema dor deve ser parte do currículo na formação do profissional de psicologia, não somente pelo fato das contribuições seminais feitas pelos psicólogos para a atual compreensão desse importante problema de saúde pública, mas também pela importância em se identificar as instâncias de atendimento de tratamentos primários que poderiam beneficiar os usuários do sistema de saúde, através de intervenções preventivas que já demonstraram eficácia para reduzi-la, ou alivia-la, e também pelo seu impacto no funcionamento psicológico e físico. Partindo desses pressupostos, os autores citados estabelecem algumas diretrizes e propõem sugestões de desenvolvimentos futuros em pesquisa e prática clínica, uma vez que creditam papel relevante à psicologia na melhoria e no entendimento da condição dolorosa e seu tratamento. Os autores ainda fornecem um modelo de como os psicólogos exercem influência significativa em diferentes campos de atuação, pois diferentes modelos teóricos e de abordagens foram desenvolvidos e colocados em prática para a compreensão e tratamento da dor que são úteis para os psicólogos que trabalham em outras áreas de atuação. Assim, pensam os autores que a dor crônica é uma importante área de estudo que oferece informações sobre pesquisa translacional para “todos” os psicólogos.

Considerando-se a alta prevalência mundial de dor e que atualmente se tem manancial de conhecimento sólido sobre a psicologia sobre o tema; que existem evidências sólidas sobre a participação de fatores psicológicos tanto em sua cronificação como na incapacidade e sofrimento decorrentes interferindo no desfecho de intervenções médicas; que existe déficit de intervenções multidis-

ciplinares; que existe carência na formação dos psicólogos acerca do problema e que há necessidade de serem propostas diretrizes curriculares que possam nortear a sua prática; há motivos suficientes para que as instituições como a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), o sistema Conselho – Conselho Federal de Psicologia e Conselhos Regionais, as Instituições de Ensino, os coordenadores dos cursos de graduação de psicologia, os docentes e discentes e demais envolvidos com o tema do presente artigo entendam a relevância da formação mínima em dor que parece ser de extremo interesse tanto para a categoria de psicólogos como para as demais categorias profissionais de saúde no panorama nacional do problema dor.

O presente artigo não tem a pretensão de discorrer profundamente sobre os diversos modelos teóricos de saúde em psicologia ou conceitos de saúde, mas destacar alguns pressupostos teóricos e históricos visando estabelecer diretrizes curriculares para a formação do psicólogo na área da dor.

O intuito de se propor o currículo em dor para psicólogos foi o de estimular a abordagem do tema na graduação e na pós-graduação, proporcionando subsídios para a integração do tema em grades curriculares, bem como incitar reflexões sobre a formação e práxis do psicólogo na área.

## CONTEÚDO

Com o objetivo de proposição do currículo em dor para psicólogos foi formada uma comissão composta por membros da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), por membros dos Comitês de Educação em Dor e de Saúde Mental, Membros da Diretoria e especialistas de notório saber na área. A comissão consultou a literatura especializada mediante pesquisa em bases de dados, identificando diversos artigos relevantes sobre o tema<sup>18-21</sup>. Algumas diretrizes da IASP também serviram como suporte<sup>22</sup> norteador para a consecução da tarefa, além de aspectos descritos congruentes com o *Core Curriculum* para Educação Profissional em Dor<sup>19</sup> e com o *Core Curriculum* em Dor para Psicólogos da IASP<sup>23</sup>.

Sendo a dor uma experiência estressante associada à possível lesão tecidual com efeitos sensoriais, emocionais, cognitivos e componentes sociais<sup>24</sup> e apesar da evolução conceitual desse fenômeno, do desenvolvimento científico e da ampliação do cuidado clínico da dor, ainda existem enormes desafios para o tratamento adequado da dor. Para descrever os avanços obtidos na área de maneira sucinta, Sessle<sup>20</sup> descreveu alguns aspectos centrais a serem abordados:

