

MINDFULNESS: Uma terapia complementar na Dor Crônica

MINDFULNESS: A complementary therapy for Chronic Pain

Julia Niero Zanatta Streck¹, Renan Antonio Ceretta², Juliana Stuginski-Barbosa³

RESUMO

Um dos grandes desafios da Dor Crônica é o impacto negativo sobre os aspectos físicos e emocionais do indivíduo, frequentemente associado com depressão, ansiedade e incapacidade física. Terapias baseadas em práticas meditativas vem sendo estudadas e possuem resultados promissores no controle da dor crônica. Os objetivos deste estudo são verificar na literatura se as Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM's) apresentam eficácia no tratamento da dor crônica e destacar quais ferramentas podem ser utilizadas na prática clínica. Com a introdução do Mindfulness na medicina, criaram-se intervenções baseadas nesta prática para que pudessem ser aplicadas na clínica. Com isso, diversos estudos nos últimos 20 anos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar alterações morfológicas no cérebro de pacientes após a prática de IBM's. As evidências indicam que ser mais "mindful" é uma tendência natural ou um resultado de uma prática profunda. A efetividade das IBM's na dor crônica depende da prática intensa ou da personalidade do paciente. Apesar de ainda não haver um consenso sobre as práticas baseadas em Mindfulness, atualmente existem evidências moderadas de que podem ser utilizadas como uma terapia complementar ao tratamento convencional em pacientes portadores de dores crônicas.

Palavras-chave: dor crônica; dor; atenção Plena.

ABSTRACT

One of the major challenges of Chronic Pain is the physical and emotional negative impact of the individual, often associated with depression, anxiety and physical disability. Therapies based on meditative practices have been studied and have promising results in the control of chronic pain. The aims of this study were to verify in the literature whether Mindfulness Based Interventions (MBI's) are effective in treating chronic pain and which tools can be used in the clinical practice. With the introduction of Mindfulness in medicine, interventions based on this practice were created so that they could be applied in the clinic. Thus, several studies over the last 20 years have been developed to evaluate morphological changes in the brain of patients after the practice of MBI's. Evidence indicates that being more "mindful" is a natural tendency or a result of deep practice. The effectiveness of IBM's in chronic pain depends on the patient's intense practice or personality. Although there is still no consensus on Mindfulness-based practices, there is currently moderate evidence that they can be used as a complementary therapy to conventional treatment in patients with chronic pain.

Key-words: chronic pain; pain; mindfulness.

1.2.Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil; 3.Instituto de Especialidades Odontológicas. Bauru-SP, Brasil.

Autor para correspondência: Julia Niero Zanatta Streck, Rua Lauro Muller, 700, Cruzeiro do Sul, Criciúma/SC, Brasil, julia.dtmedor@gmail.com.

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram que não possuem conflito de interesse.

Declaração de financiamento: Não foi utilizado nenhum tipo de financiamento para este estudo.

INTRODUÇÃO

Pacientes com dor crônica frequentemente se apresentam na clínica com sensação de frustração por não possuírem um diagnóstico preciso e realizarem tratamentos ineficazes^{1,2}. Um dos grandes desafios da dor crônica é o impacto negativo sobre os aspectos físicos e emocionais do indivíduo, frequentemente associado com depressão, ansiedade e incapacidade física³⁻⁵.

Para que estes fatores sejam abordados pelos clínicos, em 1977, Engel propôs o modelo biopsicossocial onde trata o biológico, o social e o psicológico de forma integrada, como um sistema, sem separar a mente do corpo⁶. Este modelo se encaixa com o perfil da condição de dor crônica, pois é um resultado de fatores biológicos, sociais e psicológicos, experienciados diferentemente por cada indivíduo⁷⁻⁹.

Estudos indicam que intervenções psicossociais baseadas em mudança de comportamento são eficazes no controle da dor^{3,10,11}. No tratamento da dor crônica o encaminhamento ao psicólogo ou psiquiatra é utilizado para abordar os fatores psicossociais, e dentre as diversas intervenções que podem ser utilizadas, a mais comum é a terapia cognitivo comportamental (TCC)⁸.

Com intenção de trabalhar dentro de um modelo biopsicossocial, terapias baseadas em práticas meditativas vêm sendo estudadas e possuem resultados promissores no controle da dor crônica¹²⁻¹⁶. Alguns exemplos dessas práticas são as Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM's), que inicialmente foram fundamentadas em princípios do Budismo e outras práticas espirituais, como hinduísmo, taoísmo e judaísmo, onde o foco principal é o não julgamento e aceitação da dor física e estresse psicológico, reduzindo a ruminação* e catastrofização** destas experiências¹⁷.

