



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CCS - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO: PSICOLOGIA

PEDRINA DA SILVA SAMPAIO

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO  
TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA (FIBROMIALGIA): ANÁLISE DE UM CASO  
CLÍNICO**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BAHIA  
2023

PEDRINA DA SILVA SAMPAIO

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO  
TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA (FIBROMIALGIA): ANÁLISE DE UM CASO  
CLÍNICO**

Artigo apresentado como requisito final para conclusão do Estágio Supervisionado de Ênfase II do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Professora Supervisora: Professora Dr<sup>a</sup>. Jeane Saskya C. Tavares.

Período: Agosto a outubro de 2023.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BAHIA  
2023

PEDRINA DA SILVA SAMPAIO

**A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)  
NO TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA (FIBROMIALGIA): ANÁLISE DE UM  
CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado como requisito final para conclusão  
do Estágio Supervisionado Específico de Ênfase II do  
Curso de Psicologia da Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia.

Área de concentração: Centro de Ciências da Saúde Data

da defesa: 26 de Outubro de 2023.

Aprovado em 26 de outubro de 2023 Resultado:

Aprovada

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES**  
Data: 04/11/2023 13:47:38-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Jeane Saskya Campos Tavares – Orientadora  
Psicóloga – Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade  
Federal da Bahia (ISC/UFBA).  
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente  
 **ISMAEL MENDES ANDRADE**  
Data: 04/11/2023 14:05:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Ismael Andrade- Doutor em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Faculdade de  
Educação da Universidade Federal da Bahia  
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente  
 **ANA FLAVIA SOARES CONCEICAO**  
Data: 04/11/2023 19:33:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Ana Flávia Soares Mestre e Doutoranda em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da  
Universidade Federal da Bahia  
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dedico esse trabalho a minha família: mãe, irmãos, meu companheiro e minha filha que são meus laços afetivos mais seguros.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela proteção e força.

Aos meus ancestrais, o povo preto que abriu os caminhos com luta e resistência para que eu esteja aqui.

A minha família, pela qual posso sempre contar, pelo carinho, afeto e amor.

Aos meus amigos, pelo apoio de sempre.

Ao meu companheiro Dico, que está sempre ao meu lado, segurando a minha mão.

A minha filha Laura, minha alegria diária, razão das minhas risadas sempre descontraídas, minha companheira de amor e afeto.

Aos meus colegas do estágio pelo apoio e ajuda, em especial a Francisco que já tem uma caminhada junto comigo na UFRB, pela força e companheirismo.

A professora Jeane pela dedicação, ensinamentos, trocas de experiências e por mostrar que é possível fazer Psicologia para aqueles que são mais vulneráveis e pelo aprendizado para uma luta antirracista.

A Rúbia recepcionista do APC, pela ajuda necessária.

As minhas pacientes pela confiança em compartilhar suas histórias, dores, medos, alegrias e conquistas alcançadas durante a terapia, e por serem fontes de conhecimento na prática profissional e na vida.

“Não devemos julgar a vida dos outros, porque cada um de nós sabe de sua própria dor e renúncia. Uma coisa é você achar que está no caminho certo, outra é achar que seu caminho é o único!”  
(Paulo Coelho)

## RESUMO

Este artigo foi resultado das práticas vivenciadas no Estágio Supervisionado da Ênfase II, no Ambulatório de Atenção Psicológica a pessoas que vivem com condições Crônicas (APC). A fibromialgia é uma disfunção do sistema nervoso central que leva a uma dor multifocal, acompanhada de dificuldades como fadiga, sono, memória e alterações no humor. Além de dor crônica, apresenta-se associada a quadros de estresse, depressão e ansiedade. A literatura sugere que as técnicas cognitivo-comportamentais para dor crônica podem contribuir para melhor qualidade de vida. O objetivo geral do trabalho consiste em analisar um caso clínico de ansiedade associado a fibromialgia em que se realizou a intervenção psicológica por meio da Teoria Cognitivo-Comportamental. Os objetivos específicos são, descrever o quadro clínico e analisar as principais técnicas utilizadas na condução da psicoterapia; caracterizar o quadro clínico atual da paciente e apresentar os ganhos terapêuticos durante o processo. O desenvolvimento da terapia voltou-se para o fortalecimento da aliança terapêutica, criação de vínculo, treinamento de relaxamento, registro das emoções. Os principais ganhos terapêuticos foram: a diminuição dos sintomas ansiosos e as práticas do autocuidado. A gestão do caso direcionado pela TCC permitiu que a paciente avaliasse a validade de suas crenças no presente e construísse respostas mais adaptativas para lidar com as situações vivenciadas por ela.

**Palavras-Chave:** Fibromialgia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Dor crônica; Ansiedade.

## **ABSTRACT**

This article was the result of the practices experienced in the Supervised Internship of Emphasis II, in the Outpatient Clinic of Psychological Care for People Living with Chronic Conditions (APC). Fibromyalgia is a dysfunction of the central nervous system that leads to multifocal pain, accompanied by difficulties such as fatigue, sleep, memory, and mood swings. In addition to chronic pain, it is associated with stress, depression and anxiety. The literature suggests that cognitive-behavioral techniques for chronic pain can contribute to a better quality of life. The general objective of this study is to analyze a clinical case of anxiety associated with fibromyalgia in which psychological intervention was performed through the Cognitive-Behavioral Theory. The specific objectives are to describe the clinical picture and analyze the main techniques used in the conduction of psychotherapy; characterize the patient's current clinical condition and present the therapeutic gains during the process. The development of therapy focused on strengthening the therapeutic alliance, bonding, relaxation training, and recording emotions. The main therapeutic gains were: the reduction of anxiety symptoms and self-care practices. The management of the case directed by CBT allowed the patient to assess the validity of her beliefs in the present and to construct more adaptive responses to deal with the situations she experienced.

**Keywords:** Fibromyalgia; Cognitive-behavioral therapy; Chronic pain; Anxiety.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Registro das sessões.....	23
Quadro 2 – Exemplo de Registro de PANs feito pela paciente.....	28
Quadro 3 - Exemplo de Questionamento Socrático realizado com a paciente.....	28
Figura 1 – Gráfico das principais emoções da paciente .....	26
Figura 2 – Conceituação cognitiva da paciente.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 TCC E FIBROMIALGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>21</b>
3.1. HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL .....	22
<b>4 O PROCESSO PSICOTERÁPICO .....</b>	<b>22</b>
4.1. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS .....	24
4.1.1. Aliança terapêutica.....	24
4.1.2. Escala de intensidade das emoções.....	25
4.1.3. Técnica de respiração diafragmática .....	27
4.1.4. Registro de Pensamentos Automáticos Negativos (PAN'S).....	27
4.1.5. Questionamento Socrático .....	28
4.1.6. Tarefas extra sessão.....	29
<b>5 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA .....</b>	<b>29</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado das práticas desenvolvidas no Estágio Supervisionado da Ênfase II, do curso de Psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Ambulatório de Atenção Psicológica às pessoas que vivem com condições Crônicas (APC), na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia, durante o período de agosto a outubro de 2023.

O APC fora implantado em 2013, a partir da iniciativa da Dr<sup>a</sup> Jeane Saskya Campos Tavares e estagiários do 9º e 10º semestres do curso de Psicologia, com o propósito de oferecer atendimento psicológico gratuito às pessoas que vivem com condições crônicas de saúde, seus familiares e/ou cuidadores. O atendimento é realizado no Serviço de Psicologia da UFRB, que funciona como Clínica Escola, ou em domicílio, caso o paciente esteja impossibilitado fisicamente de deslocar-se até à referida clínica.

