

Relato de Experiência

Grupo de apoio psicológico a portadores da Síndrome Fibromialgia: relato de experiência

Group of psychological support to patients with Fibromyalgia Syndrome: report of experience

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i3.3089>

Fernando da Rocha Luiz¹, Luciane Raupp^{2*}

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar como foram estruturados os encontros e as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas durante as sessões do Grupo de Apoio a Portadores da Síndrome Fibromialgia, em uma clínica universitária localizada na região metropolitana de Porto Alegre. Ao todo, foram realizadas 20 sessões, distribuídas semanalmente durante o ano de 2015, com duração de aproximadamente 75 minutos, com participação média de 15 pessoas, o grupo era aberto e coordenado por dois estagiários de psicologia. Os encontros visavam produzir um espaço onde os participantes pudessem compartilhar suas experiências e desenvolver habilidades para enfrentar as dificuldades relacionadas a Síndrome Fibromialgia. Por meio da experiência, foi possível verificar distorções cognitivas e o quanto a crença de autoeficácia pode auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Foi realizada revisão literária em relação a Fibromialgia, os métodos de tratamento em psicologia, aspectos psicológicos da Síndrome e o impacto psicossocial na vida dessas pessoas. Com a discussão buscou-se realizar um diálogo entre os aspectos encontrados na revisão de literatura com o relato de experiência, denunciando,

¹ Psicólogo. Universidade La Salle. Brasil.

² Doutora em Saúde Pública (USP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle. Brasil.

***Endereço para correspondência:** Av Victor Barreto, 2288. Centro. Canoas-RS. CEP 95900-000.

Email: Luciane.raupp@unilasalle.edu.br

Submetido em: 02/07/2016

Aceito em: 17/10/2017

dessa forma, como o apoio psicológico pode auxiliar na manutenção do bem-estar e qualidade de vida dos participantes do grupo.

Palavras-chave: Fibromialgia; Grupo de Apoio; Terapias Cognitivo-comportamentais.

ABSTRACT

This article aims to present how the meetings and cognitive-behavioral techniques used during the sessions of the Support Group for Fibromyalgia Syndrome patients were structured in a university clinic located in the metropolitan region of Porto Alegre. 20 sessions were held, distributed weekly during the year 2015, the time was approximately 75 minutes, with an average participation of 15 people, the group was opened and coordinated by two psychology trainees. The meetings aimed to produce a space where the participants could share their experiences and develop skills to face the difficulties related to Fibromyalgia Syndrome. Through the experience it was possible to verify cognitive distortions and how much the belief of self-efficacy can help in facing the difficulties. A literature review was carried out regarding Fibromyalgia, methods of treatment in psychology, psychological aspects of Syndrome and the psychosocial impact on the life of these people. The aim of the discussion was to carry out a dialogue between the aspects found in the literature review with the experience report, denouncing in this way how the psychological support can help to maintain the well-being and quality of life of the participants of the group.

Key-words: Fibromyalgia; Support group; Cognitive-behavioral Therapies.

INTRODUÇÃO

Este estudo foi elaborado tomando como base a experiência de estágio específico curricular do curso de Psicologia, realizado durante o período de abril a novembro de 2015, em um Grupo de Apoio Psicológico aos Portadores da Síndrome Fibromialgia (GAPPSF), em uma clínica universitária de saúde, localizada na região metropolitana de Porto Alegre.

A Síndrome Fibromialgia (SF) caracteriza-se como uma doença reumática que causa muita dor e incapacidades, dificultando ou mesmo impossibilitando a realização de tarefas cotidianas, muitas vezes levando ao afastamento das atividades laborais. Sem apresentar pontos inflamatórios nos tecidos, ossos e articulações, a dor crônica difusa musculoesquelética causa sofrimento físico e mental. Os portadores podem apresentar distúrbios de humor, ansiedade, alterações no ciclo de sono, fadiga, rigidez matinal, distúrbios cognitivos, parestesias, dentre outros. As origens não são conhecidas, mas sabe-se que existe uma disfunção no sistema nervoso central, especificamente nos circuitos relacionados ao processamento da dor. O diagnóstico é realizado por meio de observação clínica e exame físico através de averiguação nos “*tender points*”, distribuídos por diversas regiões do corpo.

Devido as alterações psicofisiológicas e ao impacto social relacionado à SF, faz-se necessário o atendimento multidisciplinar em saúde, criando-se, dessa forma, o GAPPSF, como parte de um Projeto Universitário de Extensão em Fibromialgia. Os interessados são submetidos à avaliação física e psíquica para inclusão no projeto. Os participantes são majoritariamente do sexo feminino (não sendo um fator excludente) e possuem o diagnóstico médico de Fibromialgia.

Durante os encontros do GAPPSF, foi possível constatar muito sofrimento físico e mental nos membros do grupo devido aos sintomas e ao impacto da Síndrome em suas vidas. Existem muitas possibilidades terapêuticas com eficácia reconhecida sobre a SF, incluindo o uso de fármacos, a prática de atividades físicas, psicoterapia e fisioterapia, visando à redução dos sintomas. A atuação psicoterapêutica em grupos, pautada na teoria Cognitivo-Comportamental, vem demonstrando bons resultados na diminuição e controle da dor. Muito pode ser feito para melhorar e pos-

sibilitar maior qualidade de vida e bem-estar aos portadores de SF, desde que sejam realizadas intervenções de cunho multiprofissional, dada a complexidade dos sintomas.