Na clínica para tratamento de pacientes com dor crônica, as IBM's podem ser utilizadas como uma abordagem não farmacológica, complementar ao tratamento convencional. O clínico pode orientar o paciente a utilizá-la como uma ferramenta de autocuidado e controle da dor crônica.

***Ruminação:** Ato ou efeito de remoer o mesmo assunto; meditar insistentemente a respeito do mesmo assunto.

****Catastrofização:** Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Eventos negativos que podem ocorrer são tratados como catástrofes intoleráveis, em vez de serem vistos em perspectiva.

OBJETIVO

Os objetivos deste estudo foram verificar na literatura se as IBM's apresentam evidências que podem ser eficazes no tratamento da dor crônica e destacar quais ferramentas baseadas nestes mecanismos que podem ser utilizadas na clínica com pacientes que apresentam essa condição.

CONTEÚDO

O conceito de Mindfulness ainda é muito empírico e não possui um consenso^{12,18,19}. Ele já foi referido como um

fenômeno psicológico, como um traço de personalidade, uma prática de meditação ou um estado mental¹⁸. A prática possui uma grande variabilidade de intervenções, propostas por diversos autores, cada um com diferentes focos de atuação²⁰.

Apesar da inconformidade conceitual, sabe-se que o Mindfulness tem base na filosofia budista onde a mente ocupa o papel principal entre os 8 caminhos para aliviar o sofrimento humano¹⁹. Apesar disso, a IBM não está relacionada com nenhuma religião ou crença. O conceito de Mindfulness mais citado é o de Kabat-Zinn, que o descreve como um estado de consciência que emerge por meio de prestar atenção em um objetivo, sem julgamentos e no momento presente, o desenrolar de uma experiência, momento a momento²¹. É a prática da meditação baseada na percepção do momento presente com objetivo de promover um pensamento nítido e de aceitação em relação ao que está acontecendo e criar uma sensação de equilíbrio emocional e bem-estar^{19,22-24}.

Com a introdução do Mindfulness na medicina, foram criadas intervenções baseadas nesta prática para que pudessem ser aplicadas na clínica. Os programas mais estudados hoje para dor crônica são o de Mindfulness Baseado na Redução de Estresse (MBRE), Mindfulness Baseado na Terapia Cognitiva (MBTC) e Terapia de Aceitação e Comprometimento (TAC)^{20,19}. A MBRE ensina aos participantes sobre a psicologia e fisiologia do estresse e como aplicar o mindfulness para responder de forma adaptativa às situações de estresse, dor e incapacidades associadas. Enquanto a MBTC inclui exercícios que dão ao paciente ferramentas para avaliar a ligação entre estresse, emoções, sensações físicas e o seu comportamento¹⁹. A TAC é uma orientação psicoterapêutica que atua de forma particular analisando o comportamento com o mindfulness e aceitação como princípios centrais²⁵. Esses tipos de intervenções são chamadas de terapias da terceira onda, onde o foco do tratamento é na saúde e bem-estar do paciente e, não no sofrimento e problema, mesmo que estes sejam afetados positivamente após o tratamento¹².

Existem duas formas de avaliar IBM's. Uma delas seria separar e comparar os diversos componentes dentro das intervenções, como por exemplo suporte social, redução de estresse, relaxamento, bem-estar, catastrofização e comportamentos cognitivos. Outra, seria avaliar de forma mais profunda, um estado real de Mindfulness, como uma característica pessoal interiorizada, que leva às mudanças positivas que são observadas²⁶.

Normalmente a verificação do estado real de Mindfulness é acessado por meio dos questionários Escala de Atenção e Consciência Plena (EACP) ou Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (QCFM)²⁷. Outra forma de mensurar o resultado de uma IBM é na sua atuação indireta, em características associadas à doença foco do programa, pela aplicação de questionários específicos. Os mais utilizados para avaliar a relação do paciente com a dor crônica são Escala de Catastrofização da Dor (ECP), Questionário de Aceitação de Dor Crônica (QADC)^{15,28,29} e Questionário de Qualidade de Vida (QQV)³⁰.

A forma como o Mindfulness atua na mudança e transformação do indivíduo ainda é muito inespecífica^{15,18,20}. Diversos mecanismos de ação foram propostos para as IBM's. Dentre eles, existem os modelos psicológicos^{26,27}, modelos psico-neurocognitivos^{31,32} e modelos fenômeno-neurocognitivos³³.

