



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Gerência de Serviços de Psicologia
Câmara Técnica de Atenção Psicológica

Parâmetros Técnicos - SES/SAIS/DISSAM/GPSI/CAT-AP

DIRETRIZES DE MANEJO PSICOLÓGICO DA DOR NO ÂMBITO DA SES-DF

1. INTRODUÇÃO

Há aproximadamente 40 anos, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) propôs um conceito de dor que visava normatizar sua definição de maneira que a padronização pudesse ser empregada em diversos contextos(1). Em julho de 2020 foi apresentada à comunidade científica uma última definição atualizada, cuja tradução para o português foi feita pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), a saber:

“(...) uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”(2).

Tal definição é complementada por seis notas explicativas que passam a ser uma lista com itens que incluem a sua etimologia(3):

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2. Dor e nociceção¹ são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.

3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.

4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.

5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.

6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Nos termos deste conceito, não apenas os componentes físicos e químicos envolvidos na experiência dolorosa devem ser considerados, mas também, aspectos cognitivo-comportamentais, socioculturais, de aprendizagem e de personalidade, dentre vários outros. Estes aspectos podem influenciar a percepção da experiência e são cruciais à compreensão da queixa, podendo esta ser descrita como íntima e não compartilhada e que é modificada quantitativamente e qualitativamente em função de uma série de fatores internos e externos aos indivíduos(4).

Assim, diversas premissas apontam para a necessidade de atuação do profissional psicólogo como componente da equipe especializada no manejo da dor a que se refere este protocolo. Primeiramente, porque conviver com dor persistente não é tarefa fácil, já que os fracassos em diversos tratamentos exacerbam o sofrimento relacionado à dor(5). Além disso, é relacionado a este aspecto, o

convívio com dor por tempo prolongado, o que gera uma tendência nestes indivíduos a pensarem de forma mais negativa e autodestrutiva(6). O conceito de catastrofização é, então, extremamente importante neste sentido. Trata-se de uma avaliação exageradamente negativa da dor e do sofrimento, que tem o potencial de diminuir a funcionalidade e aumentar sintomas de dor, sendo um importante preditor da transição da dor aguda para a crônica(5), assim como para o desenvolvimento de transtornos ansiosos e depressivos secundários à dor.

Outro fator essencial na Psicologia da dor é o conceito de Comportamento de dor, ou seja, tudo o que o ser humano faz diante da dor. Tais comportamentos têm, entre suas principais funções, comunicar a experiência de dor e são influenciados por situação, contexto e história do paciente(7).

No entanto, é essencial notarmos que apesar de todas as dificuldades no convívio com a dor, alguns pacientes conseguem desenvolver estratégias para lidar de forma efetiva com o problema e se adaptam relativamente bem, de maneira a manter certa qualidade de vida(8). É baseado nesta ideia que se torna essencial o trabalho com os recursos de enfrentamento, ou seja, os recursos cognitivos e comportamentais que o indivíduo utiliza para lidar com as exigências do ambiente, que o sobrecarregam(9). Tais recursos possuem grande influência na adaptação ou ajustamento emocional à condição de cronicidade(10).

1- Considerou-se importante enfatizar o conceito de que dor e nocicepção não são sinônimos. A nocicepção, ao contrário da dor, refere-se à atividade que ocorre no sistema nervoso em resposta a um estímulo nocivo.

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, até pouco tempo atrás, o interesse em Psicologia da Dor era extremamente limitado. No início dos anos 2000, o panorama começou a mudar e atualmente, o número de publicações sobre o tema aumentou, assim como o interesse dos psicólogos.

Pesquisas como a São Paulo Megacity Mental Health Survey colaboram para esse aumento de interesse, ao apontar números significativos quanto à relação de aspectos psicológicos e dor crônica. O estudo realizado com mais de 5 mil pessoas concluiu que a dor crônica foi a condição mais associada com transtornos de humor e ansiedade dentre todas as condições crônicas de saúde. Entre as pessoas com transtornos de humor (por exemplo depressão), a prevalência de dor crônica foi de 48,9%. Já as pessoas com ansiedade apresentaram comorbidade com dor crônica em 44,9% dos casos(11).

Vale lembrar que a Psicologia, ciência do comportamento, já desenvolveu métodos bastante objetivos de mensuração de variáveis e atualmente fornece elementos às demais áreas do conhecimento, desde que sejam utilizados por agentes com formação adequada(12).

