



Intervenção Cognitivo-Comportamental em Fibromialgia: Estudo de Caso

Caroline Coutinho Maldonado PINHEIRO¹

Camila Mara Correia e SILVA¹

Clara Bruni BROLEZI¹

Aleandra Marton Polegati SANTOS²

RESUMO:

A fibromialgia é uma condição médica crônica que se caracteriza por dores na musculatura, fadiga, distúrbios no sono, rigidez muscular e geralmente tem como comorbidade alterações de memória e atenção, bem como ansiedade e depressão. O presente estudo tem como objetivo demonstrar o impacto da intervenção cognitivo comportamental frente a redução dos pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais causados pela Fibromialgia. A paciente tem 52 anos e foi proposto que participasse de 13 sessões semanais utilizando: Entrevista, Questionário Semidirigido, Método ABC, Diagrama de Conceitualização, Reestruturação Cognitiva, Psicoeducação, Técnica de Relaxamento, Dinâmicas, Ensaio Comportamental e Feedback, bem como a Lista de Verificação de Ansiedade de Leahy, Questionário de Preocupações da Penn State University e Inventário de Depressão de Beck. Foram abordadas queixas específicas do dia-a-dia, dificuldades encontradas em lidar com a doença, histórico de vida e familiar, plano de tratamento, discussão de crenças disfuncionais e aquisição de novas habilidades. Os principais resultados demonstraram uma redução significativa frente as queixas características da Fibromialgia e sintomas de depressão e ansiedade; foi adquirido em seu repertório comportamental e cognitivo, o que resultou em um melhor funcionamento biopsicossocial. Os dados obtidos durante a pesquisa foram compatíveis com a literatura a respeito da influência positiva da abordagem da TCC diante da Fibromialgia e dos sintomas comorbidos da depressão e ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE:

Fibromialgia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Estratégias de enfrentamento; Autoestima.

¹Acadêmicas do 5º Ano do Curso de Graduação em Psicologia das Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE-FEF, Fernandópolis-SP.

²Psicóloga, Mestre em Psicologia e Saúde (FAMERP), Professora do Curso de Graduação em Psicologia das Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE-FEF, Fernandópolis-SP.

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia tem etiologia desconhecida e pode ser definida como uma dor crônica generalizada que embora se manifeste no sistema músculo-esquelético pode apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas, causando um estado de alerta diário e provocando um ciclo vicioso da dor, visto que o estresse pode aumentá-lo. (BENDER; FARIA; FAJARDO, 2022).

Desde 1980 pesquisadores contribuíram para a fibromialgia ser considerada como uma síndrome de dor crônica, real, causada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central à dor. (COSTA, et al., 2020).

Dados epidemiológicos mostram que a presença da doença no Brasil é estimada entre 2 e 3% da população. A predominância é majoritariamente feminina, ocorrendo em 7,5 mulheres para cada homem. Mulheres entre 30 e 55 anos de idade são mais acometidas, ocorrendo principalmente em populações que estão em estado de vulnerabilidade biopsicossocial. (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018).

Os sintomas incluem, além da dor, redução da força e desempenho muscular, fadiga, rigidez, estresse, vigilância exagerada, redução da atenção, sono não reparador. Além do sofrimento físico, há um sofrimento psicológico em decorrência de transtornos depressivos e ansiosos. (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

O tratamento pode ser realizado com: antidepressivos tricíclicos que agem modificando o metabolismo da serotonina e noradrenalina, promovendo analgesia periférica e central; bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina, que pode ampliar a ação no alívio da dor, do sono e bem-estar-global; benzodiazepínicos; e analgésicos. (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

A intervenção não-farmacológica inclui a acupuntura para aliviar as dores crônicas; técnicas cognitivas que diminuem os comportamentos de dor em um esforço para extingui-la, aumentando os níveis de atividade e comportamentos saudáveis relacionados ao trabalho, lazer e família, redução e manuseio de fármacos e, mudança de comportamento; e as técnicas comportamentais que visam especificamente situações em que as queixas são associadas a valores elevados de intensidade da dor. (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

O treino cognitivo-comportamental modifica a dor e evita comportamentos, cognições e emoções para reduzir sentimentos de desamparo e falta de controle com o objetivo de estabelecer um senso de autoridade sobre a dor. Várias técnicas são ensinadas aos pacientes para lidar com episódios de sofrimento físico e o declínio cognitivo, como

reestruturação cognitiva, estratégias de enfrentamento e técnicas de relaxamento. (MILANEZ, 2022).

O declínio cognitivo em pessoas com fibromialgia é um tema ainda em estudo e os resultados são variáveis. A literatura demonstrou que esses pacientes apresentam diminuição da concentração e perda da memória, e que esses prejuízos cognitivos da atenção estão diretamente ligados aos déficits de memória operacional e de função executiva. (MENDONÇA, 2021).

A extensão e gravidade dessas dificuldades cognitivas podem variar de indivíduo para indivíduo. Nem todos experimentam problemas cognitivos e alguns podem ter sintomas leves. Alguns pesquisadores acreditam que fatores como a dor crônica, fadiga, distúrbios do sono, baixa-autoestima e impacto emocional podem contribuir para essas dificuldades. (MENDONÇA, 2021).