Shapiro et al. (2006) desenvolveram uma teoria em que o Mindfulness funciona por meio de três eixos principais: Intenção, Atenção e Atitude (IAA), com intuito de desenvolver um metamecanismo que os autores chamam de re percepção. O eixo Intenção está relacionado com o objetivo e foco da prática, levando a auto-regulação, auto-exploração e auto-liberação. A Atenção é um componente voltado para a observação do momento ou objeto presente, removendo qualquer interpretação associada com experiência anterior. Este eixo associa diversos mecanismos abordados na terapia cognitivo comportamental como vigilância e atenção sustentada, a habilidade de focar a atenção em objetos ou pensamentos por vontade própria e a habilidade de inibir um processamento secundário de pensamentos. E por fim, o eixo Atitude que seria aprender a olhar para suas experiências internas e externas sem avaliação ou interpretação, praticando a aceitação, a compaixão e o não julgamento consigo mesmo.

Além dos componentes psicológicos e comportamentais, diversos estudos nos últimos 20 anos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar alterações morfológicas no cérebro de pacientes após a prática da Meditação Mindfulness (MM)³⁴⁻³⁶. Foram verificadas, através de ressonância magnética e imagens dinâmicas das regiões cerebrais, a massa branca e cinzenta do cérebro (avaliando a espessura cortical e o volume e/ou densidade) e as características físicas da matéria cerebral (anisotropia fracionada e difusividade axial e radial)³⁷. No entanto, não existe um padrão nos desenhos experimentais e existem falhas metodológicas não permitindo a replicabilidade dos estudos¹⁸.

Apesar disso, sabe-se que as regiões do cérebro envolvidas na MM são o córtex cingulado anterior e corpo estriado (controle de atenção), múltiplas regiões pré-frontais, regiões límbicas e o corpo estriado (regulação emocional) e ínsula, córtex pré-frontal medial e córtex cingulado posterior (propriocepção) (Tabela 1)³⁷.

Tabela 1 – Descrição dos mecanismos de ação das IBM's.

Mecanismos	Instruções	Experiências comportamentais reportadas	Áreas cerebrais associadas
Regulação da atenção	Manter a atenção em algo e sempre que houver distração, voltar a atenção para o objetivo	Desempenho aprimorado da atenção executiva, orientação e alerta	Córtex Cingulado Anterior e Corpo Estriado
Percepção corporal	Foco em alguma experiência interna, como respiração, emoções ou outras sensações corporais	Consciência corporal e poder de observação aprimorado	Ínsula e Junção Temporoparietal
Regulação emocional: reavaliação	Experenciar as reações emocionais sem julgamento e com aceitação	Aumento na reavaliação positiva	Córtex Pré-Frontal Dorsal e Corpo Estriado
Regulação emocional: exposição, extinção e reconsolidação	Expor-se a tudo que está na consciência, deixar-se afetar por ela, impedindo a reatividade interna.	Aumenta a não reatividade em experiências interiores	Córtex Pré-Frontal Vento-Medial, Corpo Estriado, Hipocampo e Amígdala
Mudança de perspectiva do eu	Desapego de um conceito estático de si mesmo	Mudanças autorreferidas no autoconceito	Córtex Pré-Frontal Medial, Córtex Cingulado Posterior e Ínsula

Fonte: Holzel et al, 2011; Tang, Holzel, Posner, 2015.

A meditação desenvolve alterações cerebrais que se mantêm ao longo da vida do indivíduo, desde que a prática seja frequente³⁷. A ativação de regiões cerebrais é diferente em indivíduos com baixa e alta experiência meditativa. Zeidan et al. (2011)³⁸ verificaram que meditadores inexperientes, ao realizarem a MM, tiveram um aumento na atividade em áreas envolvidas na regulação cognitiva do processamento nociceptivo (córtex cingulado anterior e ínsula anterior) e áreas envolvidas na reformulação da avaliação de estímulos (córtex orbitofrontal), além de uma redução da ativação do córtex somatossensorial. Em comparação, meditadores experientes tiveram menor ativação nas regiões do córtex pré-frontal dorsolateral e ventrolateral, e mostraram maior desenvolvimento no processamento da dor em região de ínsula, córtex somatossensorial e tálamo.

Alguns estudos indicam que a associação positiva entre as regiões frontais e a amígdala obtida pela IBM, pode indicar que a meditação está ligada a um mecanismo de monitoramento de excitação, e não uma redução ou supressão de repostas emocionais e que, pode ser considerado um marcador exclusivo da regulação da emoção consciente^{37,39,40}.

Guendelman, Medeiros e Rampes, em um estudo de 2017, chegaram a conclusão de que a experiência emocional relacionada com o Mindfulness desenvolve uma sequência de interações dos mecanismos regulatórios do corpo. Esta perspectiva fornece uma visão integrativa dos processos cognitivos e emocionais com a regulação homeostática, pela interação do cérebro com o corpo.

