



COMPARAÇÃO ENTRE TRÊS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA: TREINO DE CONTROLE DE STRESS, RELAXAMENTO PROGRESSIVO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

COMPARISON BETWEEN THREE TECHNIQUES OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR THE TREATMENT OF FIBROMYALGIA: STRESS CONTROL TRAINING, PROGRESSIVE RELAXATION AND COGNITIVE RESTRUCTURING

Karina Magalhães BRASIO¹
Diana Tosello LALONI²
Queila Pierre FERNANDES³
Thais de Lima BEZERRA⁴

RESUMO

Introdução

A Fibromialgia é uma síndrome, de caráter crônico e etiologia desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética que afeta várias áreas do corpo. Em função da inexistência de alterações orgânicas, a presença de fatores psicológicos

¹ Faculdade de Psicologia, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Hospital Maternidade Celso Pierro, Membro do Grupo de Pesquisa "Atenção Psicológica em Instituições: Prevenção e Intervenção". Av. John Boyd Dunlop, s/n, Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/ *Correspondence to*: K.M.BRASIO. *E-mail*:mauriciobr@osite.com.br

² Faculdade de Psicologia, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Serviço de Psicologia do Hospital Maternidade Celso Pierro. Membro do Grupo de Pesquisa "Atenção Psicológica em Instituições: Prevenção e Intervenção".

³ Psicóloga Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional, em Hospital Geral, FUNDAP.

⁴ Psicóloga Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional em Hospital Geral, PUC-Campinas.

como estresse, ansiedade, depressão, inassertividade e crenças irracionais parecem influenciar seu início e manutenção.

Objetivo

Comparar a eficácia de três técnicas de intervenção psicológica: Treino de Controle de Stress, Relaxamento Progressivo e Reestruturação Cognitiva.

Métodos

Participaram 21 pacientes com fibromialgia, do sexo feminino, provenientes do Ambulatório de Reumatologia de um Hospital Universitário do interior de São Paulo, divididos, aleatoriamente em três grupos. O Grupo I participou do Treino de Controle de Stress; o Grupo II foi submetido ao Relaxamento Progressivo e, no Grupo III foi realizado a Reestruturação Cognitiva. Os pacientes receberam tratamento médico simultâneo e foram contatados por meio de uma entrevista e submetidos à aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress*, Escala de Ansiedade e Depressão, dos Levantamentos dos níveis de Inassertividade, Crenças Irracionais e Escala Analógica Visual.

Resultados

Revelaram que as três técnicas possibilitaram a redução do nível de estresse; a diminuição da ansiedade e depressão e o desenvolvimento da assertividade. Revelaram, ainda que, nenhuma das técnicas demonstraram-se significativas na redução da percepção das dores.

Conclusão

Confirma-se as controvérsias quanto à etiologia desta doença e levanta-se a necessidade da realização de novos trabalhos verificando o tipo de intervenção mais eficaz.

Termos de indexação: fibromialgia, transtornos psicológicos, intervenção psicológica, estudos de intervenção, terapia comportamental cognitiva.

A B S T R A C T

Introduction

Fibromyalgia is a chronic syndrome of unknown origin, characterized by a muscle-skeleton pain affecting multiple parts of the body. Since there are no organic alterations, there is a hypothesis that psychological factors, such as stress, anxiety, depression, lack of assertiveness, and irrational beliefs, influence its beginning and maintenance.

Objective

This study compares the efficiency of three techniques of psychological intervention: Stress Control Training, Progressive Relaxation and Cognitive Restructuring.

Methods

Twenty-one female patients, from the Clinic of Rheumatology of a University Hospital in a certain city in the state of São Paulo, were divided into three groups. Group I participated in Stress Control Training; Group II was submitted to Progressive Relaxation and Group III performed Cognitive Restructuring. All patients were submitted to medical treatment simultaneously and were selected through an individual interview, and answered the following tests: Inventory of Symptoms of Stress, Hospital Anxiety and Depression Scale, Visual Analogic Scale and Levels of Assertiveness and Irrational Beliefs.

Results

The results revealed that the three techniques reduced stress, anxiety and increased the assertiveness. Neither of the three techniques was significant in the reduction of the perception of pain.

Conclusion

The study confirms the controversies related to the origin of this disease and raises the need of further studies to identify the most effective type of treatment.

Index terms: *fibromyalgia, psychological disorder, psychological intervention, intervention studies, cognitive therapy.*

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, caracterizada por dores nos músculos e tecidos conectivos fibrosos (ligamentos e tendões) de várias partes do corpo por pelo menos três meses, do tipo reumatismo não articular¹, cuja etiologia ainda é desconhecida².