A autoestima de pessoas com fibromialgia pode variar dependendo de vários fatores, a dor crônica e os sintomas debilitantes da doença podem afetar significativamente a saúde mental das pessoas que vivem com essa condição. Além disso, a falta de compreensão e apoio por parte de outras pessoas, incluindo amigos, familiares e profissionais de saúde, pode fazer com que esse grupo se sinta incompreendido e desvalorizado. (OLIVEIRA, et al., 2019).

Algumas das questões que podem afetar a autoestima das pessoas com fibromialgia incluem: limitações físicas, que podem dificultar a participação em atividades, trabalho e vida social; julgamentos, pois as pessoas ao redor podem não compreender totalmente a gravidade dos sintomas, o que pode resultar em falta de apoio e ansiedade; mudanças de identidade, visto que a fibromialgia pode afetar a capacidade de uma pessoa realizar papéis e atividades que antes eram importantes, ocasionando sentimento de incapacidade e improdutividade; e luta emocional, afinal lidar com dores crônicas, fadiga e outros sintomas pode ser emocionalmente exaustivo. (OLIVEIRA, et al., 2019).

É importante ressaltar que a autoestima pode variar de pessoa para pessoa. Alguns indivíduos conseguem desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes, adotam uma atitude positiva e encontram maneiras de se adaptar à condição, o que pode ajudar a preservar ou até mesmo fortalecer sua autoestima. (OLIVEIRA, et al., 2019).

O presente trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em paciente com

Fibromialgia (FM), atendida na Clínica Escola da Fundação Educacional de Fernandópolis.

2 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, foi delineado o percurso metodológico envolvendo sujeito do estudo, material e procedimento utilizado conforme se seguem.