- Reconhecimento da multidimensionalidade da dor e da importância de fatores biopsicossociais na expressão e comportamento da dor;
- Identificação de processos nociceptivos periféricos e centrais;
- Descoberta de vários neuroquímicos endógenos e intrínsecos caminhos no cérebro e suas influências nos nociceptores, transmissão e comportamento;
- Desenvolvimento de conceitos e *insights* sobre a neuroplasticidade de processamento da dor que pode levar à cronificação;
- Avanços no campo da imagem cerebral e biologia molecular e sua aplicabilidade pertinentes ao campo de estudos;
- Melhorias em procedimentos cirúrgicos, farmacológicos e comportamentais na gestão da dor, em que tais melhorias incluem o desenvolvimento de sistemas de entrega de fármacos, oferecimento de

gama mais ampla de analgésicos e outras drogas para o manejo de pacientes, uso de procedimentos intervencionistas, reabilitação física e terapia cognitivo-comportamental, dentre algumas.

Esses aspectos descritos dependeriam em grande medida da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) visando tratar a dor de forma mais adequada, uma vez que em clínicas privadas em alguns serviços, isso ocorre com mais frequência quando comparado com os serviços públicos, principalmente quando considerados os níveis primários e de média complexidade de atenção à saúde.

A síntese dos aspectos mencionados permite vislumbrar a evolução dos recursos disponíveis e a grande variedade de procedimentos ou recursos desenvolvidos nos últimos 30 anos para a compreensão e tratamento da dor.

Todavia, em duas outras grandes áreas ainda carecem de maior desenvolvimento: a educação em dor para os profissionais que trabalham com pacientes com dor como a educação em dor para os próprios pacientes. A área dedicada ao desenvolvimento de políticas públicas que contempla orçamentos adequados para o subsídio de pesquisas e regulamenta as práticas de promoção à saúde e tratamento adequado dirigido ao alívio da dor<sup>18,20,23,25</sup> ainda necessita de maior desenvolvimento em função da carência de informações sobre custo-efetividade em se adotar intervenções psicológicas<sup>31</sup>.

A educação em dor para profissionais de saúde em todos os níveis tem sido identificada repetidamente como um passo importante para a mudança das práticas ineficazes de gerenciamento da dor.

Diante desse contexto, o presente currículo em dor para psicólogos baseado no *core curriculum* da IASP<sup>23</sup> teve por objetivo:

1. Fornecer aos alunos e profissionais de psicologia uma visão geral da natureza multidimensional da dor baseada em aspectos clínicos e nas ciências básicas;
2. Introduzir estratégias de avaliação e mensuração das diversas dimensões da dor para serem utilizadas na prática clínica e na pesquisa;
3. Oferecer subsídios para a compreensão da contribuição dos aspectos psicossociais para a dor, incapacidade física, capacidade funcional e sofrimento psíquico;
4. Compreender o papel das terapias e tratamentos psicológicos baseados em evidências;
5. Contribuir para o desenvolvimento de intervenções multidisciplinares, interdisciplinares ou transdisciplinares no tratamento de pacientes com dor.

Tais objetivos foram delineados a partir do princípio de que o tratamento da dor necessita uma abordagem biológica, psicológica, comportamental e social integrada, baseada na compreensão da participação de fatores psicológicos e sociais, bem como do sistema nervoso central e periférico na mediação e modulação da experiência dolorosa<sup>23</sup>.

Para que os objetivos possam ser alcançados, os estudantes e profissionais devem se familiarizar com modelos teóricos e de intervenção baseados em evidências empíricas, considerando-se seus aspectos epistemológicos e determinantes sociais, de forma que se possa ponderar o caráter provisório e fugaz do conceito de dor, tendo-se em mente que o conhecimento está em constante construção. Os professores e formadores de opinião da área devem ser encorajados a adotar uma perspectiva de avaliação crítica para a tomada de decisão ao revisar as evidências científicas, os recursos disponíveis, benefícios e limitações das intervenções<sup>26</sup>.