O termo fibrosite foi usado para descrever esta condição clínica, pois acreditava-se que esta decorria de uma alteração inflamatória nos tecidos conectivos fibrosos responsáveis por um reumatismo articular que pode desencadear dor, calor, inchaço, vermelhidão e rigidez^{2,3}.

Deste modo, a fibromialgia foi frequentemente confundida e pouco entendida uma vez que, alguns de seus sintomas envolvem dores musculares difusas, distúrbios do sono, fadiga, os quais podem ser encontrados em outras enfermidades, como artrite e artrose. Em 1990, a *American College of Rheumatology* (ACR) sistematizou o critério diagnóstico que torna a fibromialgia uma entidade clínica distinta.

Ela afeta principalmente as mulheres (75%- 95%), com picos de incidência média aos 52 anos de idade, variando entre 12 e 45 anos, sendo uma doença mais rara, após os 60 anos de idade². Os exames laboratoriais se mostram normais, ou sem alterações orgânicas, de modo que seu diagnóstico é essencialmente clínico, sendo baseado nas queixas de dor generalizada e na presença de pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos utilizados para a diferenciação de outras enfermidades³. Esses 18 pontos representam a região da nuca, ombro, braço, cotovelo, costas, quadril, coxas, pernas, joelhos e parede do peito, e a especificação da presença de todos esses pontos dolorosos é característica apenas em pacientes com fibromialgia.

Essa síndrome afeta principalmente músculos e locais de fixação dos ossos, e embora se manifeste como uma doença articular, não é inflamatória (artrite), e não causa deformidade nas articulações^{1,2}.

E, embora não seja fatal, é uma doença crônica com exacerbação e recidivas dos sintomas, dos quais os mais comuns são: 1) Dor: é o principal sintoma da fibromialgia, geralmente é sentida em

todo o corpo, embora possa começar numa região do corpo e se espalhar para outras áreas após algum tempo, podendo aparecer com diversas intensidades. A dor é descrita de várias maneiras, como uma sensação de ardência, incomodo, rigidez e fisgadas. Essa dor pode ser constante durante o dia, como pode também, melhorar durante o dia e piorar à noite. Geralmente a dor aumenta de acordo com a temperatura, stress e ansiedade; 2) Sensibilidade: os pacientes apresentam uma sensibilidade excessiva nos pontos dolorosos ao serem examinados. Essa sensibilidade é um dos fatores determinantes para o diagnóstico; 3) Distúrbios de sono: por volta de 90% das pessoas com fibromialgia se queixam de dificuldade de dormir e acordam se sentindo cansadas. Outros distúrbios do sono como apnéia, síndrome da perna cansada e mioclonia também são comuns; 4) Fadiga: em torno de 90% das pessoas com fibromialgia sentem uma fadiga de moderada a severa, com perda de energia, diminuição da resistência aos exercícios, ou um cansaço semelhante àqueles resultantes de uma gripe. Algumas vezes a fadiga é um problema maior do que a dor; 5) Sintomas neurológicos: aproximadamente um quarto dos pacientes apresentam dormência nas mãos e pernas, causando inchaço nessas regiões; 6) Dores de cabeça (cefaléia): acima de 40% dos pacientes apresentam esse sintoma, muitas vezes resultado de tensão muscular na região da nuca e cabeça. Podem apresentar enxaqueca, porém na mesma proporção que pessoas não portadoras da fibromialgia; 7) Síndrome do Intestino Irritável: muitos pacientes apresentam diarreia, constipação, cólica abdominal, gases, e outras dificuldades intestinais; 8) Inchaço: muitos pacientes relatam inchaço nas mãos, cotovelos, pulsos, pescoço, tórax, joelhos, tornozelos, pés, e outros; mesmo não apresentando um inchaço visível; 9) Dor nas articulações: os pacientes freqüentemente se queixam de dores nas articulações das mãos, pulsos, quadril, joelho, tornozelo e pés. A dor pode ser na articulação, apesar desta não sofrer dano; 10) Dificuldade de concentração e memória: Uma, de cada quatro pacientes com fibromialgia experienciam dificuldade de concentração e memória².

É grande o impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes, e a ausência de alterações orgânicas e o desconhecimento da etiologia, evidencia a necessidade de investigações científicas - como se propõe este estudo, sobre a influência de fatores psicológicos como: estresse, ansiedade, depressão no início e na manutenção desta síndrome.

Treino de Controle de Stress

O stress constitui-se de respostas biológicas compostas a partir dos sistemas neurofisiológicos, neuroendócrinos e neuroimunológicos, além de acompanhar-se de componentes comportamentais, que desencadeiam transtornos orgânicos funcionais.

Ele pode ser conceituado como uma reação do organismo, decorrente de alterações psicofisiológicas, que acontecem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de algum modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz⁴. Sendo a fonte de estresse, qualquer evento que gere um estado emocional forte levando a uma quebra do equilíbrio do organismo e exigindo uma adaptação⁵.

Contudo, esses eventos podem ser constituídos por aquilo que ocorre externamente ao indivíduo, como por exemplo acidentes, mortes, briga, nascimento de um filho, e outros; ou constituído por aquilo que ocorre internamente ao indivíduo, como mudanças hormonais, doenças/enfermidades e suas cognições, seu nível de assertividade, suas crenças, seu padrão comportamental e capacidade de enfrentamento.

Quanto a resposta ao estresse, pode ser de natureza física e/ou emocionais, como a ansiedade e a depressão. De modo que, as respostas ao estresse, sejam ativadas com menor ou maior intensidade, conforme a ocorrência da resposta de cada organismo, frente ao estímulo estressor.

Diversas pesquisas já evidenciam que as dores difusas, presentes nas queixas dos pacientes com fibromialgia, tenham relação com o Sistema Nervoso

Central (SNC)^{1,2} justificando a necessidade de uma compreensão sobre a fibromialgia - seus sintomas físicos e psicológicos - , a fim de subsidiar programas de intervenções específicos para o controle de estresse e programas de profilaxia⁵, na terapêutica de pacientes com transtornos funcionais, como a fibromialgia, nos quais parece haver a influência de mecanismos bioquímicos e neurológicos desencadeadores de dor, hipersensibilidade, insônia e fadiga e a influência de aspectos ambientais e comportamentais.

Propõem-se como tratamento comportamental o Treino de Controle de *Stress* (TCS), para manejo do estresse⁶. Esta proposta tem como objetivo realizar uma análise funcional dos estressores, através da atuação objetiva de quatro pilares de controle do estresse: relaxamento⁷, alimentação⁸, exercício físico e modificações na esfera cognitiva⁵.

A elaboração do TCS é baseada em princípios do treino de inoculação de estresse por Meichenbaum⁹, da terapia racional emotiva de Ellis¹⁰ e de outras técnicas e procedimentos cognitivo-comportamentais que Lipp⁶ identificou como relevantes para o tratamento e controle do estresse, sendo eles: técnicas de resolução de problemas, treino de assertividade, instruções, relaxamento, exercícios de visualização, identificação e modificação de pensamentos que agem como estímulos discriminativos para que a resposta de estresse se desenvolva⁵.

O TCS apresenta um plano de desenvolvimento das etapas do tratamento porém, não representa uma estratégia a ser seguida rigorosamente⁵.

Ele não se constitui terapia voltada a mudança de outros aspectos que não sejam relacionados com o estresse e restringe-se a treinar o paciente a: 1) compreender o que é estresse e identificar seus sintomas, para que consiga identificar também, quando sua sobrecarga de tensão está chegando a um ponto crítico; 2) reconhecer suas fontes de estresse, em potencial, e tentar eliminar as que forem passíveis de mudança; 3) reestruturar seu modo de pensar e ver o mundo, a fim de eliminar a auto-

-produção do estresse; 4) lidar com ansiedade excessiva; 5) ser assertivo, sem experimentar desconforto ou se estressar; 6) manter a calma e resolver os problemas do cotidiano, sem elevar seu nível de estresse; 7) adquirir/desenvolver técnicas de manejo de estresse para serem utilizadas em situações que não possam ser evitadas; 8) utilizar o estresse a seu favor para atingir bons níveis de produtividade e criatividade; 9) reconhecer seus limites e aprender a respeitá-los e 10) estabelecer prioridades e melhorar sua qualidade de vida no geral⁵.

Assim, o TCS envolve, entre outros procedimentos, o treino de Assertividade (item 5) e a Reestruturação de Crenças Irracionais (item 3); conforme demonstrado com eficácia através de estudos com pacientes com psoríase^{11,12}, hipertensão arterial essencial¹³, retocolite ulcerativa inespecífica¹⁴ e gestantes estressadas¹⁵.

E, uma vez constatando-se em vários estudos, a contribuição do estresse e de fatores psicológicos como a inassertividade e as crenças irracionais para o agravamento dos sintomas de doenças físicas^{16,17,18,19}, propõem-se a inclusão de tais procedimentos para o tratamento de pacientes com fibromialgia.