Em vista disso, tem-se uma diversidade de condições crônicas às quais o APC presta atendimento psicológico, entre elas estão: O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Depressão relacionada às condições crônicas, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), pessoas em Processo de Luto e Transtornos Alimentares. Neste artigo será apresentado o caso de uma paciente na faixa etária de 50 anos que iniciou o atendimento no APC com sintomas de quadro de ansiedade associada a síndrome de fibromialgia.

A fibromialgia é definida pela medicina como uma síndrome em que o paciente é acometido por um quadro de dor crônica, que afeta o aparelho musculoesquelético e que não é causada e nem tem relação com fatores biológicos ou lesões existentes (SANTOS; RUDGE, 2014). É uma disfunção do sistema nervoso central que leva a uma dor multifocal, acompanhada de dificuldades como fadiga, sono, memória e alterações no humor. Além de dor crônica os pacientes podem apresentar depressão, ansiedade.

De acordo com Ubaldi (1996) a fibromialgia ocorre em cerca de nove mulheres para cada homem, e seus sintomas se manifestam principalmente entre 30 a 50 anos de idade e pode ser diagnosticada em qualquer faixa etária. Estima-se que aproximadamente 6% da população mundial sofrem com essa síndrome, sendo que a maior parte dos pacientes é do sexo feminino. 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” (pontos sensíveis), distribuídos por diversas regiões do corpo.

O objetivo geral do trabalho consiste em analisar um caso clínico de ansiedade associado a fibromialgia em que se realizou a intervenção psicológica por meio da Teoria Cognitivo-Comportamental. Os objetivos específicos são, descrever o quadro clínico e analisar as principais técnicas utilizadas na condução da psicoterapia; Caracterizar o quadro clínico atual da paciente e apresentar os ganhos terapêuticos durante o processo.

Este estudo justifica-se pela compreensão do caso clínico descrito e do direcionamento terapêutico adotado. Bem como refletir sobre a prática clínica da TCC contextualizada com a história de vida da paciente.

Vale ressaltar que no início do processo terapêutico, foi apresentado à paciente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) procedimento padrão do serviço de Psicologia da UFRB no qual continha as informações relevantes sobre o serviço, bem como, que o atendimento psicoterapêutico poderia ser objeto de estudo científico e que todas as informações utilizadas respeitariam o princípio do sigilo, a mesma concordou e declarou ciência acerca do atendimento oferecido pelo Serviço de Psicologia da UFRB, sendo assinado, assinado, posteriormente, pela paciente, estagiária e supervisora.

## **2 TCC E FIBROMIALGIA**

Segundo a literatura pesquisada, a fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, que se caracteriza pela ocorrência de dor frequente muscular pelo corpo. Para se ter um diagnóstico correto, deve haver no mínimo um período de três meses consecutivos de dor localizada, sensibilidade na pressão dos pontos dolorosos e em alguns casos, estas dores podem ser acompanhadas de alterações no sono, fadiga, assim como outros sintomas, que depende muito de pessoa para pessoa. (MAGAGNIN, 2008).

Os sintomas devem ser diagnosticados por reumatologistas, onde este realiza um trabalho acerca dos sintomas relatados, que serão investigados para depois serem tratados. Existem hoje vários tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos para minimizar os sintomas da Síndrome da Fibromialgia. (HEYMANN *et al.*, 2010).

Os pacientes que são diagnosticados com fibromialgia apresentam comportamentos que no dia-a-dia precisam ser modificados e/ou substituídos para que as pessoas com a síndrome consigam conviver melhor com a dor e conseqüentemente com seus sintomas, de uma forma mais saudável. O que não descarta a possibilidade de um tratamento conjunto entre: reumatologista, psiquiatra, fisioterapeuta e psicoterapeuta.

A fibromialgia acarreta inúmeras alterações na vida dos pacientes, inclusive em suas relações pessoais e sociais. A dor toma um lugar central e a rotina passa a se organizar em função dela, afetando a vida social, laborativa e familiar (SILVA e RUMIM, 2012). E também vale salientar que a dor faz com que sentimentos de desamparo e vulnerabilidade sejam vivenciados, podendo ocasionar transtornos do humor como a depressão e ansiedade.

Por caracteriza-se como uma doença reumática, a fibromialgia 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. Com dito antes, os portadores podem apresentar distúrbios de humor, ansiedade, alterações no ciclo de sono, fadiga, rigidez matinal, distúrbios cognitivos, parestesias, dentre outros. . Além disso, normalmente apresenta-se associada a quadros de estresse, depressão e ansiedade.

Segundo Homann *et al* (2011) devido à interação complexa entre fatores psicológicos, físicos e sociais, o humor é amplamente impactado. A capacidade funcional é modificada devido às recorrentes alterações no humor e sono não reparador, acarretando problemáticas relacionadas à execução de atividades diárias, autonomia e independência.

É possível encontrar indícios seculares de pessoas que detinham sintomas os quais se assemelhavam aos da síndrome da fibromialgia. 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 atribuísse essa série de sinais e sintomas à síndrome de fibromialgia.

De acordo com dados históricos desde o início do século XX surgiram manifestações dolorosas em pacientes pelas quais foi denominada “fibrosite”. Na década de 1940, Graham define o termo “fibrosite” como um estado doloroso agudo e crônico nos tendões, músculos, tecido subcutâneo e ligamentos. 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 psicossomática.

O estudo de Souza e Perissinotti (2018) evidenciou uma prevalência de 2% da população brasileira, sendo uma proporção de 1 homem para 5,6 mulheres, destes apenas 15% usou como estratégia de tratamento o recurso psicoterapêutico, não farmacológico, enquanto 69% utilizou o tratamento farmacológico. Conforme destacado, existe uma interferência nas atividades diárias por causa da dor, isto é, ela interfere no sono, no trabalho, no autocuidado, caminhada, vida sexual, vida social, causando irritabilidade e tristeza.

Quanto aos modos pelos quais a fibromialgia evolui e se desenvolve, ainda não foram encontradas causas definidas para a emergência e manutenção, porém pode-se associá-la a problemas de ordem afetiva. Não existem ainda exames laboratoriais para o diagnóstico, sendo realizado com base nas queixas do paciente na presença de dores generalizadas pelo corpo, tanto superior e inferior e na coluna, definida por uma sensibilidade excessiva de 11 a 18 pontos dolorosos, tais como: nuca, ombro, braço, cotovelo, quadril, costas, coxas, pernas, joelhos e peito. O nível socioeconômico e educacional está associado aos diagnósticos (BRASIO *et al.*, 2003; GOLDENBERG, 2004).

Um sintoma característico é a ocorrência de problemas relacionados ao sono, podendo também haver a ocorrência de insônia e agitação motora durante o sono. Além destas, são frequentes queixas em relação a cansaço diurno que se assemelha à fadiga física, bursite, tendinite, mialgias, cefaleias, estresse, intestino irritável, tontura, vertigem, dificuldades cognitivas, distúrbios de humor e ansiedade.

Tem sido demonstrado que pessoas com Fibromialgia apresentará anormalidades bioquímicas ou na função do processamento da dor, porém diferentes fatores, isolados ou combinados, dentro eles, eventos traumáticos ou estressantes, doenças graves, e mudanças hormonais, podem favorecer a sua manifestação. É descrita como uma afecção reumatológica que tem como principal causa dor musculoesquelética difusa e crônica. As doenças reumáticas são as mais antigas e que causam certa incapacidade clínica.

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais prevalentes na população geral e importante causa de síndrome dolorosa crônica. Tem uma etiologia multifatorial que ainda não foi totalmente compreendida. Tendo em vista a associação da síndrome com impactos na saúde mental, é de grande relevância verificar a influência das intervenções psicológicas na manutenção da qualidade de vida de pacientes acometidos pela síndrome, através das sessões de psicoterapia.

De acordo com Heymann *et al* (2010) há um consenso entre os especialistas na área em relação ao tratamento da fibromialgia, ou seja, a estratégia ideal para o tratamento é que seja multidisciplinar, sendo ele farmacológico e não farmacológico, aperfeiçoado conforme a intensidade de dor do paciente.

O tratamento da síndrome da fibromialgia exige o envolvimento interdisciplinar, de forma a articular a utilização de diversos mecanismos terapêuticos, devido a sua complexidade.

Como a etiologia dessa síndrome é desconhecida, o tratamento é sintomático. O controle da dor e a melhora da qualidade de vida são as metas a serem atingidas. Embora uma gama muito ampla de tratamentos tenha sido proposta, poucos têm evidências de seus benefícios baseados em estudos científicos. Esses estudos dividem-se em farmacológicos e não-farmacológicos, entretanto, na prática, ambas as modalidades devem ser usadas simultaneamente. (FELDMAN, 2004, p. 365).

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 físico. No tratamento farmacológico, podem ser utilizados antidepressivos tricíclicos, bloqueadores seletivos de receptação de serotonina, benzodiazepínicos, analgésicos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, indutores de sono. A terapêutica medicamentosa é um suporte para melhor gerir os sintomas associados à patologia. Os medicamentos devem ser escolhidos de acordo com cada caso, e estes servem para melhor gerir os sintomas predominantes de cada doente, sendo a dor, a insônia e o sofrimento psicológico os mais suscetíveis a este tipo de terapêutica. As classes terapêuticas que têm sido estudadas com um maior interesse para a patologia abordada são os antidepressivos, antiepiléticos, antagonistas dos receptores Nmetil-D-aspartato, opióides, canabinóides, relaxantes musculares e anti-inflamatórios não esteroides. Os antidepressivos são a classe terapêutica mais prescrita para o tratamento da fibromialgia.

Além de medicamentos devem ser utilizados outros procedimentos que auxiliam a reduzir os sintomas. O acompanhamento psicoterápico viria a contribuir no sentido de trazer benefícios às pessoas como: aprender a conviver com a dor e melhorar a qualidade de vida, visto que estes pacientes enfrentam um grande desafio ao lidar com esta síndrome, pois traz muitas complicações a sua saúde e que conseqüentemente afetam seu ritmo de vida social, familiar, psicológico e em alguns casos reduz seu rendimento profissional em função das dores.

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 crioterapia.

Provenza *et al* (2004) assevera que uma das formas de tratamento não farmacológico é baseado na terapia cognitivo-comportamental, visto que na literatura se encontra muitas vezes citada como uma terapia com maior eficácia e efetividade, com seu conjunto de técnicas como

a de relaxamento, exercícios aeróbicos, alongamentos e educação familiar, compreendendo que a educação familiar é um dos pontos que mais se destaca, pois, esse apoio gera uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Neste sentido, é importante fornecer todas as informações a respeito da síndrome ao paciente, para ele saber que esta síndrome não leva a incapacidade física e nem a deformações no corpo, o que facilita o tratamento. Outro ponto a ser identificado são os fatores psicossomáticos, que ainda gera discussões sobre o assunto, apesar de pesquisadores afirmarem ser uma síndrome onde a dor é real, alguns defendem existir fatores psicológicos que contribuem para desencadear a síndrome.

Em estudos sobre fibromialgia, percebeu-se o quanto é importante o trabalho multidisciplinar para o tratamento, já que evidencia o aumento de diagnósticos, e o quanto ainda não há clareza sobre tratamento específico sobre a doença. Contudo, técnicas da terapia cognitivo-comportamental tem muito a contribuir na eficácia para o tratamento de fibromialgia.

O acompanhamento psicoterápico pode ser umas das alternativas de tratamento da Síndrome da Fibromialgia, auxiliando na convivência com a dor, dentre outros sintomas que a síndrome remete. A terapia cognitivo-comportamental tem sido eficiente para ajudar os pacientes a manejar sua dor por meio de estratégias de enfrentamento. A psicoterapia individual ou em grupo, principalmente quando associada à teoria Cognitivo-Comportamental e ao uso de técnicas de relaxamento, aliadas ao envolvimento familiar no tratamento, tendem à melhor qualidade de vida dos portadores de Fibromialgia. Entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas utilizadas no tratamento da síndrome de fibromialgia, 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, duradouras. Possui caráter educativo com foco nos problemas atuais do indivíduo. O tratamento é breve, com sessões previamente estruturadas, tendo como base uma boa aliança terapêutica. 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 cognitiva. Essas técnicas visam ensinar o portador a enfrentar os sintomas, visando modificar crenças que influenciam os pensamentos e condutas que podem intensificar a dor.

A terapia cognitivo-comportamental é a abordagem mais aceita no tratamento psicológico para dor crônica, sendo reconhecida nesta área desde a década de 1970, havendo relatos que evidenciam sua efetividade (BASTOS *et al.*, 2007; KIRCHNER, 2017). Nesta perspectiva, a dor é compreendida como um produto influenciado pela interação de comportamentos, sentimentos e pensamentos desadaptativos ao ambiente do indivíduo, que intensificam o quadro álgico como um sistema de retroalimentação. O tratamento auxilia a pessoa a identificar este processo desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor e modificá-lo, produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral.

Na terapia cognitiva comportamental, pensamentos catastróficos, como "Minha dor é terrível e não há nada que eu possa fazer sobre isso" são reformulados para "Por pior que minha dor possa chegar, há coisas que posso fazer para torná-la pelo menos um pouco melhor" (HASSETT; GEVIRTZ, 2009 p. 3). Esses exemplos ilustram uma das estratégias nesse tipo de terapia para ajudar os pacientes a lidarem melhor com seus pensamentos disfuncionais.

Para o psicólogo, o necessário, não somente tentar solucionar os problemas provenientes da dor, mas intervir nos aspectos que a mantem. O processo terapêutico deve possibilitar ao paciente a compreensão da experiência dolorosa, e ajudá-lo a desenvolver habilidades e alternativas mais eficazes para a resolução de problemas que impedem de encontrar uma forma de viver que realmente valha a pena. Portanto faz-se necessário investigar os aspectos emocionais, cognitivos, e interpessoais envolvidos na manutenção da dor. (MARTINS; VANDENBERPHE, 2006 p.242).

Em estudos sobre fibromialgia, percebe-se o quanto é importante o trabalho multidisciplinar para o tratamento, já que evidencia o aumento de diagnósticos, e o quanto ainda não há clareza sobre tratamento específico sobre a doença. Portanto, existem técnicas da terapia cognitivo comportamental que são utilizadas e que são eficazes para o tratamento de fibromialgia. Dentre elas pode-se citar a psicoeducação, que envolve o paciente no plano de tratamento na gestão e controle da doença. Embora ao fornecer o diagnóstico ajude na redução da ansiedade é importante discutir com o paciente a fisiopatologia da sensibilização central versus a dor periférica na fibromialgia, modalidades de tratamento e prognóstico. O envolvimento do doente inclui uma discussão detalhada sobre a terapêutica que se irá seguir. Dessa maneira, a técnica de psicoeducação tem como objetivo orientar o paciente seja sobre seus comportamentos, ou consequências deles, ou suas crenças, valores que perpassam a vida dele (BECK, 2013); a meditação mindfulness, demonstra uma melhoria na qualidade de sono, atenua a dor, melhorando a flexibilidade cognitiva e a capacidade de regular as reações

emocionais com um foco não crítico/reactivo. Educa os pacientes a responder com maior eficácia ao stress, dor e doença através do uso de várias técnicas de meditação, tal como o foco na respiração e meditação. É eficaz no tratamento da fibromialgia e tem tido melhores resultados que os cuidados habituais ao melhorar o estado depressivo e sintomas relacionados como a fadiga, stress, insônia, dor e bem-estar geral. É possível definir que as técnicas de relaxamento são estratégias para combater o estresse que o próprio diagnóstico pode causar. O relaxamento propõe ao paciente reconhecer seu corpo, reduzir tensões, reduzir a ansiedade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi criada por Aaron Beck no início da década de 1960, concebendo uma “psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais” (BECK, 2013, p.22).

Desde o início, a TCC tem se adaptado muito bem aos mais diferentes públicos e o tratamento é conduzido a partir da conceituação, ou da compreensão, das crenças específicas e dos padrões de comportamento de cada paciente, baseado numa forte aliança terapêutica. O terapeuta busca produzir uma mudança cognitiva (pensamentos e crenças) no paciente, que leve a uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013).

Nesta abordagem, conforme Bender, Faria e Fajardo (2022), a dor é definida como um produto da interação entre os comportamentos e pensamentos desadaptativos com os fatores ambientais onde o indivíduo se insere, sendo que tais fatores influenciam e ampliam o quadro álgico, num processo de retroalimentação. No tratamento de dores crônicas, incluindo a fibromialgia, a TCC tem sido largamente utilizada, levando em conta seu caráter educativo, e busca desenvolver maior autonomia no paciente para enfrentamento de seus sintomas, através da psicoeducação e modificação de crenças que possam influenciar negativamente os pensamentos e comportamentos (LUIZ; RAUPP, 2017). A Análise do Comportamento tem por finalidade identificar a relação funcional entre o comportamento do indivíduo e seus determinantes ambientais.

A terapia cognitiva-comportamental é um conjunto de teorias, desenvolvidas para planos de tratamento e orientação terapêutica. A terapia usa como base o princípio, que nossos pensamentos controlam nossas emoções e o modo como nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções.

Acessando a Terapia Cognitivo-Comportamental, o paciente poderá identificar as distorções cognitivas, corrigi-las e, conseqüentemente, apresentar uma melhora de seu quadro clínico. É importante salientar que a modificação das crenças centrais pelo sujeito o torna menos predisposto a vivenciar novamente a situação dolorosa.

De acordo com Knaap, (2004) os pensamentos automáticos são os pensamentos que passam na nossa mente a todo instante. Eles são involuntários, podem ocorrer também em forma de imagens e são as cognições mais fáceis de acessar e modificar.

Segundo Castro (2011), a modificação de pensamento (reestruturação cognitiva), além da melhora do quadro clínico modificará as crenças disfuncionais intermediárias e nucleares; assim, estabelecerá uma melhora abrangente e duradoura na vida do sujeito. É importante ressaltar que a modificação das crenças centrais e mais enraizadas pelo sujeito o torna menos propenso a vivenciar a situação dolorosa novamente (BECK, *et al.*,1993 Apud CORDIOLI, 2008).

As crenças intermediárias são o segundo nível de cognição; correspondem às regras e aos pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com as ideias ditas como realistas. Elas funcionam um mecanismo de sobrevivência que ajudam a lidar e de proteger da ação dolorosa das crenças nucleares. As crenças nucleares, segundo Beck e Knaap (2009), são as cognições disfuncionais mais profundas; são concepções mais enraizadas que o indivíduo constrói ao longo da vida. Essas crenças modelam o estilo de pensamento e promovem erros cognitivos; podem determinar as dificuldades ou facilidades encontradas no processo de tratamento.

A base teórica da abordagem permite que se usem diversos procedimentos, tanto individuais como em grupo, com a intenção de se trabalhar aptidões de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas, etc. Permitindo mais controle sobre a situação vivenciada de forma distorcida, essa abordagem enfatiza a psicoeducação, que consiste em educar o paciente sobre seu problema.

Beck e Knaap (2008) afirmam que, para a terapia ser satisfatória, é necessária uma relação empática com o paciente, um método terapêutico chamado de empirismo colaborativo. A abordagem é constituída por uma teoria que contém vários instrumentos e técnicas.

Segundo Knaap (2004), alguns recursos utilizados com o objetivo de modificar a cognição do indivíduo são: a psicoeducação; questionamento socrático; registro de pensamentos disfuncionais para a identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos e crenças; controle de atividades e agendas; treinamento de habilidades, especialmente da habilidade de solução de problemas; realização de tarefas cognitivas e comportamentais entre sessões; exposição introspectiva e gradual ao problema; identificação de vantagens e desvantagens; aprendizado de manejo de tempo; treinamento de habilidades sociais entre outras.

De acordo com Pereira e Rangé (2011), o tratamento psicoterápico irá envolver basicamente a reestruturação cognitiva; a avaliação, identificação de problemas; delimitação de um foco; conceitualização cognitiva elaborada de forma colaborativa com o paciente; intervenções para diminuir a frequência e a intensidade de pensamentos automáticos negativos e ruminatórias; identificação e questionamento de regras e suposições, visando buscar e testar alternativas para reduzir a vulnerabilidade do indivíduo como forma de prevenir que o sujeito vivencie o problema novamente.

No que se refere à dor, a teoria cognitivo-comportamental é a abordagem mais indicada para tratá-la, principalmente por acreditar que os pensamentos disfuncionais que o sujeito tem a respeito da situação dolorosa vivenciada, irá interferir na maneira como o mesmo se comporta, como mostram alguns estudos relatados por Beck e Knapp (2008).

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) consiste na tomada de consciência de que a dor é uma experiência complexa, para qual contribuem fatores afetivos, cognitivos e comportamentais, para além da fisiopatologia subjacente. É uma modalidade de tratamento abrangente que engloba várias intervenções que permitem que os doentes compreendam, reconheçam e modifiquem padrões psicológicos e comportamentais contraproducentes.

O modelo conceitual que a perspectiva cognitivo-comportamental executa é o evento com uma avaliação cognitiva, que gera uma emoção que resulta em um comportamento, tendo como base a relação entre pensamentos, emoções e comportamento. Em relação aos pensamentos, a teoria cognitivo-comportamental, entende que, com os acontecimentos da vida diária do paciente, ele mesmo pode se tornar autêntico para discernir seus pensamentos e sentimentos por meio do treinamento e atenção. Sem esses treinamentos o paciente se torna refém dos pensamentos automático-rotineiros. Por isso, é necessária uma mediação do terapeuta com o paciente para o reconhecimento dos pensamentos.

Está baseada na teoria de que os pensamentos das pessoas influenciam suas emoções e comportamento. Ao ajudar seus pacientes a avaliarem e mudarem um pensamento disfuncional ou inútil, os terapeutas cognitivo-comportamentais podem provocar mudanças duradoras no humor e no comportamento. (BECK, 2002, p. 12)

A psicoterapia semiestruturada em que o terapeuta organiza um curso a ser seguido para um trabalho direcionado e eficiente. O tempo de terapia é limitado para que o paciente e terapeuta busquem desenvolver um plano terapêutico, baseado em uma psicoeducação, para que o próprio paciente aprenda a implementar as ferramentas desenvolvidas em situações futuras, sem necessariamente a ajuda do terapeuta. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu

pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas experimentam um decréscimo na emoção negativa e no comportamento mal-adaptativo (BECK, 2022).

As perguntas e questionamentos são fundamentais para identificação das mudanças de crenças e esquemas. A maneira como o terapeuta faz os questionamentos é que determina o vínculo terapêutico, para o paciente conseguir expor seus pensamentos e examinar seus pontos de vista.

A terapia cognitiva se baseia na cognição, emoção e comportamento do paciente. Constatando que cada paciente tem uma reação a partir de um evento, e essa reação formará uma emoção baseado no que pensamos. Essa construção entre pensamento, sentimento, comportamentos, fisiologia e ambiente, que se busca intervir, pois são eles que geram os pensamentos automáticos (KNAPP, 2004). Portanto, a terapia cognitivo-comportamental é constituída levando em conta a compreensão das nossas cognições, pensamentos e comportamentos. Ela tem como base os pensamentos, estes que muitas vezes se distorcem por causa de nossas crenças.

O paciente deve compreender que seu tratamento é feito um estabelecimento de metas baseado nos sintomas, entre paciente e terapeuta. O processo terapêutico para ser eficaz, é importante o paciente entenda os seus limites após o diagnóstico e, portanto, cumpra as tarefas estabelecidas, para melhora do controle da dor. Uma das estratégias da terapia cognitivo-comportamental é reformular os pensamentos disfuncionais para ajudar os pacientes a lidarem melhor com eles.

As intervenções desenvolvidas por meio da terapia cognitivo-comportamental estão estruturadas para a modificação de pensamentos e expectativas mal adaptativas, para o melhoramento do humor, estresse, dor e resolução de problemas. Também envolvem intervenções comportamentais sobre ativação comportamental, exercícios graduais, estimulação de atividades, reduzir os comportamentos de dor, higiene do sono e técnicas de relaxamento. A terapia cognitivo-comportamental pode levar o paciente à sua crença mais adaptativa em relação à dor para resultar em um melhor funcionamento.

Alguns dos tratamentos como a técnica de relaxamento muscular, está relacionada as tensões que os pacientes desenvolvem que contribuem para a dor, elas diminuem a partir da respiração do paciente. Como aponta Beck (2013) a conceituação cognitiva é um elemento imprescindível na TCC, sendo a habilidade clínica mais importante que um terapeuta cognitivo necessita desenvolver. Contribui para que o paciente aprenda a lidar com suas dores por meio das cognições disfuncionais. Baseado nessa reestruturação cognitiva o paciente atribui

técnicas como a de meditação que está voltada para o bem-estar físico, emocional e mental, que auxilia na redução de estresse e ansiedade.

Para mais, durante o processo psicoterápico norteado pela TCC é de suma importância que os pacientes entendam a interação entre seus pensamentos, sentimentos e disfunções de comportamentos, analisar constantemente a qualidade da relação terapêutica, bem como, estabelecer uma forte relação colaborativa entre paciente e terapeuta (BECK, 2013).

### **3 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Eliana (nome fictício), sexo feminino, 50 anos de idade, viúva, mãe de um filho, autodeclara parda, trabalhava como doméstica, frequenta o centro espírita, tem ensino fundamental completo, reside em casa própria. Ela procurou o serviço de psicologia queixando-se de sentir dores de cabeça, reumatismo, artrose no joelho, dor na nuca, desconforto na tireoide e diagnóstico de fibromialgia. É importante ressaltar que a paciente chegou ao serviço através de um encaminhamento do reumatologista que a atendeu por conta da fibromialgia. De acordo ao diagnóstico sobre doenças, a paciente relatou ter fibromialgia, dor intensa e incapacitante, hipertensão e diabetes. Eliana estabeleceu como expectativas em relação ao atendimento entender sobre o que fazer e como conduzir-se.

Na avaliação inicial relatou sentir-se cansada e com muita dor. Dores intensas por conta da fibromialgia e condições crônicas como artrose.

Em relação a vida social, relata não estar saindo muito, porém, vai sempre e gosta de ir na ilha. Menciona gostar de acessar as redes sociais e assistir televisão. Deixou de ir ao centro espírita com frequência devido a questões ligadas a sua dificuldade de locomoção. Por fim, sente dificuldades de se relacionar com as pessoas aonde mora, pois as consideram não confiáveis.

Relata que trabalhou como doméstica e há alguns anos, como vendedora da Avon e Natura, mas hoje não consegue trabalhar devido as suas condições crônicas. Diz ser atualmente sustentada pelo filho (18 anos) que trabalha como moto-taxista.

No campo da vida afetiva Eliana relatou não estar se relacionando amorosamente com ninguém atualmente. Mas, deseja se relacionar com alguém que complemente a sua vida e seja companheiro. Porém não encontrou homens que a respeitem, apenas relacionamentos passageiros para sexo. Logo prefere permanecer sozinha.

Quanto aos sintomas psicológicos, queixava-se de: diminuição de prazer nas atividades realizadas; concentração e atenção reduzidas; ansiedade; perdas de memória, tipo brancos e/ou esquecimentos repentinos; preocupações exageradas.

Em relação à tríade cognitiva, sobre si, relatou se sentir tranquila. Autorrelata-se como uma pessoa simpática e bondosa. Diz ter o desejo de se cuidar mais, porém sua condição financeira não permite. Relata também se sensibilizar bastante com questões e problemas de outras pessoas. Quanto ao mundo e ao futuro, acredita querer viver melhor e mais feliz.

### 3.1. HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL

Eliana teve uma infância extremamente pobre. Relatou que eu passado com sua mãe foi difícil e rodeado de brigas. Após morar nove anos com os avós paternos, voltou para casa aos 13 anos quando também começou a trabalhar como doméstica e foi agredida pela patroa. Foi violentada sexualmente pelo padrasto aos 16 anos. Ao relatar o abuso para a mãe e a irmã elas a culparam pelo ocorrido, machucando-a fisicamente e ela acabou saindo de casa. Relatou vínculo frágil com a mãe, a irmã mais nova e as ex cunhadas. Relatou também que seu pai faleceu há treze anos, sente muita falta dele, pois se estivesse vivo ela não teria passado metade das dificuldades que passou.

Ela é viúva há 10 anos, convive com o único filho. Foi diagnosticada com fibromialgia há quatro anos, é hipertensa, diabética, tem diagnóstico de artrose e desvio na coluna.

Diante das informações trazidas, pôde-se perceber que os vínculos estabelecidos durante a vida de Eliana não proporcionaram a ela, uma segurança e/ou estabilidade emocional.

A paciente buscou a psicoterapia com a intenção de aliviar o estresse e a ansiedade por conta das dores causadas pela fibromialgia. Iniciou-se o processo psicoterápico baseado na psicoeducação para que posteriormente desenvolvesse estratégias para o cuidado de si.

## 4 O PROCESSO PSICOTERÁPICO

Até a conclusão deste trabalho foram realizadas 6 sessões, com duração de cerca de 50 minutos cada, com periodicidade semanal, estruturadas conforme os padrões definidos pela TCC, norteadas pelas metas terapêuticas estabelecidas junto com a paciente referente às suas relações intrafamiliares, sua convivência com as dores físicas e às crises de ansiedade. Vale

ressaltar que Eliana é uma paciente que foi atendida por outros estagiários, já que procurou o serviço de psicologia em 2019.

Nas sessões que realizei com a paciente, ela relatava sentir-se bem embora dissesse que sempre estava sentindo dores. Durante os conteúdos das falas sempre continham questões ligadas a sua relação com o filho. A paciente relatava também sobre as dificuldades em acessar os serviços de saúde, a saber, a Unidade de Saúde da Família e o CRAS, instituições que atenderiam suas demandas em relação ao controle das dores causadas pela fibromialgia e a insegurança alimentar.

Na terceira sessão a paciente apresentou uma novidade que a deixou bastante animada, pois conseguiu através do centro espírita que frequenta sessões de hidroginástica, algo que já pretendia fazer. A partir daí, passou a relatar que está se sentindo melhor em relação as dores, mostrando compreensão dos seus pensamentos, das suas emoções e dos seus comportamentos, chegando a pontos importantes no processo psicoterapêutico, percebendo as mudanças que aconteceram.

As principais distorções cognitivas apresentadas por ela eram leitura mental, catastrofização, desqualificação dos aspectos positivos, e se... (Beck, 2013; Leahy, 2012; Wright; Basco; Thase, 2009.). Diante do exposto, as técnicas de diálogo socrático, busca de evidência, despersonalização, fortalecimento de novas crenças nucleares, vantagens e desvantagens e autoexposição subsidiaram todo o processo terapêutico, da mesma maneira que, a psicoeducação, a aliança terapêutica e o empirismo colaborativo foram pontuados e reforçados constantemente nas sessões (Beck, 2013).

No que está relacionado à estrutura da sessão, os elementos fundamentais eram: a verificação de humor, atualização da semana, revisão e/ou solicitação de exercícios extras da sessão, manutenção ou atualização da pauta e, ao final, solicitação do *feedback*. Vale ressaltar que o tema e a estrutura da sessão poderiam ser alterados caso houvesse demanda por parte da paciente. Nas atividades propostas extra sessões, era solicitado que a paciente realizasse exercícios de relaxamento progressivo durante a semana, pensasse em fatos que a deixam ansiosa, registro de PANS e reflexão sobre conteúdos importantes identificados durante a sessão.

**Quadro 1 – Registro das sessões**

Sessão	Objetivo da sessão	Técnicas utilizadas
1ª Sessão	Fazer uma retrospectiva do processo terapêutico;	Escala de Intensidade das Emoções;

<b>Avaliação Inicial</b>	Reforçar o estabelecimento das metas, história de vida e o modelo cognitivo; Ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Estabelecer vínculos	Psicoeducação
<b>2ª Sessão</b>	Proporcionar acolhimento; Fortalecer o Vínculo Terapêutico	Escala de Intensidade das Emoções; Escuta qualificada; Psicoeducação
<b>3ª Sessão</b>	Proporcionar acolhimento; Fortalecer o Vínculo Terapêutico	Escala de Intensidade das Emoções; Respiração Diafragmática
<b>4ª Sessão</b>	Identificar Pensamentos Automáticos Negativos (PAN's)	Escala de Intensidade das Emoções; Respiração Diafragmática; Escuta qualificada; Respiração Diafragmática; Registro semanal de PAN's.
<b>5ª Sessão</b>	Identificar Pensamentos Automáticos Negativos (PAN's)	Escala de Intensidade das Emoções; Respiração Diafragmática; Registro semanal de PAN's. Questionamento socrático
<b>6ª Sessão</b>	Analisar as Metas Terapêuticas alcançadas	Escala de Intensidade das Emoções; Análise das metas atingidas e a efetividade das mesmas;

#### 4.1. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

##### 4.1.1. Aliança terapêutica

A criação de uma boa aliança terapêutica foi imprescindível para a condução do caso clínico, o respeito positivo incondicional, a empatia terapêutica e a veracidade foram elementos importantes. Entre os atributos exigidos para uma boa relação terapêutica está a compreensão, a gentileza e a empatia, acrescentando a estes, um alto grau de colaboração exigido dos pacientes (Wright; Basco; Thase, 2009).

É essencial começar a desenvolver a confiança e rapport com o paciente desde nosso primeiro contato com ele. Pesquisas demonstram que as alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos no tratamento. Boas habilidades terapêuticas, compartilhar o plano de tratamento e variar seu estilo ajuda a desenvolver alianças positivas que ajudarão a obter resultados mais satisfatórios. (Beck, 2013)

Como aponta Beck (2013), o terapeuta demonstra compromisso e a compreensão do paciente por meio de afirmações empáticas, escolhas das palavras, tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal.

Com o estabelecimento de uma aliança terapêutica segura, a paciente se sentiu confortável para falar sobre suas questões sem se preocupar com os julgamentos. Ela relatou várias vezes sentir-se bem nas sessões, pontuando ser um espaço no qual ela podia expressar de forma tranquila e relaxada. Devido a este processo de vinculação ela empenhava-se e assumia responsabilidade na relação terapêutica, tornando esse processo colaborativo, comunicativo, pragmático, focado e dialogado.

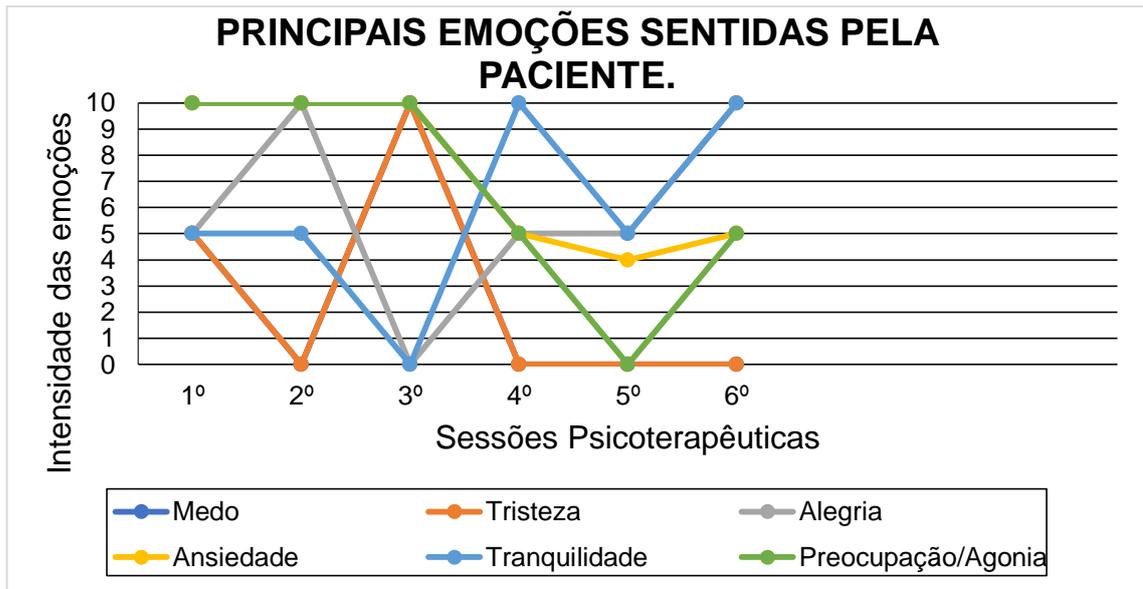
#### **4.1.2. Escala de intensidade das emoções**

Como aponta Beck (2013) intensidade e a qualidade das emoções do paciente fazem sentido quando você reconhece a força dos pensamentos automáticos e das crenças que foram ativados. Para além também serve para fornecer ao terapeuta informações preliminares sobre emoções e sintomas atuais, além de levar o paciente a refletir sobre as suas emoções. (Friedberg; McClure, 2004).

Portanto, é importante que o terapeuta seja empático com o modo como o paciente se sente, evitando avaliar ou se contrapor às emoções dele, examinando os pensamentos e crenças e não suas emoções (Wright; Basco; Thase, 2008; Beck, 2013).

A avaliação de humor deve estar presente no início de todas as sessões, a fim de promover o fortalecimento da aliança terapêutica. Tornando-se, também, uma importante ferramenta para evocar pensamentos automáticos na medida em que estes são carregados de expressiva carga emocional (Beck, 2013; Wright; Basco; Thase, 2009).

Figura 1 – Escala das principais emoções da paciente



Com a utilização desse instrumento foi possível verificar a intensidade das emoções e identificar como estas estavam influenciando o comportamento da paciente. A Escala de Intensidade das Emoções do APC era aplicada no início de cada sessão. Possibilitando saber o estado de humor da paciente, questionar e flexibilizar seus pensamentos durante a aplicação da escala.

No grupo das emoções vivenciadas por Eliana, destacam-se medo, tristeza, alegria, ansiedade, tranquilidade e preocupação. Dentre as emoções que diminuíram gradativamente ansiedade e preocupação, seguidas do aumento da alegria e tranquilidade. A partir da quarta sessão, foi identificado o processo de aumento e diminuição das emoções citadas. Logo na primeira sessão a paciente chegou com o nível elevado de ansiedade e preocupação indicando que devia-se ao fato da irmã mais nova ser diagnosticada com depressão depois de ter cortado os pulsos numa tentativa de suicídio.

Na terceira sessão, o medo, a tristeza, a ansiedade e a vergonha tiveram um pico muito alto devido o filho ter levado drogas para casa e de vê-lo na “mão” da polícia e do julgamento da família por parte do marido e também a preocupação em relação a irmã mais nova que foi diagnosticada com depressão. Nas últimas sessões os índices de preocupação e a ansiedade foram baixos, enquanto os de alegria aumentaram. A ansiedade e a preocupação estavam sempre associadas às dificuldades financeiras e a insegurança alimentar e também de acessar os serviços sociais e de saúde.

Foi possível verificar o estado emocional da paciente durante o processo terapêutico com a aplicação da Escala de Intensidade das Emoções, identificando quais fatores a levavam

a ter um nível alto de preocupação e ansiedade, identificando também seus pensamentos automáticos negativos.

#### **4.1.3. Técnica de respiração diafragmática**

A respiração diafragmática consiste em uma respiração que concentra o ar na região do diafragma, expandindo-o e levando o ar rico em oxigênio até o abdômen, aumentando a capacidade volumétrica dos pulmões, com isso, todo corpo é mais oxigenado, até mesmo o cérebro, ajudando a reduzir os sintomas gerados pela ansiedade (Neves Neto, 2011).

As técnicas de relaxamento são ferramentas importantes na prática clínica da TCC. A respiração diafragmática, por exemplo, estimula o sistema nervoso autônomo parassimpático para proporcionar uma sensação de relaxamento e promover alívio nos sintomas relacionados a ansiedade, reduzindo os sintomas ansiosos que enrijecem as cognições dos indivíduos em estados de crise (Knapp, 2004; Neves Neto, 2011).

A técnica da respiração diafragmática foi realizada em diversas sessões com o objetivo de diminuir a ansiedade de Eliana ao chegar à terapia ou no final das sessões. Com uso frequente, a paciente passou a responder de modo mais efetivo a terapia e agir de maneira mais tranquila frente às situações em que se percebia ansiosa, inclusive nas tarefas extra sessão.

#### **4.1.4. Registro de Pensamentos Automáticos Negativos (PAN'S)**

Registrar os pensamentos automáticos é uma das técnicas mais úteis e mais utilizadas na TCC. Esse registro normalmente chama a atenção do paciente para cognições importantes, bem como, auxilia o paciente a identificar, avaliar e responder mais efetivamente a esses pensamentos (Wright; Basco; Thase, 2008).

Os pensamentos automáticos são breves, ocorrem espontânea e rapidamente e são uma interpretação imediata de qualquer situação. As emoções que o paciente sente, normalmente estão interligadas a esses pensamentos gerando distorções e afetando o comportamento. Assim, quanto mais distorções, mais intensos e disfuncionais os PAN's se tornam (Knapp; Beck, 2008; Beck, 2013).

Com o objetivo de Identificar e Questionar PAN's, foi elaborado pela terapeuta o Registro semanal de PAN's onde a paciente iria pensar durante a semana numa situação, seus

sentimentos e comportamento. Na sessões seguintes eram discutidos com a paciente as disfunções cognitivas e a mudança nas crenças.

**Quadro 2 – Exemplo de Registro de PANs feito pela paciente.**

Situação: O filho chegou em casa com drogas, balança, arma e munição		
Pensamento	Emoção	Comportamento
Ele vai ser preso O que a família por parte do pai do filho vai pensar	Raiva, preocupação, tristeza	Chorar, conversar com o filho

#### 4.1.5. Questionamento Socrático

O estilo de questionamento usado na TCC baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objetivo de ajudar os pacientes a reconhecerem e modificarem o pensamento disadaptativo. O questionamento socrático consiste em fazer perguntas ao paciente que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir. Em vez de uma apresentação didática dos conceitos da terapia, o terapeuta tenta fazer com que o paciente se envolva no processo de aprendizagem.

O questionamento socrático baseia-se em perguntas direcionadas ao paciente com a finalidade de examinar a crença e de tornar a avaliação da situação mais concreta e objetiva. Essas perguntas revelam padrões disfuncionais de pensamento e comportamento (Wright; Basco; Thase, 2009; Beck, 2013).

O questionamento socrático é uma das técnicas mais utilizadas na TCC para modificar e questionar pensamentos automáticos, podendo ser definido como uma série de perguntas elaboradas pelo terapeuta com o objetivo de levar o paciente a uma conclusão lógica em relação a um problema.

Essas questões têm várias finalidades, como obter informações, conhecer e avaliar pensamentos disfuncionais e as estratégias compensatórias usadas pelo paciente para manter sua crença (Miyazaki, 2004; Wright; Basco; Thase, 2008).

**Quadro 3 - Exemplo de Questionamento Socrático realizado com a paciente.**

<b>Terapeuta:</b> O quanto você acredita na possibilidade de seu filho se desvencilhar do tráfico?
<b>Paciente:</b> Eu não acredito que ele participa dessas questões...só foi duas vezes que ele fez favor para o chefe...depois disso ele me falou que não irá mais fazer.

<b>Terapeuta:</b> Caso ele tivesse realmente envolvido, como você iria lidar com a situação?
<b>Paciente:</b> Seria uma decepção, uma traição, tudo de ruim. Diria a ele que me esquecesse.
<b>Terapeuta:</b> Se a polícia o abordasse e o pegasse? Como se sentiria e o que faria?
<b>Paciente:</b> Seria um choque, uma decepção. Minha reação seria chorar muito.

#### 4.1.6. Tarefas extra sessão

As atividades de casa, como aponta Para Beck *et al.* (1979), são partes integrantes da TCC. A função da tarefa é desenvolver habilidades em TCC para lidar com problemas em situações reais.

As atividades proporcionam oportunidade do paciente se educar mais, coletar dados, monitorar seus pensamentos, experimentar novos comportamentos. Uma premissa importante na prescrição de exercícios de casa é levar em consideração as características individuais de cada paciente, inclusive o nível de angústia e sofrimento. (Beck, 2013).

Beck (2013) assevera que a realização do exercício poderá acelerar a terapia e levar um aumento do senso de domínio e melhora do humor. Para Eliana elaborar a ansiedade e s preocupações foram atribuídas tarefas relacionadas a técnica de respiração e também registro de pensamentos automáticos negativos durante a semana.

Como aponta Beck (2013), quando as tarefas funcionam bem, pode-se fazer uma revisão de questões trabalhadas de modo que o aprendizado é reforçado durante a sessão. E assim foi feito, agradecendo a importância da paciente estar sendo proativa e engajada no processo.

## 5 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

De acordo com Beck (2013) a conceituação cognitiva começa a ser construída desde o primeiro encontro com o paciente e aprimorada durante as sessões seguintes. Oferece auxílio para uma melhor compreensão do paciente, porém, para que a mesma se torne eficaz, o terapeuta deve observar conjuntamente com seu paciente alguns aspectos, sendo estes: diagnósticos e sintomas, história de vida passada e atual do paciente, suas predisposições genéticas e familiares, como está a tríade cognitiva do paciente, associação das crenças

disfuncionais ao problema atual, padrões de pensamento, pontos fortes e qualidades (Wright; Basco; Thase, 2009; Knapp, 2009; Beck, 2013).

A conceituação cognitiva da Eliana foi construída ao longo do processo terapêutico, entendendo que essa é uma construção contínua atualizada à medida que surgem novas informações. Seguindo as categorias descritas por Beck (2013) em relação às crenças centrais negativas, Eliana possui uma crença sobre estar desamparada, a qual está inserida no grupo de crenças nucleares de desamparo, onde os pensamentos giravam em torno do abandono e vulnerabilidade sobre si mesma.