## CONTEÚDO CURRICULAR

Ao propor os conteúdos a serem abordados em um currículo em dor para psicólogos depara-se com o desafio de contemplar os diversos aspectos biopsicossociais da dor e sua exequibilidade. Nesse sentido, de certa forma, ao invés de um currículo ideal e extenso, o propósito foi delinear diretrizes curriculares mínimas, que não satisfazem totalmente a densa formação que deve um psicólogo especialista se nortear no âmbito da complexidade da dor.

Para que essas questões possam ser compreendidas ou vislumbradas em sua amplitude serão apresentados, primeiramente, o currículo em dor para psicólogos proposto pela IASP<sup>23</sup> citando apenas seus eixos e tópicos e alguns subtópicos. Posteriormente serão apresentadas as diretrizes curriculares em dor para psicólogos brasileiros que parecem mais adequadas no momento.

O eixo Natureza Multidimensional da Dor, deve contemplar cinco tópicos: A. Aspectos introdutórios e conceituais da dor; B. Neurofisiologia e mecanismos da dor; C. Teorias e modelos de dor (considerando suas implicações para o tratamento); D. Aspectos éticos; E. Avaliação de intervenções e pesquisas.

O eixo Avaliação e Mensuração da Dor deve contemplar os seguintes aspectos: A. Dor experimental; B. Avaliação clínica da dor; C. Avaliação de dimensões associadas à dor; D. Avaliação epidemiológica; E. Avaliação psicológica e comportamental do indivíduo com dor crônica ou dor associada ao câncer; F. Avaliação de outros aspectos psicológicos e transtornos mentais; G. Avaliação dos resultados do tratamento.

O eixo manejo da dor deve abordar: A. Aspectos motivacionais; B. Intervenção precoce; C. Tratamento operante; D. Tratamento cognitivo-comportamental; E. Relaxamento e *Biofeedback*; F. Hipnose; G. Tratamento psicológico da dor infantil; H. Terapia familiar para dor crônica; I. Intervenções interdisciplinares.

O eixo relativo às condições clínicas deve contemplar os aspectos tais como A. Classificação segundo os critérios do Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), Código Internacional de Doenças (CID) e IASP; e B. Comorbidades.

Todos os conteúdos descritos no *Core Curriculum* da IASP<sup>23</sup> já foram descritos de forma sucinta, considerando-se apenas os tópicos centrais sem descrever os subtópicos e subtemas abordados.

Baseando-nos nesses pressupostos e conteúdos delineados pela IASP<sup>23</sup> e de outros matérias previamente citados, incluindo produções nacionais nesta área<sup>27-32</sup>, a proposta de um currículo mínimo sobre dor para psicólogos brasileiros propõe uma disciplina sobre aspectos biopsicossociais da dor, com carga horária mínima de 30 horas, com o objetivo de preparar o aluno e profissionais de psicologia para a melhor compreensão do fenômeno doloroso nos seus aspectos biopsicossociais e atuar de forma efetiva em equipe multidisciplinar ou individualmente em interface com as demais áreas da saúde considerando a subjetividade humana.

A grade curricular proposta deverá estar respaldada por consistente base de literatura científica que aborde os seguintes eixos temáticos e conteúdo:

- I. Natureza multidimensional da dor;
- II. Avaliação multidimensional da dor;
- III. Intervenções e manejo da dor;
- IV. Pesquisa e aspectos éticos.

### Natureza multidimensional da dor

A unidade deve contemplar minimamente os respectivos conteúdos:

- a. Definição e classificação da dor;
- b. Epidemiologia da dor;
- c. Mecanismos nociceptivos e neuropáticos da dor;
- d. Teorias e modelos de dor;
- e. Perspectiva biopsicossocial da dor.

### Avaliação multidimensional da dor

Os aspectos abordados nessa unidade devem abordar os temas:

- a. Avaliação da dimensão sensorial da dor;
- b. Avaliação dos aspectos cognitivos e neuropsicológicos da dor;
- c. Avaliação de emoções;
- d. Avaliação de transtornos mentais;
- e. Avaliação de estratégias de enfrentamento;
- f. Avaliação da qualidade de vida e medidas relacionadas;
- g. Avaliação de aspectos familiares e ocupacionais;
- h. Elaboração de documentos psicológicos.