Relaxamento

Há uma enorme variedade de técnicas de ajuste de reações corporais como a tensão muscular, frequência cardíaca, frequência respiratória, que incluem as chamadas técnicas somáticas: técnicas de relaxamento, de respiração, de manejo de dor, de ativação fisiológica; das quais os dados indicam o relaxamento muscular como altamente eficaz na redução dos níveis de ansiedade⁷.

A Técnica do Relaxamento Muscular, também denominada Relaxamento Progressivo, proposta pelo médico Edmund Jacobson⁷, é usada para a redução de tensões na musculatura esquelética e deve ser usada como integrante aos procedimentos do TCS, uma vez que se baseia na premissa de que sob condições de estresse, o corpo responde com

tensão (nível excessivo de ativação) muscular (fisiológica) aos pensamentos e aos eventos que provocam sintomas de ansiedade, depressão, insônia, fadiga, dores no pescoço e nas costas, dentre outros^{20,22,22}.

O método é ativo, participativo e dinâmico, pois consiste na aprendizagem do sujeito que busca avaliar suas próprias tensões em regiões musculares específicas, para, depois, relaxá-las. De modo, que ao aprender o refinamento de suas percepções cinestésicas, saberá também discriminar/detectar a redução ou aumento de suas tensões musculares. Sendo possível, então, a tomada de decisão sobre o uso da técnica e uma vivência plena do relaxamento psicofísico, por meio do treinamento da descontração muscular e alívio imediato da tensão; de forma consciente, controlada e programada^{21,22,23}.

Reestruturação Cognitiva

A Técnica de Reestruturação das Crenças Irracionais, também denominada Terapia Racional Emotiva Comportamental, proposta por Albert Ellis (1973)¹⁰, é usada para o reforçamento de cognições (crenças, pensamentos ou idéias) racionais; uma vez que se baseia na premissa de que as cognições (crenças, pensamentos), assim como os comportamentos, podem ser fortalecidas por reforçamento ou enfraquecidas por punição, independente de as cognições serem reais (racionais) às necessidades imediatas da situação ou irrealis/irracionalis^{22,24}.

O método também é ativo, participativo e dinâmico, pois consiste na aprendizagem do sujeito que busca avaliar suas próprias cognições, a partir da elaboração de uma hierarquia de situações problemas, as quais se propõem que sejam substituídas por afirmações (crenças, pensamentos ou idéias) realistas sobre as mesmas. De modo, que ao aprender o refinamento de suas próprias cognições, saberá também discriminar/detectar a racionalidade ou irracionalidade destas, sendo possível, então, a substituição das irracionalis através do uso da técnica^{22,24}.

Portanto, o emprego de Técnicas de Intervenção Psicológica como: Treino de Controle de Stress, do Relaxamento Progressivo e da Reestruturação Cognitiva acarretam mudanças de comportamento, que são observadas em diferentes momentos, antes e depois do tratamento.

Deste modo, estas diferentes intervenções psicológicas ampliam o conhecimento das inter-relações entre os fatores psicológicos e a sintomatologia física dos transtornos funcionais como a fibromialgia.

Assim, o objetivo deste estudo, foi comparar a eficácia de três técnicas de intervenção psicológica para o tratamento da fibromialgia, sendo elas: o método cognitivo comportamental de Controle de estresse denominado Treino de Controle de *Stress*⁵; Relaxamento Progressivo⁷, Reestruturação das Crenças Irracionais¹⁰. Avaliar o nível de estresse e os aspectos psicológicos em três grupos de pacientes com fibromialgia, como: ansiedade, depressão, assertividade e crenças irracionais, que constituem em fontes internas de estresse e verificar se mudanças significativas ocorreram nos três grupos de pacientes com Fibromialgia após respectivamente, o Treino de Controle de *Stress*; o Relaxamento Progressivo e a Reestruturação Cognitiva.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Participaram desse estudo 21 pacientes portadores de fibromialgia provenientes do Ambulatório de Reumatologia de um Hospital Particular Universitário do interior do Estado de São Paulo, divididos, aleatoriamente em três grupos, os quais receberam tratamento médico simultâneo, além de terem participado das avaliações médica e psicológica antes e após o TCS e intervenções psicológicas diferenciadas, sendo eles: Grupo I: composto por seis pacientes que participaram do Treino de Controle de Stress (TCS); Grupo II: composto por oito pacientes que foram submetidos à Técnica de Relaxamento Progressivo e o Grupo III: composto

por sete pacientes que foram submetidos à Reestruturação Cognitiva.

O reumatologista encaminhou os pacientes que atendiam os critérios estabelecidos a saber: diagnosticados com Fibromialgia e estarem em tratamento médico no hospital particular universitário do município do interior de São Paulo; pertencerem à faixa etária acima de 20 anos; não apresentarem transtornos psiquiátricos e estarem cientes dos objetivos desta pesquisa e terem concordado, espontaneamente, em participar do protocolo.

As avaliações psicológicas e os três grupos de tratamento psicológico foram realizados em salas para atendimento individual e em grupo localizadas na Clínica de Psicologia do Hospital Universitário.

Foram utilizados os instrumentos de avaliação psicológica nas fases pré e pós descritos a seguir:

1) Ficha de Identificação: esta ficha foi elaborada, especificamente para esta pesquisa com o objetivo de obter dados referentes a aspectos psicossociais do paciente, constando os itens registro hospitalar, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual e genetograma familiar.

2) Inventário de sintomas de *Stress* (ISS): este instrumento, elaborado por Lipp²⁵ e validado por Lipp e Guevara²⁶, objetiva avaliar se o paciente apresenta sintomas de estresse, verificar qual o predomínio dos sintomas, se somáticos ou psicológicos e a fase do estresse (alerta, resistência ou exaustão) em que a pessoa se encontra.

3) Escala Analógica Visual (EAV): a EAV avalia a intensidade da dor, sendo considerada eficiente e pouco invasiva, devido à sua subjetividade. Trata-se de uma linha de 10 centímetros que pode ser utilizada tanto na linha vertical quanto na horizontal. No extremo esquerdo aparece a designação "sem dor" e no extremo direito "dor insuportável". O participante é solicitado marcar livremente um ponto que identifique a intensidade da dor que sente¹⁴.

4) Escala de Ansiedade e Depressão (HAD): é uma escala tipo Likert que avalia a presença de sintomas de ansiedade e de depressão. É constituída

de 14 afirmações que descrevem sentimentos e comportamentos característicos de ansiedade e depressão. Para cada afirmação o sujeito assinala uma alternativa que possui quatro respostas com níveis diferentes de intensidade. A avaliação é realizada por meio da contagem de pontos definidos previamente para cada graduação sendo que, quanto maior o número de pontos maior o nível de ansiedade e de depressão. Para a interpretação dos dados, soma-se o total de pontos adquiridos e o nível de corte para identificar a presença de sinais de ansiedade e de depressão é de 7/8 pontos.

5) Levantamento de Nível de Assertividade: este instrumento foi elaborado com base no *Rathus Assertiveness Schedule*²⁷ e utilizado por Lipp^{11,13}. Tem como objetivo avaliar habilidades comportamentais do paciente em expressar de forma honesta e relativamente direta seus pensamentos e sentimentos de forma socialmente apropriada, levando em consideração os sentimentos e bem-estar dos outros²⁸. É constituído por 17 itens: descreve situações e comportamentos cotidianos. O indivíduo é solicitado a responder "sim" ou "não". Para a avaliação e interpretação dos dados, um indivíduo é considerado assertivo quando o total de suas respostas forem assertivas.

6) Levantamento de Crenças Irracionais: este instrumento foi elaborado a partir de questões e alternativas propostas por Ellis¹⁰. É utilizado no Brasil por Lipp^{11,13}, Dias¹², Brasio¹⁴, Torrezan¹⁵, Soares²⁹, entre outros. Tem como objetivo levantar crenças irracionais que possam atuar como fontes internas de estresse. Essas crenças são chamadas irracionais porque correspondem às expectativas exageradas e impossíveis de serem realizadas. Este instrumento é composto por 10 afirmativas que descrevem reações baseadas em modos rígidos de pensar, ou seja, as crenças irracionais, em que a pessoa concorda ou discorda. Quanto maior o número de afirmações com as quais a pessoa concorda, mais irracional será seu funcionamento emocional.

7) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Com o instrumental em mãos, inicialmente, foi solicitado para a equipe de reumatologistas do Hospital Universitário, o encaminhamento de pacientes com o diagnóstico de fibromialgia para a realização desse estudo.

Os primeiros 21 pacientes consecutivos, encaminhados pelos médicos, foram convidados para participar espontaneamente desse estudo. Foram informados sobre o objetivo dessa pesquisa, bem como informados sobre o sigilo mantido quanto à identificação dos pacientes e se desistissem no decorrer do estudo, não seriam prejudicados no tratamento médico.

Os 21 pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram submetidos à avaliação psicológica, realizada antes das três técnicas de tratamento psicológico. A avaliação foi constituída pela entrevista e pela aplicação de instrumentos de avaliação do estresse; e de aspectos psicológicos, sendo eles: ansiedade e depressão; de crenças irracionais; de assertividade e foi aplicada uma escala analógica visual para a identificação da intensidade das dores no corpo.