Portanto, este Protocolo inclui em suas condutas Não-Farmacológicas o Manejo Psicológico de pacientes com Dor e tem como objetivo apoiar as equipes que compõem a Rede de Saúde, em seus diferentes níveis de atenção (Primária, Secundária e Hospitalar) no que diz respeito ao fluxo de atendimento e seu manejo.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

F54 - Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte (ATENÇÃO: serão caracterizados como transtornos classificados em outra

parte, no caso deste documento, as síndromes ou sintomas dolorosos listados e que fazem parte deste protocolo. Excluem-se, por consequência, quaisquer transtornos cuja queixa principal não seja a dor).

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

A avaliação do risco para o paciente em processo doloroso refratário ao tratamento deve levar em consideração a natureza e complexidade do fenômeno que combina fatores internos e externos. Condições predisponentes e precipitantes se entrelaçam aumentando ou reduzindo o risco psicológico primário e/ou secundário.

Entende-se didaticamente que, ambos são definidos como os sinais, sintomas e/ou transtornos psíquicos que agravam a experiência dolorosa, porém para diferenciação no risco psicológico primário não há relação de causa-consequência entre os fatores psíquicos e a dor. Já os riscos psicológicos secundários são as alterações advindas do sofrimento ocasionado pela própria vivência do adoecimento doloroso.

Neste sentido, a literatura especializada tem proposto um modelo de avaliação de risco Psicológico onde os fatores apresentam caráter cumulativo e que impactam na gravidade do acometimento psíquico a que se refere este protocolo de maneira somada. Assim, quanto maior o número de fatores associados, maior o risco psicológico do paciente com dor.

FATORES DE RISCO	
1. Políticas não inclusivas de trabalho	Ocupacionais
2. Características do trabalho não adaptáveis	
3. Condições de trabalho inapropriadas	
4. Insatisfação profissional	
5. Litígios	Socioeconômicos
6. Benefícios de saúde e seguro	
7. Situação profissional frágil	
8. Reforço familiar	
9. Baixa disposição para a mudança	Psicológicos
10. Catastrofização	
11. Sintomas ansiosos e/ou depressivos	
12. Estratégias de enfrentamento disfuncionais	
13. Distorção de crenças	
14. Comorbidade Psicopatológica diagnosticável	

FATORES DE RISCO	
15. Fatores iatrogênicos	Biomédicos
16. Associação com outras patologias	
17. Piora da patologia orgânica primária	

Quadro 1: Fatores de risco adaptados do modelo de Bandeiras(13).

Ao se estudarem os fatores de risco, porém, não basta contar os eventos. Os fatores devem ser avaliados criticamente em seu contexto individual, já que não se tratam de um “checklist”. Um mesmo item pode aumentar o risco em um contexto, e reduzir em outro. Alguns fatores podem ser rapidamente modificáveis, o que também altera o risco de agravo do paciente. Assim, pode-se dizer que a melhora do sintoma físico e a melhora psíquica não são necessariamente síncronas, havendo diferença entre o que ocorre no tempo real e o “tempo psíquico”, uma vez que esses tempos não se sobrepõem.

Uma observação importante é que alguns itens enquanto são avaliados já indicam pontos de intervenção. Por exemplo, se o suporte social é precário, ausente ou inadequado, parte da intervenção deve se direcionar a ampliar este suporte. Não existe uma intervenção única que seja adequada para todos os casos e as soluções devem ser construídas junto a cada paciente.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão indicados para Avaliação Psicológica, de acordo com este Protocolo e descrita no item 8.2, as pessoas com Sofrimento Psíquico relacionado à Processo Doloroso como queixa principal (F54 + R51.1 ou R51.2). O encaminhamento deve ocorrer após o manejo de, no mínimo, oito semanas e/ou utilização de, ao menos, duas estratégias terapêuticas distintas, sem evolução adequada do quadro. Devem estar presentes e descritos os impactos na funcionalidade que causem prejuízos ao funcionamento psíquico, cognitivo e/ou social.

