



18º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – Ciclos Temáticos

4º ano, 2º Semestre

2021/2022

Monografia

**CONTROLO DA DOR CRÓNICA: O *MINDFULNESS* COMO
ESTRATÉGIA PROMOTORA DE CONFORTO**

Elaborado por:

Catarina de Sousa Henriques, N° 201993444

Diogo Mata Cepeda, N°201993492

Orientador:

Professora Doutora Joana Marques

Barcarena

julho, 2022

18º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – Ciclos Temáticos

4º ano, 2º Semestre

2021/2022

Monografia

**CONTROLO DA DOR CRÓNICA: O *MINDFULNESS* COMO
ESTRATÉGIA PROMOTORA DE CONFORTO**

Elaborado por:

Catarina Henriques, N° 201993444

Diogo Mata Cepeda, N°201993492

Orientador:

Professora Doutora Joana Marques

Barcarena

julho, 2022

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

“Todo o mundo é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente”

(William Shakespeare)

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto de monografia não seria iniciada e desenvolvida sem o grande apoio de diversas pessoas que colaboraram na sua realização e a quem desejamos os nossos sinceros agradecimentos:

À professora Margarida Tomás, orientadora do projeto de monografia realizado no 3º ano da Licenciatura, que desde o primeiro momento se mostrou interessada e entusiasmada na temática abordada, bem como em nos apoiar em qualquer questão que tivéssemos. Foi imprescindível na realização deste projeto, quer nos comentários críticos construtivos, quer nos comentários positivos e de motivação.

À professora Joana Marques, orientadora da Monografia, que ao longo do nosso percurso foi uma profissional na qual nos guiaremos para o resto das nossas vidas e que nos acompanhou ao longo destes anos de curso. Estamos gratos pelo empenho e profissionalismo e acima de tudo pela disponibilidade que tem em nos ajudar e apoiar neste projeto que nos diz tanto.

À instrutora de Mindfulness e tia da Catarina, Vanda de Sousa, que nos incentivou à escolha do tema para esta Monografia, pelo empenho em dar uma formação de Mindfulness para conseguirmos ter conhecimentos mais aprofundados na área, bem como pelo apoio incansável na realização deste projeto.

Aos nossos familiares que foram o pilar primordial na concretização deste trabalho e nestes anos de Licenciatura, que sempre acreditaram em nós e nas nossas capacidades e nos incentivaram a demonstrar o nosso valor e dedicação para com esta profissão.

RESUMO

A dor crónica afeta na generalidade a pessoa na sua dimensão física, psicológica, mental e social. Altera as atividades de vida diárias e a perceção do estado de saúde da pessoa, modificando a disposição para os novos desafios que a vida, o que desta forma dificulta o reencontro de um equilíbrio para controlar a dor. Deste modo, a gestão da dor como intervenção da enfermagem, tem como finalidade aliviar o sofrimento do cliente, proporcionando um maior bem-estar, conforto e foco na recuperação face ao contexto da patologia vivenciada, bem como ao futuro que a sucede. É neste seguimento que o enfermeiro tenta procurar novas formas de intervenção, com o intuito de desenvolver um plano de cuidados que promova o conforto do cliente.

O conceito de *Mindfulness* entra como uma medida complementar que concede ao cliente, através da sua prática, uma maior atenção e regulação emocional, permitindo uma redução de stress e ansiedade, referente à forma como este encara a sua realidade e os seus medos e angústias. Este tipo de técnica também pode ser praticado pelos enfermeiros, aperfeiçoando a sua capacidade de comunicação, as competências sociais através da promoção de empatia e diminuição de reações defensivas, apoiando em reações mais assertivas e intencionais, fundamentais em intervenções de enfermagem.

Desta forma, optou-se por realizar uma Revisão da Literatura de forma a dar resposta ao objetivo: “Conhecer os efeitos do *Mindfulness* no cliente com Dor Crónica”.

Através de uma análise detalhada dos artigos selecionados, demonstrou-se evidências que apontam para os benefícios da prática de *Mindfulness* em clientes com patologias crónicas, como terapia complementar, mediante da promoção da minimização da ansiedade e stress, bem como de uma maior qualidade de vida. Apesar da limitação de estudos que demonstram a eficácia desta prática a nível clínico, os estudos encontrados afirmam a credibilidade do *Mindfulness* em clientes com dor crónica.

Palavras-chave: Enfermagem, Dor, *Mindfulness*, Controlo da Dor, Dor Crónica, Intervenções.

ABSTRACT

Chronic pain generally affects the person in their physical, psychological, mental and social dimensions. It alters the activities of daily living and the perception of the person's health status, changing the disposition for the new challenges that life faces, which in this way makes it difficult to find a balance to control pain. In this way, pain management as a nursing intervention aims to alleviate the suffering of the client, providing greater well-being, comfort and focus on recovery in the context of the pathology experienced, as well as the future that follows it. It is in this follow-up that the nurse tries to look for new forms of intervention, to develop a care plan that promotes the comfort of the client.

The concept of *Mindfulness* enters as a complementary measure that grants the client, through its practice, greater attention and emotional regulation, allowing a reduction of stress and anxiety, referring to the way in which they face their reality and their fears and anguish. This type of technique can also be practiced by nurses, improving their communication skills, social skills by promoting empathy and reducing defensive reactions, supporting more assertive and intentional reactions, fundamental in nursing interventions.

In this way, it was decided to carry out a Literature Review to respond to the objective: “Knowing the effects of Mindfulness in the client with Chronic Pain”.

Through a detailed analysis of the selected articles, evidence was shown that points to the benefits of the practice of Mindfulness in clients with chronic pathologies, as complementary therapy, by promoting the minimization of anxiety and stress, as well as a better quality of life. Despite the limitation of studies that demonstrate the effectiveness of this practice at a clinical level, the studies found affirm the credibility of Mindfulness in clients with chronic pain.

Keywords: Nursing, Pain, Mindfulness, Control of Pain, Chronic Pain, Intervention.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE SIGLAS	12
INTRODUÇÃO	13
PROCESSO METODOLÓGICO	15
DESENVOLVIMENTO.....	17
1.1. O conforto do cliente com Doença Crónica – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	17
1.2. Conceito de Dor.....	20
1.3. Conceito de Dor Crónica.....	22
1.4. Dados Epidemiológicos da Dor Crónica em Portugal.....	24
1.5. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor.....	26
1.6. <i>Mindfulness</i>	28
1.6.1. Conceito de <i>Mindfulness</i>	28
1.6.2. Fisiologia do <i>Mindfulness</i>	32
1.6.3. Práticas de <i>Mindfulness</i>	36
1.6.4. Efeitos do <i>Mindfulness</i> no controlo da Dor Crónica	39
1.6.5. Papel do Enfermeiro no controlo da Dor em Clientes com Dor Crónica através da Técnica de <i>Mindfulness</i>	45
1.7. Implicações para a Enfermagem	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	56
Apêndice I – Certificados de realização de formação de <i>Mindfulness</i>	57
APÊNDICE II – TABELA DE RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS	59
ANEXOS	65
ANEXO 1 – ESCALA “Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMSR)”	66
ANEXO 2 – ESCALA “Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)”	68
ANEXO 3 – ESCALA “Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)”	70
ANEXO 4 – ESCALA “The Toronto Mindfulness Scale”	73

ANEXO 5 – ESCALA “The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)”	75
ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE ORIENTADOR DO TRABALHO FINAL DE CURSO	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Resultados da Pesquisa 16

ÍNDICE DE SIGLAS

IASP – *International Association for the Study of Pain*

PCC – *Participants, context, concept*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

APEP – Associação Portugal para o Estudo da Dor

ACR - *American College of Rheumatology*

OMS – Organização Mundial de Saúde

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

DGS – Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

MBSR - *Mindfulness Based Stress Reduction*

MAAS - *Mindful Attention Awareness Scale*

CAMS-R - *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*

FMI - *The Freiburg Mindfulness Inventory*

SMQ - *Southampton Mind-fulness Questionnaire*

KIMS – *Kentucky Inventory of Mindfulness Scale*

FFMQ – *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

TMS - *Toronto Mindfulness Scale*

MBI - Intervenções Baseadas em *Mindfulness*

MBCT- *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MBRP - *Mindfulness-Based Relapse Prevention*

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Ciclos Temáticos integrada no 2º semestre do 4ºano e como requisito para obtenção do grau académico de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica integrada no Instituto Universitário Atlântica, foi desenvolvida a presente monografia sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques com o intuito de analisar e aprofundar conhecimentos sobre a temática elegida pelos autores.

O tema definido intitula-se de “Controlo da Dor Crónica: o *Mindfulness* como estratégia promotora de conforto”, selecionado tendo em conta a proximidade com esta prática. Quando refletimos relativamente à abordagem a esta temática, surgiu-nos o interesse de conhecer e compreender melhor a sua prática, bem como a sua contextualização relativamente à área de Enfermagem, sendo que se encontra em constante evolução, empregando novas técnicas para execução dos seus cuidados, de modo que estes sejam cada vez mais eficazes e diversificados.

A dor é definida pela *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP, 2020) como uma experiência multifatorial desagradável, incorporando uma componente sensorial e emocional e que se associa a uma lesão tecidual ou é descrita em função dessa lesão. Para além de ser um fenómeno universalmente vivido e conhecido, enquadra-se também num mundo à parte que somente poderá ser descrita pela pessoa que vive e sofre. A dor crónica insere-se neste contexto, diferenciando-se pela sua forte consequência a nível psicológico e mental, emergindo para pensamentos de desolação e depressão. Tendo em conta estes aspetos, o controlo da dor passa a ser um dever dos profissionais de saúde, tendo em conta que quanto maior for a dor, maior é a dependência dos clientes no seu dia-a-dia com impacto na forma de pensar e agir relativamente à sua vida presente e futura.

Abordamos assim o *Mindfulness*, sendo esta uma prática que ao longo dos anos tem mostrado um aumento de notoriedade, através do maior conhecimento proveniente da investigação e da oportunidade de prática por parte dos indivíduos. Por outro lado, pelo aumento exponencial de reconhecimento, o *Mindfulness* tornou-se ao mesmo tempo um conceito muito vulgarizado, promovido frequentemente de forma pouco clara e muitas vezes mal compreendida pela sociedade (Sousa, 2020).

A sistematização estrutural deste trabalho compreende num primeiro ponto o enquadramento teórico constituído por diversos subtópicos referentes ao meta-paradigma utilizado, bem como a contextualização teórica da dor, dor crónica e temática relacionada com

o *Mindfulness* e sua prática. Num segundo ponto, referente aos efeitos que o *Mindfulness* tem em clientes com dor crónica, é assim apresentada uma descrição e análise dos artigos selecionados e estudados integrado numa revisão de literatura, proposta para este trabalho.

Em consideração final, é salientada uma análise crítica dos principais pontos abordados, através de um processo de aprendizagem desenvolvido, referindo as limitações sentidas no desenvolvimento do trabalho e sugestões com o objetivo de promover o conhecimento e reflexão nesta área.

De forma a desenvolvermos a Revisão com mais conhecimento e fundamentação na área, optámos por realizar uma formação de *Mindfulness* concretizada pela “*The School of We*”, desenvolvendo mais competências teóricas ao completar o conhecimento sobre as práticas.

Deste modo, propõe-se como questão de partida para o trabalho: “Qual o efeito do *Mindfulness* no cliente com dor crónica?”. Esta questão leva-nos a definir o objetivo geral, sendo este: “Conhecer o efeito do *Mindfulness* no controlo da dor crónica”.

PROCESSO METODOLÓGICO

O presente trabalho foi realizado através do método de Revisão da Literatura que segundo Fortin (1999) consiste em realizar uma interpretação aprofundada da documentação recolhida sobre um tema. Para melhor organizar o percurso desenvolvido na pesquisa, optou-se por realizar um fluxograma que expõe as etapas efetuadas. Seguidamente é apresentado esse percurso.

A estratégia de pesquisa necessita de apresentar um equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade, assim opta-se por se fazer uma pesquisa trifaseada. Avançamos assim com a seguinte equação de pesquisa:

Palavras-chave em português:

- (Efeito OU Impacto OU Influência) AND *Mindfulness* AND Controlo AND (Clientes OU Clientes Crónicos) AND Dor Crónica AND Enfermeiro

Palavras-chave em inglês:

- (Effect OR Impact OR Influence) AND *Mindfulness* AND Control AND (Patient OR Chronic Patients) AND Chronic Pain AND Nurse

A partir da questão de identificação define-se todo o processo de pesquisa, o que optámos por utilizar a estratégia *Participants, Concept and Context* (PCC). Relativamente ao tipo de participantes (P) incluíram-se clientes com dor crónica, no que se refere ao conceito (C) a prática de *Mindfulness* e acerca do contexto (C) considerámos estudos realizados em contexto hospitalar.