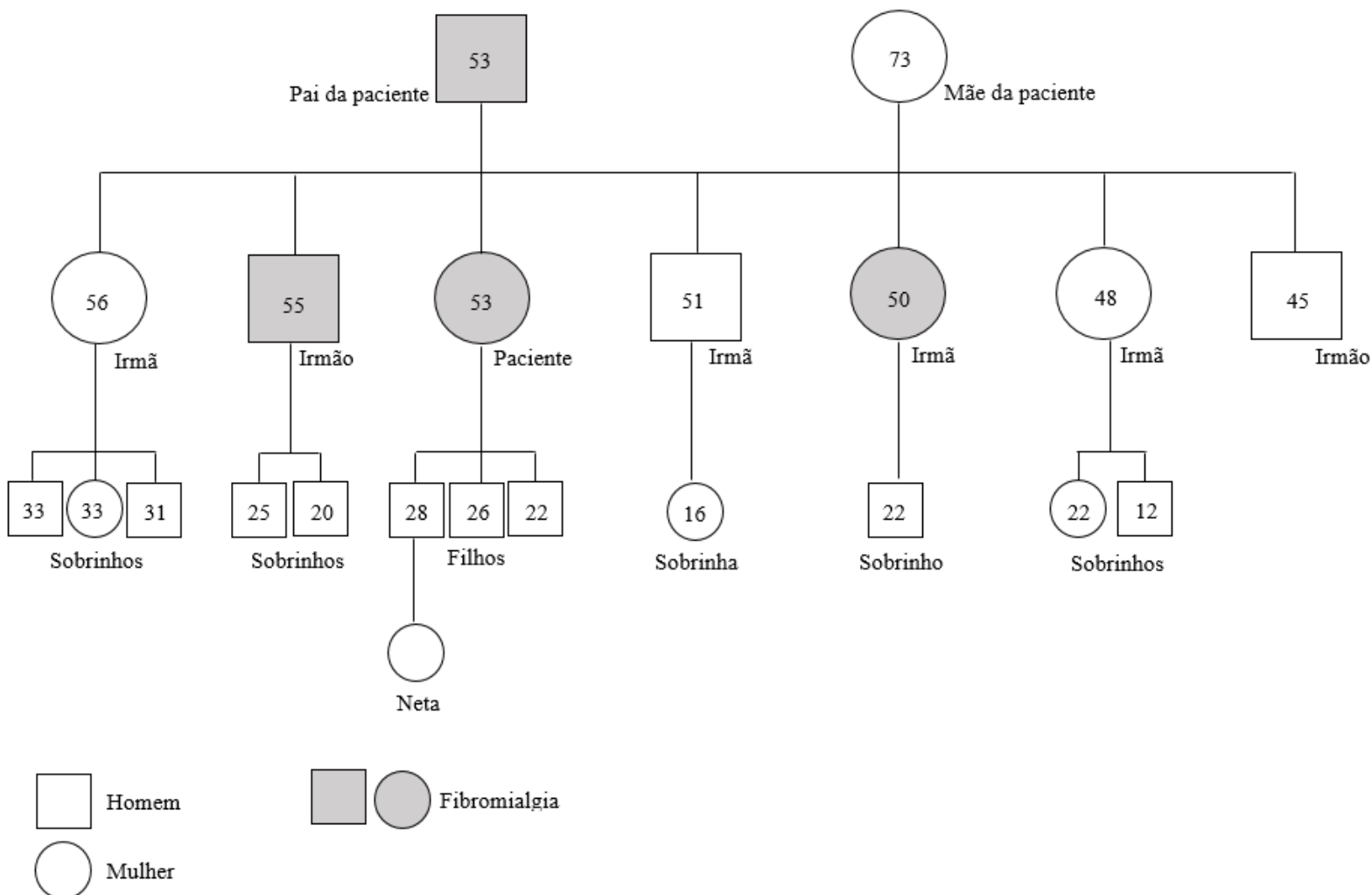
2.1 SUJEITO

Será relatado o caso de uma senhora, sexo feminino, 53 anos, mãe de três filhos, os quais residem com ela, atendida na Clínica Escola da Fundação Educacional de Fernandópolis, uma cidade do interior de São Paulo, com diagnóstico de Fibromialgia, Lúpus, Artrose, Depressão e Ansiedade.

Queixa principal: sentimento de incapacidade diante das dores crônicas que sente; baixa autoestima; necessidade de controlar as coisas e pessoas ao redor; preocupar-se demais com os outros; se sobrecarrega pegando toda a responsabilidade para si.

História de vida: teve seu primeiro ciclo menstrual aos nove anos de idade, desde então começou a sentir diversas dores no corpo; aos dezoito estava noiva, entretanto o rapaz sofreu um acidente e faleceu; aos trinta desenvolveu sintomatologia depressiva e tinha dificuldade para se levantar da cama e se cuidar; aos trinta e seis recebeu o diagnóstico concreto de Fibromialgia e desde então toma medicações para aliviar as dores, estas pioram quando a temperatura diminui e/ou está com o psicológico abalado; atualmente mantém um relacionamento há um ano e seis meses, se encontrando com o namorado apenas aos finais de semana.

História familiar: relacionamento conjugal dos pais estável, toma conta do casal nas quintas e sextas-feiras; possui uma família numerosa, sendo a terceira de sete irmãos; funcionamento biopsicossocial dos irmãos normal, entretanto, a primogênita da família possui diagnóstico de esquizofrenia e mais dois irmãos possuem Fibromialgia; a paciente é mãe de três rapazes, os quais tenta controlar. A Figura 1 representa o genograma da família da Paciente M.

Figura 1. Genograma Familiar.

3 MATERIAL E PROCEDIMENTO

Para avaliação e intervenção, foram utilizados os seguintes procedimentos: Entrevista; Questionário socioeconômico; Histórico de vida e familiar; Obtenção de dados; Lista de verificação de ansiedade Leahy (LEAHY, 2011); Questionário de preocupações da Penn State University (DESOUZA, 2013); Inventário de depressão de Beck (BDI - II) (ANUNCIACÃO, CAREGNATO, 2019); Técnica projetiva de desenho (H.T.P.) (BUCK, 2009); Escala de inteligência Wechsler para adultos (WECHSLER, 2021). A paciente procurou atendimento psicológico em sua UBS e após algumas sessões foi encaminhada para a Clínica Escola da Fundação Educacional de Fernandópolis. Foram realizadas 13 sessões de abordagem cognitivo-comportamental semanais, cada uma com durabilidade de 50 minutos. O processo foi constituído por avaliação inicial, intervenção, avaliação final e feedback. Foram utilizadas estratégias e técnicas como

questionário semidirigido, método ABC, diagrama de conceitualização, reestruturação cognitiva, psicoeducação, técnica de relaxamento, dinâmicas e ensaio comportamental. (Quadro 1)

Quadro 1. Estruturação das Sessões e Procedimentos Terapêuticos.

Sessão	Procedimento
1° a 3° Avaliação Inicial	Entrevista; Questionário socioeconômico; Histórico de vida e familiar; Obtenção de dados; Lista de verificação de ansiedade Leahy; Questionário de preocupações da Penn State University; Inventário de depressão de Beck; Técnica projetiva de desenho (H.T.P.); Escala de inteligência Wechsler para adultos.
4° a 11° Intervenção	Questionário semidirigido – habilidades de enfrentamento do sujeito: dificuldades. Método ABC (Antecedente – Comportamento – Consequência): analisar os comportamentos e investigar suas funções. Diagrama de Conceitualização: auxilia na organização das informações coletadas sobre a crença central, favorecendo a identificação das estratégias compensatórias e a compreensão dos motivos que levaram ao desenvolvimento dessas crenças. Reestruturação cognitiva: crença de incapacidade, incompetência e desvalor. Psicoeducação dos sintomas de incapacidade, baixa autoestima e ansiedade. Técnica de relaxamento: sintomas de ansiedade acerca da crença central e situações sociais. Dinâmica do espelho: trabalhar com a autoestima e o sentimento de invalidez. Dinâmica dos três envelopes coloridos: desenvolver técnicas de enfrentamento para lidar com situações disfuncionais. Dinâmica com objetos: refletir sobre a rigidez e a sobrecarga. Ensaio comportamental: incentivar o paciente a treinar os comportamentos que pretende demonstrar em situações reais. Feedback positivo do terapeuta para o paciente.
12° Avaliação Final	Verificação dos sintomas de depressão e ansiedade, por meio da Lista de verificação de ansiedade Leahy; Questionário de preocupações da Penn State University; Inventário de depressão de Beck; e Técnica projetiva de desenho (H.T.P.).
13° Devolutiva e feedback	Apresentação dos dados dos testes aplicados à paciente e feedback positivo do terapeuta acerca da redução das queixas e sintomas apresentados.