O Sofrimento Psíquico, nos termos deste Protocolo, pode ser entendido como o conjunto de manifestações afetivo-emocionais que podem ser associadas direta ou indiretamente ao processo doloroso e que estão relacionadas a um ou mais dos seguintes fatores:

1. Quando as manifestações emocionais relacionadas à incapacidade física e ao sofrimento doloroso excedem os achados clínicos;
2. Quando há presença de comportamento de dependência de fármacos, química ou não aderência ao tratamento;
3. Quando da prescrição de processos intervencionistas, a exemplo de neuroestimulação medular ou implantação e bombas de analgesia.
4. Quando há necessidade de o usuário elaborar estratégias de enfrentamento relacionadas aos sinais e sintomas abaixo descritos e relacionados ao processo doloroso (14):
 - Isolamento social; ou
 - Medos; ou
 - Choro incontrolado; ou

- Riso aparentemente imotivado; ou
- Alterações de sono/Pesadelos; ou
- Alterações graves na alimentação/peso; ou
- Tristeza; ou
- Agitação; ou
- Irritabilidade; ou
- Apatia; ou
- Preocupações excessivas e/ou recorrentes; ou
- Sintomas psicossomáticos; ou
- Insatisfação com a imagem corporal; ou
- Baixa autoestima; ou
- Pensamentos de morte (sem planejamento); ou
- Comportamento disfuncional recorrente em ambiente escolar e/ou laboral; ou
- Atitudes autolesivas ou de autoagressividade (sem risco imediato para si); ou
- Heteroagressividade (sem risco imediato para si ou terceiros).

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pessoas sem relato de experiência dolorosa.
- Pessoas que, mesmo na presença de Sofrimento Psíquico, não apresentem relação entre este e o Processo Doloroso como queixa principal (F54 + R51.1 ou R51.2).

7. CONDOTA

As condutas a serem prescritas variam de acordo com o risco identificado e podem ser tomadas em todos os pontos de atenção da rede de saúde.

Várias medidas são necessárias para a redução do risco de surgimento de complicadores dolorosas relacionadas ao sofrimento psíquico, ultrapassando em muito a mera possibilidade de aplicação de escalas e instrumentos que podem ser realizadas por qualquer profissional qualificado. Assim para examinar/manejar a natureza, as origens e os correlatos clínicos da dor, em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente faz-se necessária a Avaliação e Condução Psicológicas, que exigem conhecimento técnico específico e são práticas exclusivas do Psicólogo.

O documento IASP Curriculum Outline on Pain for Psychology (15) da Associação Internacional para os Estudos da Dor ressalta o objetivo da ciência da Psicologia no aumento da compreensão dos comportamentos dolorosos e das cognições e emoções relacionadas. Da mesma forma, a atuação da Psicologia lança luz à necessidade de um manejo bio-comportamental integrado para o sucesso no tratamento da natureza multidimensional da dor e para a escolha mais acertada das estratégias desse tratamento ao longo da vida do paciente com dor.

7.1. PONTOS DE INTERESSE NA CONDUTA

A conduta nacional de manejo da dor está descrita no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica(16), elaborado no ano de 2012 pelo Ministério da Saúde. Nele, há breve menção de Conduta Não Farmacológica como forma necessária do manejo da dor e citação de conduta Psicológica Cognitivo-Comportamental como a indicada para o manejo dos fatores afetivo-emocionais e perceptuais que modulam as dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor.

Contudo, o referido Protocolo Nacional não faz alusão a maneira que a Atenção Psicológica deve ser prestada na Rede Pública de Saúde.

Adicionalmente e por compreender não se tratar de uma abordagem em si, mas do olhar científico da Psicologia, detentora de técnicas específicas de compreensão da psicodinâmica humana é que este Protocolo de Manejo da Dor no Âmbito da SES-DF oferece orientações de condutas generalistas e que se encaixem com a atuação em qualquer nível de atenção em saúde da SES/DF.

Diversos são os estudos que apontam as variáveis Psicológicas mais frequentemente correlacionadas ao agravamento do quadro doloroso(13,17,18,19,20).

Dessa forma, optou-se pela adoção de modelos padronizados(13) e vanguardistas de Avaliação e Condução Psicológicas de casos de pacientes refratários ao tratamento da dor, que são apresentados de forma detalhada nos itens 8.2 e 8.3 deste Protocolo.

Vale, ainda, destacar que, segundo tais modelos e independentemente da etiologia ou do nível de atenção à saúde na SES-DF, a Atenção Psicológica no manejo da dor deve apresentar como pontos de interesse:

- A Compreensão da natureza complexa da dor e a forma complexa de interação entre fatores psicológicos e físicos, muitas vezes resultando no aumento do sofrimento emocional e redução da qualidade de vida do paciente;
- Técnicas de intervenção que visem abordar as diversas dimensões desse fenômeno e que podem contribuir para a redução da experiência dolorosa e contribuir para a compreensão abrangente do paciente para orientação de tratamento mais eficaz;

7.2. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica é uma prática baseada no método científico, que conta com diferentes recursos para promover um entendimento mais completo do indivíduo. Entre as práticas principais desse processo estão a coleta de informações, os instrumentos psicológicos e diversas formas de medida para identificar dimensões específicas do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles(18).