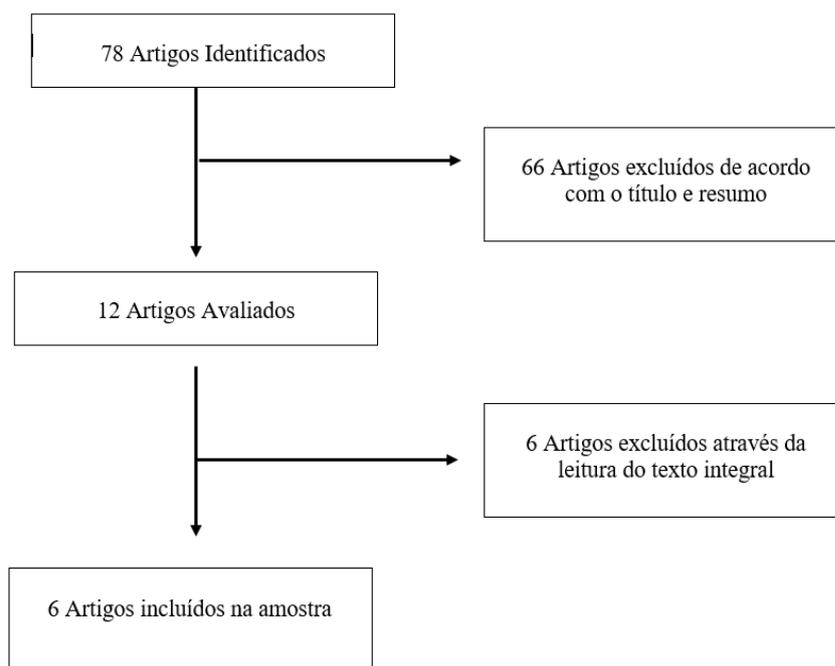
No que concerne aos artigos analisados, foi necessário definir critérios de inclusão dos mesmos, com o intuito de selecionar os mais indicados para este trabalho. Assim foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Tipo de estudos: Estudos quantitativos, qualitativos e mistos, revisões de literatura, meta-análises e relatórios.
- Idioma: Estudos publicados em língua portuguesa e inglesa;
- Data de Publicação: Estudos publicados entre janeiro de 2016 e maio de 2022;
- Estudos com texto integral.

Para a realização deste trabalho, consultámos diversas bases de dados: *SPORTDiscus with Full Text*, e *CINAHL with Full Text*. Através desta pesquisa ficámos com uma amostra de 6 artigos.

A pesquisa na base de dados foi realizada em dezembro de 2021 tendo resultado um total de 78 artigos publicados entre 2016 e 2022, dos quais 66 foram excluídos com base no título e resumo. Assim, foram submetidos ao procedimento de seleção 12 artigos.

Figura 1 Resultados da Pesquisa



Posteriormente, os dois investigadores procederam ao processo de seleção dos artigos, excluindo apenas 2 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Estes artigos abordavam a aplicação de *Mindfulness* em patologias específicas e comparação diversas práticas de *Mindfulness* no controlo da dor crónica.

No que diz respeito aos 6 artigos selecionados, tendo como intuito a análise final de extração dos dados obtidos, foi realizado um quadro, resumindo a evidência selecionada, referindo o/s autor/es, o local e ano de realização, o título, o objetivo e tipo de estudo e os resultados recolhidos (Apêndice III).

DESENVOLVIMENTO

1.1.O conforto do cliente com Doença Crónica – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A promoção do conforto constitui um dos desafios para cuidados mais humanizados, dado que requer conhecer e compreender o cliente em todas as suas dimensões, abrangendo as suas necessidades em todos os seus meios. A prática de enfermagem enquanto disciplina e profissão compreende uma aprendizagem contínua que requer o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas através do suporte de um referencial teórico que sustente as suas ações, de forma a promover credibilidade à prestação de cuidados (Santos, 2013). As práticas baseadas na evidência pelas teorias conceptuais de enfermagem assentam na explicação e descrição que sustentam a prática clínica, fornecendo deste modo, um corpo científico para o desenvolvimento da profissão (Bouso et al, 2014).

Para Bouso et al (2014), o conforto encontra-se intrínseco nos cuidados de enfermagem, sendo que para Morse e Katharine Kolcaba esta ação de confortar é inerente à Enfermagem (Domingues, 2018). Desta forma e conceptualizando a investigação que nos propusemos a desenvolver, de entre a diversidade de conceitos provenientes dos modelos de enfermagem, consideramos que a Teoria do Conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba é a que melhor norteia os conceitos que pretendemos estudar.

A Teoria de Conforto é uma das teorias de enfermagem designada de médio alcance, caracterizando-se por um nível menos abstrato do conhecimento teórico, isto é, pormenoriza-se comparando com a teoria, concentrando-se em conceitos mais específicos da prática da enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Os conceitos utilizados na Teoria do Conforto são de simples e fácil interpretação, uma vez que regressa aos cuidados básicos e à missão tradicional da prática da enfermagem, permitindo ser aplicada no ensino, na prática e na investigação (Dowd, 2004; Tomey & Alligood, 2004).

No entendimento da Teoria de Katharine Kolcaba (1994, 19, 1182), o conforto é definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (...). É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”. O conforto é criado através das medidas de conforto pelas intervenções de enfermagem concebidas para abordar as

necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas (Dowd, T, Kolcaba, K & Steiner, R, 2000).

Outros autores como Sousa (2014) refere que o conforto é uma meta do cuidado, sendo um elemento do cuidado de saúde. Da mesma forma, Ponte e Silva (2015) mencionam que a ação de confortar apresenta-se como um resultado dos cuidados de enfermagem, de forma a satisfazer as necessidades do cliente, promovendo comportamentos de procura de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Os pressupostos principais, isto é, declarações que o teórico ou o investigador tem como verdades, que sustentam a Teoria do Conforto baseiam-se: “os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável associado à prática da enfermagem; os seres humanos esforçam-se para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam” (Kolcaba, 1994, pág.1178).

De acordo com Dowd (2002) e Tomy & Alligood (2004), Kolcaba define meta paradigmas que determinam os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina, nomeadamente a Enfermagem, referindo ser a apreciação das necessidades do conforto, a conceção de intervenções para conforto do cliente e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação dessas intervenções. A apreciação e a reapreciação podem ser obtidas por escalas ou questionários de forma monitorizar o conforto do cliente, caracterizando assim como intuitivas, subjetivas e/ou objetivas. Por sua vez, o cliente é também referido como um metaparadigma, representando indivíduos, famílias ou instituições que necessitem de cuidados de saúde. Noutro contexto, inclui-se também como meta paradigma a saúde, definida nesta teoria como o “funcionamento ótimo conforme definido pelo cliente ou grupo de um cliente, família ou comunidade” (Dowd, 2002, pp. 485). Por fim, o ambiente é definido como “qualquer aspeto do cliente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Dowd, 2002, pp. 486).

Um dos principais conceitos defendidos pela Teoria de Katharine Kolcaba é a Necessidade de Conforto, definida pelo resultado de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão e que não podem ser satisfeitas por sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, relacionadas com parâmetros pato fisiológicos, educação e apoio e necessidades de aconselhamento financeiro e de intervenção (Kolcaba, 1994).

Para além destes contextos, Kolcaba definiu variáveis intervenientes que influenciam o conforto. É descrito por Kolcaba (1994, p.1180) como as “forças de interação que influenciam a perceção do recipiente acerca do conforto total”. As variáveis incluem experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognósticos, situação financeira e totalidade de elementos da experiência do recetor (Kolcaba, 1994).

Por fim, Katharine Kolcaba (2013) subdivide o conceito de conforto em sete sub-conceitos, sendo estes: o alívio, a tranquilidade, a transcendência, contexto físico, contexto psico-espiritual, contexto sociocultural e contexto ambiental. Sumariamente, o alívio consiste na condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica e pressupõe a existência de um desconforto prévio. A tranquilidade é definida como um estado de calma ou de contentamento. Por fim, a transcendência refere-se à condição na qual um indivíduo derrota os seus problemas ou sofrimento, tendo o cliente capacidade para planear, controlar e resolver os seus próprios problemas, através do apoio da prática de enfermagem. Estes 3 estados desenvolvem-se noutros quatro subconceitos, designados de contextos que abrangem a dimensão física referente aos cinco sentidos (inclui a dor, o descanso, relaxamento, hidratação, posicionamentos e oxigenação); a dimensão psico-espiritual que engloba o autoconceito, a autoestima e a sexualidade; a dimensão sociocultural, entendendo-se às relações pessoais, familiares e sociais; e a dimensão ambiental no que diz respeito ao meio envolvente (luz, barulho, cor) (Domingues, 2018).

Sucintamente, este trabalho surge com o objetivo de aprofundar a problemática do conforto em clientes com dor crónica através de um cuidado holístico e evidenciado na prática da enfermagem. O conforto é um conceito de extrema importância em clientes ao longo do ciclo da sua vida, porém, enquadrando no tema proposto, esta teoria de Enfermagem contempla o objetivo principal da prática de *Mindfulness*, através da diminuição da dor no cliente e na promoção de conforto e qualidade de vida.

1.2. Conceito de Dor

A dor é considerada um fenómeno fisiológico fundamental para a integridade física do indivíduo, constituindo um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde pela população em geral (SNS, 2020).

O conceito de dor foi primeiramente definido nos finais dos anos setenta (1979) pelo Subcomité de Taxonomia e adotada pelo Conselho da *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP) que definia a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (1994, p. 247). A formação de uma definição sobre a dor causou dificuldade pela sua componente física e sensorial (Treede et al., 2019).

Após quatro décadas e dois anos de análise acerca deste conceito, a IASP em conjunto com uma equipa multidisciplinar, desenvolveu uma definição mais atualizada da dor, englobando o indivíduo na sua globalidade através de uma abordagem multidimensional no que diz respeito aos aspetos sensoriais da dor e implicações psicológicas, sociais e culturais (SNS, 2020).

Esta definição é contextualizada através de 6 pontos-chave sendo estes: A dor é sempre uma experiência pessoal, influenciada em diferentes graus/níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais; a dor e a nociceção são fenómenos distintos, não podendo ser inferida apenas pela atividade sensorial; o conceito de dor é modificado ao longo das experiências de vida; deve ser respeitada a definição que uma pessoa tem sobre definição da dor; a dor pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; e a linguagem verbal é um dos diversos comportamentos em que é possível comunicar a dor, a incapacidade de comunicar não retira a possibilidade de um ser humano ou ser vivo não humano sinta dor (APED, 2021).

Em 2008 a Ordem dos Enfermeiros também definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (OE, 2008, pp.11), porém esta definição ainda não sofreu alterações desde a data.

Em 2003, a Direção-Geral da Saúde publicou uma circular normativa que instituiu a dor como 5º Sinal Vital, considerando como uma boa prática clínica a avaliação e registo regular

da intensidade da dor, da mesma forma que é realizada pelos quatro restantes sinais vitais como a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura (SNS, 2017).

A dor pode afetar diversas partes do organismo, ter várias durações e diversas causas. Por esta razão a mesma exige diversas classificações consoante a duração, localização e associação com patologias.

Assim, quanto à duração da dor podemos definir a dor como aguda e crónica considerando que a dor aguda é uma dor que até certo ponto tem consequências benéficas para o organismo, sendo um sinal de alarme que alerta de uma situação patológica, e que a dor crónica pode ser definida como uma dor persistente ou recorrente, com duração de 3 a 6 meses e que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem (APED, 2020).

Quanto ao tipo de dor pode-se dividir em Dor Nociceptiva e Não Nociceptiva. A primeira corresponde à dor que surge por estímulos específicos de recetores de dor sensíveis à temperatura, vibração, distensão e substâncias químicas, podendo ser visceral quando originada nos órgãos internos e somática quando proveniente da região superficial do organismo. A dor Não Nociceptiva corresponde à dor produzida por disfunções nas células nervosas (King et al, 2011).

O controlo da dor, deve assim ser uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, com o principal objetivo de promover um cuidado holístico e centrado no cliente.

1.3. Conceito de Dor Crónica

A dor apresenta um conjunto de características que a distingue em cada ser individual, podendo diversificar-se em mecanismos, manifestações clínicas e etiologias que diferem de pessoa para pessoa. Neste sentido, cada indivíduo relata a dor de forma diferente, através da experiência que vivencia. A dor é classificada através de critérios como a intensidade, qualidade, duração, localização e área anatómica (Isa & Cheety, 2021).

A dor crónica especificamente é caracterizada pela sua durabilidade. De acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP, 2020), a dor crónica não apresenta sintomas biológicos específicos e sua duração prolonga o tempo necessário para a cicatrização do tecido, entre três a seis meses. Contrariamente, a *American College of Rheumatology* (ACR, 2010) menciona-a como uma dor que inicia em duas partes de quatro partes superiores e inferiores do corpo ou no esqueleto axial e com duração de três meses. A dor crónica engloba todas as faixas etárias, não apresentando nenhum benefício para o cliente, pelo contrário, origina repercussões ao nível da saúde física e mental do indivíduo. Em 2010, foram realizados estudos que referiam que a dor crónica média a grave apresentava efeitos negativos nas atividades de vida diária dos indivíduos, nomeadamente ao nível da vida profissional, autocuidado e comunicação (Rostami, Zadeh & Rakhshan, 2019).