### Intervenções e manejo da dor

Os conteúdos abordados nesse eixo devem contemplar:

- a. Abordagens clínicas: contribuições das diversas abordagens psicológicas baseadas em evidências no tratamento da dor;
- b. Intervenções interdisciplinares e adesão;
- c. Educação do paciente com dor, técnicas de relaxamento, meditação;
- d. Cuidados paliativos;
- e. Promoção à saúde;
- f. Espiritualidade.

### Pesquisa e aspectos éticos

Os aspectos éticos devem compor este eixo temático:

- a. Direitos dos pacientes com dor;
- b. Disparidades raciais, étnicas e sociodemográficas;
- c. Questões legais;
- d. Princípios éticos de pesquisa;
- e. Delineamento de pesquisas.

O delineamento da grade curricular baseada nessas diretrizes deverá contemplar temáticas e subtópicos baseados em evidências, necessidades regionais e de acordo com a disponibilidade de recursos e profissionais bem treinados.

## DISCUSSÃO

Optou-se por elaborar uma versão mais sucinta de currículo em dor para psicólogos, considerando que a proposta do currículo para psicólogos da IASP é bastante extensa e demandaria grande carga horária, considerável número de profissionais para abordar o conteúdo proposto, sendo pouco exequível diante da realidade brasileira.

A proposta de construção de um currículo mínimo para psicólogos visa estimular o ensino da dor e delinear seus parâmetros em cursos de graduação e pós-graduação. Entende-se que os conteúdos do currículo serão adaptados de acordo com os recursos humanos disponíveis na região em que se aplica e cuja carga horária destinada à disciplina pode e deve ser difundida por vários meios, preferencialmente apoiado por uma instituição que abrigue conhecimento consistente para tanto. Os conteúdos descritos no currículo também devem ser

inseridos nas Ligas de Dor, quando da participação de psicólogos em seu corpo de profissionais, estimulando a participação de discentes e profissionais de Psicologia em sua organização, tendo-se que, segundo a IASP, para que uma clínica de dor ofereça atendimento efetivo, sua equipe deverá ser composta por, no mínimo, 4 profissionais especializados em tratamento da dor: um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um profissional da Saúde Mental, ou psicólogo ou psiquiatra, desde que tenham formação adequada em tratamentos não farmacológicos e psicoterapêuticos.

Os conteúdos abordados no currículo de dor para psicólogos, bem como para outros profissionais, devem levar em consideração os cinco princípios a seguir<sup>23</sup>: 1) Todo profissional de saúde tem a obrigação de ser empático, acessível e trabalhar com pacientes e familiares no manejo da dor; 2) Oportunidades de aprendizagem profissional proporcionam aos estudantes a compreensão e apreciação da experiência de outros profissionais além de sua própria; 3) A avaliação e o manejo compreensivo e abrangente da dor são multidimensionais (isto é, sensorial, emocional, cognitivo, desenvolvimental, comportamental, espiritual, cultural) e requer a colaboração de diversos profissionais de saúde; 4) Resultados efetivos no manejo da dor ocorrem quando os profissionais de saúde trabalham com os pacientes, familiares, comunidade e provedores de cuidados em saúde (como por exemplo as seguradoras e convênios médicos); 5) A educação interprofissional em dor apresenta mais sucesso quando reflete práticas do mundo real e é integrada no início da experiência educacional.

Uma vez que se tenha profissionais qualificados, ações educativas mais amplas podem ser estruturadas, expandindo a gama de repertórios formativos e não se restringindo apenas à formação profissional, mas também atuantes em outros setores, subsidiando parceiros e usuários dos sistemas de saúde.