Assim, surge a necessidade de estruturar este estudo cujo intuito é descrever as vivências encontradas nesse grupo, as intervenções psicológicas realizadas, bem como seus pressupostos teóricos por meio de revisão bibliográfica. O relato de experiência foi estruturado levando em consideração os achados em relação à Fibromialgia. Posteriormente é feita uma breve descrição do serviço e do perfil dos participantes do grupo, seguido pelo relato das atividades realizadas e, por fim, é realizada uma discussão e considerações finais acerca deste estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Fibromialgia: Caracterização, diagnóstico e comorbidades

É possível encontrar indícios seculares de pessoas que detinham sintomas os quais se assemelhavam aos da SF. A grande variação de sintomas culminou em uma série de nomenclaturas e conceitos. Com o passar dos anos, vários estudos e experimentos permitiram que a comunidade científica atribuisse essa série de sinais e sintomas à SF.

Dados históricos revelam que o termo “fibrosite” surgiu no início do século XX, cunhado por Edward Gowers, para definir uma manifestação dolorosa¹. Nos anos 1920, outras nomenclaturas foram sugeridas, tais como Miofascite, em 1927, Miofibrosite, em 1929, e Neurofibrosite, em 1930². Na década de 1940, Graham define o termo “fibrosite” como um estado doloroso agudo e crônico nos tendões, músculos, tecido subcutâneo e ligamentos². Já em 1950, devido à falta de evidências em manifestações físicas que justificassem a dor referida por estas pessoas, foi sugerido se tratar de uma condição essencialmente psicossomática². Smythe e Moldowsky, no ano de 1977, associaram a extrema sensibilidade a dor com alterações do sono¹.

O termo Fibromialgia foi finalmente adotado em 1981 por Yunus et al (1981), os quais incluíram como critérios diagnósticos de “dor difusa acompanhada de rigidez em três ou mais áreas anatô-

micas, durante mais de três meses”². A denominação adotada atualmente – Síndrome Fibromialgia (SF) – estaria incorreta, uma vez que não há claramente indícios de alteração patológica do tecido fibroso ou muscular, porém alterações ainda não podem ser feitas devido à falta de subsídios sobre a patogênese¹.

Quanto à prevalência populacional da SF, SENNA et al³. (2004) destaca que não há um registro definido em âmbito mundial, o que se sabe é que existe uma prevalência da doença em mulheres que sofrem de dor crônica, com idades entre 30 a 60 anos². No Brasil, dados apontam uma prevalência de 2,5% na população em geral, sendo a maioria do sexo feminino, da qual 40,8% possui entre 35 e 44 anos de idade.

A SF apresenta como principal característica manifestações de dor difusa e crônica, sem apresentar pontos de inflamação nos tecidos. Com etiologia desconhecida, apresenta sintomas que são facilmente confundidos com depressão e fadiga crônica^{1,3-5}. Os portadores costumam sentir dificuldades em localizar os pontos exatos de dor e o toque costuma ser um estímulo extremamente doloroso¹. Outro sintoma característico é a ocorrência de problemas relacionados ao sono, levando em geral à ausência de um sono reparador, podendo também haver a ocorrência de insônia e agitação motora durante o sono⁵. Além destas, são frequentes queixas em relação a cansaço diurno que se assemelha à fadiga física, parestesias, disestesias, sensação de inchaço e rigidez matinal, bursite, tendinite, mialgias, artralgias, síndrome do músculo piriforme, cefaleias, estresse, intestino irritável, bruxismo noturno, tontura, vertigem, síncope, dificuldades cognitivas, distúrbios de humor e ansiedade¹.

O mecanismo causal da fibromialgia é a sensibilização do sistema nervoso central à dor, não podendo ser entendido como síndrome de somatização⁵. Há anormalidades no metabolismo serotoninérgico analgésico, com baixas concentrações de triptofano, além da hiperprodução da substância “P” mediadora da dor⁶.

Quanto à patogênese, ainda não foram encontradas causas definidas para a emergência e manutenção da SF, porém pode-se associá-la a problemas de ordem afetiva. Outro dado importante é que muitas participantes costumam relatar a existência de familiares que apresentam os sintomas similares aos seus¹. Quanto à predisposição genética, verifica-se que o portador dessa Síndrome costuma ter parentes, geralmente do sexo feminino, com os mesmos sintomas, havendo indícios de herança familiar de modo autossômico dominante¹.

Por não existirem alterações em exames de atividades inflamatórias ou em imagens, o diagnóstico é realizado inteiramente de forma clínica⁶. Para a conclusão diagnóstica, é comum o uso de inventários, entrevistas, exames físicos e observação clínica. O exame de manifestação dolorosa nos *Tender Points*-TPs é um dos principais instrumentos diagnósticos, sendo efetuado por meio da pressão de 18 locais. A resposta do examinado pode ser considerada um sinal semiobjetivo de SF se pelo menos 11 dos 18 TPs apresentarem reflexo doloroso¹. Pessoas com reflexos dolorosos em número inferior a 11 TPs, mas que apresentam outros sinais e sintomas sugestivos, podem ser classificadas como fibromiálgicas⁵. A avaliação da intensidade da dor pode ser feita de várias maneiras, por meio de questionários de autoavaliação e exame quantitativo¹.