Existem indícios de que a plasticidade cerebral induzida pelo estresse pode ter maior efeito no córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala e outras áreas relacionadas com medo e comportamentos auto-reguladores⁴⁰⁻⁴³. A forma como essas regiões se correlacionam, determinam se o indivíduo terá uma boa ou má adaptação de acordo com as suas experiências e, se, sua saúde mental e física será prejudicada. A prática da MM pode causar uma redução da secreção de cortisol e, conseqüentemente, ter efeitos neuroprotetores³⁷.

Dentro de um programa de IBM existem diversas práticas que podem ser realizadas com o objetivo de alcançar a re percepção, foco no presente e o não julgamento. A MM

é uma das intervenções mais utilizadas na prática dos programas, principalmente para atuar na regulação da atenção, percepção corporal, guiar as emoções e mudar a perspectiva de si mesmo⁴⁴. Além desta, existem práticas que envolvem escaneamento corporal, movimentos assistidos, exercícios de respiração e relaxamento, entre outros¹⁹.

Morone, Greco e Weiner (2008) fizeram um estudo com pacientes com dor lombar crônica participando de um programa de 8 semanas de MM comparado com o grupo controle. Os pacientes tiveram uma mudança na função física e aceitação da dor, que foi sustentada por pelo menos 3 meses de acompanhamento. A terapia de MM foi considerada pelos autores um programa promissor de tratamento não farmacológico para tratamento da dor, porém ainda é necessário ter estudos maiores e mais rigorosos⁴⁵.

Turner et al. (2016) verificaram que o programa de MBRE e a TCC são eficazes para o tratamento da dor crônica e tiveram resultados similares na redução de catastrofização e aceitação da dor e melhora da incapacidade¹⁵. Cherkin et al (2016) realizaram um estudo com pacientes com dor crônica lombar, onde os pacientes que receberam tratamento com TCC e MBRE foram comparados com o tratamento convencional tiveram melhora na dor e na limitação funcional após 26 semanas, porém não houve diferença significativa entre os tratamentos⁴⁶. Morone et al (2016) também fizeram um estudo com pacientes com dor lombar crônica, que houve uma melhora na dor moderada a severa, a curto e longo prazo⁴⁷.

Day et al. 2019 compararam TCC, MM e MBTC para dor lombar crônica. Os autores utilizaram uma metodologia, em que, criaram grupos de pacientes com respostas similares, aos diferentes tipos de tratamentos propostos. Foram avaliadas interferência da dor, intensidade da dor, habilidade física e depressão, antes e depois do tratamento. Alta e baixa *baseline* de catastrofização foi associado com melhora em intensidade de dor em MBRE e MBCT, respectivamente, o que não era esperado pelos autores. Pode-se justificar esse resultado pelo fato de que a MBCT atua no aumento da percepção das sensações e na mudança de como o indivíduo se relaciona com ela, por isso um indivíduo com altos índices de catastrofização pode não se beneficiar tão bem deste programa; *Baseline* de ondas theta alto foi associado com melhora na depressão com MBCT, e pacientes com baixa *baseline* de onda theta tiveram melhores resultados com a TCC. Uma mente calma, porém, focada, está associada a ondas theta altas, o que pode explicar os resultados obtidos pelos autores⁴⁸.

Em um estudo com 225 pacientes, avaliando o tratamento convencional e o MBRE para fibromialgia, verificou que agir com consciência ou inflexibilidade psicológica foram ambos mediadores significativos da MBRE quando comparados à terapia convencional. Segundo os autores, a inflexibilidade psicológica é definida como a incapacidade de agir efetivamente na presença de pensamentos, emoções ou sintomas desagradáveis. Agir de formar consciente altera de forma positiva a flexibilidade psicológica⁴⁹.

Reiner et al. 2015 verificaram uma melhora na modulação

de dor e aumento do limiar de dor após um curto programa de IBM. Foi avaliado o limiar de dor a temperatura (LDT), a temperatura mínima que induz dor e o padrão de resposta ao longo do tempo ao calor tônico. Pacientes que apresentaram maior tendência ao estado *mindful* tiveram uma maior melhora comparado aos demais pacientes com menor *baseline* neste aspecto⁵⁰.

Além da influência na percepção da dor, as IBM's influenciam outros parâmetros que estão ligados indiretamente à manutenção da dor. Por exemplo, Goldstein et al. 2019 verificam, por meio de EEG, a microestrutura do sono, em pessoas que relatavam insônia crônica, após realizarem o programa de intervenções baseadas em Mindfulness. Foi observado um aumento das ondas de alta frequência no EEG e, conseqüentemente, melhora nos sintomas de insônia. Os resultados foram obtidos logo após a intervenção e, se mantiveram após 6 meses de acompanhamento. Os autores conseguiram associar a alteração nestas ondas como um forte biomarcador do treinamento de atenção plena em pacientes com insônia crônica⁵¹.