Elaborado pelas próprias autoras.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em etapas, conforme se apresentam: Avaliação Inicial; Intervenção; Avaliação final e Feedback.

4.1 Avaliação Inicial

Quanto ao conhecimento da paciente a respeito da Fibromialgia (FM), dados levantados durante a entrevista, questionário e história de vida, reconhece que muitos de seus sintomas psicológicos estão associados à dor crônica causada pela enfermidade. Sintomas estes que lhe causam prejuízos biopsicossociais desde a infância, se acentuando na vida adulta após traumas vivenciados. Entre as variáveis psicossociais, os principais eventos negativos da vida e as experiências traumáticas podem desempenhar um papel na predisposição da FM. Esses eventos foram verificados no estudo de Hauser (2011), assim como no presente estudo.

Para avaliar o nível de ansiedade de M. foi utilizado a Lista de Verificação de Ansiedade de Leahy, onde a paciente alcançou 36 pontos brutos, obtendo uma classificação apontada como severa. Segundo o resultado da paciente sobre este aspecto, está de acordo com o DSM-5, os transtornos ansiosos compartilham características que incluem medo e inquietação em excesso e perturbações comportamentais relacionados. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No Questionário de Preocupação de Penn State University, os resultados da paciente foram 67 pontos, levando a classificação de preocupação crônica. Assim os dados da paciente demonstram estar de acordo com a literatura, por verificar-se que as dores crônicas cometidas pela fibromialgia muitas vezes desencadeiam preocupações excessivas e ansiedade nos pacientes. Esses sintomas estão associados a intensidade da dor, aumentando assim a severidade da doença. (THIEME; TURK; FLOR; 2004).

Os resultados do Inventário de Depressão de Beck (BDI II), a paciente obteve 27 pontos e classificação moderada. Frente a isso, os sintomas característicos comuns dos transtornos depressivos, presentes na paciente M., assim como no American Psychiatric Association (2014), verificou a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

Quanto a Técnica Projetiva de Desenho House, Tree, Person (HTP), a análise das respostas da paciente M., foram: inadequação, ambiente restritivo, tensão, compensação e ansiedade. Ao comparar os sintomas com estudos de Cunha (2000), e Tavares (2003), percebeu-se que não há diferença, pois se manifestam ao longo da doença e neste tipo de avaliação encontrada é entender o indivíduo da melhor maneira possível, sem estigmatização ou preconceito.

A Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, onde a paciente apresentou os seguintes resultados: Índice de Compreensão Verbal: Médio (Q.I. 94 / I.C. 27% de 85-98); Índice de Organização Perceptual: Médio superior (Q.I. 102 / I.C. 53% de 92-111); Índice de Memória Operacional: Médio inferior (Q.I. 74 / I.C. 4% de 67-84); Índice de Velocidade de Processamento: Médio Inferior (Q.I. 79 / I.C. 8% de 72-89). Q.I. Verbal: Médio (Q.I. 89 / I.C. 23% de 85-94); Q.I. de Execução: Médio (Q.I. 100 / I.C. 50% de 91-108); Q.I. Total: Médio (Q.I. 94/ I.C. 34% de 89-99). Com isso, conclui-se que a paciente se manteve na média quanto a sua capacidade intelectual.

Os dados da paciente M. no teste WAIS- III vai de encontro com a literatura, pois verificou-se excelentes qualidades enquanto instrumento de avaliação do funcionamento intelectual, podendo ser utilizada nos diagnósticos de deficiência mental e sobre dotação, assim como no diagnóstico diferencial de perturbações neurológicas e psiquiátricas que afetem o funcionamento mental. (WECHSLER, 2008).

4.2 Intervenção

Na intervenção, notou-se que a paciente aperfeiçoou suas habilidades de enfrentamento, o que foi possível observar quando M. demonstrou que aprendeu a identificar seus pensamentos automáticos e modificá-los juntamente com seus sentimentos e comportamentos, por meio das técnicas ativas e diretivas. Os recursos mencionados acima alinham-se com o modelo cognitivo-comportamental, o qual confirma essa relação existente entre pensamentos, emoções e comportamentos. (BECK, 2009; RANGÉ, 2011).

A teoria cognitivo-comportamental (TCC) fundamenta-se na maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade que influencia na maneira como eles se sentem e se comportam. Desta forma, a paciente identificou o objetivo terapêutico da TCC e reestruturou os pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolveu soluções para produzir mudanças na maneira de agir. (BECK, 2009).

O questionário semidirigido de enfrentamento (VALERIO, 1996) tem como objetivo avaliar o repertório e verificar as habilidades de enfrentamento frente as condições cotidianas que geram significativas dificuldades adaptativas (p. ex.: família, saúde, lazer e afetiva). De acordo com as respostas da paciente M., a dor física que a doença causa interfere diretamente em sua autoestima e em seu humor destacando ainda que, as dores aumentam quando está passando por problemas pessoais e sociais.

Foi apresentado o modelo ABC de Albert Ellis (Quadro 2), que propõe que qualquer determinada experiência ou evento ativa (A) crenças individuais (B), que, por

sua vez, geram consequências (C) emocionais, comportamentais e fisiológicas Ellis (1993). Ao observar o modelo feito pela paciente, pode-se notar alguns pensamentos disfuncionais, bem como sentimentos e comportamentos.

Quadro 2. Resposta da Paciente M., no Modelo ABC de Albert Ellis.

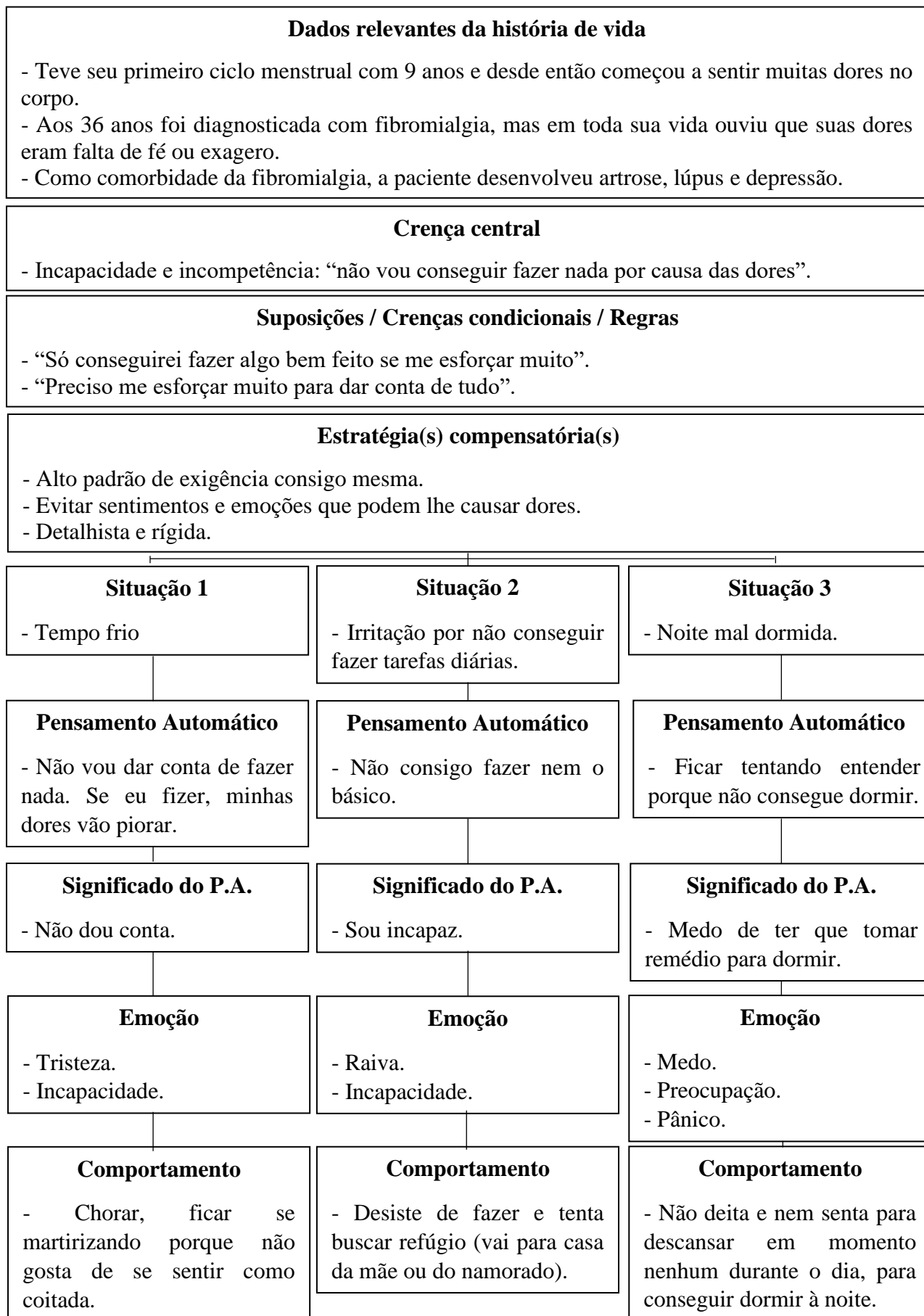
A- Evento Ativador	B- Crença (pensamento)	C- Sentimento	Comportamento
Fazer as unhas ou depilar.	Preciso fazer, mas quero desistir.	Incapacidade e irritabilidade.	Faço mesmo assim e quando a dor é muito, acabo desmarcando.
Dor para andar.	Preciso de bengala.	Incapacidade.	Espero melhorar.
Sexo.	Sou inválida.	Incapacidade, invalidez e tristeza.	Paro e tento outra vez outro dia.
Acidente.	Pode acontecer com meu namorado.	Angústia e medo.	Peço para o namorado avisar quando chega.
Minha irmã falar que fibromialgia é falta de fé.	Ela não sabe o que está falando.	Desamparo e tristeza.	Tento não ouvir, não julgá-la.
Deixo de ter momentos de lazer por causa da dor.	A dor me torna incapaz.	Desanimo e incapacidade.	As vezes vai com dor mesmo, procuro conversar e me ocupar para tentar esquecer a dor.

Elaborado pelas próprias autoras.

(desculpa escrevi errado é esquerda)

A imagem acima representa um modelo de investigação e interpretação da variável externa, da qual o comportamento é a função. É possível representar em termos qualitativos como o sujeito se comporta em diferentes contextos (SKINNER, 1981; NENO 2003; CABALLO, 2012), bem como os do presente trabalho.

Para a avaliação dos aspectos cognitivos e afetivos, foi utilizado o Diagrama de Conceitualização fundamentado nos pressupostos de Beck (1997). (Quadro 3)

Quadro 3. Diagrama de Conceitualização Cognitiva da Paciente M.

Conforme os dados obtidos acima, Beck (1997), considera necessária a identificação dos pensamentos automáticos, emoções e comportamentos disfuncionais para o desenvolvimento de um novo repertório cognitivo e comportamental. Os encontros semanais procuraram desenvolver estratégias mais funcionais para lidar com as dificuldades que pudessem substituir as estratégias inadequadas, como não respeitar seus próprios limites físicos, se forçar a dar continuidade as tarefas diárias e preocupar-se com as pessoas ao seu redor, não cuidando de si mesma.

A técnica de psicoeducação contribui com a sensação de alívio sobre a compreensão da doença e futuras mudanças de crenças. Stallard (2004); Figueiredo (2009); Dobson e Dobson (2010). Diante disso, foi orientado com embasamento teórico a respeito da sintomatologia da Fibromialgia, bem como as comorbidades que podem surgir como resultado da enfermidade, por exemplo, a ansiedade e a depressão. (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2011). A paciente pontuou que os esclarecimentos haviam ajudado a entender melhor os sintomas comorbidos que sentia vez ou outra, ajudando a identificá-los quando eram vivenciados

Durante o andamento das sessões, foi possível observar em M. comportamentos ansiosos frente às obrigações diárias, por exemplo, ao falar sobre sua rotina ficava mexendo nas mãos, os pés ficavam balançando e costumava se remexer na cadeira, porque era muito perfeccionista e não aceitava a ajuda das demais pessoas, como os filhos e os irmãos. Por conta disso ficava sobrecarregada cuidando da casa e dos pais idosos sozinha, deixando-se em segundo plano. O Estudo atual está equiparado com a literatura, pois quando um maior índice de sintomas ansiosos em mulheres que tem dificuldade em aceitar auxílio e conseqüentemente se sobrecarregam com as responsabilidades do lar. (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Para momentos em que se sentisse inquieta foi ensinado a paciente a técnica de respiração diafragmática. Esta é uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade, onde foi solicitado à paciente que preste atenção em sua própria respiração e identifique os momentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, segurando a respiração por mais três segundos e soltando a respiração pela boca por seis segundos. Essa respiração impede a hiperventilação e diminui os sintomas autonômicos e a tensão muscular. (Oliveira e Duarte, 2004; Neto, 1998). Ao treina-la em

sessão, M. demonstrou sinais de tranquilidade, respirando mais lentamente e concentrando-se apenas nas instruções, invés de se preocupar com as coisas ao seu redor.

A técnica descrita acima juntamente com a reestruturação cognitiva que tem como objetivo reconhecer e questionar os pensamentos automáticos disfuncionais, contestá-los e modificá-los (Beck, 1963, 1964) ajudou M. a ver as coisas de um modo mais funcional e lidar com suas autocríticas constantes, por exemplo: “*sou inútil por não conseguir fazer as coisas sozinha*”, “*se eu não der conta de cuidar dos meus pais, serei incompetente*”.

Na intervenção junto ao ensaio comportamental, que, de acordo com Caballo (1996) e Valerio (2003) é um dos procedimentos mais eficaz de encontrar respostas frente a situações consideradas difíceis e aplicá-las às situações da vida diária. No presente trabalho foram executadas três etapas dessa técnica: 1) a situação problema, 2) identificação do comportamento inadequado e 3) a representação invertendo os papéis durante a sessão. Foi solicitado que a paciente se colocasse no lugar de terapeuta e uma das estagiárias seria a pessoa que embora se sinta cansada e sobrecarregada não consegue delegar funções. Após refletir diante da troca de papéis, foi verbalizado ...”*o quanto doía se ver nessa situação e que já começara a colocar em prática as reflexões das sessões...*”.

4.3 Avaliação Final

Na avaliação final foi possível observar uma redução significativa dos sintomas de depressão e ansiedade. De acordo com a Escala de Ansiedade de Leahy, a paciente alcançou uma pontuação de 30, representando uma diminuição de 6 pontos em relação à avaliação anterior. Apesar dessa redução, a classificação de ansiedade da paciente ainda se mantém como severa, conforme os critérios estabelecidos por Leahy. (LEAHY, 2011)

No que se refere ao Questionário de Preocupações de Penn State University, a pontuação da paciente atingiu 53, indicando uma redução de 14 pontos em comparação à avaliação inicial, que, segundo o autor (MEYER 1990), as pessoas com alguns problemas de preocupações chegam em média a um número superior a 52. Segundo dados da literatura, a ansiedade e a depressão são sintomas frequentes nos pacientes com FM, entretanto, a ansiedade se sobressaiu e apresentou-se de maneira mais rigorosa. (BONJARDIM, et. al., 2012).