Um estudo realizado por Wolf et al.⁷, com 829 portadores de fibromialgia, visou desenvolver, de forma prática, critérios para o diagnóstico de fibromialgia sem a necessidade de utilizar os TPs, resultando em uma escala de gravidade sintomática. Dessa forma, foi possível estabelecer que, através da combinação das escalas de dor por número de regiões dolorosas (WPI) e níveis de gravidade (SS) dos sintomas somáticos, cognitivos, alterações do sono e fadiga, obtendo-se que (WPI >7 e SS >5) ou (WPI 3-6 e SS >9), com essa escala é possível classificar corretamente 88,1% dos casos de fibromialgia.

Devido à grande variedade de sintomas e condições associadas, o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ) tem sido bastante utilizado para o diagnóstico. O FIQ consiste em 20 perguntas sobre capacidade funcional e laboral, impacto global e sintomas específicos da SF, a pontuação pode variar de zero até 100. Aqueles que apresentam escore acima de 70 tendem a apresentar

³ Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004;31:594-7; apud3

maior impacto dos domínios limitantes da Síndrome⁸. Em casos de difícil caracterização, a polissonografia pode detectar alterações importantes na arquitetura do sono⁶.

O diagnóstico diferencial deve levar em conta as condições da Síndrome Miofascial; Reumatismo extra-articular; Polimialgia reumática e Artrite de células gigantes; Polimiosites e Dermatopolimiosites; Hipotireoidismo; Hipertireoidismo; Hiperparatireoidismo; Insuficiência adrenal; Miopatia metabólica por álcool; Neoplasias; Doença de Parkinson; e efeito colateral de drogas - corticoesteróide, cimetidina, estatina, fibratos, drogas ilícitas⁵.

Algumas comorbidades são frequentes na SF. Dentre as doenças reumáticas, é comum a concomitância de Lúpus eritematoso sistêmico, Artrite Reumatoide e Síndrome de Sjogren. Quanto às infecções e inflamações crônicas, é comum a confusão com os sintomas de Tuberculose, Sífilis crônica, Endocardite bacteriana, Doença de Lyme, Imunodeficiência adquirida e Implantação mamária, além das doenças endócrinas como Hipotireoidismo e Hipopituitarismo¹.

No que se refere à presença dos distúrbios de ordem psíquica, o mais frequente é o Transtorno Depressivo, a qual foi detectada entre 30% e 40% das pessoas portadoras da Síndrome¹. Um estudo realizado com 31 pessoas portadoras de SF demonstrou que elas apresentavam taxa maior de distúrbios afetivos significativos em comparação aos que apresentavam artrite, havendo uma exacerbação da sensação de fadiga na presença de sintomas de depressão e ansiedade¹.

A depressão, os distúrbios do humor, manifestações da ansiedade, estresse, distúrbios do sono e déficits cognitivos são disfunções comuns em portadores de SF. Por este motivo, alguns instrumentos quantitativos e qualitativos podem ser utilizados para avaliação da intensidade e classificação de tais sintomatologias, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Estresse, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Escala de Fadiga, Inventário do Sono (IS) e Inventário de Qualidade de Vida, além de entrevistas e observação clínica.

Em relação ao impacto psicossocial, a Síndrome atinge negativamente as relações familiares, as atividades laborativas e as educacionais. No Brasil, não existem estudos empíri-

cos que demonstrem o impacto econômico e laboral da SF, porém, é observável o fenômeno de afastamento ao trabalho formal por algum período³. Problemas sociais e interpessoais, estresse intenso, experiência de rejeição, perda e exclusão ativam os mesmos padrões neurais no cérebro para sensação de dor. Segundo Kross et al⁴, 2011, a prática clínica permite observar que os problemas afetivos e sociais, consequentes ou não da dor, deixam a pessoa mais propícia aos quadros de dor crônica.

Dada a complexidade da SF, o tratamento exige o envolvimento interdisciplinar, de forma a articular a utilização de diversos mecanismos terapêuticos. O emprego de recursos farmacológicos, psicoterapêuticos, fisioterapêuticos, nutricionais e físico educacionais, de forma interdisciplinar, podem conduzir ao alívio da dor, melhora no equilíbrio emocional, na qualidade do sono e melhor condicionamento físico⁵.

No tratamento farmacológico, podem ser utilizados antidepressivos tricíclicos, bloqueadores seletivos de receptação de serotonina, benzodiazepínicos, analgésicos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, indutores de sono e anti-parkinsonianos⁹. Alguns tratamentos fisioterapêuticos são recomendados, dada sua eficácia no alívio dos sintomas a curto e médio prazo. Os mais utilizados são a hidroterapia, exercícios aquáticos, atividades físicas aeróbicas, alongamentos, treinamentos de força, estimulação elétrica nervosa, acupuntura, quiropraxia e crioterapia¹⁰. A psicoterapia individual ou em grupo, principalmente quando associada à teoria Cognitivo-Comportamental e ao uso de técnicas de relaxamento, *biofeedback* e hipnoterapia, aliadas ao envolvimento familiar no tratamento, tendem à melhor qualidade de vida dos portadores de Fibromialgia⁵.

Entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas utilizadas no tratamento da SF, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo utilizada com grande frequência. O objetivo da TCC está em produzir mudanças cognitivas (pensamentos e crenças), emocionais e comportamentais,

⁴ Kross, et al., 2011. Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108, 6270-6275; apud⁸

duradoras¹². Possui caráter educativo com foco nos problemas atuais do indivíduo. O tratamento é breve, com sessões previamente estruturadas, tendo como base uma boa aliança terapêutica¹². Nessa perspectiva, um dos recursos utilizados no tratamento da dor crônica e do estresse é o Treino de Controle do *Stress* (TCS) utilizando técnicas que envolvem o relaxamento da tensão mental e física, exercícios físicos, mudanças cognitivas e comportamentais, resolução de problemas, manejo e organização do tempo, treino de assertividade, controle de ansiedade, modificação de padrões comportamentais e reestruturação cognitiva¹¹. Essas técnicas visam ensinar o portador a enfrentar os sintomas, visando modificar crenças que influenciam os pensamentos e condutas que podem intensificar a dor.

GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO A PORTADORES DA SÍNDROME FIBROMIALGIA – GAPPSPF

O Projeto Universitário de Extensão em Fibromialgia, das Clínicas Integradas de Saúde do Unilasalle/Canoas, surgiu no ano de 2007, oferecendo serviços de fisioterapia à população, residente na região metropolitana de Porto Alegre, acometida pela SF. Com o passar do tempo, houve um aumento da população atendida, surgiram demandas específicas por parte das participantes e o desenvolvimento de novos estudos culminaram na agregação de novos recursos e saberes ao projeto, tais como a inclusão das disciplinas de Nutrição, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Psicologia no projeto. Essa estratégia multidisciplinar proporcionou um olhar integral sobre a complexidade da SF, visando ao aumento do bem-estar e qualidade de vida de seus portadores.

Neste sentido, em 2013, surge o Grupo de Apoio Psicológico aos Portadores da Síndrome Fibromialgia (GAPPSPF), concebido e realizado pelo Serviço de Psicologia, das Clínicas Integradas de Saúde, conduzido por dois estagiários de Psicologia, sob orientação de uma professora da instituição. O grupo foi criado com o objetivo de proporcionar um espaço onde os participantes do Projeto de Fibromialgia pudessem expor seus conflitos, dificuldades, sentimentos, pensamentos e sensações, bem como proceder a atividades de

psicoeducação, no que concerne à patologia em foco e suas comorbidades.

Formas de seleção, perfil dos participantes e estrutura do grupo

A seleção para admissão ao GAPPSPF era realizada de forma concomitante entre as áreas de Psicologia e a Fisioterapia. Dessa forma, eram respeitados aspectos éticos e técnicos de cada área. À vista disso, eram dados os devidos encaminhamentos e/ou estabelecidos os tratamentos necessários de acordo com singularidade de cada caso.

Os estagiários-coordenadores do grupo eram responsáveis pela triagem dos participantes, planejamento e execução das atividades em grupo. O processo para participação era composto de avaliação do estado de humor, por meio da aplicação do teste BDI, e dos níveis de estresse, por meio da Escala de Estresse Percebido, além de entrevista semiestruturada, composta por questões de cunho sociodemográfico, história clínica e do paciente, evolução da Síndrome e tratamentos realizados. O principal objetivo era avaliar se o portador de SF apresentava motivação para participar do grupo e comprometer-se com o tratamento, além de identificar a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades e/ou psicoterapia individual. A duração era de uma a três sessões, com 45 minutos cada, em caráter individual, com transcrição das informações em uma ficha para posterior arquivamento e atualização dos dados em prontuário individual.

Quanto ao perfil dos componentes do grupo, era possível caracterizá-los como, predominantemente, do sexo feminino, com idades que variavam entre 27 e 70 anos, todos habitantes da região metropolitana de Porto Alegre, com nível de escolaridade entre o ensino fundamental e pós-graduação, aposentados ou afastados das atividades de trabalho formal, em estado civil casado, com pelo menos um filho*. Os principais sintomas apresentados eram: dor difusa intermitente, insônia e/ou sono não restaurador, parestesias cutâneas, indisposição ou fadiga, além de apresentarem sintomatologia depressiva, ansiedade e

angústia, dificuldade cognitiva e de concentração*. A maioria fazia tratamento farmacológico e não farmacológico, através de especialidades médicas (clínico geral, psiquiatria, neurologia, reumatologia e medicina da dor) e Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Educação Física⁵.

No ano de 2015, surgiram algumas mudanças em relação ao aumento do número de participantes, coordenação e métodos interventivos utilizados no GAPPSF, com maior influência da teoria e técnica Cognitivo-Comportamental (TCC), tendo em vista a eficácia dessa modalidade psicoterapêutica no tratamento a dor crônica. A eficácia da TCC foi avaliada por Keel et al^{**}. (1998), através de comparação objetiva entre as técnicas cognitivas e treino de relaxamento. No estudo, participaram 27 pessoas portadoras de fibromialgia. O grupo experimental (GE) era composto por 14 pessoas submetidas a TCC e o grupo controle (GC) por 13 pessoas, que passou unicamente por técnicas de relaxamento. O GE foi realizado em 15 sessões semanais, com duas horas cada encontro, e foram trabalhadas estratégias de autocontrole, ações informativas, discussão em grupo, relaxamento e ginástica. O GC era constituído apenas de treinamento autógeno de Schultz. Os resultados obtidos foram comparados por meio de instrumentos que apontavam índices de atividade e de repouso, dor, distúrbio do sono, medicamentos utilizados e fisioterapia. Os dados conclusivos apontam para mudanças mais efetivas e duradouras no grupo exposto a TCC em relação ao de relaxamento. Uma pesquisa¹⁴, realizada no Hospital das Clínicas de São Paulo, comparou a redução sintomatológica de 23 mulheres fibromiálgicas, divididas da seguinte forma: foram submetidas ao grupo operativo (Pichon-Rivière) 12 participantes, desenvolvido em oito sessões com foco na manutenção e redução do *stress* da dor; as outras 11 não sofreram nenhuma intervenção não medicamentosa. O grupo operativo se mostrou mais preparado para enfrentar situações relacionadas ao *stress* da dor, porém, não houveram indicativos de mudanças cognitivos-avaliativos da dor a curto prazo. As técnicas de relaxamento aplicadas no grupo

tiveram como objetivo proporcionar o relaxamento psicofisiológico, porém, foi observado que houve uma redução de crenças atribuídas a incapacidade e inassertividade, além de uma diminuição dos níveis de ansiedade e estresse, algo que pode ser associado ao decorrente rebaixamento da tensão física e fisiológica, atrelada às demais intervenções do grupo. O estudo¹⁵ realizado com 21 mulheres portadoras de fibromialgia, divididos em três grupos aleatórios, onde o Grupo I foi submetido ao Treino de Controle de *Stress*, o Grupo II foi submetido ao Relaxamento Progressivo e com o Grupo III foi realizada a Reestruturação Cognitiva, sendo realizadas entrevistas e aplicação dos instrumentos “Inventário de Sintomas de *Stress*”, “Escala de Estresse e Depressão”, “Levantamento das Crenças Irracionais”, dos “Níveis de Inassertividade” e “Escala Analógica Visual”. Com isso, verificou-se que as três técnicas são eficientes na redução do estresse, da ansiedade e depressão e no desenvolvimento da percepção de assertividade, porém, não foram efetivas na redução da percepção da dor. Dessa forma, estes estudos evidenciam que a abordagem multidisciplinar adotada pelo Projeto e o uso da TCC, combinada a técnicas de relaxamento, favoreceu substancialmente no tratamento da dor.

Período interventivo no GAPPSF

No ano de 2015 – o qual será foco deste relato de experiência –, foram realizados 20 encontros, distribuídos em frequência semanal, durante o período de abril a novembro de 2015, com participação média de 15 mulheres em cada, com pausa de vinte dias no mês de junho (período de férias acadêmicas). Cada encontro tinha duração de aproximadamente 75 minutos. O espaço físico era confortável e acolhedor, com as acomodações e materiais necessários para realização de atividades.

O grupo era aberto, assim como instituído pelo Projeto, recebendo participantes até a saturação do espaço físico e suporte profissional. Os grupos abertos mantêm um número padrão de componentes, havendo substituição dos que saem, podendo ter duração predeterminada, com mudanças completas de coordenadores e participantes. Com lideranças consistentes essa modali-

⁵Dados oriundos do prontuário específico dos pacientes atendidos pelo GAPPSF.

^{**}Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Müller: Comparison of Integrated Group Therapy and Group Relaxation Training for Fibromyalgia. The Clinical Journal of Pain 14: 232-8, 1998; apud¹³.

dade grupal tolera mais as mudanças em comparação a modalidade de grupos fechados¹⁶.

As sessões eram planejadas e realizadas de forma flexível, com temas sugeridos pelas participantes e de acordo com a necessidade emocional expressada pelo grupo. Com inspiração na TCC para grupos terapêuticos¹⁷⁻¹⁸, os encontros seguiam a seguinte estrutura:

- a) “Primeira parte”/“Verificação de *status*”: em um primeiro momento, eram realizadas as verificações do estado de humor e de dor, acontecimentos e assuntos emergentes, bem como a apresentação de novos componentes;
- a) “Segunda parte”/“Esclarecimentos”/“Ponte”: procedia-se uma retomada das discussões e ações dos encontros anteriores, elaboração dos temas que serão discutidos;
- a) “Terceira parte”/“Agenda”: eram discutidos os temas emergentes, trabalha-se a geração de respostas adaptativas diante das situações e demais atividades interventivas;
- a) “Quarta parte”/ “Resumos”/ “Tarefas”: antes da finalização, era realizado um resumo do que foi trabalhado durante aquele encontro. Passando a um momento final no qual era estipulado o tema do próximo encontro e as atividades extra grupo.

Nos primeiros encontros, foram feitas as combinações em relação às normas e regras de funcionamento do Grupo, apresentação dos objetivos e propostas dos encontros, esclarecimento de dúvidas, abertura para sugestões e apresentação de cada participante, formando, progressivamente, o senso de cooperação e engajamento. Nesses encontros, observava-se grande expectativa em relação ao tratamento, mitos e crenças sobre a Fibromialgia, muita ansiedade e euforia por parte das participantes, sentimentos movidos pelo reencontro após um período de afastamento da atividade, devido ao período de férias acadêmicas.

Em conjunto, as integrantes denominaram o GAPPSF de “Grupo Esperança”, simbolizando a “esperança”, “fé” e “perseverança”. Algumas acreditavam que era necessário haver “Fé”, para suportar os desafios que a vida impunha, “Esperança”, para acreditar em uma melhor qualidade de vida, e “Perseverança”, no tratamento.

Desenvolvimento dos encontros do GAPPSF e principais reações

De acordo com as teorias acerca da SF, expostas anteriormente, há uma inter-relação entre emoções, cognições e dinâmicas interpessoais com o sistema fisiológico da dor crônica. Consequentemente, os tratamentos psicológicos, para esses tipos de patologias, visam abarcar essa complexa relação. Nesse sentido, alguns priorizam o foco sobre as emoções, outros nas cognições, enquanto outros visam trabalhar as interações ambientais¹⁷. No transcorrer do trabalho efetivado junto ao GAPPSF, foram utilizadas, concomitantemente, medidas interventivas em níveis comportamentais, emocionais e cognitivos.

Durante os encontros iniciais, era notável a angústia das participantes, fruto do desconhecimento e das distorções cognitivas em relação ao diagnóstico, tratamentos, sintomas e comorbidades relacionados à SF. Algumas pensavam que todos os sinais e sintomas estavam associados ao quadro sindrômico da Fibromialgia. Outras acreditavam que a total remissão dos sintomas seria alcançada conforme aderência aos tratamentos, ao mesmo tempo em que verbalizavam que “para a dor não havia saída”. Assim, a vida estaria condenada ao sofrimento físico e mental, além dos relatos de preconceito por parte de familiares e da sociedade.

Por essas razões, em conjunto com as profissionais da Fisioterapia, foram realizadas ações psicoeducativas com as participantes e familiares que visavam, por meio da exposição e discussão dos temas relacionados a Fibromialgia, diminuir dúvidas e incompreensões, bem como possibilitar o desenvolvimento de uma nova percepção sobre as possibilidades de saúde e de vida. O enfoque psicoeducativo visa a autoajuda e proporciona informações que podem ser utilizadas para o crescimento pessoal, seu principal objetivo é ensinar. Essa abordagem é muito bem estruturada a partir de um determinado tema com duração limitada¹⁸.

Através da apresentação e ensino da teoria cognitivo-comportamental, procurou-se identificar os sentimentos, comportamentos, sensações e pensamentos mais presentes no grupo, a fim de relacioná-los à percepção de intensificação da dor e posterior substituição por comportamentos e cognições que contribuíssem para uma diminuição da sintomatologia e maior sensação de bem

-estar. As intervenções psicoeducativas auxiliam na estruturação e aprendizado da TCC, promovendo a esperança, impulsionando o aprendizado, auxiliando na melhora e eficácia terapêutica e contribuindo no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, pois permite a associação dos fundamentos teóricos na vida cotidiana, onde a pessoa assume a responsabilidade e manejo dos seus problemas¹⁹.

Algumas falas, em relação ao cotidiano, davam a dimensão de que a SF se tornou um fator limitante insuperável na vida das participantes. A partir da expressão desses pensamentos, era possível observar que muitas se encontravam, em maior ou menor intensidade, imersas nos sentimentos de tristeza, ansiedade, decepção, medo, frustração, desespero e preocupação.

Dada a oportunidade de identificação dos pensamentos automáticos, muitas passaram a perceber as situações em que apresentavam maior tendência às distorções cognitivas, de forma que as reações psicofisiológicas aumentavam o estado de tensão e estresse, o que, por conseguinte, acentuava os sintomas e o mal-estar. Os efeitos incapacitantes devem diminuir à medida que as participantes conseguem perceber a dor de uma forma menos catastrófica, e como uma condição, até certo ponto, controlável²⁰.

As expressões que remetiam ao desamparo e a incapacidade de lidar com os problemas favoreciam a intensidade sintomatológica da Fibromialgia, dado que crenças de desamparo pessoal, fruto de uma percepção de baixa eficácia, também apresentam papel importante na insuficiente tolerância a dor²⁰. Como medida interventiva, no que tange a essas questões, foram discutidas alternativas cognitivas de confrontação a velhos estigmas, além da reflexão sobre adoção de condutas benéficas à saúde. Um dos exercícios utilizados para tal fim foi a “descoberta guiada” realizada por meio do “questionamento socrático”, técnica que utiliza perguntas simples, como, por exemplo, “qual o significado disso? ”, “o que poderia acontecer? ”, “Por quê? ”, visando a facilitação de mudanças de perspectiva em relação ao mundo e sobre si, contribuindo para uma resignificação da dor²¹.

Em vários momentos, as participantes se diziam infelizes por não conseguirem realizar as atividades, de que gostavam, por vários motivos, mas principalmente pela indisposição e dor. O

comportamento de isolamento e a inércia física atrelada ao constante repouso eram prejudiciais ao condicionamento físico e reforçadores de crenças disfuncionais de inadequação e incapacidade. Como medidas interventivas comportamentais, foram utilizadas as seguintes técnicas²²: treinamento de assertividade; auto recompensa e treinamento de escuta ativa.

Dado o estado fisiológico e psíquico das participantes – com extrema dificuldade para relaxar e dormir –, buscaram-se medidas comportamentais auxiliares, como o emprego de técnicas de relaxamento progressivo e de imaginação com respiração diafragmática²⁴. Durante os encontros, foram ensinados e realizados os exercícios de relaxamento para posterior utilização. Para realização das técnicas, foram utilizadas cadeiras confortáveis, em local com baixa iluminação e arejado, sem ruídos significativos. Através da fala, o facilitador induzia as participantes a se posicionarem de forma confortável e com os olhos fechados, focando sempre nas instruções dadas²⁴. O tempo para realização variava de 20 a 40 minutos. Algumas das principais técnicas utilizadas foram as seguintes:

- a) “Relaxamento progressivo”: consistia em tencionar e sucessivamente relaxar um determinado conjunto muscular, enfatizando a percepção das sutis diferenças entre o estado de tensão muscular e de relaxamento. Dessa forma, elas poderiam perceber o aumento de tensão e desenvolver resposta de relaxamento²⁴;
- a) Técnica de relaxamento com “imagens mentais agradáveis”: era possível a experimentação do uso da imaginação em situações e cenas que permitiam uma progressiva sensação de bem-estar e calma²⁴. Todas as participantes eram incentivadas à prática diária, com duração de no mínimo 10 minutos e no máximo 20 minutos, sem entrar em estado de sonolência, para melhor aprendizado e constatação do estado psicofisiológico alcançado;
- a) “Respiração diafragmática”²⁵: era utilizada em ambas as técnicas e individualmente. Sua utilização contribuía para ritmizar a inspiração e expiração, intercalados pelas vias respiratórias. Quando apresentada a técnica, as participantes eram convidadas a colocarem a mão na região abdominal e torácica e observarem o atual padrão respiratório. Após

dois minutos, elas influenciavam o movimento conscientemente da região abdominal, sem paralisar a região do tórax. O objetivo é aumentar movimento diafragmático²⁶. Para auxiliar no ritmo respiratório, eram feitas contagem com pausas de quatro até seis segundos e imaginação de um balão na região abdominal para facilitar a prática.

Ao término da realização das técnicas, eram explorados as sensações, sentimentos e cognições remanescentes dessa experiência. Os comportamentos e falas denunciavam os efeitos benéficos das técnicas que alcançavam mudanças psicofisiológicas mais tranquilizadoras, que permitiam a redução perceptiva da dor.

DISCUSSÃO

Um dos principais aspectos evidenciados é que o tratamento da SF deve ser multiprofissional, devido à complexidade sintomatológica, e que o apoio psicoterapêutico grupal deve contemplar as emoções, cognições e comportamentos oriundos de distorções e crenças disfuncionais relacionados à dor. As dificuldades interpessoais e a pouca habilidade para lidar com a dor são evidenciados nos primeiros encontros do grupo e se mostram como fatores que precisam ser trabalhados. Com o decorrer dos encontros, foram apresentadas técnicas de enfrentamento que visavam o abandono do comportamento da dor e do sofrimento mental.

A TCC foi inspiradora e fonte das intervenções psicológicas realizadas no grupo, sua eficácia vem sendo estudada e comparada com outras modalidades psicoterapêuticas. Algumas participantes conseguiram, através de exercícios de autoquestionamento, aprender a identificar as cognições disfuncionais relacionadas e os eventos estressantes relacionados à dor, se mostrando fundamental para a melhora, dado que as ideias catastróficas e de atribuição externa contribuem para a intensificação da dor^{22;27}. A partir disso, as participantes conseguiram desenvolver um processo simbólico de maior controle e manejo da dor²². Assim, esse processo de mudança cognitiva é o que realmente torna a TCC efetiva ao tratamento da dor, uma vez que permite, através de um pensamento racional, evitar as distorções cognitivas e reforça crenças adaptativas, possibilitando que o indivíduo se sinta preparado para enfrentar as adversidades da vida.

As crenças desadaptativas podem levar a intensificação da sensação de dor. Por esse motivo, o processo terapêutico inclui o reforço de crenças saudáveis para manutenção do tratamento e para o enfrentamento das dificuldades. A crença da expectativa de autoeficácia e a expectativa por resultados irão influenciar na tomada de decisões para iniciar e manter determinados comportamentos, no esforço e na persistência para lidar com situações problemáticas. Em estudo realizado por Asghari e Nicholas⁶ (2001), foi sugerido que comportamentos dolorosos e de evitação da dor estão relacionados a uma insuficiente percepção de autoeficácia. Já outros estudos²⁸ realizados com portadores de Artrite Reumatoide e Fibromialgia demonstraram relações importantes entre baixa autoeficácia e o comportamento doloroso.

Ao explorar a aceitação dos sentimentos e sensações fisiológicas, por meio de ações psicoeducativas, comportamentais, emocionais e cognitivas, as participantes colocavam em extinção o medo da dor, possibilitando a exposição a situações que, em geral, não eram realizadas em seu cotidiano devido a condutas de esquiva¹⁹. Assim, muitas participantes mencionaram que, mesmo com a dor intermitente e por vezes aguda, as técnicas aprendidas e as estratégias desenvolvidas davam subsídios para enfrentar as dificuldades da vida.