Apesar da crescente importância da Psicologia no tratamento da dor, ainda há muito desconhecimento por parte de profissionais de outras áreas a respeito de quais são os critérios para se encaminhar um paciente para uma avaliação psicológica e o que se pode esperar deste processo(19).

Assim, é importante definir que a avaliação Psicológica é um processo técnico-científico que visa compreender um fenômeno Psicológico utilizando-se de diferentes métodos, técnicas e instrumentos que precisam, muitas vezes, ser reorientados sistematicamente.

Mais especificamente nos quadros dolorosos, os objetivos da avaliação Psicológica devem ser definidos segundo cada caso. Devem sempre abordar os aspectos sensoriais da dor, fatores mantenedores ou exacerbadores e história clínica do paciente, incluindo a história mórbida pregressa e familiar, uso de medicações, tratamentos realizados e respostas aos tratamentos. No tocante aos aspectos afetivos, é importante avaliar a presença de sinais/sintomas/transtornos de ansiedade e/ou depressivos, estresse, padrão de relacionamentos afetivos e familiares, além dos aspectos cognitivos e

expectativas de tratamento. Aspectos laborais, de atividades físicas, qualidade de sono e padrões alimentares podem também ser de interesse(13).

Após a realização de uma avaliação Psicológica, cabe ao Psicólogo realizar as anotações em Prontuário e Entrevista de Devolutiva de acordo com as possibilidades disponíveis no serviço no qual está inserido e de acordo com as Resoluções nº 01/2009(20) e 06/2019(21).

7.2.1. TÉCNICAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

a) Entrevistas semiestruturadas;

b) Testagem Psicológica, quando necessária (ainda não disponível na SES-DF, mas em processo de estruturação pela Gerência de Serviços de Psicologia - GPSI),

c) Inventários e escalas, orientadas por este protocolo, mas também:

- Incapacidade física;
- Suporte Social
- Qualidade de Vida;
- Depressão, ansiedade e estresse - material exclusivo para o exercício profissional do psicólogo e regulamentado pela Resolução CFP Nº 009/2018(22) e pela Lei Nº 4.119(23);
- Aceitação;
- Pensamentos catastróficos;
- Autoeficácia; e
- Estratégias de Enfrentamento;
- Análises ou observações comportamentais; e
- Medidas de Saúde, como p.ex. medidas de qualidade de vida.

8. ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO BREVE E FOCAL

Sempre que um dos aspectos identificados na Avaliação Psicológica justificar o Acompanhamento Psicológico, cabe ao profissional Psicólogo a proposta de Plano Terapêutico Breve e Focal, segundo a Nota Técnica de Critérios de Encaminhamento de Usuários e Classificação de Risco para a realização de consulta em Psicologia nos Serviços de Atenção Ambulatorial Secundária (AASE)(14).

Quando couber o encaminhamento do paciente a outro dispositivo de saúde para o Acompanhamento Psicológico, seja por contexto relacionado a indisponibilidade de condições de oferta do serviço, seja pela gravidade do estado psicológico do paciente, deve-se seguir os critérios de encaminhamento e contrarreferência, como apresentados na Nota Técnica supracitada ou entre pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como, por exemplo a Atenção Primária à Saúde (APS) e de acordo com as Notas Técnicas de Critérios para encaminhamento aos serviços de adultos para os serviços de saúde mental da atenção secundária(24) e Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infante-Juvenil da Atenção Secundária(25).

8.1. MÉTODOS UTILIZADOS

Independentemente da linha teórica, o Psicólogo deve obedecer aos critérios relativos ao funcionamento mental do paciente e à sua integração com capacidade e vulnerabilidade no que tange a, pelo menos, os tópicos abaixo(13):

- Autopercepção: capacidade de autorreflexão, autoimagem, identidade e diferenciação dos afetos;
- Autorregulação: capacidade de tolerância de afetos, autoestima, regulação da expressão de dor e adequação de antecipação de consequências;
- Autoproteção: resultados obtidos por meio de estabilidade, flexibilidade e mecanismos reativos adotados diante de situação-problema.;
- Percepção objetiva: capacidade de diferenciar conteúdo subjetivo-objetivo;
- Comunicação: compreensão dos outros afetando a comunicação e a sua própria reciprocidade.
- Vínculo: variabilidade de apego e mobilização direcionada ao social.