De acordo com o Inventário de Depressão de Beck (BDI II), a paciente obteve um escore de 10, o que indica uma classificação leve. Além disso, houve uma redução de 17 pontos em relação ao inventário aplicado inicialmente. Durante o processo, a paciente M., agiu de forma ativa no tratamento, de modo que ela a) identificou suas percepções distorcidas; b) reconheceu os pensamentos negativos e buscou pensamentos alternativos

que reflitam a realidade mais de perto; c) encontrou as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e d) gerou pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações em um processo de reestruturação cognitiva, conseqüentemente, diminuindo sua sintomatologia depressiva. (BECK, JS, 1995)

Quanto ao teste projetivo House, Tree, Person (HT.P.), os traços que sobressaíram foram: ansiedade, organicidade, retraimento, tensão, compensação, ambiente restritivo, rigidez e rejeição. Quando comparado aos primeiros resultados, as características que se mantiveram foram: ansiedade, tensão, ambiente restritivo e compensação. Foi possível observar que estes sentimentos estão ligados à sua crença central, por isso são mais difíceis de modificá-los em tão pouco tempo. (NEUFELD; CAVERNAGE, 2010)

Após a intervenção, pode-se observar mudanças positivas em relação aos mesmos eventos ativadores. A paciente demonstrou aderência a maioria dos ensinamentos que foram passados durante as sessões e modificou sua forma de pensar, sentir e agir.

Segundo autores Almeida e Junior (2018), o treinamento cognitivo-comportamental modifica a dor e evita comportamentos, cognições e emoções para reduzir sentimentos negativos em relação a si mesmo, o outro e o mundo. O objetivo geral é reduzir a incapacidade, por conseguinte diminuindo a dor, e aumentando os comportamentos considerados saudáveis, nota-se que embora as dificuldades encontradas diariamente, a paciente em questão aumentou suas emoções de satisfação e compreensão.

De acordo com o modelo ABC de Albert Ellis foi possível observar que o sentimento de incapacidade e invalidez diminuiu significativamente e atualmente M., tem tirado mais tempo para si mesma e não se força a realizar as atividades do seu dia-a-dia quando as dores estão intensas, descansando com mais frequência e ficando satisfeita com os resultados que tem obtido. Neste método, a paciente expressou sentimentos de preocupação e compreensão em relação às dores, o que a ajudou a adotar comportamentos mais eficientes em comparação aos anteriores, dando importância à sua saúde física e mental, o que resultou na diminuição das crises de fibromialgia. A autora Judith Beck (2013) cita que após o paciente em questão diminuir a intensidade de suas crenças, é capaz de interpretar suas experiências de maneira mais objetiva e funcional, como o exemplo acima.

As mudanças citadas também foram observadas na reaplicação do Diagrama de Conceitualização Cognitiva, onde a paciente relatou que, atualmente, não se esforça tanto fisicamente, não se cobra mais para realizar tarefas às quais entende que não terá sucesso

e não se culpa por não conseguir dar conta de tudo ou cumprir com o que estava programado. Dessa forma, ela procura ocupar-se com atividades que a auxiliem a relaxar, como dormir um pouco e, aos poucos, retomar a rotina. De acordo com pesquisas, após uma intervenção psicológica a paciente tende a adotar uma mudança positiva em seu comportamento e em sua mentalidade, agindo de forma mais compassiva consigo mesma. (PROVENZA, et. al., 2004).

4.4 Feedback

As devolutivas de todos os resultados obtidos acima foram dadas para a paciente durante uma sessão de cinquenta minutos, na qual foi esclarecido dúvidas e mostrado a ela o progresso que fora alcançado.

Foram verificadas aquisições de novo repertório cognitivo e comportamental e estratégias de enfrentamento mais funcionais diante das crenças de incapacidade e invalidez, conforme notado nas verbalizações abaixo:

- *Atualmente, procuro delegar as tarefas diárias para os meus filhos, assim, não fico sobrecarregada (modificação de comportamento).*
- *Peço para meus irmãos me ajudarem a cuidar dos nossos pais para não sobrar tudo para mim (modificação de comportamento).*
- *Quando as dores estão intensas, procuro descansar para não piorarem e não me sinto inválida (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).*
- *Quando não consigo fazer as unhas ou arrumar o cabelo por conta da dor, saio mesmo assim e não me sinto para baixo ou incomodada com minha aparência (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).*
- *Hoje não sofro mais com tantas dores e crises de fibromialgia, porque consigo delegar as funções (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).*
- *No momento entendo que me colocar em primeiro lugar e perceber meus limites diminuem muito minhas dores (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).*
- *Atualmente compreendo que para estar bem fisicamente e não ter crises com a fibromialgia, antes preciso estar bem emocionalmente (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).*

5 CONCLUSÃO

Nesse sentido, o presente estudo buscou compreender como a terapia cognitivo comportamental, através das técnicas e intervenções pôde auxiliar na melhora do quadro de uma paciente com fibromialgia. Foi por meio de avaliações, onde tornou-se evidente

que a paciente exibe fortes sintomas de ansiedade e depressão, cuja raiz possivelmente remonta a preocupações que têm a afligido desde a infância, exercendo um impacto substancial em seu bem-estar. Esses padrões de pensamentos disfuncionais moldaram sua autoimagem, perpetuando uma sensação de incapacidade e, por conseguinte, gerando desânimo, tristeza e um sentimento de incompreensão em relação àqueles que a cerca.