Essas ações podem incluir a abordagem dos seguintes aspectos<sup>23</sup>:

- Informar o público, o governo/formuladores de políticas, a mídia, comunicar com o intento de alavancar o conhecimento sobre o tema disseminando possibilidades de tratamentos visando a prevenção da cronificação;
- Sintetizar novas informações relacionadas à dor para o público em geral, bem como profissionais de saúde e demais esferas de ação públicas e privadas;
- Desenvolver material educativo sobre dor para pacientes, profissionais de saúde, governos/formuladores de políticas visando a formação de opinião quanto à prevenção e intervenção em dor;
- Colaborar e subsidiar entidades públicas e privadas interessadas em iniciativas que fomentem o desenvolvimento e a disseminação de informações psicológicas científicas;
- Informar e apoiar a mobilização de grupos de defesa de direitos dos pacientes, assim como apoiar iniciativas de grupos organizados de pacientes para obtenção de suporte e apoio.

## CONCLUSÃO

A proposta curricular para a formação em dor do profissional e do estudante de psicologia pode proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar diagnósticos que contemplem as diversas dimensões da experiência dolorosa, permitindo o planejamento e a realização de intervenções psicológicas de natureza interdisciplinar sempre que possível.

## AGRADECIMENTOS

À Psicóloga Dra. Cristiani Kobayashi, professora titular da Universidade Paulista (UNIP) e ao Psicólogo Dr. José Aparecido da Silva, professor do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) Ribeirão Preto pelas importantes e valiosas contribuições dadas ao longo da elaboração das Diretrizes para o Currículo em dor para Psicólogos no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Borrel-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82.
- Correia E. Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?! *Análise Psicológica*. 2006;3(XXIV):337-41.
- Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):349-63.
- Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29-41.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- Straub RO. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Traverso-Yépez M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol Estud*. 2001;6(2):49-56.
- Evans B, Marks DF. *Health Psychology. Theory, research and practice*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Sage Publications; 2011.
- Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *Am Psychol*. 1980;35(9):807-17.
- American Psychological Association, what does a health psychology does and how to become one, in *Health psychology*. AP Association, Editor. New York: American Psychological Association; 2004.
- Teixeira JAC. *Psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*, 2004;3(XXII):441-8.
- Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol Estud*. 2001;6(2):57-63.
- Camargo-Borges C, Cardoso CL. A psicologia e a estratégia saúde da família: compoendo saberes e fazeres. *Psicol Soc*. 2005;17(2):26-32.
- Spink MJP. *Psicologia social e saúde. Práticas, saberes e sentidos*. Coleção Psicologia Social, Guaresci PA, Jovchelovitch S (editores). Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
- Flor H, Turk D, eds. *Chronic Pain: an integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press; 2011.
- Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. *Am Psychol*. 2014;69(2):105-18.
- Loeser JD. Five crises in pain management. *Pain Clinical Updates*. 2012;20(1):1-4.
- Charlton JE, (editor). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: IASP; 2005.
- Sessle B. Unrelieved pain: a crisis. *Pain Res Manag*. 2011;16(6):416-20.
- Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain*. 2004;112(1-2):1-4.
- International Association for the Study of Pain, Declaration of Montreal, IASP, Editor. 2010. 2p.
- McGrath PA, Flor H, Turner T, Vlaeyen J, Williams AC. Curriculum outline on pain for Psychology. IASP. 2012.
- Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain*. 2016;157(11):2420-3.
- Seers K, Watt-Watson J, Bucknall T. Challenges of pain management for the 21<sup>st</sup> century. *J Adv Nurs*. 2006;55(1):4-6.
- DeSantana JM, Souza JB, Reis FJ, Gosling AP, Paranhos E, Barbosa HF, et al. Currículo em dor para graduação em Fisioterapia no Brasil. *Rev Dor*. 2017;18(1):72-8.
- Perissinotti DM, Portnoi AG. Psychobehavioral and psychosocial aspects of neuropathic pain patients. *Rev Dor*. 2016;17(Suppl 1):S79-84.
- 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.
- Portnoi A. *A Psicologia da Dor*. São Paulo: Roca; 2014.
- Siqueira JL, Morete MC. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar? *Rev Dor*. 2014;15(1):51-4.
- Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CA, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. 2012;13(2):111-8.
- Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor*. 2011;12(2):138-51.