O modelo de Acompanhamento Psicológico Breve e Focal para o Manejo da Dor no âmbito da SES-DF apresentado a seguir é adaptado de uma proposta padronizada(13) e é aplicável a qualquer modelo teórico de atuação Psicológica.

8.2. MODELO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO BREVE E FOCAL PARA MANEJO DE DOR NO ÂMBITO DA SES-DF

1ª Fase – Consulta inicial de identificação de aspectos a serem abordados

1. Enfrentamento da dor

- Averiguação das atribuições dos eventos da história de dor;
- Interpretação das condutas do tratamento;
- Avaliação do grau de comprometimento psicopatológico, existência de transtorno mental subclínico e/ou possibilidade da necessidade de avaliação psiquiátrica.

2. Relacionamento da dor aos contextos interpessoal, sensitivo, cognitivo e afetivo

- Relacionamentos atuais e passados aos quais se atribuiu relação significativa com o princípio da dor;
- Dimensão sensitiva-discriminativa que permite identificar, no tempo e no espaço, o estímulo doloroso;
- Dimensão afetivo-motivacional que associa a dor à uma conotação aversiva e desagradável;
- Dimensão cognitivo-avaliativa que permite quantificar e atribuir o contexto individual aos estímulos nociceptivos.

3. Identificação das áreas problemáticas

- Desempenho em esquemas anteriores de adesão ao tratamento;
- Determinação da área-problema atual relacionada ao sofrimento decorrente da dor e estabelecimento dos objetivos de tratamento;
- Determinação dos fatores relacionais, motivacionais ou cognitivos associados ao sofrimento e à dor e identificação do que pode ser modificado;

2ª Fase - Consultas Intermediárias

Identificação das principais variáveis psíquicas.

Objetivos:

- Facilitar o processo de adaptação à nova situação de perda de funções e de capacidades;
- Auxiliar o paciente na identificação da percepção de suscetibilidade proveniente dessas perdas;
- Auxiliar o paciente a reestabelecer interesses ou traçar possibilidades substitutivas;
- Auxiliar o paciente a esquematizar planos de ação alternativa que possa ser reconhecido como satisfatório e prazeroso;
- Evidenciar expectativas fantasiosas acerca da doença e de sua nova condição de vida e realizar e promover a psicoeducação relacionada.

Estratégias:

1. Revisar os sintomas objetivos dissociando-os dos subjetivos;
2. Propor a identificação de variáveis comportamentais que possam impactar na produção, manutenção, facilitação, o no apaziguamento dos sintomas objetivos de dor e sofrimento;
3. Propor que o paciente relacione o surgimento do sintoma doloroso com os impactos objetivos e capacidades;
4. Determinar o estagiamento dos impactos e a adequação das ações direcionadas a solução dos impactos;
5. Identificar o foco das associações
6. Existem correlatos com outros momentos de crise?
7. Quais expectativas e valores estão envolvidos?
8. Quais recursos estão disponíveis para alcançar as mudanças esperadas pelo paciente?
9. O que o paciente acredita estar ganhando? (avaliação de ganho secundário)
10. Quais são os pressupostos subjacentes ao comportamento doloroso do paciente?
11. Como se perpetuam?
12. Como o paciente poderia “romper” o ciclo vicioso (ou não) dos comportamentos dolorosos?
13. Há vantagens ou desvantagens nessa “negociação”?

3ª Fase – Consulta de encerramento

- Estabelecer, junto ao paciente, os objetivos a serem alcançados e por quê.

- Avaliar a possibilidade de alta.
- Na ausência de possibilidade de alta, observar os procedimentos adequados, assim como as limitações para a extensão do Acompanhamento Psicológico por mais um ciclo ou para o encaminhamento do paciente, segundo as Notas Técnicas adequadas(14,24,25);

8.3. **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

Não se aplica.

9. **BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Espera-se que as condutas dos serviços de saúde sejam mais uniformes e com base nas evidências disponíveis, com melhor acesso das pessoas com dor aos serviços de saúde.