Foi verificado que durante as sessões, a paciente adquiriu uma compreensão mais profunda de suas dificuldades e tornou-se capaz de identificar crenças e pensamentos disfuncionais que estavam prejudicando seus relacionamentos afetivos e interpessoais, além de, devido à intensidade da dor que experimentava, acabava interrompendo a realização de diversas atividades em sua vida cotidiana.

A dor se tornou um obstáculo significativo, limitando sua capacidade de participar de atividades que antes lhe proporcionavam prazer e cumprir suas responsabilidades diárias. Dessa forma, as técnicas utilizadas contribuíram para o desenvolvimento de novos recursos, permitindo-lhe perceber positivamente diversas situações em que teve que enfrentar esses desafios, ocasionando assim, mudanças de pensamentos e consequentemente, a posteriori, em seu comportamento.

Nesse contexto, é crucial reconhecer a importância da intervenção terapêutica que auxiliou a paciente a reestruturar seus pensamentos e crenças negativas, promovendo uma visão mais positiva de si mesma e do mundo ao seu redor. Desse modo, constatou-se que a terapia cognitivo-comportamental, comprovou ser uma abordagem eficaz para o tratamento e diminuição dos sintomas da fibromialgia, no qual, corresponde de forma positiva o objetivo da atual pesquisa.

Outros estudos, são também recomendados para traçar subsídios para programas efetivos de intervenção psicológica, como desenvolver novas habilidades de enfrentamento e instrumentos específicos para esta população.

6 REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BECK, A. T. Thinking and depression, II: theory and therapy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 22, n. 4, p. 173-186, 1964.
- BECK, A. T. Thinking and depression. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 21, n. 5, p. 339-346, 1963.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. BDI-II - Inventário de Depressão de Beck. Editora Hogrefe, 1997.
- BECK, J. S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BENDER, E. F.; FARIA, E. R.; FAJARDO, A. P. Intervenção cognitivo-comportamental em pessoa com fibromialgia: estudo de caso. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, v. 2, n. 1, p. 157-167, 2022.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.
- CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.
- COSTA, J. C. B. et al. Benefícios do método Pilates no tratamento da sintomatologia da fibromialgia. *Revista Ciência Atual*, v. 15, n. 1, 2020.
- CUNHA, J. Técnicas projetivas gráficas: Por que sim? Por que não? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- DOBSON, D.; DOBSON, K. S. A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.
- FIGUEIREDO, Â. L.; SOUZA, L.; DELL'ÁGLIO, J. C., ARGIMON, I. I. L. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009.

HAUSER, W, et al. (2011). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome.

LEAHY, R. L. Livre de Ansiedade: Lista de Verificação de Ansiedade de Leahy. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MENDONÇA, B. T. V. Avaliação de funcionalidade e funções executivas em mulheres com diagnóstico de fibromialgia. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2021.

MEYER, T. J.; MILLER, M. L.; METZGER, R. L.; BORKOVEC, T. D. (1990). Penn State Worry Questionnaire. Versão portuguesa por Jiménez-Ros, A.

MILANEZ, G. A. Manejo da dor em pacientes com fibromialgia: uma revisão sistemática sob a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2022.

NETO, F. L. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos ansiosos. In: A.V. CORDIOLLI (Ed.), Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, p. 270-278, 1998.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O.; ALMEIDA, M. B. O tratamento atual da fibromialgia. *Brazilian Journal of Pain*, v. 1, n. 3, p. 255–262, jul. 2018.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O.; RAMOS, J. V. C. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. *Brazilian Journal of Pain*, v. 2, n. 1, p. 81–87, jan. 2019.

OLIVEIRA, J. P. R. et al. O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. e20180411, 2019.

OLIVEIRA, M. A.; DUARTE, A. M. M. Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 6, n. 2, p. 183-199, 2004.

PINHO, P. DE S.; ARAÚJO, T. M. DE.. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 3, p. 560–572, set. 2012.

PROVENZA, J. et al.. Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 6, p. 443–449, nov. 2004.

RANGÉ, B. et al. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, E. B. et al. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 590–596, jun., 2012.

SOUZA, J. B. de; PERISSINOTTI, D. M. N. A prevalência da fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *Brazilian Journal of Pain*, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018.

STALLARD, P. Bons pensamentos – bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAVARES, M. Validade clínica. *PsicoUSF*, v. 8, n. 2, p. 125-136, 2003.

THIEME, K.; TURK, D. C.; FLOR, H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, v. 66, p. 837-844, 2004.

TRINCA, W. Formas de investigação clínica em Psicologia. São Paulo: Editora Vetor, 1997, p. 11-34.

VALERIO, N. I. Neurofibromatose: Gravidade da doença do ponto de vista de observadores e estratégias de enfrentamento. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 1996.

WECHSLER, D. Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos. Editora Hogrefe, 2008.