De forma geral, constatou-se que o grupo foi uma importante ferramenta terapêutica, pois o enfrentamento compartilhado das crises e dificuldades advindas da SF reforçava a efetividade de crenças saudáveis, as quais se referem a crenças relacionadas à capacidade de desempenhar influência sobre situações que acometem a vida²⁹, bem como o desenvolvimento de um maior senso de autoeficácia, sendo um importante fator para autonomia no controle e na redução dos sintomas da Síndrome. A expectativa de autoeficácia é alimentada por²⁸:

- a) “Realizações pessoais”: com base nas experiências pessoais, é possível desenvolver uma percepção das capacidades, esforços insuficientes, fatores situacionais e estratégias erradas como causas do fracasso;
- a) “Observação de experiências”: por meio

⁶ Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*. 2001;94(1):85-100; apud²⁷

da observação, averiguar desempenho de outras pessoas ao modo que gere expectativas de capacidade para execução ou aprendizado;

- a) "Persuasão verbal": visa estimular verbalmente a confrontação de situações que são compreendidas como superiores a suas habilidades;
- a) "Respostas emocionais": de repercussão física. Como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal-estar influenciam negativamente na percepção de autoeficácia.

As atitudes e pensamentos adaptativos partilhados no grupo serviram como forma de confrontação aos velhos hábitos e ideias. Com isso, uma nova perspectiva de vida passou a ser experimentada pelas integrantes.

A observação clínica foi um importante recurso para constatação da evolução clínica das participantes, porém, instrumentos de caráter quantitativo poderiam trazer mais elementos concretos para uma análise detalhada dos resultados obtidos com as intervenções psicológicas realizadas no GAPPSF.

CONCLUSÃO

De modo geral, foi possível verificar que muitas das participantes do grupo desenvolveram a capacidade de identificar situações que antecedem o aumento da dor, estratégias ou manejo, para enfrentar os momentos difíceis e eventos problemáticos, atividades e pensamentos adaptativos mais saudáveis, que se tornaram reforçadores. Havendo provável relação com as intervenções multidisciplinares no qual elas foram expostas. O grupo mostrou-se coeso e engajado ao tratamento terapêutico, mas a evolução de cada caso demonstra a complexidade sintomatológica e os fatores interpessoais dentro do tratamento psicológico para SF, denunciando a necessidade de flexibilizar e adaptar as técnicas psicoterapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Russell LJ. Síndrome da Fibromialgia. In: MENSE, Siegfried; SIMONS, David G.; RUSSEL, L. Jon. Dor Muscular: natureza, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole, 2008.
2. Assumpção A. Prevalência de fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população do município de Embu, São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde.../anaassumpcao. Acesso em: 31 maio 2015.
3. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena CAF. (2012). Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. Revista da Associação Médica Brasileira. 2012; 58(3):358-365.
4. Marques AP, Assumpção A, Matsutani LA. Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento. Barueri, SP. Manole; 2007.
5. Weidebach WFS. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo. 2002; 48(4): 291.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010; 62(5):600-10.
7. Oliveira RDG, Marques DBA, Silva DS, Tolotti LL, Vandenberghe L. Psicoterapia de Grupo para Dor Crônica: um Protocolo. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2014; 16(2): 62-80.
8. Chakr RMS, Xavier RM. Fibromialgia: Princípios práticos que auxiliam na indicação e no ajuste do tratamento medicamentoso. Jbm, Porto Alegre. 2014; 102(6): 23-29.
9. Marques AP, Assumpção A. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura. Rev Bras Reumatol, São Paulo. 2002; 42(1): 42-48.
10. Borges CS, Luiz AMAG, Domingos NAM. Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. Arq Ciênc Saúde, São Paulo. 2009; 16(4): 181-186.
11. Beck JS. Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
12. Maeda C, Martinez JE, Neder M. Efeito da Eutonia no Tratamento da Fibromialgia. Rev Bras Reumatol, São Paulo. 2006; 46(1): 03-10.
13. Portoni AG. Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia. 1999. 293 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- de de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/1999-Tese_Andrea_Portnoi.pdf. Acesso em: 12 mar. 2016.
14. Brasio KM, Laloni DT, Fernandes QP, Bezerra TL. Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle do stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Rev. Cienc. Méd.* 2003; 12(4): 307-318.
 15. Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 16. BIELING, Peter J; McCABE, Randi E.; ANTONY, Martin M. et al. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
 17. White JR, Freeman AS. *Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo: para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca; 2003.
 18. Silva DS, Rocha EP, Vandenberghe L. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*. 2010; 18(2): 335-343.
 19. Wesler RL. *Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental*. In: CABALLO, Vicente E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos; 1996.
 20. Wright JH, Basco MR, Thase ME. *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 21. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicol Reflex Crítica*. 2005;18(1):47-54.
 22. Knapp P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 23. Nieves VM, Vila J. *Técnicas de Relaxamento*. In: CABALLO, Vicente E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos; 1996.
 24. Roemer L, Orsillo SM. *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 25. Neto, ARN. *Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental*. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, São Paulo. 2011; 56(3): 158-168.
 26. Vandenberghe L, Cruz ACF, Ferro CLB. *Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial*. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* 2003; 5(1): 31-40.
 27. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de autoeficácia. *Rev Esc Enferm Usp.* 2007; 41(1): 135-140.
 28. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S.A.J. (Org.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Colaboradores: Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed; 2008.