Em 2015, através da realização de um estudo epidemiológico da dor crónica pela IASP em conjunto com Organização Mundial de Saúde (OMS), foi criado um sistema de classificação para representação da dor crónica, categorizando-a em: dor crónica primária; dor crónica secundária a patologia oncológica; dor crónica pós-cirúrgica ou pós traumática; dor crónica neuropática; dor crónica secundária a cefaleias e dor oro facial recorrente; dor crónica visceral; e dor crónica músculo-esquelética (Treede et al, 2015). Independentemente do tipo de dor crónica, a sua fatalidade ocorre em consequência de patologias cardíacas, respiratórias ou síndromes depressivas. Por outro lado, a dor crónica provoca distúrbios do sono e neuroticismo que interrelacionando com esta patologia, provoca uma diminuição nas atividades físicas, na medida em que os indivíduos possam sentir um aumento da dor na sequência dessas atividades (Rostami, Zadeh & Rakhshan, 2019).

A dor crónica, percuta nos indivíduos problemas psicológicos como ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou transtornos de somatização, provocando efeitos negativos na qualidade de vida dos indivíduos e nos seus padrões de sono, causando um aumento de

episódios de insónia, fadiga e sonolência durante os períodos diurnos e noturnos, à medida que ocorre um aumento da sua intensidade (Rostami, Zadeh & Rakhshan, 2019).

Para além das repercussões físicas e psicológicas relatadas, foram realizados estudos (Anderson, Wise, Sawyer & Chan, 2006) por diversos autores em que é abordada a sexualidade em indivíduos com dor crónica. Um dos estudos, realizado recentemente (Domínguez, Skillgate, Orsini & Takkouche, 2019), teve como objetivo avaliar a relação entre os fatores socioeconómicos, pessoais e profissionais, bem como a relação entre homens e mulheres em indivíduos com dor crónica na cidade de Estocolmo. Os resultados sugeriram assim que indivíduos com doença crónica evitam contactos sexuais devido a fatores sociais como o trabalho doméstico e tensão no ambiente de trabalho, bem como pela preocupação em relação à intensificação da dor no ato sexual, devendo ser uma área de especial investigação num futuro próximo.

A dor resulta assim de uma interação de grande complexidade entre variantes genéticas e fatores estruturais, ambientais e psicossociais (Apkarian, Baliki & Geha, 2009) que desencadeiam sensações de medo e de esquiva, provocando interpretações negativas acerca da dor crónica que afetam a qualidade de vida do indivíduo (Turk & Wilson, 2010).

1.4.Dados Epidemiológicos da Dor Crónica em Portugal

Através dos avanços da tecnologia e nos cuidados de saúde, tem-se observado um aumento da esperança de vida, quer em indivíduos saudáveis, quer em indivíduos com doenças crónicas associadas. Na sequência desta realidade, constatou-se um aumento da incidência e da prevalência de situações que desencadeiam a dor (Ribeiro, 2013), constituindo um motivo para 15-20% da procura de cuidados de saúde (Treed et al, 2015) e consequentemente elevar a incidência de dor crónica como problema de saúde pública (Jaén et al., 2019).

A nível epidemiológico, estima-se que cerca de 36,7% da população portuguesa sofra de dor crónica (Azevedo et al., 2012), afetando mais pessoas entre os 60 aos 65 anos, com um menor nível socioeconómico, obesidade e indivíduos com trauma físico (Kislaya & Neto, 2014; Ritto et al., 2017).

A evidência científica tem-se dedicado cada vez mais ao estudo da pessoa com dor. O número crescente de estudos releva a importância deste tema e a necessidade de intervenção nesta área. Um dos estudos realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INE, 2014), em que o objetivo foi caracterizar a população residente com 15 ou mais anos em três grandes domínios (estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionados com estilos de vida), descreve a dor nas 4 semanas antes da entrevista através de um Inquérito Nacional de Saúde (INS).

Os resultados do inquérito evidenciam que metade da população com 15 ou mais anos (4,8 milhões) referiu ter sentido alguma dor física nas 4 semanas anteriores à entrevista. Cerca de 3,2 milhões afirmaram que a dor sentida interferiu na realização das tarefas habituais e 1,4 milhões classificaram-na como sendo intensa ou muita intensa (INE, 2014).

Os dados relatados no INS de 2014 também evidenciaram que a doença crónica com mais prevalência em Portugal consiste na lombalgia, afetando 2,9 milhões de indivíduos. Em segundo lugar encontra-se a hipertensão com uma prevalência de 28,5% de doenças crónicas (INE, 2016).

A dor crónica afeta principalmente o sexo feminino, com maior prevalência a dor lombar, seguida da artrose e a dor crónica cervical. No sexo masculino, a dor crónica predominante é a lombalgia crónica, seguida da hipertensão arterial e cervicgia crónica (INE, 2016).

Face aos dados apresentados, é possível assim compreender as consequências da dor crónica na qualidade de vida dos indivíduos, maioritariamente a nível das atividades de vida diárias, custos associados e seu bem-estar geral. É desta forma compreendida como um problema de saúde major, que afeta a população num geral, predominante em pessoas idosas, a nível internacional e nacional.

1.5. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor

Prevenir e tratar a dor eficazmente é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem (Vega-Stromberg et al., 2002; Direcção-Geral da Saúde, 2003). Dois dos aspetos mais importantes nos cuidados de enfermagem consistem no controlo da dor e promoção de conforto. Neste sentido, cabe ao enfermeiro planear intervenções e adotar estratégias de prevenção e controlo da dor no cliente, potencializando uma melhor qualidade de vida (Elkin, Perry & Potter, 2005; DGS, 2013).

O tema da dor é fortemente estudado e desenvolvido pelos Enfermeiros. Segundo esta Entidade (2008), as medidas não farmacológicas são um método ou técnica de prevenção e/ou tratamento da dor que não envolve a administração de fármacos. Estas atuam como um importante recurso no alívio da dor, tendo em conta a modificação do significado da dor, isto é, através da sua utilização, é possível uma reestruturação direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da pessoa com dor crónica, promovendo positivamente a diminuição do medo, ansiedade e depressão.

O controlo da dor compreende intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Deste modo, o enfermeiro ao compreender a ocorrência de dor, deve intervir na promoção de cuidados que tenham como objetivo a diminuição do nível da dor, promovendo alívio e conforto (Sousa, 2022). As medidas não farmacológicas são utilizadas como um meio de complementaridade e não em substituição à terapêutica farmacológica, selecionando a intervenção de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Podemos classificar as medidas não farmacológicas em três grupos: intervenções físicas, intervenções cognitivo-comportamentais e intervenções de suporte emocional (OE, 2008).

Relativamente às intervenções físicas, estabelecem uma complementaridade com as medidas farmacológicas no que diz respeito às áreas da nociceção, da inflamação e do aumento do tónus muscular por contraturas. Como medidas não farmacológicas de origem física pode-se mencionar a utilização de estimulação a nível cutâneo, que através do bloqueio/diminuição da transmissão dos impulsos dolorosos, promovem o alívio da dor. São exemplos a aplicação de frio e de calor, o exercício, massagem e a estimulação elétrica transcutânea (Eler & Jaques, 2008). A aplicação da dor promove a vasodilatação e conseqüentemente a redução do tónus muscular e promoção do relaxamento muscular. Contrariamente, a aplicação do frio provoca a

vasoconstrição, prevenindo edemas e atenuando a inflamação. Compreende-se por exercício todos os movimentos que promovam alongamento e resistência de forma a promover a recuperação muscular e o alívio da dor pela correção da postura e prevenção de futuras dores (OE, 2008). De outro modo, a massagem traduz-se pela manipulação praticada numa parte ou totalidade da superfície corporal com o objetivo de provocar alterações quer a nível preventivo, curativo, de reabilitação, de relaxamento ou de alívio de tensão muscular que potencia a dor (Sousa, 2022). Por fim, a estimulação elétrica transcutânea baseia-se na aplicação de uma corrente de baixa intensidade através de elétrodos colocados na superfície da pele e que liberta substâncias analgésicas que promovem o alívio da dor e que causa a mobilidade física (OE, 2008).

As intervenções cognitivo-comportamentais dizem respeito às competências intelectuais e psicossociais. São exemplos a terapia cognitiva/comportamental (*TCC*), musicoterapia, imaginação guiada, reestruturação cognitiva e treino de habilidades de coping (Eler & Jaques, 2008).

As intervenções de suporte emocional referem-se à competência emocional. São exemplos o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto. A OE (2008) definiu o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar que é obtido pela promoção de apoio e segurança pela promoção de relaxamento e redução da ansiedade e controlo da dor.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), podemos encontrar outras estratégias não farmacológicas também eficazes no controlo da dor e que não são frequentes na prática de Enfermagem, realizadas por cada vez mais enfermeiros com competências em terapias complementares como a hipnose, acupuntura, hidroterapia, meditação e ioga.

Assim, dada a complexidade do ser humano e da especificidade inerente à dor, é de grande importância que os enfermeiros possuam uma perspetiva holística no cuidar da pessoa com dor crónica, vendo a mesma na sua globalidade e utilizando estratégias de complementaridade às medidas farmacológicas que minimizem o sofrimento e proporcionem uma maior qualidade de vida.

1.6. *Mindfulness*

1.6.1. Conceito de *Mindfulness*

No decorrer dos anos, o conceito de *Mindfulness* demonstrou ser um tema de maior conhecimento e divulgação. Com o aumento da sua notoriedade, observou-se também maior utilização desta prática por cada vez mais indivíduos, em diferentes contextos e especificamente ao nível da área clínica. Por outro lado, e apesar de se ter tornado um conceito vulgarizado, o entendimento sobre este tema é ainda pouco claro e muitas vezes mal compreendido (Marx & Jones, 2017).

A origem desta prática remonta pelo menos há 2500 anos, sendo utilizada nessa altura num âmbito budista através da figura de Siddharta Guatama, buda Shakyamuni, que iniciou esta tradição considerada religiosa e filosófica e que se espalhou por todo o mundo. Subscrevendo as palavras de Kabat-Zinn (2003), a capacidade de estar de forma plena e consciente no momento presente é inerente ao ser humano e a tradição budista enfatizava de forma simples e eficaz a capacidade de trazer essa plenitude para todos os aspetos da vida (Delgado et al, 2012).

Na década de 1970, Jonh Kabat-Zinn, PhD, professor de microbiologia da University of Massachusetts Medical School compreendeu que estas práticas poderiam ser aplicadas num contexto secular e ser desenvolvidas de forma a aliviar o sofrimento de indivíduos com doenças crónicas (Marx & Jones, 2017). Através deste pensamento, criou o programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) definindo o *Mindfulness* como "a consciência que surge ao prestar atenção propositadamente, ao momento presente e sem julgar." (Kabat-Kinn, 2003, p.2).

Para além de John Kabat-Zinn, diversos autores mostraram interesse em estudar a prática de *Mindfulness*, apresentando diferentes definições sobre o conceito de *Mindfulness*, aceites a nível mundial. Thich Naht Hanah (1975, p.11) refere o *Mindfulness* como “manter viva a consciência na realidade e no presente”; Bishop et al (2004, p.233) define o *Mindfulness* como “uma forma de consciência não elaborada e sem julgamento, centrada no presente que surge como um campo de atenção reconhecida e aceite como é”; Baer (2003, p.125) afirma ser “a observação sem julgamento da contínua corrente de estímulos internos e externos tal como eles surgem”; Brown & Ryan (2003, pp.823) referem que o *Mindfulness* é a “captura de uma qualidade de consciência que se caracteriza pela clareza e vivência de uma experiência e do

funcionamento atual em contraste com estados de menor consciência, menos desperto, do funcionamento automático ou habitual que pode ser crónica para a muitas pessoas”.

De forma a obter uma definição concreta sobre o *Mindfulness*, torna-se importante construir instrumentos de medidas que sejam válidos e fiáveis para futuras investigações. Assim em 2003, Brown & Ryan e Dimidjian & Linehan apresentaram em dois artigos propostas de uma definição de *Mindfulness*.

Segundo Brown & Ryan a consciência compreende dois aspetos: a perceção, sendo considerado o radar da consciência e a atenção, ou seja, o processo de focalizar a consciência na perceção. O *Mindfulness* pode ser assim considerado como uma atenção melhorada da perceção de uma experiência atual (Delgado et al, 2012).

De forma simplificada, a prática de *Mindfulness* é, assim, um treino de atenção (e meta-atenção) em que aprendemos a observar os pensamentos e emoções com curiosidade, gentileza e sem julgamento, permitindo uma melhor autoconsciência e autorregulação e conseqüentemente uma melhor conexão com os outros. É, na realidade, uma prática simples, mas que por ser diferente do que as nossas mentes fazem habitualmente sem raciocinar, requer treino e prática (Gaspar, 2018; Kabat-Zinn, 2018)

Também é importante clarificar alguns mitos que surgem acerca do *Mindfulness*: O *Mindfulness* não é uma religião, nem um conceito místico ou espiritual. Apesar de algumas das práticas de *Mindfulness* serem práticas meditativas (mais conectadas com tradições espirituais), pode ser praticado de forma secular. O *Mindfulness* não promove a abstinência de reflexões nem de negarmos as nossas emoções. Pelo contrário, é compreender como a mente funciona e saber acolher e reconhecer os pensamentos e as emoções para melhor lidarmos com elas. Também é importante clarificar que o *Mindfulness* não desprome a enfermidade nem um recurso instantâneo. É sim uma prática, e, como tal, exige intenção e disciplina (Sousa, 2020; Kabat-Zinn, 2018).

O *Mindfulness* contempla vários tipos de prática, algumas mais formais (como práticas meditativas que exigem um tempo dedicado) e práticas informais ou integradas que pretendem trazer esta qualidade de atenção consciente para os diversos momentos e tarefas da vida (Sousa, 2020).

A prática de *Mindfulness* tem sido cada vez mais utilizada e aceite, apresentando um aumento exponencial de estudos indicativos e comprovativos dos benefícios da sua prática.

De forma sumária, existe uma extensa evidência de que a prática de *Mindfulness* é efetiva na redução do stress, da ansiedade e da depressão. Os estudos (Brown et al, 2003; Chiesa et al, 2009; Keng et al, 2011; Khoury et al, 2013) indicam que os amplos benefícios da prática de *Mindfulness* sobre os domínios funcionais da atenção, cognição, emoção e comportamento, podem influenciar os resultados fundamentalmente em três áreas chave: Bem-estar e resiliência, relações interpessoais e performance.

Focalizando no bem-estar e resiliência, o *Mindfulness* fomenta um maior autoconhecimento que ajuda a participar ativamente no seu desenvolvimento e a melhorar a sua motivação e resiliência, permitindo reconhecer melhor os sinais de stress e responder com mais eficácia a estes sinais, tendo um maior discernimento sobre o que promove ou esgota os seus recursos internos. Para além disso, ajuda a reconhecer e acolher melhor os pensamentos e emoções, encontrando estratégias para mobilizá-la habilmente.

Nas relações interpessoais, o *Mindfulness* promove uma comunicação mais consciente e eficaz, desenvolve competências sociais e de cidadania através da promoção da empatia e da compaixão e diminui a reação defensiva por impulso, ajudando a uma reação mais assertiva e intencional. Ao nível da performance, ajuda a desenvolver o potencial de cada um através de processos de autoconhecimento, permite uma tomada de decisão mais consciente, aumentando a capacidade de *focus*, diminuindo as falhas cognitivas (distração, esquecimento) e promove a flexibilidade de pensamento e a criatividade (Colzato et al, 2012; Goode et al, 2015).

De forma a avaliar as diversas abordagens e a captar empiricamente a prática de *Mindfulness*, foram criadas oito escalas por Bergomi et al (2013) desenvolvidas e aplicadas por investigadores desta área: a *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R) (Anexo 1) exposto de um questionário com doze itens de forma a capturar uma ampla conceituação de *Mindfulness* utilizando uma linguagem não específica de nenhum tipo de prática de meditação (Feldman et al. 2007; Hayes & Feldman 2004); *The Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Anexo 2) que se refere a um questionário de quatorze itens para medir a atenção plena, utilizado em contextos generalizados onde o conhecimento da formação budista não pode ser esperada, ou seja, em que se caracteriza a experiência do próprio na prática de *Mindfulness* (Buchheld et al. 2001; Walach et al. 2006); a *Kentucky Inventory of Mindfulness*

Scale (KIMS) (Anexo 3) que avalia em trinta e nove itens a atenção plena em quatro escalas sendo estas a observação, descrição, agir com consciência e aceitar sem julgar (KIMS; Baer et al. 2004); a *Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Anexo 4) (Lau et al. 2006) desenvolvida de forma a oferecer um primeiro questionário para medir o estado de *Mindfulness*, capturando dois componentes chave da atenção plena, a autorregulação e a consciência; a *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Anexo 5) que se refere a uma escala de quinze itens projetada para avaliar uma característica central do *Mindfulness*, isto é, um estado mental receptivo no qual a atenção, informada por uma consciência sensível do que está a ocorrer no presente, observa o que se está a suceder (Brown & Ryan 2003); e a *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) que avalia em dezasseis itens a relação que se estabelece entre os pensamentos e imagens angustiantes (Chadwick et al. 2008).

Dentro destas escalas de avaliação, Bergomi et al (2013) referem que nenhuma das oito apresentadas se mostram adequadas para avaliar o *Mindfulness*, uma vez que apresentam desvantagens e não proporcionam uma avaliação compreensiva de todos os aspetos do *mindfulness* na população geral. Por outro lado, MAAS (Brown & Ryan, 2003) foi considerada, de entre todas, a escala mais adequada para medir o *Mindfulness*.

De uma forma geral, qualquer medição de autorrelato permite uma dificuldade de precisão, tendo em vista que os indivíduos, porém esta escala foi validada e estudada em diversas áreas. Num estudo de clientes com cancro, esta escala foi aplicada demonstrando uma melhoria no bem-estar destes clientes, o que permitiu uma maior prática de atenção plena e com ela uma adesão aos tratamentos. Por outro lado, esta escala também foi adaptada para a perspetiva do adolescente e da criança (Brown, 2011).

Pelo facto desta escala ter sido validada em áreas distintas, promoveu um maior interesse em ser aplicada e estudada, promovendo uma maior credibilidade que as outras escalas de avaliação.

1.6.2. Fisiologia do *Mindfulness*

Quando falamos do cérebro humano, englobamos um vasto número de neurónios que têm a capacidade de criar milhares de conexões entre si, formando uma rede complexa de centenas de trilhões de sinapses que possibilitam que as células cerebrais comuniquem todas entre si (Zeidan, 2019).

Apesar do avanço da tecnologia e da neurociência, o verdadeiro funcionamento da nossa mente ainda continua a ser um dos maiores mistérios da atualidade. Apesar de sabermos que o nosso cérebro tem a capacidade de nos manter vivos, de comunicarmos com o outro de compreendermos o mundo à nossa volta, o conhecimento sobre esta estrutura complexa encontra-se constantemente em evolução. Entendemos assim que se torne complicado compreender de que forma é o focarmos a nossa mente e exercitarmos a nossa respiração com regularidade pode ter no nosso dia-a-dia.

Ao longo do nosso crescimento, o cérebro tem a capacidade de se desenvolver e de se adaptar. A este fenómeno chamamos de neuro plasticidade, isto é, o nosso cérebro tem a capacidade de mudar a sua forma, das sinapses evoluírem, de criar novas conexões entre neurónios e outras serem degradadas ou até mesmo terminadas. Antigamente, pensava-se que o nosso cérebro, após atingir a maturidade, iniciava o seu declínio gradual, porém com o avanço da neurociência entendeu-se que cada um de nós consegue, através de comportamentos diários, alterar o “nosso cérebro” (Zeidan, 2019).

A neurocientista Lara Boyd, da Universidade da Colúmbia Britânica refere que o cérebro humano muda de três formas na aprendizagem de novos conhecimentos: A química, ou seja, a transferência de sinais químicos entre neurónios, que corresponde à melhoria de curto prazo (por exemplo, a memória e capacidade motora); estrutural, no que diz respeito às mudanças nas conexões entre os neurónios, ligadas à melhoria a longo prazo (daí a importância de uma prática dedicada que possibilita que as regiões específicas do cérebro mudem a sua estrutura ou aumentem); e a funcional, que provoca um aumento de uma região cerebral na sequência de um determinado comportamento. Em essência, quanto mais usamos uma região cerebral específica, mais fácil é acionar o seu uso novamente (Lazar, 2005).

O nosso bem-estar é manipulado pela forma como tratamos o nosso cérebro. É desta forma que abordamos o *Mindfulness*. Através desta técnica temos a capacidade de atingir o bem-estar desejado e cuidarmos do nosso cérebro.

A neurocientista Sara Lazar, da *Harvard Medical School*, realizou diversos estudos em que utilizou a técnica de Ressonância Magnética para observar as estruturas cerebrais mais complexas de forma a constatar o que acontece com o cérebro quando um indivíduo realiza uma prática baseada na meditação.

No seu primeiro estudo, Lazar (2005) observou indivíduos que praticavam intensamente a técnica de atenção focada nas suas experiências internas. Os resultados demonstraram que a meditação pode retardar ou prevenir o afinamento do córtex frontal relacionado com a idade, ou seja, contribuindo para a formação da memória. É interessante referir que observaram o facto de indivíduos entre os seus 40 a 50 anos terem a mesma quantidade de massa cinzenta no seu córtex cerebral que indivíduos de 20 a 30 anos.

Num segundo estudo Lazar (2011), tinha o objetivo de testar participantes quanto aos efeitos positivos que o *Mindfulness* gerava no bem-estar psicológico e no alívio de sintomas de ansiedade, depressão, insónia e dor crónica. Assim, reuniu indivíduos que não praticavam regularmente meditação e submeteu-os a um programa de treino de redução do stress baseado em *Mindfulness* (MBSR), em que os mesmos realizavam uma aula por semana e praticavam exercícios de *Mindfulness* todos os dias durante 30 a 40 minutos. Após as 8 semanas de programa, Lazar observou que havia um aumento de massa cinzenta em quatro regiões diferentes do cérebro que, por sua vez, são importantes para o foco, empatia, compaixão e regulação emocional: cingulado posterior (associado à divagação da mente e auto-relevância), hipocampo esquerdo (associado à aprendizagem e memória), junção temporo parietal (associado à empatia e compaixão) e pontes (associado ao sono, bem como à comunicação entre o tronco cerebral e o córtex). Por outro lado, a região da amígdala apresentou uma diminuição da massa cinzenta. Esta região é a responsável pela resposta de luta, fuga ou congelamento como reação a uma ameaça real ou percebida, podendo ser correlacionada com as mudanças nos níveis do stress.

Outros estudos realizados apresentaram resultados que demonstraram uma diminuição dos sintomas bipolares (Stange *et al*, 2011) e do transtorno de ansiedade (Holzel *et al*, 2013), sugerindo que o aumento da massa cinzenta se relaciona com o aumento do bem-estar psicológico (Singleton *et al*, 2014).

Complementariamente aos estudos que avaliam as alterações cerebrais, outros estudos revelaram resultados muito interessantes a nível de alguns marcadores e indicadores, nomeadamente:

A análise dos níveis de stress oxidativo em pessoas que meditam indicou que a meditação se correlaciona com menor stress oxidativo e níveis mais altos de melatonina, um agente antioxidante bem conhecido (Martarelli et al., 2011).

Estudos recentes mostraram o potencial das práticas de *Mindfulness* para melhorar a variabilidade da frequência cardíaca, por exemplo, aumentando o tónus parassimpático (Peressutti et al., 2011; Libby et al., 2012; Krygier et al., 2013).

Um estudo recente demonstrou que o MBSR ajudou a reduzir os níveis de pressão arterial e a reatividade da pressão arterial ao stress entre indivíduos saudáveis da comunidade que relataram níveis elevados de stress (Nyklíček et al., 2013).

Um estudo demonstrou que uma intervenção multidimensional baseada em *Mindfulness* reduziu o risco de 10 anos de doença coronariana (DAC) para pacientes de ambulatório com 1 ou mais fatores de risco cardiovascular conhecidos quando comparados aos cuidados habituais (Edelman et al., 2006).

É possível afirmar que o nosso bem-estar é influenciado através da forma como tratamos o nosso cérebro, neste caso, pela prática contínua de técnica de *Mindfulness*, contribuindo para o aumento de massa cinzenta nas regiões direcionadas para a compaixão, empatia, foco e regulação emocional e para a diminuição da massa na região responsável pelos níveis de stress.

No que diz respeito especificamente ao tratamento da dor, a evolução das metodologias de neuroimagem, melhorou significativamente a compreensão dos processos neurofisiológicos que suportam um amplo espectro de abordagens mente-corpo para tratar a dor. Uma prática autorreguladora promissora, a meditação da atenção plena, alivia de forma confiável a dor clínica e experimentalmente induzida (Zeidan, 2019).

Um estudo de revisão (Zeidan, Jennifer & Robert, 2019) demonstrou que os mecanismos neurais que suportam a atenuação da dor induzida pela prática de *Mindfulness* diferem em vários níveis da experiência meditativa. Após um breve treino mental baseado em *Mindfulness* (menos de 10 horas de prática), o alívio da dor baseado em *Mindfulness* está associado à regulação de ordem superior (córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior

rostral) de alvos neurais nociceptivos de baixo nível (tálamo e córtex somatossensorial primário). Por outro lado, o alívio da dor baseado em *Mindfulness* após um treino extensivo (mais de 1.000 horas de prática) está associado à desativação do pré-frontal e maior ativação das regiões corticais somatossensoriais, demonstrando uma capacidade de reduzir as avaliações de eventos sensoriais decorrentes. O mesmo estudo descreve ainda que níveis mais altos de *Mindfulness* disposicional (a capacidade inata de prestar e manter atenção às experiências do momento presente com uma atitude aberta e sem julgamento), em indivíduos com pouca experiência de meditação, estão associados a menor dor e a maior desativação do córtex cingulado posterior, um mecanismo neural implicado em processos autorreferenciais.

Os mecanismos pelos quais a prática de *Mindfulness* atua na dor crónica serão desenvolvidos no capítulo 1.6.4.

1.6.3. Práticas de *Mindfulness*

Como vimos anteriormente, o *Mindfulness* é a capacidade de estarmos deliberadamente presentes no momento, observando o que acontece dentro de nós e ao nosso redor, com uma atitude de curiosidade, gentileza e não julgamento. É uma capacidade humana básica ao alcance de todos, mas mais facilmente acessível se a praticarmos. Esta capacidade pode ser treinada de forma dedicada, planeando um tempo específico para a prática e de forma integrada, incluindo esta capacidade e qualidade de atenção nas tarefas que já fazemos no nosso dia a dia (Sousa, 2020).

