

A Terapia Ocupacional e a dor crônica em pacientes de Ortopedia e Reumatologia: revisão bibliográfica¹

Marilles Fuchs^a, Marina Redekop Cassapian^b

^aTerapeuta Ocupacional, Graduada, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, Brasil

^bTerapeuta Ocupacional, Docente, Curso de Terapia Ocupacional,
Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, Brasil

Resumo: A dor é considerada uma experiência individual desagradável e multidimensional. Quando crônica, impacta no desempenho ocupacional e, conseqüentemente, na qualidade de vida de quem a sente. Em razão da sua multidimensionalidade, faz-se necessária a intervenção multidisciplinar, na qual se insere o Terapeuta Ocupacional. O objetivo desta pesquisa foi averiguar os tipos de procedimentos adotados pelos Terapeutas Ocupacionais brasileiros e do exterior para intervir junto a pacientes com lesões ortopédicas e doenças reumáticas, que apresentam dor crônica. Para a elaboração deste trabalho, realizou-se revisão de literatura, com pesquisa de referenciais teóricos no acervo da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPR e nas bases de dados Lilacs, SciELO, Medline, OTseeker e OTdbase, publicados no período de 1999 a 2009. Os artigos selecionados para a discussão foram desenvolvidos por Terapeutas Ocupacionais que atuam nas áreas de Ortopedia e Reumatologia com pacientes acometidos por processos dolorosos crônicos. Com a realização da pesquisa, foi possível constatar que o Terapeuta Ocupacional é um importante componente da equipe multidisciplinar, com papel fundamental, uma vez que o foco de sua intervenção engloba o máximo desempenho ocupacional – com autonomia e independência – nas atividades cotidianas.

Palavras-chave: *Dor, Terapia Ocupacional, Reumatologia, Ortopedia.*

Occupational Therapy and chronic pain with Orthopedics and Rheumatology patients: a literature review

Abstract: Pain is considered an unpleasant individual multidimensional experience and it impairs occupational performance when chronic; consequently, it lowers the quality of life of individuals. Concerning its multidimensionality, a multidisciplinary approach, where the occupational therapist is inserted, is needed. The purpose of this study was to exploit the types of procedures used by occupational therapists in Brazil and abroad to intervene with patients with orthopedic injuries and rheumatic diseases with chronic pain. A literature revision was performed for the elaboration of this study, researching theoretical references at “Ciências da Saúde” collection at the Federal University of Paraíba library and in the following databases: Lilacs, SciELO, Medline, OTseeker and OTdbase, published in the time period between 1999 and 2009. The articles selected for discussion were developed by occupational therapists working in the fields of orthopedics and rheumatology with patients suffering from chronic painful processes. It was possible to verify that the occupational therapist is an important component of the multidisciplinary team, playing a fundamental role, once the focus of its intervention includes the maximum occupational acting - with autonomy and independence - in the daily activities.

Keywords: *Pain, Occupational Therapy, Rheumatology, Orthopedics.*

1 Introdução

A dor é o motivo mais frequente de busca por serviços de saúde no Brasil, pois cerca de 70% das pessoas atendidas apresentam a dor como queixa principal (TEIXEIRA et al., 2001; DE CARLO; QUEIROZ; SANTOS, 2007). De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, aproximadamente 50 milhões de brasileiros apresentam dores crônicas e estima-se que de 15 a 25% dos adultos sofrerão de dor crônica em algum momento da vida (GARCIA, 2007b). Assim, a dor pode ser considerada um problema de Saúde Pública. Dada a abrangência numérica dos atendimentos cuja origem está relacionada com dor, torna-se relevante aprofundar estudos sobre as intervenções realizadas pelo Terapeuta Ocupacional.

Para os pacientes com doenças reumáticas ou lesões ortopédicas, a dor é um dos pontos centrais nas discussões, sendo o fator negativo mais referido pelos sujeitos. É apontada como queixa principal de 98% das pessoas que são consultadas por reumatologistas (PAIVA et al., 2006).

O presente estudo irá abordar o problema dos sujeitos adultos que apresentam dor crônica decorrente de doenças ortopédicas e reumáticas – excluindo-se dor de origem neuropática, dor relacionada ao membro fantasma e dor oncológica – e teve como objetivo averiguar os tipos de procedimentos adotados pelos Terapeutas Ocupacionais brasileiros e do exterior, para intervir junto a pacientes com dor crônica.

A dor é considerada uma experiência individual desagradável, multidimensional, subjetiva, de alta complexidade e a resposta a esta varia de sujeito para sujeito – de acordo com a personalidade, o estado psicológico, as condições orgânicas, as experiências anteriores e o contexto sociocultural. Também envolve aspectos físicos, sensoperceptivos, psicológicos, emocionais, de aprendizado, éticos, ocupacionais, comportamentais, religiosos e morais (DE CARLO; QUEIROZ; SANTOS, 2007).

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é considerada uma

[...]experiência sensorial e emocional desagradável, que está relacionada a um dano tecidual, sendo este real ou potencial, ou descrita nos termos deste dano. (MERSKEY; BOGDUK, 2007).

A percepção da dor é influenciada por diversos fatores, como o estado biológico, o nível cultural, o meio social, a religião, os possíveis ganhos secundários,

a manipulação, a atenção e as experiências anteriores de dor (BEECHER, 1959², apud STANOS; HOULE, 2006; GARCIA, 2007a; ENGEL, 2005).

A dor, porém, é um processo natural, essencial à sobrevivência, um mecanismo de alerta que indica ao organismo a presença de dano tecidual para que esse reaja ativando os mecanismos de defesa, visando garantir sua proteção (CAILLIET, 1999). Se a dor torna-se crônica, esta deixa de ter a função de alerta e passa a ser considerada desnecessária (SPECIALI; GONÇALVES, 2007), ou seja, patológica. A dor crônica gera repercussões biopsicossociais (MELLO et al., 2004), que podem produzir mudanças na personalidade, nos hábitos e rotinas de vida e na funcionalidade do sujeito (ENGEL, 2005). O bem-estar, a qualidade do sono, as interações sociais, as reações emocionais, a disposição e as habilidades físicas são comprometidas pela dor (NUNES, 2007) e o indivíduo tem sua rotina modificada e seu desempenho ocupacional prejudicado.

Nos últimos anos, houve um aumento da ocorrência de dor e diversas hipóteses apontam que essa elevação pode ser decorrente dos novos hábitos de vida, das modificações do meio ambiente, da maior longevidade dos indivíduos, em geral, e do aumento da sobrevida dos doentes que apresentam afecções fatais, da redução da tolerância do homem moderno ao sofrimento e do reconhecimento de novos conceitos que explicam as condições álgicas (TEIXEIRA et al., 2001).

A dor crônica, por não ter função indicativa da iminência de um dano ao organismo, é considerada uma dor desnecessária (SPECIALI; GONÇALVES, 2007) e está presente mesmo após a eliminação do estímulo ou a cura do tecido lesado (MIRABELLI-SUSENS, 2004). Deixa de ser considerada aguda quando perdura por mais de seis meses e persiste além do tempo esperado para a cura da lesão. Geralmente, está associada a doenças crônicas, sendo na maioria das vezes o principal sintoma (FIGUEIRÓ, 2000); porém, a cronicidade da dor não é resultado de uma extensão do quadro agudo de dor (CAILLIET, 1999). A dor crônica não apresenta localização bem definida como a aguda e está relacionada aos componentes subjetivos de cada indivíduo (MIRABELLI-SUSENS, 2004). Pode ser possível demonstrar sua origem, porém a etiologia é muitas vezes indefinida (SPECIALI; GONÇALVES, 2007) e resultante de excesso de estimulação nociva ao corpo ou de alterações no sistema nervoso central (FIGUEIRÓ, 2000).

As incapacidades decorrentes da dor crônica ocorrem em três níveis: funcional, social e laborativo

(PENGO; SANTOS, 2004). Esse quadro gera repercussões biopsicossociais, como já mencionado, afeta o desempenho ocupacional diário e os papéis ocupacionais do sujeito acometido, pois pode limitar sua participação nas tarefas ocupacionais diárias e interferir diretamente na vida desse sujeito e na qualidade da mesma (BRACCIANO; EARLEY, 2005; ENGEL, 2002, 2005; MELLO et al., 2004; RADOMSKI, 2005).

A dor apresenta linguagem particular; portanto, a sensação de dor é quantificada e qualificada pela palavra e o sentido que cada um dá a esta. Pode ser observada pelo comportamento, que reflete na capacidade funcional e nas ações ocupacionais do sujeito (NUNES, 2007). Em razão da subjetividade da dor, ressalta-se a necessidade de utilizar-se da escuta do relato do paciente e também da observação de seu comportamento no processo de avaliação da dor. Assim, para uma avaliação adequada, é necessário que se utilizem instrumentos válidos e confiáveis (ENGEL, 2002), pois a padronização permite que a sensação subjetiva da dor seja expressa de forma mais objetiva pelo sujeito (BARROSO, 2005). Por outro lado, o instrumento utilizado deve ser de fácil aplicabilidade e possibilitar adaptação para o nível de compreensão que o indivíduo apresenta (SANTANA, 2007).

Os instrumentos utilizados para mensuração da dor são, no geral, divididos em unidimensionais e multidimensionais (BARROSO, 2005; AIRES, 2007; SANTANA, 2007). As avaliações unidimensionais avaliam apenas uma dimensão da experiência dolorosa; por outro lado, as multidimensionais consideram as diferentes qualidades que envolvem a dor, que incluem fatores fisiológicos, comportamentais, contextuais e autorregistros dos pacientes (SANTANA, 2007).

Na medida em que a dor impacta na qualidade de vida, é imprescindível – pela sua multidimensionalidade – que o sujeito acometido por dor crônica receba atendimento especializado por uma equipe multidisciplinar (DE CARLO; ELUI; PACKER, 2007), que pode ser composta por Terapeutas Ocupacionais, Médicos, Dentistas, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e Nutricionistas (DE CARLO; QUEIROZ; SANTOS, 2007). O foco do Terapeuta Ocupacional é a melhora do desempenho ocupacional (PEDRETTI; EARLY, 2005) e seu papel é de promover uma vida com significado e produtiva, mesmo com a dor, por meio da prevenção de incapacidades, da promoção da função e do bem-estar no desempenho das atividades cotidianas (DE CARLO; ELUI; PACKER, 2007), do desenvolvimento das habilidades e capacidades físicas, da otimização das funções e

dos hábitos ocupacionais que quebram o círculo vicioso dor-ociosidade-dor; proporciona-se ao sujeito, dessa forma, domínio de si mesmo e do ambiente, além da inserção social (DE CARLO et al., 2004; PENGO; SANTOS, 2004), com a manutenção e o resgate dos papéis ocupacionais.

Com a elaboração deste trabalho, objetivou-se responder ao problema que envolve o processo de Terapia Ocupacional junto a pacientes de Reumatologia e Ortopedia que apresentam quadro de dor crônica. Os objetivos específicos do presente trabalho foram: 1 – compreender o quadro clínico da dor bem como as suas consequências na vida do sujeito; 2 – verificar como o processo da dor interfere no desempenho ocupacional e reduz a qualidade de vida dos indivíduos; 3 – analisar métodos, protocolos e avaliações que são utilizados na mensuração da dor junto a pacientes com quadro algico crônico; 4 – descrever os métodos de redução e tratamento da dor, e 5 – elucidar e discutir sobre as intervenções da Terapia Ocupacional no tratamento da dor crônica.

2 Metodologia

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada revisão de literatura, a qual, segundo Boaventura (2004), tem como objetivos buscar o que já há de escrito sobre o tema que se pretende estudar, realizar análise e sintetizar as informações, de modo a discutir e produzir novos dados sobre a temática, ao solucionar o problema ou ao levantar novos pontos que precisam ser pesquisados.

Como uma das etapas da revisão, realizou-se a pesquisa bibliográfica de referenciais teóricos nacionais e internacionais no acervo da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPR e nas bases de dados Lilacs, SciELO, Medline, OTseeker e Otdbase, escritos no período compreendido entre 1999 e 2009. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores de assunto: dor, terapia ocupacional, qualidade de vida, reabilitação, reumatologia, ortopedia e medição da dor. Os descritores foram utilizados de forma associada, porém com obrigatoriedade do uso dos descritores: terapia ocupacional e dor. Além disso, realizou-se uma varredura de outros artigos escritos pelos autores que eram encontrados.

A seleção dos artigos científicos teve como base o seguinte critério de inclusão: trabalhos escritos por Terapeutas Ocupacionais brasileiros ou do exterior que abordam parte ou todo o processo de intervenção em Terapia Ocupacional com pacientes que apresentam dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas ou reumáticas. Foram excluídos

aqueles que tratavam de dor crônica de origem neuropática, dor relacionada a membro fantasma ou dor oncológica, além daqueles que citavam a atuação do Terapeuta Ocupacional, porém nenhum dos autores era Terapeuta Ocupacional. A verificação da profissão dos autores dos artigos foi realizada buscando-se a sua qualificação contida em nota de rodapé ou constatada durante a leitura do artigo na íntegra. A origem da dor da qual tratava o artigo era averiguada no próprio título ou após leitura de resumo ou do artigo na íntegra.

Durante a pesquisa bibliográfica, os artigos eram previamente selecionados. Inicialmente, selecionaram-se 23 artigos para análise mais criteriosa, incluindo leitura na íntegra. Com a conclusão dessa etapa, foram excluídos 15 artigos, restando oito artigos, os quais foram utilizados neste trabalho.

3 Resultados e discussão

Para elaboração deste artigo, foram selecionados oito artigos, sendo seis brasileiros e dois estrangeiros, conforme a Tabela 1.

4 A Terapia Ocupacional e a dor crônica

O processo de Terapia Ocupacional é composto por procedimentos ditos gerais ou interdisciplinares, ou seja, comuns aos profissionais da área da saúde e

que apresentam linguagem universal, e os específicos da profissão, que são caracterizados pela linguagem singular (CANÍGLIA, 2005). Os procedimentos gerais estão focados na saúde em geral e, dentre estes, se podem citar: diagnóstico, avaliação, entrevistas, encaminhamento, entre outros (CANÍGLIA, 2005).

Na Terapia Ocupacional, o processo engloba coleta de informações sobre o paciente, a situação e os problemas; avaliação dos dados coletados; definição das metas de intervenção; estabelecimento de prioridades; seleção da ação necessária; implementação da ação selecionada, e avaliação dos resultados obtidos (HAGEDORN, 2001).

4.1 Avaliações da dor

Há diversas escalas e meios de avaliação da dor de modo a tentar objetivar as características subjetivas que esta apresenta (YOSIPOVITCH; HUNDLEY, 2004³, apud SANTANA, 2007), já que é impossível mensurá-la por meio de instrumentos físicos. Por outro lado, é praticamente impossível que uma avaliação seja totalmente objetiva, uma vez que diversos fatores subjetivos são potenciais para alterar os resultados.

Nos artigos selecionados, foram identificados diferentes tipos de avaliações da dor (Tabela 2). Há infinitas opções de mensuração da dor e, a cada nova publicação, os autores descrevem novas ferramentas para avaliar a dor (STRONG, 1999).

Tabela 1. Discriminação dos títulos, autores e ano de publicação dos artigos selecionados.

	Autor(es) do artigo	Título do artigo	Ano de publicação
Artigo 1	STRONG, J.	Assessments of pain perception in clinical practice.	1999
Artigo 2	MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I.	Occupational therapist's assessments of adults with long-term pain: The Swedish experience.	2002
Artigo 3	NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q.	Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular.	2005
Artigo 4	NUNES, C. M. P.; PENA, L. R.	Atuação da Terapia Ocupacional no gerenciamento da dor crônica para o trabalho no complexo do HC/UFMG.	2007
Artigo 5	CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O.	Grupo de Orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico.	2006
Artigo 6	AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M.	Grupo de orientação postural a idosos com dor osteomuscular: estabelecendo relações entre teoria e prática.	2006
Artigo 7	TSUKIMOTO, G. R. et al.	Avaliação longitudinal da escala de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36).	2006
Artigo 8	NOORDHOEK, J.; JOKL, L.	Efeito da música e de exercícios físicos num grupo de pessoas reumáticas: estudo piloto.	2008

Tabela 2. Discriminação das avaliações mencionadas nos artigos.

	Autor(es)	Avaliações
Artigo 1	STRONG, J.	Avaliação para descrição da dor – intensidade, qualidade ou localização – (Escala de avaliação numérica, escala analógica e visual verbal, desenho da dor, Questionário de dor McGill), registro de respostas a dor (Survey of Pain Attitudes Revised (SOPAR), Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI), Tampa Scale for Kinesiophobia, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, observação clínica da resposta a dor) e impacto da dor na vida (autorrelato, diários de atividades, Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (OLBPDQ), Pain Disability Index (PDI), Sickness Impact Profiles (SIP)).
Artigo 2	MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I.	Occupational Therapy Needs Assessment – Pain (OTNA – P)
Artigo 3	NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q.	Não cita.
Artigo 4	NUNES, C. M. P.; PENA, L. R.	Não cita.
Artigo 5	CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O.	Cita a utilização de avaliações qualitativas para identificar grau de satisfação do paciente com relação ao grupo, porém não cita quais.
Artigo 6	AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M.	Formulário sobre presença e grau de dor nas atividades cotidianas, por meio de entrevista individual, porém não cita qual a estrutura e se esta é padronizada. Faz um comparativo entre a dor em sete atividades cotidianas antes e após os atendimentos (“dor reduzida”, “sem dor”, “dor inalterada”).
Artigo 7	TSUKIMOTO, G. R. et al.	Escala Visual Analógica (EVA), Short Form Health Survey (SF-36) e Rolando-Morris (RM).
Artigo 8	NOORDHOEK, J.; JOKL, L.	Entrevista quanto ao estado emocional e físico –intensidade da dor e facilidade de se movimentar.

A seleção da ferramenta de avaliação irá depender do tipo de paciente atendido e, para que seja confiável, deve-se levar em conta o contexto específico (STRONG, 1999), adequando-se ao nível de compreensão do sujeito e da facilidade na aplicação (SANTANA, 2007). A escolha de uma avaliação da dor que seja apropriada e precisa não é tarefa fácil, em decorrência da já mencionada subjetividade que permeia o quadro algico (McCAHON et al., 2005).

A avaliação da dor apresenta três componentes essenciais: descrição da dor, registro das respostas à dor e a dimensão do impacto causado na vida do sujeito, que são subdivididos em categorias, ou seja, há diversas ferramentas ou estilos de avaliação para cada item (STRONG, 1999).

Em consonância com o que já foi relatado, muitos autores afirmam que as avaliações são complementares e que, para verificar a eficiência e a resposta ao tratamento, é importante aplicar as avaliações no início, durante o transcorrer e ao fim do tratamento (TSUKIMOTO et al., 2006; STRONG, 1999).

O aprofundamento da avaliação da dor vai depender de outros fatores contextuais, como o

tempo disponível, o local de atendimento e as características de precipitação da dor.

O ideal seria o monitoramento da dor, como já pontuado, comparando sua intensidade pouco antes do início do tratamento, durante e ao término deste, além de que as escalas lineares permitiriam essa comparação de mudanças (STRONG, 1999). Por outro lado, quando o paciente apresenta uma dor de complexa e difícil localização ou compreensão, a utilização apenas da medida de intensidade da dor torna-se inadequada; então, é necessária uma avaliação mais completa, como, por exemplo, a avaliação das respostas à dor e do impacto da mesma na vida do sujeito.

Se a atenção do tratamento é voltada para múltiplos aspectos do dia a dia e ao ensino de formas de controlar os sintomas que interferem nesse cotidiano, faz-se necessário aplicar não somente uma avaliação voltada à queixa dolorosa, mas a todos os outros desfechos objetivados com o tratamento (TSUKIMOTO et al., 2006).

As avaliações que descrevem a dor podem considerar a intensidade, a qualidade ou a localização

da dor no corpo e, geralmente, apresentam o estilo de autorrelato, como questionários, escalas de classificação, escalas analógicas visuais e desenhos. Dentre essas avaliações, os artigos selecionados citam: a escala de categoria numérica, a escala visual analógica (EVA), o desenho da dor e o Questionário de Dor McGill. A escala de categoria numérica é vista como a mais popular, apesar de a escala visual analógica e a escala da avaliação verbal também serem bastante utilizadas (STRONG, 1999).

Provavelmente, em decorrência das facilidades apresentadas pelas escalas unidimensionais – em especial, a Escala Visual Analógica e a Escala de Categoria Numérica –, como a simples aplicabilidade, a não necessidade de treinamento e a resposta objetiva e pontual, estas tenham sido as avaliações mais citadas pelos autores. Por outro lado, apesar de os instrumentos de mensuração unidimensional da dor serem os mais utilizados, estes tornam a experiência dolorosa demasiadamente simplificada (SANTANA, 2007).

Quanto às respostas à dor, estas são individualizadas e variam de sujeito para sujeito, de acordo com características pessoais, experiências anteriores e ambiente, demonstradas por meio de reações e mudanças psicológicas ou comportamentais (STRONG, 1999; DE CARLO; QUEIROZ; SANTOS, 2007). O medo do sujeito, a crença sobre a causa da dor ou a expectativa de recorrência da dor pode interferir no tratamento e na recuperação do sujeito (STRONG, 1999).

As avaliações da resposta à dor encontradas foram The Survey of Pain Attitudes – Revised (SOPAR), Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI) e a observação clínica das respostas à dor. Além disso, ressalta-se que seria interessante avaliar o medo do movimento e a crença da reincidência da dor por meio de outras escalas, como Tampa Scale for Kinesiophobia e Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (STRONG, 1999).

A observação clínica também é citada como meio de avaliação e complemento da avaliação formal. Os autores relatam que esta pode ser usada durante o envolvimento do paciente nas atividades de avaliação e tratamento, e observada por meio de expressões faciais ou reações de proteção ou tensão de regiões do corpo. Nesse caso, deve-se tomar cuidado com as falsas expressões de dor que os indivíduos podem realizar (STRONG, 1999).

Outro aspecto citado que deve ser considerado no processo de avaliação é o impacto que a dor causa na vida do sujeito e de seus familiares e cuidadores, que pode ser avaliado de diversas formas, como por

meio de questionários, autorrelatos e diários de dor, dependendo do contexto (STRONG, 1999). Os autores pesquisados que abordam o impacto da dor citam as seguintes avaliações: Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (OLBPDQ), Pain Disability Index (PDI), Sickness Impact Profile (SIP) e diários de atividades (STRONG, 1999).

Ainda em se tratando da interferência da dor na vida do sujeito, Tsukimoto et al. (2006) citam o Questionário Roland-Morris e especificam que este é uma avaliação da incapacidade voltada para a análise dos impactos na funcionalidade do sujeito causados pela lombalgia, sem, entretanto, enfatizar os aspectos psicossociais que podem envolvê-la (TSUKIMOTO et al., 2006). Esse instrumento é baseado no Sickness Impact Profile (SIP). Além destes, também foi apontado o instrumento de avaliação Short Form Health Survey (SF-36), um questionário genérico de qualidade de vida, multidimensional, dividido em oito domínios avaliados separadamente. Um desses domínios é a dor, com dois itens, que mensuram a intensidade da dor em seis níveis, objetivando avaliar qual a influência da dor nas atividades da vida diária (TSUKIMOTO et al., 2006).

No Artigo 6, constatou-se a utilização de entrevista (inicial e ao término dos atendimentos) como meio de avaliação e acompanhamento do quadro; porém, não foi possível perceber a utilização de um protocolo padronizado para esse levantamento (AGNOLON; SANTOS; ALMEIDA, 2006).

No Artigo 2, os autores objetivaram descrever, analisar e classificar qual a relação entre as necessidades de intervenção de Terapia Ocupacional que o sujeito com dor crônica apresenta e quais as sugestões de intervenções geralmente utilizadas pelos Terapeutas Ocupacionais para atender a essas necessidades. Para tanto, os autores trazem o instrumento de avaliação OTNA-P (Occupational Therapy Needs Assessment – Pain), dividido em 18 itens, os quais têm como objetivos determinar a localização da dor e avaliar qualitativamente a principal limitação de atividade, além de outros itens baseados nas considerações relacionadas às áreas, aos objetivos e às intervenções realizadas pelos Terapeutas Ocupacionais, identificadas após revisão de literatura. Apesar de essa avaliação ser destinada a pacientes com dor crônica de origem musculoesquelética, esta avalia não apenas a dor, mas sua interferência na vida do sujeito (MÜLLERSDORF; SÖDERBACK, 2002).

Ao considerar a avaliação como essencial para o andamento do Processo de Terapia Ocupacional, ressalta-se a importância de os pacientes acometidos por quadro crônico de dor serem avaliados pelo

Terapeuta Ocupacional, de modo a reconhecer qual a intensidade da dor, como o sujeito reage a essa dor e qual a interferência no desempenho de suas atividades cotidianas.

O Terapeuta Ocupacional pode utilizar as avaliações citadas neste trabalho que não são específicas da Terapia Ocupacional, mas que fornecem informações relevantes para sua atuação. Outros dados podem ser obtidos por meio da entrevista inicial, bem como da observação clínica (CARVALHO; NOORDHOEK; SILVA, 2006; AGNOLON; SANTOS; ALMEIDA, 2006; NOORDHOEK; JOKL, 2008).

Das avaliações citadas neste artigo, não são todas que têm tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa. As avaliações validadas no Brasil são: Escala de Categoria Numérica, Escala Visual Analógica (EVA), Desenho da Dor, Questionário de Dor McGill, The Survey of Pain Attitudes – Revised (SOPAR), Tampa Scale for Kinesiophobia, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, Questionário Roland-Morris e Short Form Health Survey (SF-36).

4.2 Objetivos de intervenção do Terapeuta Ocupacional

A definição de objetivos de tratamento é considerada a próxima etapa do processo de intervenção do Terapeuta Ocupacional. Nesta pesquisa, foram encontrados diversos objetivos para intervenção junto a pacientes com dor crônica (Tabela 3).

Destacam-se os objetivos gerais da profissão não voltados apenas ao tratamento da dor, que foram mencionados: maximizar o controle do sujeito sobre sua vida e seu nível funcional, e minimizar a perda de papéis e as competências relacionadas a esses papéis (MÜLLERSDORF; SÖDERBACK, 2002). Os objetivos de intervenção do Terapeuta Ocupacional voltados à dor crônica citados são: reduzir a dor, promover saúde, melhorar desempenho na manutenção da casa, melhorar postura e mecânica corporal, melhorar qualidade de vida, aumentar independência, aumentar responsabilidade por si, aumentar controle da dor, aumentar tolerância à

Tabela 3. Discriminação dos objetivos de intervenção da Terapia Ocupacional mencionados nos artigos.

	Autor(es)	Objetivos de intervenção.
Artigo 1	STRONG, J.	Não cita, por não ser o foco.
Artigo 2	MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I.	Avaliar necessidade de intervenção da Terapia Ocupacional. Na revisão, encontrou como objetivos: reduzir a dor, promoção de saúde, melhorar desempenho na manutenção da casa, melhorar postura e mecânica corporal, melhorar qualidade de vida, maximizar a independência, maximizar autorresponsabilidade, maximizar controle da dor, aumentar tolerância a dor, elevar autoestima, manter/restabelecer competência, manter/restabelecer papéis, maximizar função, recuperar equilíbrio nas atividades cotidianas, recuperar controle, restaurar autoeficácia.
Artigo 3	NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q.	Esclarecer e apontar possibilidades de gerenciar e controlar a dor; evitar a dor e o estresse articular na execução das atividades diárias.
Artigo 4	NUNES, C. M. P.; PENA, L. R.	Controle da dor crônica e mudança de hábito nas atividades de vida diária, no trabalho e atividades produtivas. Promover consciência corporal.
Artigo 5	CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O.	Educação e suporte do paciente. Promover habilidade de desempenho em atividades diárias, prevenir perdas funcionais e propor adaptações adequadas. Socialização, desenvolvimento de habilidades pessoais, novas possibilidades de enfrentamento da doença e melhorar desempenho de papéis ocupacionais.
Artigo 6	AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M.	Redução da dor nas atividades cotidianas, estimulação e adoção de habilidades de autocuidado. Melhora da qualidade de vida.
Artigo 7	TSUKIMOTO, G. R. et al.	Educação para os cuidados básicos de prevenção e redução de episódios de dor.
Artigo 8	NOORDHOEK, J.; JOKL, L.	Esclarecimento de dúvidas sobre a moléstia e seu tratamento, fornecendo meios que auxiliem na superação dos desafios impostos pela moléstia.

dor, aumentar autoestima, manter e/ou restabelecer competência, manter e/ou restabelecer papéis, maximizar função, recuperar equilíbrio nas atividades diárias, recuperar controle e restaurar autoeficácia (MÜLLERSDORF; SÖDERBACK, 2002). Ressalta-se que os objetivos que foram mais citados nos artigos não são exclusivos para o tratamento da dor, mas gerais da profissão, como se pode exemplificar: aumentar independência, aumentar autoestima, manter e/ou restabelecer competência, maximizar função, manter e/ou restabelecer papéis e recuperar controle.

Também foi encontrado como objetivo de intervenção em Terapia Ocupacional a educação do sujeito com relação à prevenção e à redução da dor, para as quais é necessária a aquisição e/ou a mudança de hábitos de vida, o que incentiva o sujeito a responsabilizar-se por seu tratamento e recuperação (TSUKIMOTO et al., 2006). No Artigo 4, os autores pontuam como objetivos em Terapia Ocupacional o controle da dor e a mudança de hábitos nas atividades cotidianas – vida diária e trabalho, e atividades produtivas – que, de certo modo, interferem no controle da dor (NUNES; PENA, 2005).

Em contraponto com alguns autores, há aqueles que apontam que o real objetivo da intervenção na dor não é necessariamente minimizar a intensidade desta, mas sim promover a máxima função, independentemente da existência da dor, com a mudança de hábitos visando minimizar a dor durante a execução das atividades cotidianas como o fator crucial além da redução da dor (McCAHON et al., 2005; AGNOLON; SANTOS; ALMEIDA, 2006).

Portanto, percebe-se que os objetivos apontados pelos autores visam além de gerenciar e controlar a dor, também retomar e/ou modificar esses aspectos – como hábitos, rotinas, bem-estar, sono, socialização e habilidades físicas – de modo a refletir na melhora do desempenho ocupacional do sujeito e, conseqüentemente, na qualidade de vida do mesmo.

Com exceção do Artigo 1, todos os outros abordam ao menos um objetivo de intervenção. Por outro lado, muitos dos autores dos artigos selecionados não deixam claro quais objetivos estão voltados para a intervenção junto a pacientes com problemas ortopédicos e reumáticos que apresentam quadro de dor crônica – delimitado neste trabalho – ou para os problemas ortopédicos e reumáticos de um modo geral, foco este de muitos dos artigos selecionados.

4.3 Modalidades de atendimento

As modalidades de atendimento pelas quais o Terapeuta Ocupacional pode alcançar seus objetivos são: modalidade de atendimento grupal e de atendimento individual.

A ideia de que o fazer humano tem potencial terapêutico é um dos fundamentos que norteiam a prática do Terapeuta Ocupacional. No grupo, os integrantes se deparam com

[...] a possibilidade de experimentar outras formas de se relacionar e de vivenciar situações inéditas relativas ao fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um significado. (BALLARIN, 2007, p. 40).

Portanto, o grupo proporciona o meio pelo qual o sujeito pode apresentar e discutir sobre seus problemas, e buscar formas alternativas de desempenhar suas atividades, de acordo com sua necessidade, prioridade e vontade. A intervenção em grupos é considerada apropriada quando se trata de pacientes que apresentam doenças crônicas (NORDENSKIÖLD; ALTHOFF; HANSEN, 1994⁴ apud NOORDHOEK; LOSCHIAVO, 2005).

O Artigo 6 aponta que o grupo exerce papel de facilitador da participação dos sujeitos e que seria maior o compartilhamento da experiência da dor, bem como o compartilhamento das alternativas utilizadas para a redução da mesma seria mais intenso em grupo; com isso, as repercussões no cotidiano do sujeito seriam mais positivas (AGNOLON; SANTOS; ALMEIDA, 2006).

Dos artigos selecionados, cinco explicitam a modalidade de atendimento grupal como o meio de intervenção. Dois desses cinco também tratam da modalidade de atendimento individual (Tabela 4).

4.4 Recursos terapêuticos

Os recursos terapêuticos utilizados para alcançar os objetivos que envolvem o problema da dor crônica são bastante diversos e dependem de cada caso, do contexto de atendimento, da experiência do terapeuta, dentre outros fatores (Tabela 5).

O Artigo 2 descreve que há diversos recursos de tratamento utilizados por Terapeutas Ocupacionais, como treino de atividades da vida diária, dispositivo assistivo, simplificação da tarefa, aconselhamento, treino de relaxamento, instrução da mecânica corporal, órteses, controle do estresse, treino vocacional, atividades individuais e grupais de diversão, treino da tolerância ao trabalho e terapia

Tabela 4. Discriminação das modalidades de atendimento mencionadas nos artigos.

	Autor(es)	Modalidades de atendimento
Artigo 1	STRONG, J.	Não cita.
Artigo 2	MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I.	Não cita.
Artigo 3	NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q.	Individual e grupal.
Artigo 4	NUNES, C. M. P.; PENA, L. R.	Individual e grupal.
Artigo 5	CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O.	Grupal.
Artigo 6	AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M.	Grupal.
Artigo 7	TSUKIMOTO, G. R. et al.	Não deixa claro.
Artigo 8	NOORDHOEK, J.; JOKL, L.	Grupal.

Tabela 5. Discriminação dos recursos terapêuticos mencionados nos artigos.

	Autor(es)	Recursos terapêuticos
Artigo 1	STRONG, J.	Não cita, por não ser o foco.
Artigo 2	MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I.	Treino de AVD's, tecnologia assistiva, simplificação de tarefa, orientações, treino técnicas de relaxamento, instrução dos mecanismos corporais, órteses, manejo do stress, treino vocacional, atividades de lazer individual e grupal, treino de tolerância ao trabalho, terapia familiar, conservação de energia, proteção articular, ergonomia.
Artigo 3	NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q.	Cartilha com orientações sobre Proteção Articular.
Artigo 4	NUNES, C. M. P.; PENA, L. R.	Redimensionamento do cotidiano usando o método cognitivo-comportamental – utiliza recursos educacionais, ajuste de expectativas, modificação de crenças disfuncionais e medos infundados. Relaxamento fisiológico; dessensibilização tátil para auxiliar na consciência corporal; cinesioterapia; jogos de motivação e expressão com incentivo à discussão de temas que envolvem o quadro algíco; demonstração de novas estratégias para desempenho ocupacional.
Artigo 5	CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O.	Princípios de conservação de energia, técnicas de simplificação do trabalho, programa de exercícios e proteção articular. Exercícios de relaxamento e alongamento; atividades de socialização e lazer; palestras interativas e interdisciplinares.
Artigo 6	AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M.	Observação do desempenho e demonstração de forma alternativa; massagem para prevenção e alívio da dor. Utiliza os princípios da conservação de energia, proteção articular, ergonomia e cinesiologia.
Artigo 7	TSUKIMOTO, G. R. et al.	Aulas; orientações (reeducação alimentar, alongamentos, exercícios e cuidados com o corpo, atividades aeróbicas, uso de aparelhos em academias, aspectos ergonômicos relacionados às atividades de vida diária, do trabalho e lazer), sensibilização quanto às possibilidades de participação social.
Artigo 8	NOORDHOEK, J.; JOKL, L.	Discussões sobre proteção articular, manutenção de energia, tratamento medicamentoso, nutrição e hábito alimentares, técnicas de relaxamento e exercícios físicos, recursos musicoterápicos.

familiar (STRONG, 1986⁵ apud MÜLLERSDORF; SÖDERBACK, 2002).

No Artigo 2, os autores agruparam as intervenções voltadas para o tratamento da dor em seis categorias: educação e controle do estresse; intervenções comportamentais; tratamento da mão; atividade de

grupo; tolerância de atividade, e adaptação externa. Cada uma dessas categorias apresenta diversos recursos; assim, o item *educação e controle do estresse* engloba a definição de objetivos entre paciente e terapeuta, educação sobre a dor, modificação das atitudes em relação à dor, avaliação das atitudes em

relação à dor, técnicas de relaxamento, controle do estresse, uso de *biofeedback* e comunicação da dor; o item *intervenções comportamentais* discrimina aconselhamento, conservação de energia, ergonomia, treino de mecânica corporal e trabalho condicionado; a categoria *tratamento de mão* inclui órtese, proteção articular e educação; na *atividade de grupo*, tem-se grupo de atividades/aconselhamento e retorno à escola; o item *tolerância de atividade* engloba uso de atividades intencionais, tolerância/resistência à atividade e uso de artes e ofícios; no tópico *adaptação externa*, foram encontrados a adaptação do ambiente e os dispositivos assistivos/simplificação das atividades diárias (MÜLLERSDORF; SÖDERBACK, 2002).

Alguns pacientes com dor podem adotar posturas que resultam em dor tolerável ou mínima – mais confortáveis – denominadas antálgicas; porém, essas posturas podem prejudicar a função musculoesquelética. Portanto, o Terapeuta Ocupacional deve orientar o sujeito quanto às posturas durante a realização de suas atividades cotidianas – sentadas ou em pé (DE CARLO; ELUI; PACKER, 2007).

Nos artigos selecionados, dentre os principais recursos descritos pelos autores, estão as medidas protetoras que envolvem mudança de hábitos, como os princípios de proteção articular e conservação de energia. Segundo Palmer e Simons (1991⁶, apud TORQUETTI et al., 2008), a proteção articular é uma estratégia pela qual o indivíduo se autogerencia de modo a promover não somente a redução da dor, como também para reduzir a fadiga e manter a integridade articular e a função. Segundo Hammond (1994⁷, apud TORQUETTI et al., 2008), proteção articular envolve concepções que englobam a conservação de energia, o uso de tecnologia assistiva e a alteração de padrões de movimento articular, além de respeitar a dor, oferecer descanso às articulações e realizar exercícios para manutenção da amplitude de movimento e da força muscular.

Em consonância com o que foi apresentado, dentre as técnicas utilizadas e os princípios considerados para prevenir a ocorrência e reduzir a intensidade da dor, Agnolon, Santos e Almeida (2006) ressaltam a conservação de energia e a proteção articular – também citadas por Noordhoek e Loschiavo (2005) –, como também a ergonomia e a cinesiologia. Esses autores, no Artigo 6, apontam a necessidade de observação do desempenho funcional dos pacientes e de demonstrações, tanto pelos pacientes como pelos profissionais, para propor alternativas de executar atividades realizadas com dor, também sugerindo outros recursos que previnem e aliviam a dor, como a massagem. Carvalho, Noordhoek e Silva

(2006) também apontam as técnicas de conservação de energia, simplificação de tarefa, programa de exercícios e proteção articular (Artigo 5).

Müllersdorf e Söderback (2002) encontraram a utilização da ergonomia para a intervenção junto à dor crônica (Artigo 2). Agnolon, Santos e Almeida (2006) e Tsukimoto et al. (2006) relacionam a utilização de princípios da ergonomia para a realização das atividades de vida diária (Artigo 7).

Nunes e Pena (2005) no Artigo 4, Müllersdorf e Söderback (2002) no Artigo 2, Carvalho, Noordhoek e Silva (2006, p. 135) no Artigo 5 e Noordhoek e Jokl (2008) no Artigo 8 citam que utilizaram técnicas de relaxamento como recurso terapêutico para o tratamento da dor. Nunes e Pena (2005) apontam que a dor é um distúrbio de excitação e que o relaxamento promove uma condição antagônica – favorece o estado de hipoexcitabilidade. Segundo De Carlo, Elui e Packer (2007), o relaxamento é um recurso terapêutico que pode ser aplicado pelos Terapeutas Ocupacionais. Este auxilia nos estados de estresse, tensão muscular ou como meio revigorante da saúde física, mental e emocional.

Apesar de não utilizarem os mesmos termos, observou-se que sete dos oito Artigos utilizaram no processo de intervenção do paciente os princípios de proteção articular, conservação de energia, simplificação do trabalho, ergonomia, cinesiologia e as técnicas de relaxamento.

Müllersdorf e Söderback (2002) apontaram o uso de tecnologia assistiva como recurso para tratamento da dor crônica. Segundo De Carlo, Elui e Packer (2007), a tecnologia assistiva, na qual se encontram as órteses, pode auxiliar ou compensar uma função e, assim, facilitar o desempenho das atividades cotidianas.

Outro recurso utilizado para a intervenção citado pelos autores é a educação do paciente. Esta pode ser feita de diversas formas e abordando diferentes conteúdos. Tsukimoto et al. (2006) propuseram que a educação ao paciente fosse feita por meio de aulas teóricas e práticas, englobando aquisição de conhecimento referente à patologia, orientações relacionadas a alongamentos e exercícios, hábitos alimentares, ergonomia relacionada às atividades cotidianas e discussão sobre as possibilidades de participação social. Noordhoek e Jokl (2008) utilizam-se do mesmo modelo de educação ao paciente – além de discussão sobre técnicas de proteção articular e conservação de energia – associado ao tratamento medicamentoso, à utilização de técnicas de relaxamento, aos exercícios físicos e aos recursos musicoterápicos.

O comportamento do sujeito frente à doença pode ter relação íntima com a compreensão da mesma; dessa forma, o sujeito não percebe que seu comportamento pode influenciar no curso da doença ou mesmo não sabe como este pode ser modificado de modo a contribuir para sua recuperação (POLLEY; HUNTER, 1980 apud TORQUETTI et al., 2008). Assim, ressalta-se a importância da educação do paciente com relação à doença e às formas de modificação do comportamento de modo a ele, paciente, assumir papel ativo perante sua vida.

5 Considerações finais

A temática dor, em especial a dor crônica, tem sido abordada de forma crescente no contexto da saúde por ser uma sensação desagradável e indesejada, que acarreta perda de desempenho funcional e papéis. Tais desdobramentos são combatidos pelos profissionais, visto que estes objetivam a máxima qualidade de vida possível ao sujeito e a dor assume papel impeditivo a tal objetivo. Além disso, o aumento da expectativa de vida e, com isso, um aumento mundial de pessoas com doenças crônicas (CARVALHO; NOORDHOEK; SILVA, 2006), associado à dor crônica, conduzem a uma busca de métodos para redução ou eliminação da mesma, ou ainda, a manutenção da máxima qualidade de vida apesar da presença da dor.

Com a elaboração deste trabalho, foi possível compreender as diversas dimensões do quadro clínico da dor, bem como suas consequências no desempenho ocupacional e na qualidade de vida do sujeito. Além disso, distinguiram-se quais as ferramentas de mensuração da dor são utilizadas e quais as mais frequentes no caso da dor crônica. Possibilitou, ainda, conhecer quais os objetivos, as modalidades de atendimento e os recursos utilizados por Terapeutas Ocupacionais no tratamento da dor crônica.

Foi possível constatar que a dor necessita de intervenção multidisciplinar em razão da sua multidimensionalidade e pelo fato de afetar a vida do sujeito e o seu desempenho ocupacional diário. Entre os profissionais desta equipe, o Terapeuta Ocupacional é um importante componente, com papel fundamental, uma vez que o foco de sua intervenção engloba o máximo desempenho – com autonomia e independência – nas atividades cotidianas, desempenho este que se encontra comprometido em decorrência do quadro algico.

Também se constatou que as avaliações mais utilizadas são as unidimensionais, dentre as quais

a Escala de Categoria Numérica e a Escala Visual Analógica, por serem de aplicação rápida e sim bem de não precisar de treinamento.

Já entre as abordagens de tratamento utilizadas, a mais apontada pelos autores é a abordagem grupal e, entre os recursos terapêuticos encontrados, é a educação do paciente, que visa o controle da dor e não somente sua redução, a mais citada.

Com base nas ideias discutidas anteriormente, deve-se considerar que não há apenas um recurso terapêutico que possa ser utilizado com pacientes que apresentam determinado tipo de dor, sendo necessário considerar a necessidade do sujeito – sua individualidade, sua rotina, seus papéis ocupacionais, as atividades que exerce/deseja exercer, suas potencialidades e limitações, entre outras características individuais. Portanto, independentemente do recurso que se utilize, deve-se atentar para a forma de realização, as necessidades do sujeito, as possibilidades de desempenho e adaptação, as etapas exigidas, as habilidades necessárias, entre outros aspectos. Além disso, o Terapeuta Ocupacional deve se atentar que a dor envolve não apenas fatores físicos, mas também pessoais, psicossociais e culturais; dessa forma, aponta-se para uma intervenção voltada não apenas para o controle da dor, mas sim para a promoção de mudança dos hábitos que desencadeiam o quadro de dor.

Com base nisso, pode-se afirmar que o sucesso da intervenção depende de o sujeito ter papel ativo frente ao tratamento e de o Terapeuta Ocupacional assumir o papel de facilitador do desempenho ocupacional satisfatório e, assim, da melhor qualidade de vida do sujeito que apresenta dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e reumáticas.

Referências

- AGNOLON, M. C.; SANTOS, S. S.; ALMEIDA, M. H. M. Grupo de orientação postural a idosos com dor osteomuscular: estabelecendo relações entre teoria e prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 17, n. 2, p. 80-86, 2006.
- AIRES, E. M. Características gerais do processo de avaliação. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinariedade*. São Paulo: Roca, 2007. p. 63-69.
- BALLARIN, M. L. G. S. Abordagens Grupais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 38-43.
- BARROSO, P. N. Dor. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPEUTAS DA MÃO E MEMBRO SUPERIOR. *Recomendações para avaliação do membro superior*. 2. ed. Joinville: SBTM, 2005. p. 30-37.

- BOAVENTURA, E. M. Revisão da Literatura. In: BOAVENTURA, E. M. *Metodologia da Pesquisa: monografia, dissertação e tese*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 45-53.
- BRACCIANO, A. G.; EARLEY, D. Modalidades de agentes físicos. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 421-441.
- CAILLIET, R. *Dor: mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CANÍGLIA, M. *Terapia Ocupacional: objeto e metodologia*. Belo Horizonte: Expressa Artes gráficas, 1994.
- CANÍGLIA, M. Processo Terapêutico Ocupacional. In: CANÍGLIA, M. *Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Ophicina Arte e Prosa, 2005. p. 116-171.
- CARVALHO, M. G. R.; NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. O. Grupo de Orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 2, p. 134-136, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000200008>
- DE CARLO, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional em Reumatologia: princípios e perspectivas. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 153-182.
- DE CARLO, M. M. R. P.; ELUI, V. M. C.; PACKER, M. P. Terapia Ocupacional e Atenção a Pacientes com Dor não-oncológica. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2007. p. 167-190.
- DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G.; SANTOS, W. A. Terapia Ocupacional em dor e cuidados paliativos: princípios, modelos de intervenção e perspectivas. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2007. p. 126-145.
- ENGEL, J. M. Tratamento para componentes psicossociais: controle da dor. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). *Willard, Spackman. Terapia Ocupacional*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 422-426.
- ENGEL, J. M. Controle da dor. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005. p. 518-525.
- FIGUEIRÓ, J. A. *A dor*. São Paulo: Publifolha, 2000.
- GARCIA, J. B. S. Semiologia da dor. *Jornal Dor*, ano 7, n. 23, p. 3, 2007a. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/images/jornal23.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2009.
- GARCIA, J. B. S. Ano Internacional de combate à dor na Mulher. *Jornal Dor*, ano 7, n. 26, p. 3, 2007b. Disponível em <<http://www.dor.org.br/images/jornal26.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2009.
- HAGEDORN, R. O processo de Terapia Ocupacional. In: HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Dynamis Editorial, 2001. p. 19-27.
- MCCAHON, S. et al. Self-report and pain behavior among patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, v. 21, n. 3, p. 223-231, 2005. PMID:15818074. <http://dx.doi.org/10.1097/00002508-200505000-00005>
- MELLO, M. A. F. et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 74-98.
- MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Pain Terminology*. The Seattle: International Association for the Study of Pain - IASP, 2007. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acesso em: 29 ago. 2009.
- MIRABELLI-SUSENS, L. Gerenciamento da dor. In: UMPHRED, D. A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. Barueri: Manole, 2004. p. 936-961.
- MÜLLERSDORF, M.; SÖDERBACK, I. Occupational therapist's assessments of adults with long-term pain: The Swedish experience. *Occupational Therapy international*, v. 9, n. 1, p. 1-23, 2002. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.153>
- NOORDHOEK, J.; LOSCHIAVO, F. Q. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 4, p. 242-244, 2005.
- NOORDHOEK, J.; JOKL, L. Efeito da música e de exercícios físicos num grupo de pessoas reumáticas: estudo piloto. *Acta Fisiatrica*, v. 15, n. 2, p. 125-127, 2008.
- NUNES, C. M. P.; PENA, L. R. Atuação da Terapia Ocupacional no gerenciamento da dor crônica para o trabalho no complexo do HC/UFGM. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFGM, 8., 2005, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFGM, 2005.
- NUNES, C. M. P. Dor neuromusculoesquelética. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 258-268.
- PAIVA, E. S. et al. Manejo da dor. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 4, p. 292-296, 2006.
- PEDRETTI, L.; EARLY, M. B. Desempenho ocupacional e modelos de prática para disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005, p. 3-13.
- PENGO, M. M. S. B.; SANTOS, W. A. O papel da Terapia Ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 232-255.
- RADOMSKI, M. V. Avaliando o contexto: pessoal, social e cultural. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 223-224.
- SANTANA, J. M. Avaliação do paciente com dor. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2007. p. 69-86.

SPECIALI, J. G.; GONÇALVES, D. A. G. Classificação, Fisiopatologia e Epidemiologia da Dor. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2007. p. 27-61.

STANOS, S.; HOULE, T. T. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, v. 17, n. 2, p. 435-450, 2006. PMID:16616276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.004>

STRONG, J. Assessment of pain perception in clinical practice. *Manual Therapy*, v. 4, n. 4, p. 216-220, 1999. PMID:10593110. <http://dx.doi.org/10.1054/math.1999.0205>

TEIXEIRA, M. J. et al. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. *Dor: epidemiologia e evolução histórica da dor*. São Paulo: Moreira Junior, 2001. p. 3-9.

TORQUETTI, A. et al. Programas de proteção articular para indivíduos com artrite reumatóide: uma revisão de literatura. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 76-84, 2008.

TSUKIMOTO, G. R. et al. Avaliação longitudinal da escola de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta Fisiátrica*, v. 13, n. 2, p. 63-39, 2006.

Contribuição dos Autores

Marilles Fuchs: pesquisa bibliográfica nos bancos de dados, concepção do texto manuscrito, seleção e análise dos artigos, redação e revisão do texto. Marina Redekop Cassapian: orientação e revisão do texto.

Notas

¹ Artigo de pesquisa bibliográfica elaborado a partir da Monografia de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional da UFPR, 2010.

² BEECHER, H. *Measurement of subjective responses*. New York: Oxford University Press, 1959.

³ YOSIPOVITCH, G.; HUNDLEY, J. L. Practical guidelines for relief of itch. *Dermatology Nursing*, v. 16, n. 4, p. 325-328, 2004.

⁴ NORDENSKIÖLD, U.; AIHTOFF, B.; HANSEN, A. *Joint Protection – for Activeling GUIDE*. Stockholm: The Swedish Rheumatism Association, 1994.

⁵ STRONG, J. Occupational therapy's contribution to pain management in Queensland. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 33, p.101-7.

⁶ PALMER, P.; SIMONS, J. Joint protection: a critical review. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 54, n. 12, p. 453-458, 1991.

⁷ HAMMOND, A. Joint protection behavior in patients with rheumatoid arthritis following an education program. *Arthritis Care and Research*, v. 7, n. 1, 1994.