

CAPÍTULO 04

A dor crônica sobre O Olhar da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC)

Chronic pain from the perspective of Cognitive Behavioral Therapy (CBT).

Gabriela Fernanda Machado;¹ Nathália Damião Brandão²

¹Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG
GabiMachado28@outlook.com

²Universidade Federal de Uberlândia–UFU
nath_db@hotmail.com

 <https://doi.org/10.5281/zenodo.18728552>



 **OPEN ACCESS**

RESUMO:

A dor crônica representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde e para a qualidade de vida dos indivíduos. Muito além de um sintoma físico, ela se configura como um fenômeno complexo, que envolve dimensões biológicas, emocionais, cognitivas e sociais. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) entra como uma abordagem terapêutica e não farmacológica para o manejo da dor e para a promoção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. Diante disso, buscou-se discutir a contribuição da TCC como recurso terapêutico não farmacológico na dor crônica. Percebe-se a influência da distorção cognitiva da catastrofização como fator que produz a intensidade da dor, desse modo, sendo a TCC uma abordagem que busca identificar padrões de pensamento distorcidos ou disfuncionais, essa contribui para a reestruturação cognitiva e assim, a incertezas e a dor.

Palavras-Chaves: Dor; Catastrofização; Terapêutica.

ABSTRACT:

Chronic pain represents one of the greatest challenges for healthcare systems and the quality of life of individuals. Far beyond a physical symptom, it is a complex phenomenon involving biological, emotional, cognitive, and social dimensions. In this context, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) emerges as a therapeutic and non-pharmacological approach for pain management and the promotion of more adaptive coping strategies. Therefore, this study sought to discuss the contribution of CBT as a non-pharmacological therapeutic resource in chronic pain. The influence of the cognitive distortion of catastrophizing is perceived as a factor that produces the intensity of pain; thus, since CBT is an approach that seeks to identify distorted or dysfunctional thought patterns, it contributes to cognitive restructuring and thus, to uncertainty and pain.

Keywords: Pain; Catastrophizing; Therapy.

Introdução

A dor crônica constitui um dos maiores desafios para a atuação em saúde, bem como para os profissionais que atuam na interface entre corpo e mente. Definida, segundo estudos como aquela que persiste por mais de três meses, mesmo após a resolução do evento causal inicial, a dor crônica não se limita a uma experiência fisiológica, mas envolve dimensões emocionais, cognitivas e sociais (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020).

A dor crônica difere da dor aguda não apenas pela duração, mas também pela função que desempenha. Enquanto a dor aguda tem um papel adaptativo, sinalizador e imediato, a dor crônica se instala por um tempo maior e, muitas vezes, torna o indivíduo um ser debilitante (Turk & Okifuji, 2002). O modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) ampliou a compreensão da dor, integrando fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Nessa perspectiva, a experiência dolorosa é influenciada não apenas pelos estímulos nociceptivos, mas também pelas crenças, expectativas e respostas emocionais do indivíduo.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor pode ser definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos nos tecidos reais ou potenciais" (IASP, 2020). Além da dor aguda e crônica, ainda podemos encontrar a dor incidental e dor total.

DOR INCIDENTAL: (Breakthout pain): são picos de dor ultrapassando o ponto de alívio em pacientes com dor crônica que já estejam com sua dor controlada, tendo seu aparecimento, isto é, escape de dor, de forma súbita com duração geralmente curta. Relacionada com atividades específicas como tossir, levantar ou caminhar.

DOR TOTAL: Cicely Saunders aplica à dor uma visão multidimensional, o conceito de Dor Total, onde o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (Hcor, protocolo de dor, pág 6-12).

Fatores como ansiedade, depressão, catastrofização da dor e evitação comportamental estão frequentemente presentes em pacientes com dores e isso pode contribuir para o ciclo de manutenção do sofrimento (Williams et al., 2013). Assim, com-

preender a dor crônica implica reconhecer a interação entre corpo e mente, rompendo com a visão reducionista de que a dor é exclusivamente física.

Em razão de sua complexidade, o manejo da dor crônica exige uma abordagem integrada e interdisciplinar. Nesse contexto, podemos ver a atuação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma abordagem dentro do campo de atuação da Psicologia, que destaca-se como um recurso terapêutico não farmacológico capaz de auxiliar o paciente na compreensão e modificação dos processos mentais/emocionais e comportamentais que contribuem para a manutenção do sofrimento.

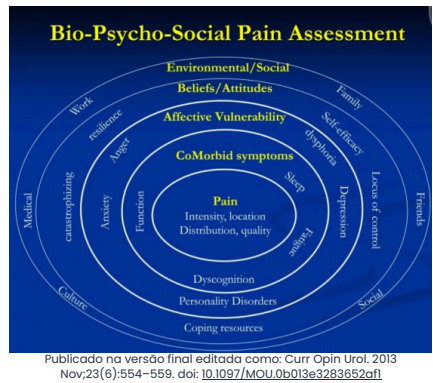
O presente capítulo tem como objetivo discutir a atuação da TCC na dor crônica, com ênfase nas distorções cognitivas, especialmente a catastrofização, e suas implicações no manejo da dor, com uso de cenas de filmes e séries para exemplificação. Para sua realização buscou artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, sem delimitação de período, construindo estudo de caráter totalmente exploratório, nas bases de dados LILACS, Medline, Scielo e Pubmed, cruzando os descritores: "dor crônica", "dor crônica e psicologia", "dor crônica e TCC", "terapia cognitiva comportamental" e "catastrofização". Onde o principal critério de inclusão foi a referência direta da dor crônica no contexto da psicologia.

DESENVOLVIMENTO

Dor Crônica e a Terapia Cognitiva - Comportamental (TCC):

Como a dor é considerada um fenômeno subjetivo e multifatorial, que envolve não só fatores fisiológicos, mas também emocionais, sensoriais, cognitivos e comportamentais, é necessário que sua avaliação não se limite apenas à intensidade da dor, mas a toda a experiência mediada por crenças, esquemas e padrões comportamentais relacionados à dor. Nesse sentido, a queixa dolorosa não é medida só por instrumentos padronizados, mas também pela narrativa do indivíduo a partir de uma escuta clínica qualificada. Assim, a avaliação da dor também deve investigar aspectos emocionais e cognitivos, como ansiedade, depressão, desesperança, estratégias de enfrentamento (coping) e cren-

ças sobre a dor e o próprio corpo. Aqui podemos destacar a contribuição do modelo “Bio-Psycho-Social Pain Assessment”, descrito por Williams, D. A.; et al. em “The importance of psychological assessment in chronic pain”, para exemplificar diferentes camadas associadas a dor e sua avaliação:



Publicado na versão final editada como: Curr Opin Urol. 2013 Nov;23(6):554–559. doi: 10.1097/MOU.0b013e3283652a1f

Nesse modelo, a dor é o núcleo central da experiência manifestando-se em termos de intensidade, localização, distribuição e qualidade, enquanto elementos emocionais, cognitivos e ambientais modulam a forma como o indivíduo a percebe e reage a ela. Em torno da experiência dolorosa, frequentemente observam-se sintomas comórbidos, como distúrbios do sono, fadiga, alterações cognitivas e quadros depressivos, que contribuem para o agravamento do sofrimento e para a redução da funcionalidade. A vulnerabilidade afetiva, expressa por emoções como ansiedade, raiva e disforia, influencia o modo de enfrentamento e o curso clínico da dor crônica.

As crenças e atitudes relacionadas à auto eficácia, locus de controle e expectativas diante do tratamento são determinantes na forma de lidar com a dor. Pensamentos disfuncionais, especialmente a catastrofização, podem intensificar a percepção dolorosa e dificultar o engajamento no processo terapêutico. Em contrapartida, recursos de resiliência e estratégias de coping adaptativas tendem a favorecer o ajustamento emocional e a adesão ao tratamento, isso deve ser um fator de atenção para o clínico que atua nessa área.

Do mesmo modo, os aspectos sociais e ambientais, como relações familiares, apoio de

amigos, ambiente de trabalho e fatores culturais exercem influência significativa na experiência subjetiva da dor. Assim, o modelo biopsicossocial reconhece que o manejo da dor depende de uma abordagem integrativa, que contemple o corpo, a mente e o contexto social do paciente (Williams et al., 2013).

Dentre os principais instrumentos de avaliação da dor, podemos encontrar ferramentas que identificam o início, localização, intensidade, irradiação, duração e aspecto (figura 1), e em casos de adultos alfabetizados/ crianças sem limitações cognitivas, temos as escala for Verbal Numérica (EVN) ou de faces (figura 2 e 3), entre outros. Essas escalas são de extrema importância para que o paciente possa demonstrar aspectos da sua dor que muitas vezes não são possíveis ser explicados apenas pela comunicação verbal.



Figura 1. Aspectos a serem avaliados na dor
Fonte: HCor (2021, p. 9)



Figura 2. Escala Verbal Numérica



Figura 3. Escala de Faces (utilizada pelo Grupo de Estudos da Dor Hcor).
Fonte: HCor (2021, p. 10)

A atuação de uma equipe multiprofissional é essencial no manejo da dor crônica. Juntamente a isso temos a atuação da Psicologia. O papel do psicólogo é compreender como o paciente interpreta e reage à dor, reconhecendo que a percepção dolorosa é influenciada não apenas pelo estímulo físico, mas também pelos pensamentos, emoções e experiências de vida (Williams et al., 2013). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) uma abordagem teórica-prática dentro da atuação em psicologia ajuda de forma complementar às abordagens médicas e fisioterapêuticas, favorecendo o engajamento do paciente e reduzindo a dependência de tratamentos exclusivamente farmacológicos. Nesse cenário, o profissional de psicologia atua como facilitador da autonomia e da autorregulação emocional, auxiliando o paciente a encontrar novos significados para sua experiência de dor e a reconstruir seu sentido de vida.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), foi desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, essa teoria entende que as interpretações cognitivas dos eventos exercem influência direta sobre as emoções e os comportamentos (Beck, 2013). Além do trabalho cognitivo, a TCC atua sobre os comportamentos de evitação, como por exemplo fobias sociais ou por medo da dor. Assim, a TCC propõe um reestruturação gradual do comportamento e o fortalecimento da autoeficácia, ou seja, da crença na própria capacidade de manejar a dor (Bandura, 1997).

Dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), entende-se que os pensamentos automáticos e as crenças centrais influenciam diretamente a forma como o indivíduo percebe e reage à realidade, inclusive à dor. Pensamentos disfuncionais são interpretações distorcidas da realidade que podem gerar sofrimento emocional e comportamentos desadaptativos (Beck, 2013), se formos relacionar ao contexto da dor crônica, um exemplo comum desse pensamento, inclui: “Essa dor nunca vai passar”. Esses pensamentos reforçam emoções negativas (como ansiedade, raiva ou desespero) e podem aumentar a percepção de dor, criando um ciclo de retroalimentação entre dor, sofrimento e limitação. A partir disso,

crenças disfuncionais acabam sendo criadas, essas são ideias mais profundas e rígidas sobre si mesmo, o mundo e o futuro por exemplo: “Sou fraco porque sinto dor”. Essas crenças funcionam como lentes cognitivas que distorcem a interpretação da experiência e reduzem a sensação de autoeficácia.

Diversos estudos e metanálises apontam a TCC como uma das intervenções psicológicas mais eficazes no manejo da dor crônica. Hoffman et al. (2007) identificaram, em uma revisão sistemática, que pacientes submetidos à TCC apresentaram redução significativa da intensidade da dor, melhora no humor e maior capacidade funcional. Além do mais, pesquisas mostram que a redução da catastrofização atua como mediadora dos efeitos positivos da TCC, indicando que a modificação cognitiva é um dos principais mecanismos de mudança terapêutica (Jensen et al., 2011). Essas evidências sustentam o uso da TCC não apenas como uso complementar, mas como parte integrante do tratamento interdisciplinar de tratamento da dor.

No contexto da dor crônica, a TCC busca auxiliar o indivíduo a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais como a catastrofização (“Minha dor é insuportável”) ou a generalização (“Nunca mais vou conseguir viver normalmente”) que intensificam a percepção de dor e reduzem a sensação de controle. A catastrofização da dor é uma distorção cognitiva comum entre pessoas que vivenciam dor persistente e representa um padrão de pensamento caracterizado pelo aumento da intensidade das sensações dolorosas, desesperança e foco excessivo na dor (Sullivan et al., 2001).

Segundo Turk e Rudy (1992), autores influentes na área de psicologia da saúde, especificamente sobre a dor crônica e fatores cognitivos/comportamentais, os indivíduos com altos níveis de catastrofização tendem a interpretar a dor como insuportável e ameaçadora, o que aumenta a ativação fisiológica, eleva o estresse e intensifica a percepção subjetiva da dor. Esse processo cria um ciclo vicioso, isto é, quanto mais o paciente teme e se concentra na dor, mais intensa ela se torna não necessariamente por aumento do estímulo nociceptivo, mas pela modulação cognitiva e emocional da experiência.

Desse modo, a catastrofização também estaria associada à fatores que perpetuam o sofrimento e dificultam o enfrentamento ativo da condição impactando ainda mais a qualidade de vida de uma pessoa portadora de dor crônica. A Terapia Cognitivo-Comportamental, ao propor a modificação de padrões disfuncionais e, especialmente, da catastrofização, revela-se um recurso terapêutico significativo e humanizador (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009).

Mais do que reduzir a dor, a TCC ensina o sujeito a se relacionar de modo funcional com ela, transformando o sofrimento em possibilidade de ressignificação e retomada da autonomia. Dessa maneira, o cuidado psicológico se afirma como parte fundamental do tratamento integral da dor crônica, reafirmando que cuidar é também ajudar o outro a encontrar sentido em meio à dor.

Nesse contexto, a Terapia Cognitiva Comportamental atua diretamente sobre esse padrão disfuncional de pensamento, buscando (Beck, 2013):

1. Identificar pensamentos automáticos catastróficos;
2. Promover a reestruturação cognitiva, substituindo crenças de impotência por percepções mais realistas e funcionais;
3. Ensinar estratégias de enfrentamento que aumentem o senso de controle e diminuam o medo da dor; Trabalhar a aceitação e o engajamento comportamental, prevenindo o isolamento e a evitação.

Estudos ainda indicam que a redução da catastrofização mediada pela TCC está fortemente associada à diminuição da intensidade percebida da dor e à melhora da funcionalidade (Severijns et al., 2001; Ehde et al., 2014). Por isso, a intervenção cognitiva se mostra não apenas um suporte emocional, mas um componente terapêutico essencial no manejo da dor crônica.

Ademais, a TCC abarca outras diversas técnicas que podem auxiliar na redução da dor crônica que vai além da identificação de distorções cognitivas, como: Psicoeducação- explicação sobre o funcionamento da dor e o

papel das emoções e cognições na modulação da experiência dolorosa; Reestruturação cognitiva -identificação e substituição de pensamentos automáticos negativos e catastróficos por interpretações mais realistas; Relaxamento e respiração diafragmática - técnicas que reduzem a tensão muscular e promovem regulação emocional; Ativação comportamental- incentivo à retomada gradual de atividades significativas, rompendo o ciclo de evitação e isolamento; Treino de enfrentamento (coping)- desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com as crises de dor e, mindfulness e aceitação- nas abordagens de terceira onda da TCC, o foco desloca-se para a aceitação da dor e a vivência plena do presente, reduzindo o sofrimento secundário (Hayes et al., 2012).

A dor crônica, vista pela lente da Terapia Cognitivo-Comportamental, é mais do que um sintoma físico: é uma experiência subjetiva moldada por pensamentos, emoções e comportamentos. A TCC, portanto, busca identificar, questionar e reestruturar esses padrões, promovendo pensamentos mais realistas e funcionais, que favorecem o enfrentamento e a adesão ao tratamento. Já que pode se perceber com os artigos, que a percepção que o paciente tem da sua dor impacta a forma como ele sente, nomeia a dor e sua intensidade.

A dor através da arte: o sofrimento humano e a reconstrução de sentido:

Para retratar exemplos práticos de como a experiência de dor ultrapassa a dimensão fisiológica e pode alcançar o campo simbólico, emocional e existencial trago neste capítulo um exemplo de filme e série que demonstra a vivência da dor crônica, bem como podemos encontrar a relação desta com a TCC. Pois, a arte em suas diversas formas pode se tornar um espelho de como se reproduz o sofrimento humano, ajudando a compreender os processos psíquicos envolvidos na dor e no enfrentamento.

O filme *O Escafandro e a Borboleta* (2007), dirigido por Julian Schnabel, retrata a história real de Jean-Dominique Bauby, em um dos principais cenários Jean-Dominique Bauby, editor da revista *Elle*, acorda após um AVC e descobre que está com síndrome do encarceramento, ou seja, só consegue mover o olho esquerdo. Ape-

sar da paralisia total, ele aprende a se comunicar piscando e escreve um livro inteiro assim. Mesmo diante de uma limitação extrema, Bauby encontra um novo modo de existir. Ele passa do pensamento automático “minha vida acabou” para “ainda posso viver através da minha imaginação e das minhas memórias”.

Essas cenas ilustram de modo exemplar o processo de reestruturação cognitiva proposto pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em que o sujeito aprende a identificar e modificar pensamentos disfuncionais, modificar a percepção da realidade, encontrando sentido e liberdade mesmo na restrição substituindo interpretações rígidas e negativas por percepções mais realistas e adaptativas (Beck, 2013). A metáfora do “escafandro” representa a limitação imposta pela dor e pela condição física, enquanto a “borboleta” simboliza a liberdade da mente e a possibilidade de reconstruir sentido mesmo diante da perda.

Um outro exemplo pode ser visto na a série *This Is Us* (2016–2022), em um de seus episódios mais marcantes (“Number One”), o personagem Kevin enfrenta uma lesão física no joelho e faz o uso de analgésicos, que o levam a reviver sentimentos de fracasso e vazio existencial. Em meio à dor física, ele revive memórias de infância e se sente cada vez mais sem propósito. A dor o leva a pensamentos automáticos do tipo: “Sou um fracasso”, “Nada mais faz sentido”. Sua dor física torna-se também emocional, alimentada por crenças centrais negativas, como “não sou bom o bastante” ou “nada faz sentido”. Tais crenças, frequentemente presentes em quadros de dor crônica, contribuem para o aumento do sofrimento e para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Turk & Okifuji, 2002). A TCC, ao intervir nesse processo, busca promover a reestruturação das crenças e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento mais funcionais, possibilitando que o indivíduo reconstrua sua identidade para além da dor.

Ambas as narrativas evidenciam que o sofrimento não impacta apenas no corpo, mas sobretudo na forma como é interpretado e sentido. A dor crônica pode levar à catastrofização tendência a imaginar cenários

de piora e incapacidade, afetando o humor, o sono, as relações sociais e a autoestima. A partir da TCC, o paciente é convidado a ressignificar sua experiência, transformando o sofrimento em possibilidade de autoconhecimento e reconstrução de novas formas de enfrentamento e qualidade de vida. Assim como Bauby encontra liberdade em sua mente e Kevin descobre novos significados ao encarar sua vulnerabilidade, o processo terapêutico convida o sujeito a perceber que a dor não define sua existência, mas pode se tornar parte de um caminho de crescimento e autoconhecimento.

Considerações Finais

A dor crônica, como visto, perpassa o corpo físico e afeta profundamente o modo de ser e de se relacionar com o mundo. Nesse contexto, a intervenção psicológica assume papel essencial na reabilitação e na promoção da qualidade de vida. Mais do que reduzir a intensidade da dor, a TCC se mostra eficaz ao modificar crenças disfuncionais, diminuir a catastrofização e promover comportamentos mais funcionais, permitindo que o sujeito se relacione de modo diferente com sua experiência dolorosa. Ao ampliar a percepção de autoeficácia e favorecer a retomada da autonomia, a TCC transforma o sofrimento em possibilidade de ressignificação. Assim, o cuidado psicológico se afirma como parte fundamental do tratamento multidimensional da dor crônica, reafirmando que cuidar é também ajudar o outro a reconstruir sentido em meio à dor.

Referências

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. *American Psychologist*, 69(2), 153–166.
- Fogelman, D. (Criador). (2016–2022). *This Is Us* [série de TV]. NBC.
- HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR). Protocolo de dor. São Paulo: HCor Complexo Hospitalar

/Medicina Diagnóstica, 2021. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/grea-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>. Acesso em: 28 out. 2025.

Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-análise de intervenções psicológicas para dor lombar crônica. *Psicologia da Saúde*, 26(1), 1–9.

Hayes, A. F. (2012). **PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling** [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>.

International Association for the Study of Pain. (2020). **IASP terminology**. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology>. Acesso em: 02/11/2025

Jensen, Troels S. *,1 ; Barão, Ralf 2 ; Haanpää, Maija 3 ; Kalso, Eija 4 ; Loeser, John D.5 ; Arroz, André SC 6 ; Treede, Rolf-Detlef 7 .**Uma nova definição de dor neuropática**. *Dor* 152(10):p 2204–2205, outubro de 2011. | DOI: 10.1016/j.pain.2011.06.017

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (2011). **Lidando com a dor crônica: uma revisão crítica da literatura**. *Dor*, 152(8), 1968–1976.

Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). **Catastrofização da dor: uma revisão crítica**. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758.

Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Weber, W. E. (2001). A catastrofização da dor está associada a índices de saúde em pacientes com dor crônica. *European Journal of Pain*, 5(1), 73–83.

Schnabel, J. (Diretor). (2007). **O escafandro e a borboleta** [Filme]. Pathé Renn Productions.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Fatores psicológicos na dor crônica: Evolução e revolução. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690.

Turk DC, Wilson H, Swanson KS. O modelo biopsicossocial da dor e seu manejo. Em: Ebert MH, Kerns RD, eds. **Manejo Comportamental e Psicofarmacológico da Dor** . Cambridge University Press; 2010:16–43.

WILLIAMS, D. A.; et al. The importance of psychological assessment in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, v. 29, n. 9, p. 773–781, set. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295636/>. Acesso em: 02 nov. 2025.