10. **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER**

Não se aplica o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

11. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. PERISSINOTTI, D. M. N., SARDÁ JUNIOR, J., OLIVEIRA, W. L. de, ALMEIDA, F. F., TURRA, V., & PORTNOI, A. G. (2020). Implicações da nova definição de Dor da IASP: tempos para novos paradigmas e o resgate de seu significado. BrJP, 3(4), 297-298. Epub November 09, 2020.
2. DeSANTANA, J. M., PERISSINOTTI, D. M. N., OLIVEIRA JR, J. O. de, CORREIA, L. M. F., OLIVEIRA, C. M. de, & FONSECA, P. R. B. da Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Acesso em 25 de janeiro de 2021. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf.
3. DeSANTANA, J. M., PERISSINOTTI, D. M. N., OLIVEIRA JR, J. O. de, CORREIA, L. M. F., OLIVEIRA, C. M. de, & FONSECA, P. R. B. da (2020). Definição de dor revisada após quatro décadas. BrJP, 3(3), 197-198.

4. ALMEIDA, F. F. et al (2010). Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, 18(2), 367-376.
5. SIQUEIRA, J. L. D. (2018). Adaptação Brasileira De Um Programa Interdisciplinar De Reabilitação Em Dor Baseado Em ACT (Terapia De Aceitação E Compromisso).
6. WILLIAMS, D.A. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol*, 23: 554-559, 2013)
7. ASMUNDSON G.J.G, KATZ, J. Understanding the co-occurrence of Anxiety Disorders and Chronic Pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*. Wiley InterScience 26:888–901, 2009
8. LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
9. PORTNOI A.G, NOGUEIRA M, MAEDA, F.L. O Enfrentamento da dor. In: Alves ON, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor: princípios e prática* - Porto Alegre: Artmed, 2009.
10. HAYES S.C. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665, 2004.
11. SARDÁ JR, J.J.J. Aceitação da dor crônica: novidade conceitual ou resgate de um princípio fundamental no tratamento de doenças crônicas? In: Angelotti G. *Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento da dor*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
12. ASMUNDSON, G.J.G., KATZ J. Understanding the co-occurrence of Anxiety Disorders and Chronic Pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*. Wiley InterScience 26:888–901, 2009.
13. PERISSINOTTI, D.M.N., SARDÁ JR, J. *Psicologia e Dor: o que você deve saber*. 1ª Ed. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.
14. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica de Critérios de Encaminhamento de Usuários e Classificação de Risco para a realização de consulta em Psicologia nos Serviços de Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), 2021.
15. WILLIAMS, A.C.C, CHAMBERS, C., FLOR, H. JAMISON, R., NICHOLAS, M., OSMAN, Z.J. IASP Curriculum Outline on Pain for Psychology, 2018. Disponível em <https://www.iasp->

pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2054. Acesso: 04/02/2021.

16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012, que estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dor crônica. 2012.
17. ALMEIDA, F. F. Análise de variáveis psicossociais relacionadas à experiência dolorosa entre pacientes cirúrgicos. 2011.
18. SIQUEIRA, J. L. D.; MORETE, M. C. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar?. Rev. Dor, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 51-54, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de fevereiro de 2021.
19. ANTUNES, R. A. Correlação entre relato de dor lombar crônica, fatores psicossociais e capacidade física em idosos comunitários. Fisioterapia Brasil, v. 15, n. 4, p. 277-282, 2016.
20. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. RESOLUÇÃO Nº 01, DE 30 DE MARÇO DE 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. 2009.
21. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. RESOLUÇÃO Nº 6, DE 29 DE MARÇO DE 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. 2019.
22. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. RESOLUÇÃO Nº 9, DE 25 DE ABRIL DE 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. 2018.
23. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União. 1962
24. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Critérios para encaminhamento aos serviços de adultos para os serviços de saúde mental da atenção secundária. 2019.

25. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica de Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infanto Juvenil da Atenção Secundária. 2018.

Elaboração:

Fabício Fernandes Almeida

Especialista em Saúde - Psicólogo

Gerência de Serviços de Psicologia (GPSI/DISSAM/COASIS/SAIS)

Secretário Executivo da Câmara Técnica de Atenção Psicológica - SES/DF



Documento assinado eletronicamente por **FABRICIO FERNANDES ALMEIDA - Matr.1441299-3, Secretário(a) Executivo(a) da Câmara Técnica**, em 31/12/2022, às 17:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=97503405)
verificador= **97503405** código CRC= **86FF8500**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF