

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 24

Edição XXX

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO ANALÍTICO- COMPORTAMENTAL PARA DOR CRÔNICA

DANIEL VIANA FERREIRA¹

¹Discente - Psicologia da Universidade Estadual do Piauí.

Palavras-chave: Dor crônica; Análise do Comportamento; Intervenção Psicológica.

DOI:

10.59290/0105687208

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A dor crônica é definida como uma experiência sensitiva e emocional aversiva que persiste ou se repete por mais de 3 meses, afetando aproximadamente 30% da população mundial e constituindo-se como um dos maiores desafios para as ciências da saúde atuais (KANEMATSU *et al.*, 2022; LOPES *et al.*, 2019). Nesse sentido, sua alta prevalência e os significativos prejuízos funcionais e psicológicos associados, como absenteísmo laboral e comprometimento das atividades de vida diária, justificam a necessidade de abordagens terapêuticas efetivas que transcendam o modelo biomédico tradicional (HUNZIKER, 2010).

A abordagem biopsicossocial tem sido amplamente reconhecida como a mais adequada, considerando que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem na determinação do quadro (PALUDO *et al.*, 2024). Nesse contexto, a Psicologia e, em especial, a Análise do Comportamento, podem oferecer contribuições terapêuticas relevantes. Sendo assim, sob a perspectiva do Behaviorismo Radical, a dor é compreendida como mais do que um sintoma de uma lesão biológica, mas como uma classe de comportamentos respondentes (reflexos fisiológicos e sensações eliciadas) quanto comportamentos operantes (ações públicas e privadas mantidas por suas consequências no ambiente) (LOPES *et al.*, 2019; SOUZA & LAURENTI, 2017; SKINNER, 2003).

Dessa forma, compreender a dor crônica sob essa ótica implica investigar as contingências de reforçamento que estão na origem e, principalmente, na manutenção dos comportamentos “dolorosos”. Isso significa analisar, de forma idiográfica, quais estímulos antecedentes (condições contextuais) eliciam respostas de dor e quais consequências (reforçadoras ou punitivas) estão selecionando a emissão ou a esquiva de determinados comportamentos ao

longo do tempo (HUNZIKER, 2010; LOPES *et al.*, 2019). A partir dessa análise, o tratamento visa a modificação dessas contingências, promovendo a extinção de respostas mal adaptativas e o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais que possibilitem maior qualidade de vida (DE-FARIAS, 2018).

No entanto, apesar dos avanços conceituais, observa-se uma lacuna na literatura no que se refere a protocolos sistematizados e padronizados de intervenção analítico-comportamental para essa população. Portanto, o objetivo deste trabalho foi desenvolver uma proposta de protocolo de intervenção analítico-comportamental para o tratamento da dor crônica, baseado em uma revisão da literatura, fornecendo um passo a passo estruturado para a prática clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma proposta de protocolo de intervenção fundamentada em revisão de literatura, sem caracterização como pesquisa de campo. O desenvolvimento do protocolo seguiu as seguintes etapas:

Levantamento bibliográfico: Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2010 e 2026 nas bases de dados científicos SciELO, Pepsic, Pubmed e *Web of Science*, utilizando os descritores “dor crônica”, “análise do comportamento”, “terapia comportamental”, “análise funcional”, “contingências de reforço” e “terapias de terceira onda”. Foram priorizados artigos em português e inglês que se alinhassem aos pressupostos da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical, excluindo-se aqueles com foco exclusivo em abordagens cognitivas.

Análise dos referenciais teóricos: Foram analisados os pressupostos da Análise do Comportamento (SKINNER, 1953, 1974, 2003) e seus desenvolvimentos aplicados à dor, incluindo o modelo de Fordyce para dor operante e

os princípios de análise funcional, bem como as terapias de terceira onda de base analítico-comportamental: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP).

Sistematização das técnicas: As técnicas e estratégias comportamentais descritas na literatura foram organizadas em etapas sequenciais, considerando a progressão típica de um processo psicoterapêutico.

Elaboração do protocolo: Foi estruturado um protocolo em seis etapas principais, com descrição detalhada dos procedimentos, objetivos e fundamentação teórica de cada passo.

Por tratar-se de uma proposta teórica baseada em revisão de literatura, não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa, uma vez que não envolveu coleta de dados com seres humanos ou animais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise da literatura, foi elaborado o protocolo de intervenção analítico-comportamental para dor crônica intitulado “Protocolo DOR-AC” (Dor Crônica – Análise do Comportamento). O protocolo é composto por seis etapas sequenciais, descritas a seguir e sintetizadas na **Tabela 24.1**.

Etapas 1: Avaliação Inicial e Análise Funcional

Objetivo: Identificar as variáveis ambientais que controlam o comportamento de dor do paciente, estabelecendo uma linha de base para a intervenção.

Procedimentos: Realizar entrevista clínica para levantamento da história de dor, incluindo intensidade, frequência, localização e tratamentos prévios (KANEMATSU *et al.*, 2022).

Conduzir a análise funcional detalhada dos comportamentos de dor, especificando as contingências de três termos: (a) estímulos antece-

dentes (ocasião e contexto), (b) resposta (o comportamento público ou encoberto de dor) e (c) consequências (reforçadoras ou punitivas) (LOPES *et al.*, 2019; SCHEMER *et al.*, 2025).

Investigar e categorizar as consequências mantenedoras, como atenção de familiares (reforço positivo), esquiva de tarefas aversivas (reforço negativo), e acesso a medicação e repouso, conforme descrito no modelo operante de Fordyce (LOPES *et al.*, 2019; SOUZA e LAURENTI, 2017).

Identificar os padrões de comportamento de esquiva e seu impacto na funcionalidade, focando nos comportamentos que mantêm ou agravam o quadro, pois a esquiva, embora alivie a dor no curto prazo, contribui para a incapacidade a longo prazo (SOUZA e LAURENTI, 2017; SCHEMER *et al.*, 2025).

Etapas 2: Psicoeducação e Estabelecimento de Aliança Terapêutica

Objetivo: Fornecer informações claras sobre o modelo biopsicossocial e analítico-comportamental da dor, desmistificando crenças errôneas e estabelecendo uma relação terapêutica colaborativa.

Procedimentos: Explicar ao paciente o modelo comportamental da dor, distinguindo as respostas respondentes (reflexos e sensações) das operantes (ações mantidas por consequências) (LOPES *et al.*, 2019).

Esclarecer o papel das contingências ambientais na manutenção da dor, demonstrando como consequências inadvertidas (reforço) podem perpetuar o comportamento doloroso e a incapacidade (LOPES *et al.*, 2019; HUNZIKER, 2010).

Discutir o conceito de evitação experiencial e como a tentativa constante de controlar ou eliminar a dor paradoxalmente aumenta o sofrimento, uma ideia central da terapia ACT (MCCRACKEN, 2024).

Etapa 3: Treino de Técnicas de Relaxamento e Regulação Fisiológica

Objetivo: Ensinar ao paciente estratégias para reduzir a ativação fisiológica associada à dor, atuando sobre a componente respondente do quadro.

Procedimentos: Ensinar a respiração diafragmática como ferramenta de autorregulação, promovendo uma resposta de relaxamento incompatível com a resposta de estresse (LOPES *et al.*, 2019).

Introduzir o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que auxilia o paciente a discriminar e reduzir a tensão muscular crônica frequentemente pareada com a dor (LOPES *et al.*, 2019).

Treinar a imagem mental relaxante como mais uma alternativa para o controle da resposta de estresse e ansiedade antecipatória.

Etapa 4: Modificação de Contingências Operantes e Exposição Gradual

Objetivo: Modificar as contingências que mantêm os comportamentos de esquiva e desenvolver novos repertórios comportamentais por meio de exposição programada.

Procedimentos: Realizar a modificação de contingências, conforme proposto por Fordyce: (a) identificar as consequências reforçadoras; (b) modificar o ambiente para que esses reforçadores não estejam mais disponíveis após comportamentos de dor; (c) programar reforçamento diferencial para comportamentos ativos e saudáveis (LOPES *et al.*, 2019).

Implementar a exposição gradual a atividades temidas, utilizando os princípios da análise funcional para personalizar o tratamento e abordar os drivers individuais do comportamento de esquiva (SCHEMER *et al.*, 2025).

Utilizar a técnica de pacing (ritmagem): ensinar o paciente a alternar atividade e descanso programado, evitando o padrão de “excesso

seguido de colapso” (LOPES *et al.*, 2019; SOUZA e LAURENTI, 2017).

Estabelecer um sistema de reforçamento positivo para o cumprimento de metas graduais de ativação comportamental e social.

Etapa 5: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Objetivo: Promover flexibilidade psicológica, reduzindo a luta contra a dor e aumentando o engajamento em ações orientadas por valores, mesmo na presença de desconforto.

Procedimentos: Introduzir a aceitação como alternativa ao controle, explicando que a tentativa de suprimir pensamentos e sensações dolorosas leva ao aumento do sofrimento, enquanto a aceitação abre espaço para ações significativas (MCCRACKEN, 2024; YE *et al.*, 2024).

Trabalhar a desfusão cognitiva, ajudando o paciente a “ver” seus pensamentos sobre a dor como eventos verbais (e não ordens literais), reduzindo seu poder de controlar o comportamento.

Identificar valores pessoais do paciente (e.g., ser um bom pai, trabalhar, estudar) e estabelecer ações comprometidas orientadas por esses valores, atuando mesmo com a dor presente (LOPES *et al.*, 2019).

Utilizar metáforas terapêuticas características da ACT (e.g., do “passageiro no ônibus” ou do “jogador de xadrez com a dor”) para facilitar a aceitação e o contato com o momento presente.

Incorporar práticas de mindfulness para aumentar a consciência do momento presente sem julgamento, fortalecendo a perspectiva de aceitação (LOPES *et al.*, 2019; MCCRACKEN, 2024).

Etapa 6: Prevenção de Recaída e Encerramento

Objetivo: Consolidar os novos repertórios comportamentais e preparar o paciente para

lidar com futuras crises, garantindo a manutenção dos ganhos.

Procedimentos: Revisar todas as estratégias e técnicas aprendidas, identificando quais contingências foram mais efetivas.

Desenvolver um plano de contingência para crises, detalhando o passo a passo a ser seguido:

aplicar respiração, questionar pensamentos, realizar uma ação valorativa gradual.

Ensinar o paciente a realizar uma auto-análise funcional simplificada para episódios de dor recorrente, promovendo maior autonomia.

Planejar sessões de reforço (*booster sessions*) em intervalos crescentes para monitoramento e ajustes finos no plano de ação.

Tabela 24.1 - Síntese do Protocolo de Intervenção Analítico-Comportamental para Dor Crônica (Protocolo DOR-AC)

Etapas	Nome	Foco de Análise	Técnicas Principais
1	Avaliação Inicial	Contingências atuais	Entrevista, Análise Funcional, WHOQOL-bref
2	Psicoeducação	Estabelecimento de regras	Explicação do modelo respondente-operante e da esquiva
3	Relaxamento	Respondentes de dor	Respiração diafragmática, Relaxamento Muscular Progressivo
4	Modificação de Contingências	Operantes de esquiva	Exposição gradual, <i>Pacing</i> , Reforçamento diferencial
5	ACT e Mindfulness	Controle de estímulos verbais	Aceitação, Desfusão, Valores, Ações Comprometidas
6	Prevenção de Recaída	Manutenção de repertórios	Plano de contingência

O Protocolo DOR-AC representa uma sistematização de técnicas analítico-comportamentais para o manejo da dor crônica. Ao integrar a avaliação de contingências, o manejo de respondentes, a reestruturação de operantes de esquiva e a promoção da flexibilidade psicológica através da ACT, o protocolo alinha-se perfeitamente aos modelos contemporâneos que identificam na análise funcional a chave para intervenções personalizadas (SCHEMER *et al.*, 2025).

A análise funcional (Etapa 1) é o coração da abordagem, pois permite ir além do diagnóstico síndromico para compreender a função idiográfica dos comportamentos de dor (LOPES *et al.*, 2019). Como demonstrado em estudos recentes, o condicionamento operante modula seletivamente as respostas emocionais e motivacionais à dor (FLURY *et al.*, 2025), o que reforça a necessidade de identificar quais contingências específicas estão operando na história do paciente para mantê-lo em um ciclo de incapacidade e sofrimento.

A ênfase na exposição gradual e no *pacing* (Etapa 4) encontra respaldo em modelos que utilizam a análise funcional para entender e desfazer padrões de esquiva (SCHEMER *et al.*, 2025). Ao personalizar a exposição com base

nas contingências individuais, maximiza-se a chance de quebra do ciclo de medo-esquiva, que é um dos pilares da manutenção da dor crônica.

A inclusão da ACT e do mindfulness (Etapa 5) é crucial, pois, estudos indicam que a ACT melhora significativamente a aceitação da dor, a flexibilidade psicológica e o funcionamento físico, com efeitos que se mantêm em follow-ups (YE *et al.*, 2024; MARTINEZ-CALDERON *et al.*, 2024). Como o Behaviorismo Radical postula que nossos pensamentos são comportamentos verbais, a desfusão cognitiva é uma ferramenta analítico-comportamental legítima para alterar a função desses estímulos verbais sobre o comportamento de ação (MCCRACKEN, 2024).

Entre as limitações, destaca-se que o protocolo é uma proposta teórica que precisa ser testada em estudos empíricos, incluindo delineamentos de caso único e ensaios clínicos randomizados. Além disso, sua extensão pode demandar um número significativo de sessões, o que pode ser um desafio em serviços públicos de saúde. Futuras pesquisas devem investigar adaptações para formato breve e grupal, bem como a eficácia do protocolo em condições específicas, como a fibromialgia.

A proposta do Protocolo DOR-AC representa um esforço de sistematização clínica ancorada em pressupostos ontológicos e epistemológicos do Behaviorismo Radical, particularmente no que tange à compreensão da dor como comportamento, e não como mero sintoma ou epifenômeno de uma lesão orgânica (SKINNER, 2003; HUNZIKER, 2010). Essa premissa, embora central para a Análise do Comportamento, ainda é subutilizada na prática clínica brasileira, que frequentemente privilegia abordagens cognitivistas ou biomédicas no manejo da dor crônica (PALUDO *et al.*, 2024). O protocolo proposto, ao estruturar-se em seis

etapas sequenciais, procura preencher essa lacuna ao oferecer um roteiro claro, progressivo e teoricamente coerente para terapeutas analítico-comportamentais.

A etapa de avaliação inicial e análise funcional constitui o alicerce de toda a intervenção. Conforme destacam De-Farias, Fonseca e Nery (2018), a análise funcional não é um mero levantamento de antecedentes e consequentes, mas um instrumento dinâmico que orienta a formulação de hipóteses, o planejamento de intervenções e a avaliação contínua dos resultados. No contexto da dor crônica, a identificação precisa das contingências mantenedoras, especialmente aquelas envolvendo reforçamento positivo (atenção social) e negativo (esquiva de tarefas aversivas), permite que o terapeuta vá além da queixa fenomênica e atue sobre as variáveis ambientais que sustentam o comportamento doloroso (LOPES *et al.*, 2019; SCHEMER *et al.*, 2025). A inclusão da análise de comportamentos de esquiva como foco central já na primeira etapa é particularmente relevante, dado que a esquiva, embora alivie a dor no curto prazo, contribui decisivamente para a cronificação da incapacidade (SOUZA e LAURENTI, 2017).

A segunda etapa de psicoeducação é frequentemente negligenciada em abordagens comportamentais mais antigas, que priorizavam a modificação direta de comportamentos sem explicitar ao paciente o modelo teórico subjacente. Contudo, como argumentam De-Farias, Fonseca e Nery (2018), a psicoeducação bem conduzida funciona como um estabelecimento de regras que podem acelerar a aquisição de repertórios adaptativos e reduzir a resistência inicial do cliente. A explicação da distinção entre respostas respondentes e operantes permite ao paciente discriminar quando sua dor está sendo elicitada por estímulos antecedentes (como movimentos ou posturas) e quando está

sendo mantida por consequências sociais ou de esquiva. A discussão sobre evitação experiencial, ancorada em McCracken (2024), antecipa conceitos que serão aprofundados na quinta etapa.

O treino de técnicas de relaxamento atua diretamente sobre a componente respondente da dor. Embora algumas vertentes analítico-comportamentais mais ortodoxas possam criticar o foco no relaxamento por supostamente desviar a atenção das contingências operantes, Hunziker (2010) demonstra que a resposta de dor envolve tanto processos respondentes quanto operantes, e que a regulação fisiológica pode reduzir a magnitude da estimulação aversiva, facilitando a exposição gradual e o engajamento em ações valorativas. Além disso, o relaxamento muscular progressivo e a respiração diafragmática são técnicas de baixo custo, alta aceitabilidade e com respaldo empírico em populações com dor crônica (LOPES *et al.*, 2019).

A etapa de modificação de contingências operantes e exposição gradual é o coração comportamental, pois, se baseia diretamente no modelo de Fordyce (1976), atualizado por Schemer, Vlaeyen e Glombiewski (2025), que propõem o uso da análise funcional para personalizar a terapia de exposição. Uma reflexão crítica necessária é que a modificação de contingências no ambiente natural do paciente exige, muitas vezes, o envolvimento de familiares e outros agentes sociais, o que pode ser logisticamente complexo. O protocolo, contudo, prevê que o terapeuta atue inicialmente na sessão, modelando comportamentos de enfrentamento, para depois programar a generalização (SOUZA e LAURENTI, 2017).

A quinta etapa, de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), representa um avanço significativo em relação a modelos comportamentais mais antigos. A ACT, embora deri-

vada da Análise do Comportamento, introduz conceitos como desfusão cognitiva, aceitação e flexibilidade psicológica que têm demonstrado eficácia robusta no manejo da dor crônica (MCCRACKEN, 2024; YE *et al.*, 2024). Uma reflexão importante é que a ACT não propõe a eliminação da dor, mas a mudança da relação funcional que o paciente estabelece com ela. Isso está em plena consonância com o Behaviorismo Radical, uma vez que pensamentos e sensações são tratados como comportamentos verbais privados, cuja função pode ser alterada por meio de contingências de reforçamento (SKINNER, 2003).

A sexta e última etapa, prevenção de recaída é crucial para a manutenção dos ganhos. Conforme De-Farias, Fonseca e Nery (2018), o desenvolvimento de repertórios de autoconhecimento e autoanálise funcional permite que o paciente se torne progressivamente independente do terapeuta, generalizando as estratégias aprendidas para novos contextos e crises. O plano de contingência para crises, proposto na etapa 6, funciona como um conjunto de regras autocontroladas que podem ser ativadas mesmo diante de altos níveis de estimulação aversiva.

No entanto, a proposta do Protocolo DOR-AC, em seu estágio atual, é uma proposta teórica que carece de validação empírica experimental de campo. Estudos de caso único, delineamentos experimentais de sujeito único e ensaios clínicos randomizados são necessários para avaliar sua eficácia e efetividade em diferentes contextos. Além disso, o protocolo foi desenvolvido para adultos em geral, não contemplando especificidades de populações como idosos, adolescentes ou pacientes com comorbidades psiquiátricas graves.

Outra limitação diz respeito à necessidade de formação específica do terapeuta. A aplicação competente da análise funcional, da exposição gradual e da ACT requer supervisão e

treinamento contínuos, o que pode restringir a disseminação do protocolo em contextos com pouca oferta de formação analítico-comportamental. No entanto, a estrutura passo a passo apresentada pode servir como material didático para programas de residência e especialização.

Por fim, O DOR-AC não é uma receita rígida, mas uma orientação flexível que deve ser adaptada à análise funcional individual de cada paciente. A tabela síntese (**Tabela 24.1**) oferece um guia visual rápido, mas a prática clínica exigirá do terapeuta julgamento constante para ajustar a sequência, a duração e a ênfase de cada etapa conforme as respostas do cliente. Em suma, o Protocolo DOR-AC representa uma contribuição original e teoricamente embasada para o manejo analítico-comportamental da dor crônica. Sua implementação futura, aliada a pesquisas empíricas rigorosas, poderá não apenas beneficiar pacientes, mas também fortalecer o lugar da Análise do Comportamento nos serviços interdisciplinares de dor.

CONCLUSÃO

O presente trabalho propõe um protocolo de intervenção analítico-comportamental para dor crônica (DOR-AC) fundamentado na literatura da área e nos princípios do Behaviorismo Radical. O protocolo estrutura-se em seis etapas sequenciais e integradas: análise funcional de contingências, psicoeducação, controle de respondentes, modificação de operantes de esquiva, desenvolvimento de flexibilidade psicológica via ACT e prevenção de recaídas.

Conclui-se que a Análise do Comportamento oferece uma base teórica robusta e técnicas efetivas para o manejo da dor crônica, permitindo uma mudança de foco: do alívio imediato do sintoma (controle) para o desenvolvimento de uma vida rica, significativa e orientada por valores, mesmo na presença da dor. Espera-se que este protocolo sirva como um guia sistemático para clínicos e pesquisadores, fomentando a prática baseada em evidências e estimulando novas investigações empíricas que possam aprimorar e validar esta proposta.

O presente trabalho propõe um protocolo de intervenção analítico-comportamental para dor crônica (DOR-AC) fundamentado na literatura da área e nos princípios do Behaviorismo Radical. O protocolo estrutura-se em seis etapas sequenciais e integradas: análise funcional de contingências, psicoeducação, controle de respondentes, modificação de operantes de esquiva, desenvolvimento de flexibilidade psicológica via ACT e prevenção de recaídas. Conclui-se que a Análise do Comportamento oferece uma base teórica robusta e técnicas efetivas para o manejo da dor crônica, permitindo uma mudança de foco: do alívio imediato do sintoma (controle) para o desenvolvimento de uma vida rica, significativa e orientada por valores, mesmo na presença da dor. Espera-se que este protocolo sirva como um guia sistemático para clínicos e pesquisadores, fomentando a prática baseada em evidências e estimulando novas investigações empíricas que possam aprimorar e validar esta proposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Org.). Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica. Porto Alegre: Artmed, 2018. 400 p.

FLURY, M. L. *et al.* Differential operant conditioning of emotional-motivational and sensory-discriminative pain responses. *European Journal of Pain*, 2025 (no prelo). DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.2345>.

HUNZIKER, M. H. L. Comportamento de dor: análise funcional e alguns dados experimentais. *Temas em Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 327–333, 2010. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2010.2-12>.

KANEMATSU, J. S. *et al.* Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista de Medicina (São Paulo)*, v. 101, n. 3, p. e192586, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>.

LOPES, C. R.; FERRARI, V.; JORGE, C. C. Dor crônica sob a ótica comportamental: compreensão e possibilidades de intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 63–78, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.678>.

MARTINEZ-CALDERON, J. *et al.* Acceptance and commitment therapy for chronic pain: an overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The Journal of Pain*, v. 25, n. 4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.11.005>.

MCCRACKEN, L. M. Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, v. 75, p. 601–624, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032123-021456>.

PALUDO, I. C. P.; MOREÍ, C. L. O. O.; INÁCIO, A. N. Dor crônica e possibilidades de intervenção no contexto da psicologia: revisão integrativa. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 24, p. e77561, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2024.77561>.

SCHEMER, L.; VLAHEYEN, J. W. S.; GLOMBIEWSKI, J. A. From the lab to the clinic: advancing pain exposure using principles of functional analysis. *Current Opinion in Psychology*, v. 62, p. 101982, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2024.101982>.

SOUZA, B.; LAURENTI, C. Uma interpretação molar da dor crônica na fibromialgia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 2, p. 363–377, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202017>.

YE, L. *et al.* Acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis on psychological outcomes and quality of life. *PLOS ONE*, v. 19, n. 6, e0301226, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301226>.