A prática dedicada é geralmente uma prática meditativa em que o objetivo é observar o momento presente tal como ele é, sem julgamento. Pode iniciar-se durante cinco a dez minutos e ir alargando esse período ao longo do tempo. Durante a prática *Mindfulness*, o formador habitualmente guia a pessoa ou pessoas em terapia para direcionar o seu foco ao momento presente, notando as distrações à medida que estas aparecem e redirecionando a atenção para o objeto de foco. Este tipo de prática dedicada pode ter várias abordagens onde a atenção é treinada de forma mais focada ou mais alargada, sendo as mais conhecidas (Sousa, 2020):

A atenção focada, que tem como objetivo treinar o foco e a estabilidade da mente. É escolhido um ponto focal (âncora), habitualmente a respiração, onde se coloca a atenção (redirecionando-a sempre que haja uma distração).

A atenção aberta, que treina a capacidade de nos mantermos presentes e observar o que quer que seja que ocorre no momento (pensamentos, emoções, sensações físicas) sem aversão e sem nos deixarmos envolver demasiado.

O rastreio corporal, que permite cultivar uma maior consciência corporal, incluindo a reação fisiológica associada às emoções. A atenção é levada às diferentes partes do corpo, observando as diferentes sensações (ou a sua ausência), sem julgamento.

E o RAIN, que utiliza o acrónimo reconhecimento, aceitação, investigação e nutrição e é uma prática que cultiva a autorregulação, utilizada na gestão da dor emocional e física.

Existem ainda práticas onde se cultiva a empatia, a autocompaixão e a resiliência. No contexto clínico, os profissionais de saúde podem ajudar as pessoas em tratamento a entender melhor e a abordar de forma mais saudável as suas emoções e as sensações físicas associadas às suas cognições. Apesar de exigir um tempo específico, rapidamente nos apercebemos que a

prática dedicada (ou formal) apoia e fortalece a capacidade de se praticar de forma mais informal/ integrada durante as diferentes situações do nosso dia (Sousa, 2020).

Relativamente à prática integrada, um estudo da Universidade de Harvard, desenvolvido por Matthew A. Killingsworth e Daniel T. Gilbert (2010), concluiu que cerca de 47% do tempo estamos a pensar em algo diferente do que estamos a fazer e que esse deambular da mente geralmente nos deixa mais infelizes. Na prática integrada de *Mindfulness* o objetivo é trazer a nossa atenção para o que efetivamente estamos a fazer no momento, com curiosidade, gentileza e evitando o julgamento. Em contexto clínico por exemplo, uma vez que o conhecimento das práticas de *Mindfulness* é desenvolvido, aqueles em tratamento geralmente são incentivados a integrar o *Mindfulness* nas suas vidas diárias, especialmente em ambientes não clínicos. O objetivo é trazer deliberadamente essa qualidade de atenção para as diversas situações do dia: ao beber um café, prestar atenção ao sabor, ao cheiro, à temperatura...; ao tomar banho focar-se na sensação da água no corpo, na temperatura, no toque...; ao conversar com alguém focar-se efetivamente no que a outra pessoa diz...; ao caminhar trazer a atenção para o movimento do corpo. O *Mindfulness* pode ser especialmente importante durante experiências emocionalmente avassaladoras, pois a prática muitas vezes pode ajudar as pessoas a manter um maior senso de controlo. Essa continuação do processo terapêutico permite que a pessoa observe, explore e pratique *Mindfulness* num ambiente não clínico e posteriormente examine, em sessão, os efeitos e obstáculos encontrados no dia a dia. As observações e exames combinados muitas vezes podem tornar-se um catalisador para a modificação do comportamento e do pensamento.

As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (MBI) são abordagens terapêuticas fundamentadas em *Mindfulness*, oferecidas individualmente ou em grupo com o objetivo de melhorar a saúde física, mental ou emocional dos participantes. As intervenções baseadas em *Mindfulness* utilizam diferentes protocolos onde estão incluídas um conjunto das práticas acima descritas (The School of We, 2020).

De notar que além da sua crescente popularidade no campo clínico, as MBI são utilizadas com sucesso também noutras áreas, nomeadamente em escolas, nas empresas, no desporto e na área militar. No contexto clínico, as MBI são cada vez mais utilizadas como abordagens para o tratamento de uma variedade de problemas psicológicos, psiquiátricos e físicos. As intervenções baseadas em *Mindfulness* atualmente aplicadas mostram grandes diferenças na forma como o *Mindfulness* é conceituado e aplicado. Atualmente, são

reconhecidos três modelos terapêuticos (3ª geração) baseados em práticas de *Mindfulness* (The School of We, 2020):

MBSR – *Mindfulness* -Based Stress Reduction: Na década de 1970, Jon Kabat-Zinn, o fundador do programa de redução de stress baseado em *Mindfulness*, foi um dos primeiros indivíduos a tentar integrar os princípios budistas de *Mindfulness* no seu trabalho na ciência e na medicina e em contexto secular. O MBSR geralmente pode ajudar as pessoas a lidar com o stress, a dor crónica, a ansiedade, a depressão e outros problemas crónicos.

MBCT- *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy: No início do século 21, Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale basearam-se no trabalho de Kabat-Zinn para desenvolver o MBCT que combina os princípios de *Mindfulness* do MBSR com estratégias tradicionais da psicologia cognitiva comportamental clássica. O MBCT tem sido com sucesso utilizado no tratamento da depressão recorrente, ansiedade, psicose, problemas alimentares, bipolaridade, ataques de pânico, déficite de atenção, hiperatividade e stress pós-traumático, entre outros.

MBRP - *Mindfulness*-Based Relapse Prevention: Este programa, desenvolvido pelo Centro de Pesquisa de Comportamentos Aditivos da Universidade de Washington nos Estados Unidos, combina práticas da abordagem cognitivo-comportamental para prevenção de recaída, estratégias da terapia de aceitação e compromisso, e estratégias do MBRP.

De referir ainda o ACT (Acceptance and Commitment Therapy) e o DBT (Dialectical Behavior Therapy) que também utilizam exercícios de *Mindfulness* para promover a consciência e focar a atenção, concentrando-se principalmente nas cognições experimentadas durante o estado de *Mindfulness*.

1.6.4. Efeitos do *Mindfulness* no controlo da Dor Crónica

Dos estudos selecionados um provém de Portugal, um do Canadá, dois dos Estados Unidos da América e um de Oxford e um da Dinamarca, encontrando-se focalizados na mesma problemática e apresentando uma complementaridade entre si relativamente ao tema abordado. Os tipos de estudos remetem a artigos de revisão, ensaio clínico randomizado, artigo de pesquisa e artigo jornalístico.

De forma a chegar a uma resposta da questão inicialmente proposta, é importante avaliar individualmente os estudos selecionados, de forma a unificar os resultados obtidos numa conclusão concreta.

No Artigo Lapa, Carvalho, Viana & Gouveia, 2016 é feita uma análise da importância das técnicas de *Mindfulness* no tratamento do cliente com dor crónica. Para esse efeito, foi analisado um conjunto de 12 estudos (9 randomizados controlados, 2 experimentais e uma meta-análise) realizados entre 2007 e 2014. O artigo evidencia a eficácia da prática de *Mindfulness* no aumento da capacidade de tolerar a dor, na redução da sintomatologia psicopatológica associada (stress, ansiedade, depressão, insónia), na diminuição do uso de analgésicos, ansiolíticos e antidepressivos, no impacto em variáveis biológicas (sistema nervoso autónomo, função neuroendócrinas e sistema imunitário) associadas a melhores níveis de saúde. Por outro lado, enfatiza a importância de desenvolver esforços no sentido de integrar as intervenções psicossociais na abordagem da dor crónica, nomeadamente incluir o *Mindfulness* nos planos terapêuticos dos clientes com dor crónica, como método complementar da terapêutica convencional e como forma de minimizar alguns riscos associados à medicação e eventualmente evitar cirurgias e alguns procedimentos invasivos. Cientes de que a maior parte dos clientes com dor crónica não tem acesso a este tipo de abordagem terapêutica, coloca-se como hipótese a vantagem de disponibilizar este tipo de técnicas nas unidades de dor crónica e serviços onde estes clientes são acompanhados, nomeadamente nos cuidados de saúde primários. O artigo sugere o recurso a modelos de atuação multidisciplinares e colaborativos com inclusão de profissionais de saúde com conhecimentos nesta área e salienta a necessidade de desenvolver programas de formação e sensibilização dos profissionais de saúde para a importância das técnicas de *Mindfulness* na abordagem do cliente com dor crónica. Não obstante, é fundamental o desenvolvimento de mais estudos custo-benefício que evidenciem de forma mais clara os benefícios da implementação estas estratégias.

O Artigo Davenport, Koch & Rumpril, 2017, tem por base a realidade de que a dor crónica é comumente incompreendida, estigmatizada e uma condição debilitante que pode prejudicar a capacidade de entrar, reingressar ou manter o emprego, pretendendo analisar a incidência e prevalência das condições de saúde que resultam ou são caracterizadas por dor crónica, assim como avaliar o modo como as abordagens baseadas em *Mindfulness* podem ser usadas para ajudar os clientes a lidar com os efeitos das suas condições clínicas e a alcançar uma maior satisfação no trabalho, manutenção do emprego e uma melhor qualidade de vida. Como resultados, o artigo indica que existe um conjunto crescente de estudos que evidenciam a eficácia da prática de *Mindfulness* na gestão da dor crónica e na promoção do bem-estar. A aplicação da prática de *Mindfulness* em contexto de trabalho e nos serviços de reabilitação profissional para indivíduos com dor crónica carece ainda de mais investigação, mas o artigo conclui que as primeiras evidências indicam uma promessa considerável de que a prática de *Mindfulness* pode ser útil para que os indivíduos possam continuar no seu emprego ao mesmo tempo que lidam com os efeitos muitas vezes debilitantes da dor. As abordagens baseadas em *Mindfulness* têm potencial para aumentar o controlo da pessoa sobre a sua experiência de dor, mas será necessária mais investigação para evidenciar de forma mais concreta os resultados relacionados com o emprego, nomeadamente a satisfação no trabalho, a manutenção dos colaboradores e a qualidade de vida em contexto de trabalho.

No artigo Cour & Petersen, 2015, o objetivo incidu sobre os efeitos do *Mindfulness* no controlo da dor crónica em clientes com quadros algícos de longa duração, de múltiplas origens, em ambiente de ambulatório hospitalar. O estudo envolveu 109 clientes sem um género específico de dor crónica e foi utilizado como intervenção o programa de gestão de stress baseado em *Mindfulness* (MBSR). A avaliação foi efetuada através da análise de parâmetros como a intensidade da dor, função física, função mental, aceitação dos indivíduos em relação à dor e qualidade de vida do indivíduo. O estudo teve uma duração de 2 anos e 5 meses, em que 43 dos 109 clientes completaram o programa de *Mindfulness* e os restantes 47 clientes ficaram como grupo de controlo. Os dados foram comparados em 3 pontos: No início, durante o período do programa e depois de 6 meses após o programa. Este estudo mostrou que a prática de *Mindfulness*, modelada no protocolo MBSR, teve efeitos significativos na vida de clientes com dor crónica de longa duração em comparação com o grupo de controlo. O fator de avaliação primária escolhido - a dimensão vitalidade do SF36 - mostrou efeitos positivos significativos na após o programa de tratamento. Demonstraram-se ainda efeitos significativos noutras áreas para além da vitalidade, especialmente nas áreas de aceitação da dor (ou seja, envolvimento em

atividades com dor presente), estar no controlo da dor e na ansiedade em geral. Efeitos de dimensão média foram encontrados para a qualidade de vida da saúde mental, incluindo o bem-estar psicológico e sintomas depressivos mais baixos. Efeitos de pequena dimensão, que não atingiram significância estatística, foram encontrados para as medidas de dor. Após 6 meses, houve mudanças não significativas em ambas as direções. É importante ressaltar que ambas as escalas de dor mostraram menos dor no seguimento dos 6 meses. O estudo apresenta algumas limitações, mas ainda assim pode concluir-se que o programa de *Mindfulness* utilizado (MBSR) contribuiu positivamente para o controlo da dor, afirmando que este tem efeitos clínicos relevantes em diversas dimensões importantes em clientes com dor crónica prolongada.

O artigo “Learning to Apply *Mindfulness* to Pain (LAMP): Design for a Pragmatic Clinical Trial of Two *Mindfulness*-based Interventions for Chronic Pain” teve como objetivo realizar um Estudo Controlado Randomizado para testar a eficácia de 2 MBI’s no controlo da dor e de comorbilidades da saúde mental de Veteranos. Foi utilizando o MobileGroup LAMP que consiste em vídeos gravados por instrutores de *Minfulness* e que são visualizados num grupo online e intercalados com discussões conduzidas por um facilitador, não incluindo componente de grupo. Este estudo foi realizado durante o período de pandemia pelo SARVS-Cov2, o que impediu a realização das intervenções presencialmente, por outro lado, outras duas implicações deste estudo devem-se à dificuldade dos Veteranos conseguirem viajar facilmente para as instalações em que se iriam realizar as intervenções, para além da dificuldade da participação de Veteranos do sexo feminino com histórico de trauma ou agressão sexual.