Após a avaliação psicológica, os 21 pacientes foram divididos aleatoriamente em três grupos que participaram respectivamente do TCS, Relaxamento Progressivo de Jacobson e Reestruturação Cognitiva. As três técnicas de intervenção psicológica constaram de 8 sessões em grupo, com frequência semanal e duração de 90 minutos (Quadro 1).

Depois da realização dos três grupos, os pacientes foram submetidos novamente à avaliação psicológica com base nos mesmos instrumentos utilizados na fase pré tratamento.

RESULTADOS

Os dados obtidos por meio da avaliação psicológica, realizada na amostra global (Grupo I, Grupo II e Grupo III), antes e depois dos tratamentos psicológicos. Esses dados referem-se as seguintes variáveis psicológicas: estresse, ansiedade, depressão, inassertividade e crenças irracionais, consideradas como fontes internas do estresse que, por sua vez, pode ser considerado como um fator relevante na ontogênese da fibromialgia.

Quadro 1. Procedimentos de intervenções psicológicas realizadas nos 3 grupos.

Sessões	Grupo I	Grupo II	Grupo III
	Treino de Controle do Estresse - TCS	Relaxamento Progressivo de Jacobson	Relaxamento Cognitiva
1º	Objetivos Fibromialgia: definição, causas e sintomas	Objetivos Técnica de Relaxamento	Objetivos Fibromialgia: definição, causas e sintomas
2º	Estresse (4 pilares) Técnica de Relaxamento; Exercício Físico; Alimentação e Reestruturação Cognitiva	Técnica de Relaxamento	Técnica de Reestruturação Cognitiva
3º	Treino de Assertividade Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Técnica de Reestruturação Cognitiva
4º	Treino de Assertividade Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Treino de Assertividade
5º	Técnica de Reestruturação Cognitiva Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Treino de Assertividade
6º	Técnica de Reestruturação Cognitiva Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Crenças Irracionais X Inassertividade
7º	Técnica de enfrentamento de estresse Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Crenças Irracionais X Inassertividade X Fibromialgia
8º	Estresse X Fibromialgia Técnica de enfrentamento de estresse Técnica de Relaxamento	Técnica de Relaxamento	Crenças Irracionais X Inassertividade X Fibromialgia

Desta forma, a comparação dessas variáveis psicológicas entre os três grupos após os tratamentos psicológicos permite verificar os efeitos dos mesmos como tratamentos coadjuvantes da fibromialgia. Revela-se de extrema importância a análise desses dados psicológicos pois, estes correspondem às variáveis: intensidade da dor, crenças irracionais, sintomas de ansiedade e depressão, nível de assertividade e stress; as quais permitem avaliar a eficácia das técnicas de intervenção psicológicas utilizadas (Tabela 1).

Observa-se um aumento no índice de Intensidade da Dor após os dois tipos de intervenção realizada nos grupos II e III, Relaxamento Progressivo e Reestruturação Cognitiva, e ainda uma diminuição no índice de Intensidade da Dor, no Grupo I, após o Treino de Controle do *Stress*.

Contudo, em relação ao índice das Crenças Irracionais, percebe-se uma diminuição no índice dos Grupos II e III, após a intervenção psicológica, e a manutenção do índice no Grupo I.

Observa-se ainda (Tabela 1) uma diminuição nos índices dos Sintomas de Depressão e Ansiedade nos três grupos; após as intervenções psicológicas, das quais a do Grupo II – Relaxamento Progressivo - parece ser a mais significativa.

Em relação ao índice das inassertividade, percebe-se uma diminuição no índice dos três grupos, após a intervenção psicológica.

Assim, os três grupos apresentaram-se em estresse, nas fases de exaustão ou Resistência. Nos Grupos I e II, a amostra que encontrava-se em exaustão diminuiu após intervenção psicológica, embora a amostra em resistência tenha aumentado. No Grupo III, a amostra que encontrava-se em exaustão diminuiu, embora a resistência tenha aumentado, e ainda, haver a ocorrência de uma na qual o paciente, após a intervenção psicológica, ficou sem estresse.

DISCUSSÃO

Existem controvérsias a respeito da etiologia da fibromialgia, porém estudos demonstram a relevância de fatores psicológicos na origem da mesma².

Antes da aplicação das três técnicas já descritas, foram avaliados aspectos psicológicos como: ansiedade, depressão, inassertividade e crenças irracionais, que se constituem como fontes internas do estresse, podendo atuar como fator coadjuvante na gênese da fibromialgia.

Tabela 1. Distribuição das médias da avaliação psicológica referentes à comparação entre os grupos I, II e III antes e depois das intervenções psicológicas.

Variáveis psicológicas	Grupo I - Treino de Controle de Estresse - TCS	Grupo II - Relaxamento Progressivo de Jacobson	Grupo III - Reestruturação Cognitiva
Eav antes	7,3	4,50	6,28
Eav depois	6,6	5,75	8,54
Crenças antes	6,3	6,62	6,28
Crenças depois	6,3	5,75	4,28
Had antes	26,3	24,12	21,54
Had depois	24,3	19,49	18,28
Estresse antes	5 Exaustão 1 Resistência	7 Exaustão 1 Resistência	6 Exaustão 1 Resistência
Estresse depois	3 Exaustão 3 Resistência	5 Exaustão 3 Resistência	3 Exaustão 3 Resistência 1 Sem estresse
Inassertividade antes	8,8	9,0	11,28
Inassertividade depois	7,1	8,2	10,80

Legenda: EAV = Escala Analógica Visual; HAD = Escala de Ansiedade e Depressão.

A avaliação psicológica realizada antes das intervenções demonstrou altos índices de ansiedade e depressão, comportamento inassertivo, crenças irracionais e níveis de estresse em todos os pacientes. Deste modo, em função do padrão de comportamento apresentado confirmou-se a relevância de testar um método de tratamento psicológico eficaz para o tratamento da fibromialgia.

Um dos objetivos da utilização do TCS aplicado ao Grupo I e da técnica de reestruturação cognitiva aplicada ao Grupo III foi reestruturar cognitivamente as crenças irracionais dos pacientes com fibromialgia, partindo do pressuposto, que tais pensamentos disfuncionais estavam funcionando como fontes internas de estresse⁵. Este objetivo foi parcialmente atingido no Grupo I e significativamente contemplado no Grupo III, havendo neste último, modificação do padrão de comportamento inassertivo dos pacientes. Contudo, os pacientes do Grupo I continuaram a apresentar idéias como " as pessoas devem se comportar sempre de modo competente, inteligente e merecedor de todo respeito dos outros" e " é horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem" , denotando uma rigidez de pensamento e necessidade de auto-controle e de controle do meio.

A importância da reestruturação de crenças irracionais no controle do estresse foi citada por Lipp¹¹ que verificaram uma relação entre o nível de estresse e a interpretação que o indivíduo realiza sobre o evento estressante. Deste modo, se a interpretação for disfuncional ou baseada em uma crença irracional, pode desencadear distúrbios emocionais, que por sua vez, funcionam como fontes internas do estresse.

Ellis¹⁰ já defendia o pressuposto que os distúrbios emocionais estão estritamente ligados às idéias irracionais e, referia que um acontecimento em si, não torna o indivíduo irritado ou tenso, mas o seu pensamento sobre o ocorrido que causa os problemas.

O TCS aplicado ao Grupo I e a Reestruturação Cognitiva aplicada ao Grupo III, objetivaram também o desenvolvimento de um repertório de comportamento assertivo. Verificou-se que após as

intervenções psicológicas realizadas nestes dois grupos, os pacientes começaram a apresentar respostas mais assertivas, denotando que os tratamentos psicológicos proporcionaram o início de uma mudança deste comportamento desadaptado.

A importância do desenvolvimento do comportamento assertivo para o TCS foi identificada por Lipp, Nogueira, Nery¹¹ que consideraram a inassertividade como uma fonte interna de estresse e, verificaram a sua relação com o desencadeamento e recidivas dos sintomas físicos de doenças crônicas.

O TCS objetivou também, reduzir o nível de ansiedade e depressão dos pacientes com fibromialgia. A ansiedade e a depressão são consideradas como uma fonte interna de estresse⁵. Neste estudo, este objetivo foi também parcialmente atingido, visto que os níveis de ansiedade e depressão continuaram elevados.

A técnica de Relaxamento aplicada ao Grupo II teve como objetivo proporcionar um relaxamento psicofisiológico. No entanto, houve também uma redução das crenças irracionais, da inassertividade, do estresse e dos níveis de ansiedade e depressão neste grupo. Acredita-se que esta melhora resulte da própria técnica de Relaxamento que proporciona a redução dos níveis de tensão física e psicológica e também seja conseqüente à intervenção realizada em grupo.