Outro parâmetro que pode ser influenciado pelas IBM's é a imunidade, verificada por Andrés-Rodríguez et al. (2019) em pacientes com fibromialgia, após a participação em um programa de MBRE. Os pacientes tiveram uma significativa regulação imune e, os autores sugeriram que as vias imune-inflamatórias podem estar relacionadas com a eficácia clínica da MBRE. Citosinas e quimiocinas podem ser biomarcadores para monitorar a resposta ao MBRE⁵².

A grande limitação de alguns estudos é que a comparação sempre é feita com tratamentos usuais ou com condições inativas. Realizar práticas baseadas em Mindfulness é melhor do que não fazer nada, porém ainda é incerto se é melhor do que outro tratamento¹². Apesar disso, uma revisão sistemática com um número pequeno de ensaios com IBM's, mostraram dar suporte tanto para MBRE quanto para MBTC quando comparado com um grupo controle ativo, em relação ao humor, estresse, dor, energia e qualidade de vida⁵³.

Além das vantagens terapêuticas, o Mindfulness possui um melhor custo benefício em comparação com terapias convencionais. Isso se torna importante quando abordamos um paciente com dor crônica que já passou por diversos tratamentos que geraram elevados custos relacionados com a sua condição, e que, deverão ser mantidos a longo prazo. Herman et al. (2017) avaliaram o custo benefício da TCC e da MBRE, comparados com o tratamento convencional para dor lombar crônica, em um estudo randomizado com 342 adultos. Os resultados mostraram que a MBRE reduziu 65% do custo em comparação com a terapia convencional e a TCC reduziu 47%⁵⁴. Baker (2016) também verificou que é possível utilizar as IBM's como complementação e redução de custos para tratamentos de pacientes com dor crônica na atenção básica de saúde⁵⁵.

Entre os mecanismos nociceptivos envolvidos na dor crônica estão os periféricos, inflamatórios ou modulatórios. Concomitantemente o paciente pode apresentar sensibilização central, disfunção motora e cognitiva e neuroplasticidade mal adaptativa, que levam a

uma excitação somática^{2,56}.

Os pacientes portadores de dor crônica normalmente diminuem ou limitam as atividades motoras como uma forma protetora ao agravamento da dor. Com isso alguns se tornam hipervigilantes e/ou catastróficos em relação a sua condição intensificando a sensação dolorosa⁵⁷⁻⁵⁹. Ao agir desta forma, os pacientes interrompem os processos cognitivos impedindo que as atividades normais do cotidiano sejam realizadas, reduzindo sua qualidade de vida e agravando ainda mais sua condição⁶⁰. Todas essas mudanças de comportamento associadas com a cronificação da dor, causam uma neuroplasticidade importante de algumas estruturas cerebrais⁵⁶.

As IBM's podem ser utilizadas como uma metodologia direcionada para controlar a excitação somática, tendo como objetivo principal reduzir ou controlar os pensamentos e atitudes relacionados à dor crônica. O foco do tratamento é na redução de sintomas e aumento do funcionamento emocional do indivíduo².

Como avaliado por Reiner et al. (2015) IBM's de curta duração, praticadas no dia a dia, já tem um efeito benéfico na dor crônica e permanece à longo prazo^{43,50}. Além disso, poder proporcionar uma opção não farmacológica, para pacientes comprometidos sistemicamente e, com um bom custo benefício, pode complementar os tratamentos na clínica⁵⁴. Sendo assim, algumas IBM's adaptadas podem ser aplicadas para a clínica de pacientes com DOF crônica conforme tabela 2.

Apesar de existirem diversas IBM's, é importante avaliar como serão encaixadas na rotina de cada paciente, com objetivo de promover maior aderência ao tratamento. O grande desafio das práticas meditativas, conforme mostrado por Herman et al. (2017), é a continuidade e incorporação da prática pelo paciente. O hábito da prática meditativa, gera uma redução na excitação somática e um aumento da auto-aceitação e auto-compaixão, em relação a sua condição crônica⁵⁴.

Tabela 2 - Intervenções Baseadas em Mindfulness para pacientes com dor crônica.