No Artigo Jackson, Malacarne, Lapidow & Vranceanu, 2016, esta revisão sistemática teve como objetivo avaliar o efeito do treino de competências de *Mindfulness* (MST) no tratamento da dor crónica. Para isso, foram avaliados estudos randomizados controlados que descreveram os resultados da função física após intervenções MST em pessoas com dor. Como resultado, dos 2.818 artigos identificados a partir da procura original em quatro bases de dados eletrónicas, os critérios de inclusão foram atendidos por 15 estudos totalizando um conjunto de 1.199 participantes. Detetaram-se grandes variações na forma como a função física foi conceituada e medida e embora a qualidade dos estudos tenha sido classificada como alta, resultaram evidências inconclusivas de melhoria da função física avaliada por autorrelato, devido à contradição nos achados do estudo individual e nas medidas usadas para avaliar a função. Em conclusão esta revisão alerta para a importância de ter uma abordagem unificada no modo como a função física é conceituada e avaliada, bem como a importância do uso de

medidas de qualidade baseadas no desempenho, além de autorrelatos subjetivos, para que possa ser avaliada de forma adequada a implementação de intervenções MST para a dor crónica.

No artigo Hilton, Hempel, Ewing, Apaydin, Xenakis, Newberry, Colaiaco, Maher, Shanman, Sorbero & Maglione, 2017, o objetivo foi o de fazer uma revisão sistemática e uma meta-análise dos efeitos e segurança da meditação *Mindfulness*, como coadjuvante ou em monoterapia no tratamento de pessoas com indivíduos com dor crónica devido a enxaqueca, cefaleia, lombalgia, osteoartrite ou dor nevrálgica, em comparação com o tratamento habitual, com nenhum tratamento ou outros tratamentos ativos. A dor foi o fator primário a ser analisado e a depressão, qualidade de vida e uso de analgésicos como fatores secundários. Como resultados, a meditação *Mindfulness* foi associada a uma melhoria dos sintomas de dor em comparação com o tratamento comum, controles passivos e educação/ grupos de apoio em uma meta-análise de 30 ensaios controlados. A eficácia da meditação *Mindfulness* na dor não diferiu sistematicamente por tipo de intervenção, ou por duração ou frequência de intervenção. A meditação *Mindfulness* foi ainda associada a uma melhoria significativa na depressão, qualidade de vida relacionada com a saúde física e com a saúde mental. Importa referir que os estudos incluídos apresentaram muitas limitações. Alguns estudos foram classificados como de baixa qualidade, principalmente devido a falta de ITT (*Intention to Treat*), acompanhamento insatisfatório, relato precário de métodos para randomização ou a utilização de amostras pequenas. Em termos de conclusão e à semelhança de revisões anteriores nesta área, concluiu-se que o *Mindfulness* melhora a dor e a qualidade de vida e diminui os sintomas de depressão, porém é necessária a realização de ensaios randomizados controlados mais bem projetados, rigorosos e em larga escala para fornecer estimativas da eficácia do *Mindfulness* para o controlo da dor crónica.

Segundo os estudos selecionados, verificou-se que as práticas baseadas em *Mindfulness* apresentam evidências como uma terapia complementar ao tratamento convencional em clientes portadores de dor crónica, podendo ser aplicadas na prática clínica e de forma individualizada, através de um acompanhamento adequado para melhores resultados.

Praticar *Mindfulness* com regularidade no contexto da dor crónica, permite um aumento da consciência no momento presente e conseqüentemente promove um menor sofrimento relacionado à patologia base, melhorando a qualidade de vida do cliente. Pelos estudos analisados, alguns (Lapa, Carvalho, Viana & Gouveia, 2016) evidenciam que a prática do

Mindfulness aumenta a capacidade de tolerar a dor, reduzindo a sintomatologia associada à dor crónica e à diminuição do uso de medidas farmacológicas.

A dor crónica provoca também altas taxas de desemprego pela incapacidade dos indivíduos em conseguirem ir trabalhar, uma vez que a dor crónica emprega fadiga excessiva, resistência reduzida e exaustão, provocando dificuldade na concentração e memória. Esta incapacidade sentida pelos indivíduos com dor crónica provoca sintomas de depressão, perturbações do sono e discriminação. As práticas baseadas em *Mindfulness* vêm evidenciar um aumento do bem-estar destes indivíduos e uma maior gestão da dor, favorecendo a manutenção do emprego e o saber lidar com a dor (Davenport, Koch & Rumpril, 2017).

Dois dos estudos analisados (Cour & Petersen, 2015; Hilton, Hempel, Ewing, Apaydin, Xenakis, Newberry, Colaiaco, Maher, Shanman, Sorbero & Maglione, 2017) referenciaram a importância da prática baseada em *Mindfulness* na melhoria de sintomas da dor em comparação com os grupos de controlo, neste caso, grupos em que foram implementados tratamentos comuns para o controlo da dor crónica. Para além disso, foram encontrados efeitos significativos no que diz respeito ao envolvimento em atividades do dia a dia que anteriormente provocariam dores no indivíduo e que após a implementação desta prática mostraram um maior controlo da dor e consequentemente um efeito positivo no bem-estar destes indivíduos.

Apesar dos resultados que evidenciam que o *Mindfulness* tem a capacidade de controlar a dor crónica em complementaridade com outras terapias convencionais, uma limitação dos estudos (Davenport, Koch & Rumpril, 2017; Hilton, Hempel, Ewing, Apaydin, Xenakis, Newberry, Colaiaco, Maher, Shanman, Sorbero & Maglione, 2017) engloba a falta de estudos que evidenciem de forma mais clara os benefícios da implementação da prática de *Mindfulness* neste contexto. Uma das dificuldades dos autores deste trabalho de Monografia também incidiu na complexidade em encontrar artigos recentes e que abordassem de forma rigorosa o efeito da prática do *Mindfulness* no controlo da dor crónica, tendo que expandir a linha de procura para 6 anos. Por outro lado, é importante a existência de mais estudos que abranjam também a área da empregabilidade em indivíduos com dor crónica, uma vez que o trabalho faz parte dos seus dias e que implicam de certa forma o seu bem-estar (Davenport, Koch & Rumpril, 2017).

Apesar das limitações, podemos concluir desta forma que a prática baseada em *Mindfulness* apresenta resultados positivos na qualidade de vida dos indivíduos que lidam com

a dor crónica, em complementaridade com intervenções convencionais e já utilizadas para controlo da dor.

1.6.5. Papel do Enfermeiro no controlo da Dor em Clientes com Dor Crónica através da Técnica de *Mindfulness*

A dor é conceituada como uma causa de sofrimento humano, que compromete as atividades de vida diárias bem como o seu estado físico e mental. Pela dependência que muitas vezes ocupa e pelos efeitos psicológicos que surgem em indivíduos que vivem com esta limitação, a área de Enfermagem desempenha um papel crucial na vida destes indivíduos, sendo uma prioridade nos cuidados a prestar aos clientes, demonstrando um empenho de qualidade naquela que é uma situação em que o cliente se encontra vulnerável e dependente.

Este tipo de intervenção é importante ser estudada e desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, pondo à prova a sensibilidade e a forma como se aborda o cliente. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, e de acordo com as competências do Regulamento nº190/2015, o enfermeiro deve abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. Este tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem de particularidade única, sendo bastante importante aplicar novas práticas que possam ter um efeito positivo no cliente, que o faça ter uma mentalidade diferente e mais otimista, com um foco e um objetivo na forma como este encara a patologia bem como o seu futuro, relevando princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos (OE, 2015).

Neste contexto, a técnica de *Mindfulness* pode ser aplicada por profissionais de saúde, e para profissionais de saúde, considerando a importância de uma visão diversa e fidedigna, com cuidados de enfermagem mais orientados em evidência científica e com mais ganhos para o cliente.

Referente a esta prática, podemos emergir para dois tipos de visão, sendo estas a prática de *Mindfulness* pelos profissionais de saúde com a finalidade de aperfeiçoar os seus cuidados de enfermagem e a prática de *Mindfulness* pelos clientes com dor crónica com o intuito de obter um efeito positivo na sua saúde mental e psicológica ao enfrentarem a patologia vivida.

Na primeira perspetiva mencionada anteriormente, a técnica de *Mindfulness* na prática de cuidados de enfermagem a clientes com dor crónica, é um elemento que cultiva o enfermeiro a compreender e a saber intervir de melhor maneira perante o cliente. Neste sentido, a prática da enfermagem, ao incorporar este tipo de técnica, leva o profissional a desenvolver a capacidade de se focar mais no cliente e na sua família, bem como nos seus sentimentos e

preocupações. O enfermeiro é assim capaz de se focar com maior precisão na transmissão de informação que o cliente revela acerca das suas emoções, na capacidade de uma supervisão mais consciente relativa à sua prática e conhecimentos, na habilidade em lidar com situações de stress e fadiga e na possibilidade de conseguir enfrentar cada dia e cada prática com maior tranquilidade e maior competência. Em Enfermagem, as medidas não farmacológicas no controlo da dor, com maior foco na técnica de *Mindfulness*, efetivam a promoção de saúde, remetendo à prevenção de situações recorrentes de stress e ansiedade. Tendo em conta as características da prática do *Mindfulness*, o enfermeiro estabelece um vínculo com o universo do cliente, mostrando-se pleno, consciente e com compaixão pelo sentimento do outro, sendo beneficiado na relação de proximidade com o cliente.

Em relação à técnica praticada pelo cliente, adequando o Regulamento nº190/2015 (p.22), o enfermeiro tem como competência valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados. Neste sentido, o estudo da prática de *Mindfulness* através de artigos que evidenciem os resultados permissores de diminuição e/ou atenuação da dor em clientes com dor crónica, gera a um melhoramento da qualidade das intervenções de enfermagem, como método complementar que evita a progressão de riscos para a saúde do cliente e de situações que comprometem o seu estado psicológico e mental.

Podemos assim designar que a estratégia de *Mindfulness* é uma abordagem eficaz quer para o cliente quer para os profissionais de saúde, com redução na ansiedade e stress, bem como no aumento da capacidade de foco e atenção, nos clientes relativamente à sua patologia e nos profissionais de saúde à qualidade e competência na sua prática. Esta abordagem não traz riscos associados a medicação e procedimentos invasivos no cliente, o que acarreta efeitos positivos na qualidade de vida do cliente. O *Mindfulness* é assim uma técnica com efeitos positivos e vantajosa na vida quer do cliente quer do profissional e saúde.

1.7. Implicações para a Enfermagem

A prática de enfermagem constitui uma ação autónoma, realizada de forma planeada, em resposta a um diagnóstico e resultados esperados, baseando-se em conhecimento científico (Dochterman e Bulechek, 2008).

A OE, no exercício das suas competências e como entidade reguladora do exercício profissional, realça que a dor, enquanto direito fundamental da pessoa e foco de atenção de enfermagem, remete a uma excelência do exercício profissional, ética e legal, através do uso apropriado de conhecimentos válidos como guias orientadores de boas práticas (Akbas e Öztunç, 2008; OE, 2008). O Programa Nacional para Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017) apela assim à importância de uma prática baseada na evidência científica para o controlo da dor, melhoria da qualidade de vida e capacidade funcional do cliente com dor. A prática de enfermagem prioriza desta forma o controlo da dor na prestação de cuidados de qualidade, devendo ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais (IASP, 2010).

O enfermeiro encontra-se constantemente presente na hospitalização dos clientes com dor, tendo o dever de controlar e aliviar a dor através de intervenções autónomas e/ou interdependentes, com o objetivo de atingir resultados clínicos no que diz respeito ao conforto e qualidade de vida do cliente (OE, 2015). Nesta perspetiva, o controlo da dor deverá ser uma prática na formação dos enfermeiros e no exercício da sua prática profissional, uma vez que a avaliação da dor no cliente relaciona-se a cuidados de enfermagem holísticos e qualificados e para a aprendizagem de conhecimentos que remetem a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Cunha & Pereira, 2018).

A maioria de clientes com dor crónica sofre de *distress* psicológico moderado a severo potenciadas pela patologia, pela antecipação do sofrimento inerente à incerteza do futuro, pela complexidade dos tratamentos e dificuldades de aceitação de mudança de vida, enfrentando adversidades no que diz respeito a estratégias de coping relacionadas com a patologia de base.

Para além dos tratamentos tradicionais referentes a cada patologia crónica, são também recomendadas terapias complementares que providenciam uma oportunidade de obter um maior controlo sobre a doença, tratamento e bem-estar ao longo do tempo (Ricardo & Graça, 2022).

A utilização de medidas não farmacológicas na prática de enfermagem para controlo da dor remete a uma extensa investigação e prática nesta área, de forma a avaliar a sua eficácia, aumentar a credibilidade das terapias e justificar a sua utilização nos cuidados de enfermagem (Cunha & Pereira, 2018).