O TCS, a Reestruturação Cognitiva e a Técnica de Relaxamento atingiram o objetivo de reduzir o nível de estresse dos pacientes com fibromialgia, considerando, que o nível de stress pode ser aumentado pelas fontes internas de estresse como: crenças irracionais, ansiedade, depressão, e inassertividade.

Conclui-se que, as três técnicas de intervenção psicológica foram parcialmente eficazes para o tratamento da fibromialgia, levantando-se a hipótese que esta doença, sendo considerada como um transtorno somatoforme, apresenta uma etiologia psicológica para o desencadeamento dos sintomas físicos. Deste modo, acredita-se que seja necessário

realizar intervenções psicológicas de longo prazo para alterações do padrão de comportamento e não somente de contingências relacionadas ao momento de vida atual.

REFERÊNCIAS

1. Bellometti S, Galzina L. Function of hypothalamic adrenal axis in patients with fibromyalgia. *Int J Clin Pharmacol Res* 1999; 19(1):27-33.
2. Fransen JRN, Russel IJ. *The Fibromyalgia help book: practical guide to living better with fibromyalgia*. New York: Smith House Press; 1996.
3. Goldenberg DL. What's the future of Fibromyalgia? *Rheumatic Dis Clinics North Am* 1996; 22(2):393-405.
4. Lipp MEN. *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone; 1990.
5. Lipp MEN, Malagris LEN. O Manejo do *stress*. In: Range B, organizador. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. Campinas: Editora Psy; 1995; 24:279-92.
6. Lipp MEN. *Stress e suas implicações*. *Estudos de Psicologia* 1984; 1(3-4):5-19.
7. Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
8. Everly GS, Rosenfield R. *The Nature and treatment of the stress response*. New York: Plenum Press; 1981.
9. Meichenbaum D. *Stress inoculation training*. New York: Plenum Press; 1985.
10. Ellis A. *Humanistic psychology: the rational emotive approach*. New York: Julian; 1973.
11. Lipp MEN, Nogueira JCP, Nery MJS. Estudo experimental de duas condições de tratamento médico-psicológico a pessoas portadoras de psoríase. Campinas: NEP; 1991.
12. Dias RR. *Stress e Psoríase: assertividade e crenças irracionais [dissertação]*. PUC-Campinas: Campinas; 1998.
13. Lipp MEN, Bignotto MM, Alcino AB. Efeitos do treino de controle do *stress* social na reatividade cardiovascular de hipertensos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 1997; 2:137-46.
14. Brasio KM. *Eficácia do treino de controle de stress na retocolite ulcerativa inespecífica [tese]*. PUC-Campinas: Campinas; 2000.
15. Torrezan EA. *O efeito do controle de stress no resultado da gravidez [tese]*. PUC-Campinas: Campinas; 1999.
16. Kirkby RJ. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consulting Clin Psychol* 1994; 62(5):1026-32.
17. Silverglade L, Tosi DJ, Wise PS, D'Costa A. Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *J Gen Psychology* 1994; 12(3):199-207.
18. Lichtenberg JW, Johnson DDV, Arachtingi BM. Physical illness and subscription to Elli's Irrational Beliefs. *J Counseling Dev* 1992; 71(6):157-63.
19. Klages U. Life events and irrational attitudes in patients with rheumatoid arthritis: relations to pain, disability and general health condition. *Int J Psychosomatics* 1991; 38:21-26.
20. Sternbach R. *Principles of psychophysiology*. New York: Academic Press; 1966.
21. Caballo VE. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos; 1996.
22. Davis M, Eshelman ER, Mackay M. *Manual de relaxamento e redução do estresse*. São Paulo: Summus; 1996.
23. Laloni DT. O relaxamento físico: significado, uso e metodologia. In: Lipp MEN. *Relaxamento para todos: controle o seu stress*. Campinas: Papyrus; 1997. 2:33-6.
24. Campos LFL. *Terapia racional-emotivo-comportamental*. In: Rangé B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editora Psy; 1998. 7:79-88.

25. Lipp MEN. O valor do controle estresse como terapêutica de hipertensão arterial. *In*: Knobel M. Psicossomática. Campinas: NEP; 1991. p.83-162.
26. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de *stress*. *Est Psicologia*, 1994; 11(3):42-4.
27. Rathus S. A 30 - Item schedule for assetive behavior. *Behavior Res Ther* 1973; 4:398-406.
28. Rimm DC, Masters JC. Técnicas e resultados experimentais. Rio de Janeiro: Manole; 1983.
29. Soares DM. O estresse do executivo brasileiro: diferenças e similaridades entre homens e mulheres [dissertação]. PUC-Campinas; 1990.

Recebido e aceito para publicação em 5 de novembro de 2003.