Intervenção	Prática	Tempo (minutos)	Periodicidade
Caminhada ^{1,2,3}	Caminhe lentamente, cuidando para que sua respiração continue lenta e constante; Preste atenção na sua respiração, na forma como o ar entra e sai do seu pulmão; Preste atenção nos cheiros que você sente; Preste atenção nos sons que você ouve, se não forem agradáveis, foque no que te agradou, no canto de um pássaro, no vento batendo em uma árvore, na sua respiração, no seu coração batendo; Se tiver sol, sinta o calor entrar na sua pele, preste atenção nas mudanças que ele traz para o seu corpo; Caminhe olhando o que está no seu caminho, mas traga sua mente para o que seu corpo está sentindo, se sentir dor, avalie sua dor, não julgue o que você está sentindo, apenas sinta. Não pense no passado ou no futuro, apenas sinta o que você é, aqui e agora.	10	2 vezes por semana
Alimentação ⁴	Pegue o seu prato e olhe as cores dos alimentos que estão presentes; Sinta os diferentes cheiros que fazem você salivar; Corte os alimentos em tamanhos pequenos; Coloque os alimentos na boca, sinta seu gosto, sua textura, como os sabores se misturam e se completam; Mastigue bem os alimentos e devagar; Faça com que esse momento seja uma forma de dar ao seu corpo a energia que ele merece, que você merece, que suas células merecem, e você merece o melhor; Avalie se você já se sente satisfeito, permita seu corpo falar e mostrar se já é o suficiente para ele, não ultrapasse este limite; Tente ingerir pouco líquido durante a refeição;	30	Pelo menos 1 refeição por dia
Lavar Louça ⁴	Lave a louça sentindo a água passar por sua mão, sinta a temperatura dela e a sensação que traz para você; Se está se sentindo cansado ou irritado, tente trazer sua mente para o que suas mãos estão fazendo; Sinta o sabão e a esponja limpando a louça, sinta as diferentes superfícies dos materiais; Se sua mente começar a vagar e pensar em algo que te deixe ansioso, levemente traga seu foco para o que suas mãos estão fazendo e sentindo; Sinta o prazer de limpar e deixar limpa a pia de louças, sinta o prazer de fazer com carinho e cuidado, sinta compaixão com você mesmo, sinta que você conseguiu completar mais uma tarefa.	20	Sempre que puder
Escovar os dentes ⁴	Pegue sua escova de dentes e aplique creme dental, em uma quantidade do tamanho de um grão de arroz; Molhe com um pouco de água; Inicie a escovação por um lado e vá massageando seu dente e sua gengiva, sem muita pressão, sentindo a sensação que lhe causa; Respire pelo nariz lentamente; Se tiver dor ao abrir a boca, tente respirar e relaxar, não contraia sua boca, levemente abra até o limite que você consegue; Tente relaxar os ombros e pescoço; Vá caminhando com a escova por todos os dentes da boca, e em todas as suas superfícies; Avalie o sabor do creme dental; Faça um bochecho com água para remover o excesso de creme, passe a língua sobre os dentes limpos; Sorria para o espelho, respire fundo, avalie como você se sente;	5	Todas as escovações

Cozinhar⁴	Coloque uma música que você goste; Escolha uma refeição que faça bem pra você; Traga sua mente para o que você está fazendo desde colocar a panela no fogo ou água para esquentar; Ouça o som do fogo, do óleo, da água fervendo; Sinta o calor da panela; Ao manipular os alimentos, sinta a textura, os cheiros, os gostos. Quando focamos nossa atenção, os cheiros e gostos mudam do que estamos acostumados, nosso olfato e gustação ficam muito mais sensíveis e percebem informações sobre aqueles alimentos, que antes não sentíamos, tente identificar alguns deles; Sempre que sua mente dispersar, volte a perceber os cheiros, barulhos, sensações que os alimentos estão proporcionando; Se começar a se sentir ansioso, porque a receita não está dando certo ou porque lembrou de algo que te deixou preocupado, tente não julgar o que você está sentindo. Tente entender que nem tudo está no nosso controle, tente acreditar que vai dar certo; Se estiver com dor, mostre para o seu corpo que você está cuidando dele, que este alimento é para você e que todas as sensações boas que está sentindo destes alimentos serão transmitidas para o seu corpo.	40	1 vez por semana
Dirigir^{3,4}	Sente no carro, coloque uma música que goste ou uma música calma, de acordo com seu humor no dia; Cante, ou apenas ouça a melodia, e preste atenção no seu caminho. Tente variar o seu caminho de rotina, reconheça novas casas, anúncios, árvores, flores, lojas no seu caminho; Veja as pessoas que estão passando rapidamente pela sua janela, agradeça por ter um carro; Agradeça por tudo que conquistou e por conseguir ir trabalhar, por ter um trabalho. Se sua mente vagar para algum pensamento estressor, sobre algo que você deve fazer durante o dia, durante a semana, avalie esse pensamento. Está sobre o seu controle? O que você, neste momento, pode fazer para melhorar esta situação estressora? Se puder fazer algo agora, faça, caso contrário, faça o seu trabalho e aguarde o momento certo para se preocupar com essa situação. Se não depender de você, respire, e repita para você mesmo: não depende de mim.	-	Trajetos de rotina
Auto-compassão^{2,3}	Pratique alguma forma de compaixão com você mesmo. Sempre que tiver vontade de algo, olhe para dentro de você mesmo e avalie o porque você está com vontade de fazer isso. Avalie se você quer fazer porque se sente ansioso, nervoso, irritado ou desesperançoso. Se você quer fazer algo por estar com estes sentimentos ruins, não faça. Agora se você quer fazer algo que te deixe feliz, e que faz você se sentir bem, sempre dentro de um equilíbrio, acredite, você merece. Pode dormir até mais tarde, comer ou beber algo que esteja com vontade, comprar alguma coisa, ir ao cinema, sair para almoçar, ver um jogo de futebol, viajar, caminhar, etc. O importante é tentar parar e perguntar o que você precisa para ficar melhor. Não julgue suas vontades, por menor que seja, existem coisas que no nosso dia a dia, nos fazem melhor;	-	2 vezes por semana
Meditação de Auto-aceitação³	Fazer no final do dia, antes de dormir; Sente ou deite em um local confortável e calmo. Feche os olhos e sinta-se à vontade, nada mais é importante neste momento a não ser você. Traga sua consciência para o seu corpo e tente relaxá-lo. Veja como está sua respiração e qual o sentimento que você possui neste momento. Perceba este sentimento, não tente julgá-lo como bom ou ruim. Respire fundo, se está sofrendo, com raiva, magoado, triste, tente levar seu pensamento até o que iniciou este sentimento. Tente identificar o que aconteceu para você se sentir assim. Sinta que neste momento você está protegido deste sentimento, tente observar como se não estivesse dentro do seu corpo. Neste momento veja quem você é, se liberte de pensamentos negativos ou qualquer arrependimento. Aceite quem você é, o que você pode e o que você tem. Perdoe quem te prejudicou neste dia, perdoe alguma atitude que você teve e agradeça por ser quem você é. Esta meditação pode ser feita com áudio-guia também.	5	2 vezes por semana
Escaneamento Corporal⁴	Meditação com áudio-guia.	10	3 vezes por semana
Respiração Consciente^{1,4}	Fechar os olhos; Inspirar em 3 segundos e expirar em 4 segundos, relaxando bem a musculatura da face; Repetir 5 vezes; Perceber como se sente no momento, não fazer um autojulgamento, e tentar focar na atividade presente; Foque no que você está fazendo, mantenha sua mente onde você está;	1	6 vezes ao dia
Meditação para Dor Crônica³	Meditação com áudio-guia.	10	2 vezes por semana
Movimentos e Posturas Corporais Conscientes^{2,3}	Sequência de posturas para alongamento e equilíbrio corporal realizados com atenção plena.	10-30	2 vezes por semana

1. Adaptado de Merrill; Goodman, 20162; 2. Adaptado de Lopes, 201760; 3. Adaptado de Gardner-Nix; Costin-Hall, 200961; 4. Adaptado de Penman; Williams, 201562.

CONCLUSÃO

Apesar de ainda não haver um consenso sobre as práticas baseadas em Mindfulness, atualmente existem evidências moderadas para o uso dessas práticas como uma terapia complementar ao tratamento convencional, em pacientes portadores de dores crônicas. As intervenções baseadas em Mindfulness descritas neste estudo, podem ser utilizadas na prática clínica de forma individualizada, com

acompanhamento adequado, disciplina e continuidade, para melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. Renton T. Chronic orofacial pain. *Oral Dis.* 2017;23(5):566–571.
2. Merrill RL, Goodman D. Chronic Orofacial Pain and Behavioral Medicine. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2016;28(3):247–260.

- mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med.* 1985;8(2):163–190.
22. Paulson S, Davidson R, Jha A, Kabat-Zinn J. Becoming conscious: the science of mindfulness. *Ann N Y Acad Sci.* 2013;1303:87–104.
23. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA.* 2008;300(11):1350–1352.
24. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–848.
25. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal.* 1994;17(2):289–303.
26. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol.* 2006;62(3):373–386.
27. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment.* 2006;13(1):27–45.
28. Fish RA, McGuire B, Hogan M, Morrison TG, Stewart I. Validation of the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain.* 2010;149(3):435–443.
29. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7(4):524–532.
30. Hays RD, Prince-Embury S, et al. RAND-36 health status inventory. San Antonio: The Psychological Corporation; 1998.
31. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci.* 2011;6(6):537–559.
32. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci.* 2012;6:296.
33. Lutz A, Jha AP, Dunne JD, Saron CD. Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. *Am Psychol.* 2015;70(7):632–658.
34. Tang YY, Tang R, Rothbart MK, Posner MI. Frontal theta activity and white matter plasticity following mindfulness meditation. *Curr Opin Psychol.* 2019;28:294–297.
35. Nascimento SS, Oliveira LR, De Santana JM. Correlations between brain changes and pain management after cognitive and meditative therapies: A systematic review of neuroimaging studies. *Complement Ther Med.* 2018;39:137–145.
36. Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014;43:48–73.
37. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.* 2015;16(4):213–225.
38. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *J Neurosci.* 2011;31(14):5540–5548.
39. Hölzel BK, Hoge EA, Greve DN, Gard T, Creswell JD, Brown KW, et al. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *Neuroimage Clin.* 2013;2:448–458.
40. Banks SJ, Eddy KT, Angstadt M, Nathan PJ, Phan KL. Amygdala-frontal connectivity during emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2007;2(4):303–312.
41. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport.* 2005;16(17):1893–1897.
42. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 2011;191(1):36–43.
43. Vestergaard-Poulsen P, van Beek M, Skewes J, Bjarkam CR, Stubberup M, Bertelsen J, et al. Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *Neuroreport.* 2009;20(2):170–174.
44. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci.* 2011;6(6):537–559.
45. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008;134(3):310–319.
46. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;315(12):1240–1249.
47. Morone NE, Greco CM, Moore CG, Rollman BL, Lane B, Morrow LA, et al. A Mind-Body Program for Older Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):329–337.
48. Day MA, Thorn BE, Ehde DM, Burns JW, Barnier A, Mattingley JB, Matthews N, et al. Moderators of Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain: A Test of the Limit, Activate, and Enhance Model. *J Pain.* 2019;S1526-5900(18)30909-X.
49. Pérez-Aranda A, Feliu-Soler A, Montero-Marín J, García-Campayo J, Andrés-Rodríguez L, Borrás X, et al. A randomized controlled efficacy trial of mindfulness-based stress reduction compared with an active control group and usual care for fibromyalgia: the EUDAIMON study. *Pain.* 2019;160(11):2508–2523.
50. Reiner K, Granot M, Soffer E, Lipsitz JD. A Brief Mindfulness Meditation Training Increases Pain Threshold and Accelerates Modulation of Response to Tonic Pain in an Experimental Study. *Pain Med.* 2016;17(4):628–635.
51. Goldstein M, Turner AD, Dawson SC, Segal ZV, Shapiro SL, Wyatt JK, et al. Increased high-frequency NREM EEG power associated with mindfulness based interventions for chronic insomnia: Preliminary findings from spectral analysis. *Journal of Psychosomatic Research.* 2019; 120:12-19.
52. Andrés-Rodríguez L, Borrás X, Feliu-Soler A, Pérez-Aranda A, Rozadilla-Sacanell A, Montero-Marín J, et al. Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain Behav Immun.* 2019;80:109–119.
53. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(2):102–119.
54. Herman PM, Anderson ML, Sherman KJ, Balderson BH, Turner JA, Cherkin DC. Cost-effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Versus Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care Among Adults With Chronic Low Back Pain. *Spine.* 2017;42(20):1511–1520.
55. Baker N. Using Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Techniques in the Management of Chronic Pain in Primary Care. *Prim Care.* 2016;43(2):203–216.
56. Moayed M, Hodaie M. Trigeminal nerve and white matter

- brain abnormalities in chronic orofacial pain disorders. *Pain Rep.* 2019;4(4):e755.
57. Kucyi A, Moayedi M, Weissman-Fogel I, Goldberg MB, Freeman BV, Tenenbaum HC, et al. Enhanced medial prefrontal-default mode network functional connectivity in chronic pain and its association with pain rumination. *J Neurosci.* 2014;34(11):3969–3975.
58. Baliki MN, Apkarian AV. Nociception, Pain, Negative Moods, and Behavior Selection. *Neuron.* 2015;87(3):474–491.
59. Schütze R, Rees C, Smith A, Slater H, O’Sullivan P. Metacognition, perseverative thinking, and pain catastrophizing: A moderated-mediation analysis. [published online ahead of print, 2019] *Eur J Pain.* 2019.
60. Van Damme S, Crombez G, Eccleston C. Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain.* 2004;107(1-2):70–76.
61. Lopes, SA. Mindfulness e dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 142 s.
62. Gardner-Nix J, Costin-Hall L. Mindfulness Solution to pain: Step-By-Step Techniques For Chronic Pain Management. New Harbinger Publications; 2009. 209 p. ISBN: 9781572245815.
63. Williams M, Penman D. Atenção Plena: Mindfulness. 1st ed: Sextante; 2015. 208 p. ISBN: 854310