A prática de *Mindfulness*, como medida não farmacológica, tem sido uma área com um grande investimento no que se refere à investigação e produção de evidência, cuja inserção na prática de enfermagem contempla uma aprendizagem, conhecimentos e estudos sobre o tema, de forma a promover bases que comprovam a sua credibilidade e eficácia científica (Donato et al, 2018).

Neste contexto, surge o *Mindfulness* como coligação entre diversas intervenções clínicas que interferem em vários componentes como a autorregulação da atenção e que promove a reconhecimento de acontecimentos que surgem no momento presente e a orientação e aceitação da experiência (Figueiredo, 2020). Neste sentido, promove um controlo dos pensamentos, sentimentos, emoções e memórias do cliente, contribuindo para o retorno à atenção plena no momento presente (Kozasa et al., 2016).

Compreende-se desta forma que apesar seposições pela sociedade à área do *Mindfulness* e pelos mitos que se gerem a esta prática, este integra uma prática relacionada com o autocuidado, em que através da sintonia entre o corpo e a mente, o organismo apresenta mudanças comportamentais que ao longo do tempo influencia a qualidade de vida do cliente pela recuperação da autonomia, concentração no trabalho, manutenção da atenção plena no seu dia-a-dia e aumento da qualidade de vida (Kabat-Zinn, 2016).

O apoio psicossocial melhora o decurso de tratamento do cliente com dor crónica e aumenta o seu bem-estar e qualidade de vida, pelo que os enfermeiros podem beneficiar da prática de *Mindfulness* de forma a aumentar o autocuidado, a consciência, a compaixão e a preocupação focada no outro, a fim de reduzir a probabilidade de ansiedade e prostração (Almeida et al, 2021).

Na prestação de cuidados de enfermagem, a prática de *Mindfulness* desenvolve no enfermeiro a capacidade de compreender os sentimentos e as necessidades dos clientes e dos seus familiares o que improva a capacidade de estar presente com a atenção focada no outro. Mediante essas necessidades, o enfermeiro atua como investigador e utiliza esta prática por

meio de técnicas de atenção plena, de forma a dar resposta aos acontecimentos que decorrem dos contextos ao redor do cliente (Donato et al, 2018).

A área da Enfermagem deve ser capacitada a desenvolver competências que permitam viabilizar melhores resultados que promovam qualidade de vida a partir de terapias complementares, em complementaridade à terapia tradicional baseada em medidas farmacológicas. A potencialidade da prática de *Mindfulness* envolve a minimização do stress e promoção de estratégias de coping mais assertiva (Donato et al, 2018).

Independentemente do tipo de medidas utilizadas, a relação de ajuda entre o cliente e o enfermeiro beneficia comportamentos que promovem o controlo da dor. Deste modo, é crucial avaliar o impacto que a dor provoca na vida do cliente e da respetiva família, atuar como agente de ensino e desenvolver competências que possibilitam o seu controlo e promoção de estratégias, tornando-os, desta forma, parceiros de cuidados (Sousa, 2022).

Os estudos abordados apontam para a potencialidade da prática de *Mindfulness* na área de Enfermagem no que diz respeito a níveis fisiológicos, psicológicos e sociais que sustentam o interesse científico desta prática. Transversalmente, a prática promove benefícios no controlo do stress do quotidiano, no relacionamento empático e gestão de emoções e pensamentos. Embora não haja uma pesquisa complexa dos benefícios desta prática na área de Enfermagem, os estudos abordados relatam a sua credibilidade. Desta forma, é significativa a limitação de estudos que correlacionem Enfermagem com a prática, pela dificuldade atual de avaliação dos níveis de evidência para promover uma prática mais fundamentada para enfermagem (Donato et al, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho “Controlo da Dor Crónica: O *Mindfulness* como estratégia promotora de conforto” veio aprofundar os nossos conhecimentos acerca do fenómeno do *Mindfulness* em indivíduos para gestão da sua própria dor. Conforme abordado, a dor é o fenómeno fisiológico principal para a integridade física do indivíduo, o que tem criado ao longo dos anos necessidade de os profissionais de saúde encontrarem estratégias para proporcionar ao cliente um bem-estar físico e consequentemente psicológico.

O termo *Mindfulness* torna-se uma referência em estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas em contexto de clientes com dor crónica, podendo ser entendido como um processo psicológico que utiliza a atenção plena e que através de uma prática contínua, apresenta resultados positivos nestes indivíduos. Porém, e como vimos através dos artigos estudados, esta prática ainda se encontra em evolução e incompreendida por muitos, surgindo por vezes mitos à volta da mesma. Parte desta incompreensão, é possivelmente devido à complexidade do seu conceito e aplicabilidade.

O *Mindfulness* é assim capaz de ser realizado nos diversos momentos das nossas vidas. Torna-se uma capacidade humana básica, mas pela forma frenética que vivemos os nossos dias, tornamo-nos incapazes de a praticar. É a capacidade de estarmos presentes no momento, de forma consciente ao que acontece dentro de nós, em relação aos nossos pensamentos e emoções, observando-o com gentileza e sem julgamento.

Relativamente ao trabalho, foram encontradas limitações que merecem a sua atenção, impedindo uma conclusão explícita sobre o tema a abordar, no que diz respeito à carência de estudos que evidenciam a eficácia desta prática, bem como estudos com resultados inconclusivos e que requerem uma abordagem mais complexa. Em contrapartida, foram notórios os efeitos positivos do *Mindfulness* neste trabalho, mostrando melhorias ao nível da dor, medidas de autoeficácia do *Mindfulness* e uma maior qualidade de vida após a implementação de intervenções baseadas em *Mindfulness*.

No decorrer dos cuidados de enfermagem, e como sugestão dos autores, a prática de *Mindfulness* deverá ser implementada em contexto de ambulatório, possibilitando a atuação do enfermeiro como promoção e prevenção em saúde através de um processo contínuo. Em primeira instância, deverá ser necessárias formações de *Mindfulness* direcionadas para enfermeiros e posteriormente uma dedicação por parte dos mesmos em desenvolver formações

contínuas a clientes com dor crónica. Posteriormente e de forma a dar evidência da eficácia da prática, deverá ser realizado um questionário que avalia a eficácia da prática de *Mindfulness*, providenciando desta forma uma eficácia na promoção de bem-estar e controlo da dor. Em contexto de ambiente hospitalar, o enfermeiro poderá realizar práticas de atenção focada, centrando o cliente na respiração e no momento presente. São práticas com menor duração e que promovem resultados positivos no momento de realização do mesmo.

Dissecando o nosso percurso ao longo destes quatro anos de Licenciatura, sentimos a necessidade de desenvolver um conceito com pouca relevância na área de Enfermagem, com o intuito de nós próprios produzirmos as diferentes práticas de *Mindfulness* nos nossos cuidados ao cliente e desencadear cuidados diversificados e com resultados positivos no bem-estar dos clientes. Com isto, podemos responder à questão inicialmente proposta, tendo por base os artigos encontrados e a coligação com a área de Enfermagem.

Em forma de conclusão, John Kabat-Zinn, o grande responsável por trazer o *Mindfulness* à prática clínica, referiu que a verdadeira meditação na vida de cada um encontra-se através de práticas dedicadas e práticas integradas que pretendem trazer qualidade de atenção consciente para os diversos momentos das nossas vidas e que é capacitada através de intervenções holísticas e humanizadas na área de Enfermagem focalizadas no controlo da dor e promoção de uma qualidade de vida para o cliente com dor crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo. L., Costa-Pereira. A., Mendonça. L., Dias. C. & Lopes. J (2012) Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783.
- Bawa, F., Mercer, S., Atherton. R., Claque. F., Keen. A., Scott. N & Bond. C. (2015) Systematic review and meta-analysis. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? 65 (387). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009534/>
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. [10.1037/0022-3514.84.4.822](https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822)
- Bouso, R., Poles, K., & Crus, D. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP*, 48(1), 141-145. DOI:10.1590/S0080-623420140000100018
- Chiesa. A. & Serretti. A (2011) A Systematic Review of the evidence. Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17 (1), 83-93.
- Cardoso. R., Caldas. C. & Souza. P (2019, janeiro) Revisão Integrativa: Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação do Processo de Enfermagem. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Chiesa A, Serretti A. (2009) A review and metanalysis: Mindfulness-Based Stress Reduction for stress management in healthy people: *Journal of Alternative Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. [10.1089/acm.2008.0495](https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495)
- Colzato, L. S., Ozturk, A., & Hommel, B. (2012). Meditate to Create: The Impact of Focused-Attention and OpenMonitoring Training on Convergent and Divergent Thinking. *Frontiers in Psychology*, 3, 116. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00116>
- Cunha, H (2018) Dissertação de Mestrado: Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório. Leiria.
- Cramer. H., Haller. H., Lauche. R & Dobos. G (2012) A Systematic Review. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 162. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23009599/>
- Direção Geral da Ssaúde. (2008) Plano Nacional de Controlo da Dor

- Direção Geral da Saúde (2008). Circular normativa no 11/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.
- Donato, E., Fernandes, M., Scorsolini-Comin, F. & Zanetti, A (2019) Mindfulness: reflexão sobre limites e potencialidades para a assistência de enfermagem.
- Figueiredo, A.P (2020). Mindfulness – contributo no equilíbrio emocional do doente oncológico. Stop Cancer Portugal. URL: <http://stopcancerportugal.com/2020/09/07/mindfulness-contributo-no-equilibrio-emocional-do-doente-oncologico/>
- Jain S, Shapiro SL, Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau, M., Paquin, K & Hofman, S. (2013) A comprehensive meta-analysis: Mindfulness-based therapy. *Clinical Psychology Review*, 33 (6)763–771. 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kopf, A., & Patel, N. (2010). Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle, EUA: IASP. Disponível em: de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.
- Goode, D.J., Lyddy, C.J, Glomb, T.M., Bono, J.E., Warren Brown, K., Duffy, M.K., Baer, R.A., Brewer, J.A. and Lazar. S.W. (2015). Contemplating Mindfulness At Work; An Integrative Review. *Journal of Management*
- Holzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T & Lazar. S (2011) Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density, 191(1), 36-43. 10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- Holzel, B., Hoge, E., Greve, D., Gard, T., Creswell, J., Brown, K., Barrett, L., Schwartz, C., Vaitl, D & Lazar. S (2013) Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. 2, 448-58. 10.1016/j.nicl.2013.03.011
- Kabat-Zinn J, Lipworth L & Burney R (1985) The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 8 (2), 163–190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3897551/>
- Killingsworth, M. & Gilbert, D. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *SCIENCE*, 330, 932.
- Kolcaba, K (1994) A Theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.

- Keng. SL, Smoski. M. & Robins C. (2011) A review of empirical studies: Effects of mindfulness on psychological health. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Lazar. S., Kerr. C., Wasserman. R., Gray. J., Greve. D., Treadway. M., McGarvey. M., Quinn. B., Dusek. J., Benson. H., Rauch. S., Moore. C & Fischl. B (2005) Meditation experience is associated with increased cortical thickness, *Neuroreport.*, 16(17), 1893–1897. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361002/>
- Holzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T & Lazar, S (2011) Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatric Research: Neuroimaging*, 191 (1), 36-43.
- Lauche. R, Cramer H, Dobos G, Langhorst J & Schmidt S (2013) A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (6), 500–510. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290038/>
- Lee. C, Crawford. C & Hickey. A (2014) Mind-body therapies for the self-management of chronic pain symptoms. *Pain Medicine*, 15(1), 21–39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24734857/>
- Ordem dos Enfermeiros (2008) DOR: Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros.
- Ponte, K. & Silva, L. (2015). Revisão Integrativa: Conforto como resultado do cuidado de enfermagem, 2, 2603-2614.
- Rabiais. S, Nogueira. P & Falcão. J (2004) A dor na população portuguesa: alguns aspetos epidemiológicos. *Revista DOR*. 12 (2).
- Regulamento nº190/2015 de 23 de abril de 2015. Ordem dos Enfermeiros
- Santos, T., Kozasa, E., Carmagnani, I. & Tanaka, L (2015) Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *The Journal of Science and Healing*
- Singleton, O., Holzel. B., Vangel. M., Narayan. F., Carmody. J & Lazar. S (2014) Change in Brainstem Gray Matter Concentration Following a Mindfulness-Based Intervention is Correlated with Improvement in Psychological Well-Being. 8, 33. [10.3389/fnhum.2014.00033](https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00033)

- Stange, J., Eisner. L., Holzel. B., Peckham. A., Dougherty. D., Rauch. S., Nierenberg. A., Lázár. S. & Deckersbach. T. (2011) Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning, 17(6), 410-419. [10.1097/01.pra.0000407964.34604.03](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03)
- Sousa, P. (2014). O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Sousa. M.F (2022) O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36636/1/O%20enfermeiro%20e%20as%20t%C3%A9cnicas%20n%C3%A3o%20farmacol%C3%B3gicas.pdf>
- Sousa. V (2020). Mas afinal o que é o Mindfulness?. The School of We. <https://theschoolofwe.com/pt-pt/afinal-o-que-e-o-mindfulness/>
- Sousa. V (2020). Como praticar Mindfulness. The School of We. <https://theschoolofwe.com/pt-pt/como-praticar-mindfulness/>
- Sousa. V (2020). O que o Mindfulness não é. The School of We. <https://theschoolofwe.com/pt-pt/o-que-o-mindfulness-nao-e/>
- Teixeira, R & Pereira, M.G (2022) Promoção da saúde na doença oncológica: intervenção de redução do stress baseada no mindfulness. Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_50_13

APÊNDICES

Apêndice I – Certificados de realização de formação de Mindfulness

Figura 2 Certificado de Participação - Formação de Mindfulness



Figura 3 Certificado de Participação - Formação de Mindfulness



APÊNDICE II – TABELA DE RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Tabela 1 Resumo dos Artigos Seleccionados

Autores	Local/Ano	Título	Objetivo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
Cour & Peterson	Dinamarca, 2016	Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial	Investigar os efeitos da meditação de mindfulness na dor crónica	Ensaio Clínico Controlado Randomizado	Em termos de resultados, observou-se um efeito significativo na escala de vitalidade SF 36. As variáveis secundárias, encontraram-se efeitos a longo-médio prazo em que se observou uma diminuição geral da ansiedade e depressão, melhor qualidade de vida (a nível do bem-estar psicológico) e um aumento do controlo da dor em dor crónica elevada. Porém, não foi observada uma diferença significativa nos resultados dos 6 meses após a intervenção do mindfulness.

Davenport et al	USA, 2017	Mindfulness-based approaches for managing chronic pain: Applications to vocational rehabilitation and employment	Prevalência de condições de saúde que resultam ou são caracterizadas pela dor crónica, seguida por uma descrição de como as abordagens de mindfulness podem ser utilizadas para ajudar os consumidores de reabilitação vocacional com dor crónica a lidar com os efeitos das suas condições clínicas.	Artigo Jornalístico	Foram observados efeitos positivos das práticas de Mindfulness no bem-estar dos funcionários (grupo de tratamento), através do aumento das habilidades de resolução de problemas, redução do stress no trabalho, um maior relacionamento entre colegas, melhor desempenho de tarefas que exigem maior concentração e uma melhoria no humor e bem-estar subjetivo, reduzindo a reatividade emocional que leva à tomada de decisão impulsiva. Por outro lado, é importante a existência de mais estudos neste meio de trabalho de forma a haver uma maior fundamentação desta proposição.
-----------------	-----------	--	---	---------------------	---

Lapa et al	Portugal, 2016	Estratégias de Mindfulness na Abordagem do Doente com Dor Crónica	É feita uma revisão da importância das técnicas de mindfulness, no tratamento do cliente com dor crónica. São também apresentadas algumas estratégias para implementação e divulgação deste tipo de abordagem.	Artigo de Revisão	O artigo evidencia a eficácia da prática de Mindfulness no aumento da capacidade de tolerar a dor, a importância de desenvolver esforços no sentido de integrar as intervenções psicossociais na abordagem da dor crónica e sugere a utilização de modelos de atuação multidisciplinares de forma a desenvolver programas de formação dos profissionais de saúde para a importância das práticas de Mindfulness na abordagem ao cliente com dor crónica.
Burgess et al	Oxford, 2020	Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP): Design for a Pragmatic Clinical Trial of Two	Testar 2 abordagens de MBI's de forma a controlar a dor crónica em Veteranos com transtornos pós-	Artigo de Pesquisa	Este estudo desenvolveu práticas de MBI's em Veteranos para o tratamento da dor crónica utilizando o modelo Mobile LAMP, que se tornou acessível

		Mindfulness-based Interventions for Chronic Pain	traumáticos, distúrbios do sono, depressão e abuso de substâncias.		aos veteranos que se encontravam com dificuldades de acesso ao tratamento não farmacológico da dor.
Hilton et al	Califórnia, 2017	Mindfulness Meditation for Chronic Pain: A systematic Review and meta-analysis	Sintetizar evidências na eficácia e segurança de intervenções de mindfulness para o tratamento da dor crónica em adultos	Artigo Jornalístico	Afirmou-se que o mindfulness melhora a dor e sintomas de depressão e qualidade de vida, porém é necessária a realização de ensaios randomizados controlados mais bem projetados, rigorosos e em larga escala para fornecer estimativas da eficácia do mindfulness para o controlo da dor crónica.
Jackson et al	Estados Unidos da América, 2016	Physical functioning and mindfulness-based interventions in chronic pain: a systematic review	Importância de melhorar o funcionamento físico como principal resultado no tratamento da dor crónica com intervenções baseadas em mindfulness (MBIs)	Artigo Jornalístico	Foram encontradas fortes evidências para pequenas melhorias no estado físico narrado após as intervenções baseadas em mindfulness (MBI's). Em apenas um dos

					estudos foi relatado uma não melhoria após as intervenções baseadas em mindfulness (MBI's)
--	--	--	--	--	--

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA “Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R)”

Figura 4 CAMS-R

Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R)

Please respond to each item by marking one box per row		Rarely/Not at All	Sometimes	Often	Almost Always
CAMS-R1	It is easy for me to concentrate on what I am doing.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R3	I can tolerate emotional pain.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R4	I can accept things I cannot change.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R5	I can usually describe how I feel at the moment in considerable detail.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R6	I am easily distracted. (R)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CAMS-R8	It's easy for me to keep track of my thoughts and feelings.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R9	I try to notice my thoughts without judging them.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R10	I am able to accept the thoughts and feelings I have.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R11	I am able to focus on the present moment.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
CAMS-R12	I am able to pay close attention to one thing for a long period of time.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Scoring: Note that 6 is reversed scored. Sum of all values reflect greater mindful qualities.

Your total score: _____

ANEXO 2 – ESCALA “Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)”

Figura 5 FMI

possible. There are neither 'right' nor 'wrong' answers, nor 'good' or 'bad' responses. What is important to us is your own personal experience.

	1 Rarely	2 Occasionally	3 Fairly often	4 Almost always
I am open to the experience of the present moment.	1	2	3	4
I sense my body, whether eating, cooking, cleaning or talking.	1	2	3	4
When I notice an absence of mind, I gently return to the experience of the here and now.	1	2	3	4
I am able to appreciate myself.	1	2	3	4
I pay attention to what's behind my actions.	1	2	3	4
I see my mistakes and difficulties without judging them.	1	2	3	4
I feel connected to my experience in the here-and-now.	1	2	3	4
I accept unpleasant experiences.	1	2	3	4
I am friendly to myself when things go wrong.	1	2	3	4
I watch my feelings without getting lost in them.	1	2	3	4
In difficult situations, I can pause without immediately reacting.	1	2	3	4
I experience moments of inner peace and ease, even	1	2	3	4
when things get hectic and stressful.				
I am impatient with myself and with others.	1	2	3	4
I am able to smile when I notice how I sometimes make life difficult.	1	2	3	4

ANEXO 3 – ESCALA “Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)”

Figura 6 KIMS

Please rate each of the following statements using the scale provided. Write the number in the blank that best describes your own opinion of what is generally true for you.

1	2	3	4	5
Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true

- ___ 1. I notice changes in my body, such as whether my breathing slows down or speeds up.
- ___ 2. I'm good at finding the words to describe my feelings.
- ___ 3. When I do things, my mind wanders off and I'm easily distracted.
- ___ 4. I criticize myself for having irrational or inappropriate emotions.
- ___ 5. I pay attention to whether my muscles are tense or relaxed.
- ___ 6. I can easily put my beliefs, opinions, and expectations into words.
- ___ 7. When I'm doing something, I'm only focused on what I'm doing, nothing else.
- ___ 8. I tend to evaluate whether my perceptions are right or wrong.
- ___ 9. When I'm walking, I deliberately notice the sensations of my body moving.
- ___ 10. I'm good at thinking of words to express my perceptions, such as how things taste, smell, or sound.
- ___ 11. I drive on "automatic pilot" without paying attention to what I'm doing.
- ___ 12. I tell myself that I shouldn't be feeling the way I'm feeling.
- ___ 13. When I take a shower or bath, I stay alert to the sensations of water on my body.
- ___ 14. It's hard for me to find the words to describe what I'm thinking.
- ___ 15. When I'm reading, I focus all my attention on what I'm reading.
- ___ 16. I believe some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that way.
- ___ 17. I notice how foods and drinks affect my thoughts, bodily sensations, and emotions.
- ___ 18. I have trouble thinking of the right words to express how I feel about things.
- ___ 19. When I do things, I get totally wrapped up in them and don't think about anything else.
- ___ 20. I make judgments about whether my thoughts are good or bad.
- ___ 21. I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or sun on my face.

1	2	3	4	5
Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true

___ 22. When I have a sensation in my body, it's difficult for me to describe it because I can't find the right words.

___ 23. I don't pay attention to what I'm doing because I'm daydreaming, worrying, or otherwise distracted.

___ 24. I tend to make judgments about how worthwhile or worthless my experiences are.

___ 25. I pay attention to sounds, such as clocks ticking, birds chirping, or cars passing.

___ 26. Even when I'm feeling terribly upset, I can find a way to put it into words.

___ 27. When I'm doing chores, such as cleaning or laundry, I tend to daydream or think of other things.

___ 28. I tell myself that I shouldn't be thinking the way I'm thinking.

___ 29. I notice the smells and aromas of things.

___ 30. I intentionally stay aware of my feelings.

___ 31. I tend to do several things at once rather than focusing on one thing at a time.

___ 32. I think some of my emotions are bad or inappropriate and I shouldn't feel them.

___ 33. I notice visual elements in art or nature, such as colors, shapes, textures, or patterns of light and shadow.

___ 34. My natural tendency is to put my experiences into words.

___ 35. When I'm working on something, part of my mind is occupied with other topics, such as what I'll be doing later, or things I'd rather be doing.

___ 36. I disapprove of myself when I have irrational ideas.

___ 37. I pay attention to how my emotions affect my thoughts and behavior.

___ 38. I get completely absorbed in what I'm doing, so that all my attention is focused on it.

___ 39. I notice when my moods begin to change.

ANEXO 4 – ESCALA “The Toronto Mindfulness Scale”

Figura 7 Toronto Mindfulness Scale

Instructions: We are interested in what you just experienced. Below is a list of things that people sometimes experience. Please read each statement. Next to each statement are five choices: "not at all," "a little," "moderately," "quite a bit," and "very much." Please indicate the extent to which you agree with each statement. In other words, how well does the statement describe what you just experienced, just now?	Not at all	A little	Moderately	Quite a bit	Very much
1. I experienced myself as separate from my changing thoughts and feelings.	0	1	2	3	4
2. I was more concerned with being open to my experiences than controlling or changing them.	0	1	2	3	4
3. I was curious about what I might learn about myself by taking notice of how I react to certain thoughts, feelings or sensations.	0	1	2	3	4

Journal of Clinical Psychology DOI 10.1002/jclp

Toronto Mindfulness Scale

1467

4. I experienced my thoughts more as events in my mind than as a necessarily accurate reflection of the way things 'really' are.	0	1	2	3	4
5. I was curious to see what my mind was up to from moment to moment.	0	1	2	3	4
6. I was curious about each of the thoughts and feelings that I was having.	0	1	2	3	4
7. I was receptive to observing unpleasant thoughts and feelings without interfering with them.	0	1	2	3	4
8. I was more invested in just watching my experiences as they arose, than in figuring out what they could mean.	0	1	2	3	4
9. I approached each experience by trying to accept it, no matter whether it was pleasant or unpleasant.	0	1	2	3	4
10. I remained curious about the nature of each experience as it arose.	0	1	2	3	4
11. I was aware of my thoughts and feelings without overidentifying with them.	0	1	2	3	4
12. I was curious about my reactions to things.	0	1	2	3	4
13. I was curious about what I might learn about myself by just taking notice of what my attention gets drawn to.	0	1	2	3	4

ANEXO 5 – ESCALA “The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)”

Figura 10 MAAS

	almost always	very frequently	somewhat frequently	somewhat infrequently	very infrequently	almost never
_____ 1.						I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later.
_____ 2.						I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.
_____ 3.						I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.
_____ 4.						I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.
_____ 5.						I tend not to notice feelings of physical tension or discomfort until they really grab my attention.
_____ 6.						I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.
_____ 7.						It seems I am "running on automatic," without much awareness of what I'm doing.
_____ 8.						I rush through activities without being really attentive to them.
_____ 9.						I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I'm doing right now to get there.
_____ 10.						I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm doing.
_____ 11.						I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.
_____ 12.						I drive places on 'automatic pilot' and then wonder why I went there.
_____ 13.						I find myself preoccupied with the future or the past.
_____ 14.						I find myself doing things without paying attention.
_____ 15.						I snack without being aware that I'm eating.

Scoring: To score the scale, simply compute a mean (average) of the 15 items.

ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE ORIENTADOR DO TRABALHO FINAL DE CURSO

Figura 13 Declaração de Orientador do Trabalho Final de Curso



Exma. Coordenadora
Curso de Licenciatura em Enfermagem
Prof.^a Doutora Helena José

Na qualidade de orientador do trabalho final do Curso de Licenciatura em Enfermagem, intitulado *Controlo da dor crónica: o Mindfulness como estratégia promotora de conforto*, dos estudantes **Catarina de Sousa Henriques** (nº 201993444) e **Diogo Mata Cepeda** (nº 201993492), informo que me foi presente a versão final deste trabalho e que dei a minha concordância para ser submetido à discussão perante o júri de avaliação dos trabalhos finais de curso.

Barcarena, 1 de julho de 2022

O Orientador