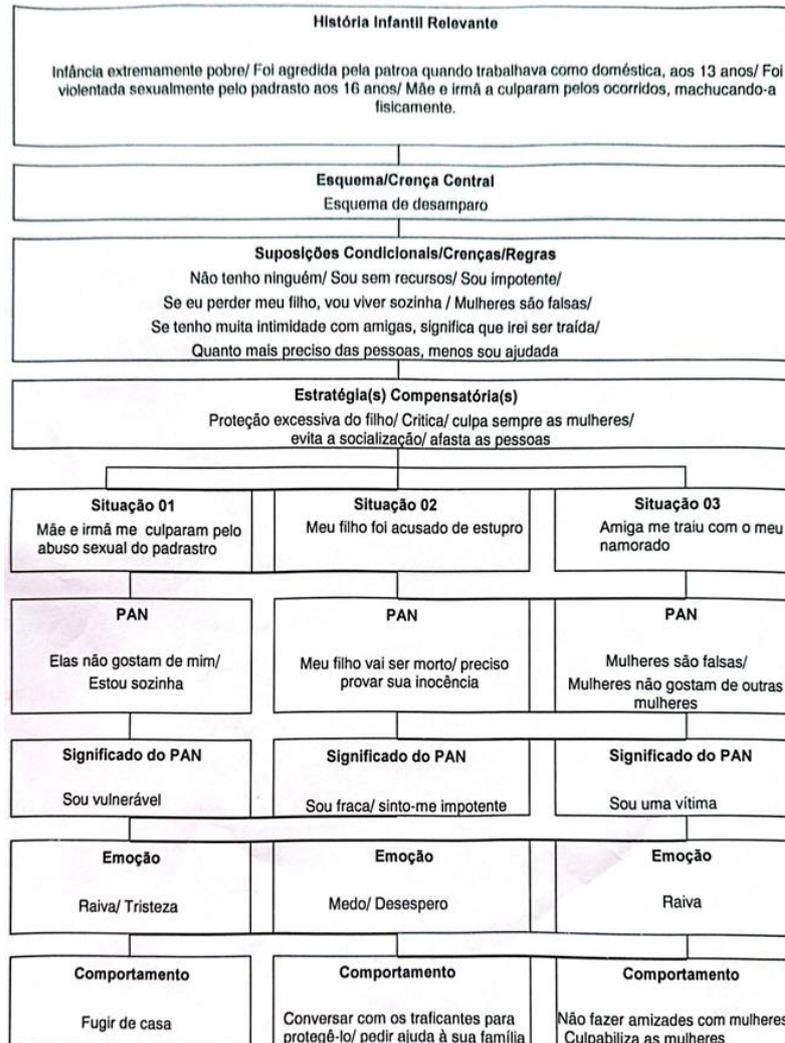
Uma regra observada era que se perdesse o filho iria viver sozinha, por isso a estratégia compensatória que é uma forma de reafirmar a crença seria a proteção excessiva do filho. Além de evitar a socialização, principalmente com as mulheres por não confiar nas pessoas. Estes comportamentos podem gerar ansiedade e sensação de abandono.

É importante ressaltar a participação ativa da paciente no processo terapêutico e sua facilidade em chegar a conclusões assertivas durante esse processo. Essa conceituação é uma versão hipotética e não foi apresentada a paciente. A paciente está no serviço de psicologia há alguns anos e eu fui sua terceira terapeuta e a conceitualização foi feita pela anterior, não havendo alteração nem apresentação de uma nova conceituação. Foram elencadas suposições, regras e PANs como metas da reestruturação cognitiva. Foram elas: “Se eu perder meu filho vou viver sozinha”- “Se eu perder meu filho não vou viver sozinha”; “Não tenho ninguém/sou sem recurso “- Tenho pessoas que se preocupam comigo”/ “Possuo recursos”; “Sou fraca/impotente” – “Sou forte/inteligente”

Desse modo, foram observados ganhos terapêuticos apresentados pela paciente, a saber, a diminuição dos sintomas provocados pela ansiedade, o questionamento dos PANs, mostrando-se mais adaptada às situações cotidianas voltando-se para a responsabilização pelo enfrentamento de determinadas situações, a busca por tratamentos fisioterapêuticos a exemplo hidroterapia, a incorporação das técnicas de relaxamento.

**Figura 2 – Conceituação cognitiva da paciente.**

### CONCEITUAÇÃO COGNITIVA



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande relevância evidenciar os serviços prestados a comunidade pelo APC, uma vez que presta atendimento psicoterápico gratuito as pessoas que vivem com condições crônicas de saúde num contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Por meio do APC foi possível os estudantes conciliarem a teoria com a prática clínica oferecendo ganhos aos pacientes avaliando e modificando os pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais representando um ganho para a qualidade de vida.

Portanto, a terapia cognitivo-comportamental é constituída levando em conta a compreensão das nossas cognições, pensamentos e comportamentos. Ela tem como base os pensamentos, estes que muitas vezes se distorcem por causa de nossas crenças. É uma terapia

desenvolvida por meio de metas e objetivos, entre paciente e terapeuta, é indicada para vários transtornos, porque consiste em uma abordagem de evidências científicas. Assim, o trabalho realizado no APC tem comprovado a eficácia da TCC, promovendo a autonomia dos pacientes e mudanças comportamentais.

No caso da paciente Eliana, a literatura sugere que a TCC é terapia indicada para pacientes com fibromialgia, por sua eficácia. Existem técnicas que contribuem substancialmente para o manejo clínico nas quais podem auxiliar na modificação dos pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais gerados, que podem ser tanto na infância por isso é importante considerar a história de vida da paciente que pode ajudar a compreender e minimizar os sintomas, bem como em acontecimentos que causam preocupações e ansiedade.

Enquanto terapeuta iniciante, no que se refere aos desafios e limites no atendimento, são as dificuldades em administrar a própria ansiedade e compreender que os comportamentos do paciente, na clínica, podem ser padrões estabelecidos fora desse espaço e ali ser uma reprodução das estratégias compensatórias de sua crença.

Vale ressaltar que foi gratificante acompanhar os ganhos terapêuticos nos quais a paciente teve, como a redução da ansiedade, as práticas do autocuidado, a ressignificação das crenças sobre si, o mundo e o futuro. Uma vez que a experiência no APC utilizando a TCC trouxe também ganhos pra minha formação.

Mediante o exposto, os estudos realizados reforçam a necessidade de um maior aprofundamento do assunto, pois podem aprimorar as discussões em relação a essa temática contribuindo para que os atendimentos psicoterapêuticos promovam melhor qualidade de vida aos pacientes.

## 7 REFERÊNCIAS

BARROS, Jacqueline Régia Freire; DUARTE, Marina Gabriela de Oliveira; LOPES, Andressa Pereira. **A Terapia Cognitivo-comportamental no Tratamento de Pacientes com Dor Crônica**. Ciências Biológicas e da Saúde | Maceió | v. 2 | n.2 | p. 77-90 | Nov 2014 | periodicos.set.edu.br.

BASTOS, D. F. *et al.* **Dor**. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun.2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2022.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona** (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2007.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática**. 2<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BENDER, E. F. **Efeitos da aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia: Estudo de caso**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS) – Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020.

BENDER, Eliana Ferreira Bender; FARIA, Evelise Rigoni de; FAJARDO, Ananyr Porto. Intervenção cognitivo-comportamental em pessoa com fibromialgia: estudo de caso. **The cognitive-beh Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 157-167, 2022. Disponível em Acesso em 12 out. 2022.

BRANDÃO, Marcus Lira. Dores Crônicas. In: GRAEFF, Frederico Guilherme; BRANDÃO, Marcus Lira. **Neurobiologia das doenças mentais**. 5 ed. rev. E ampl. São Paulo: Lemos, 1999. p. 179-197.

BRASIO, Karina Magalhães *et al.* Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 4, p. 307-318, 2003. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1246/1221>. Acesso em: 24 maio 2022.

CASTRO, Martha Moreira Cavalcante. The psychologist role in the multidisciplinary clinic. **Revista Dor** [online]. 2017, v. 18, n. 3, pp. 187-188. Disponível em: . ISSN 2317-6393 Acesso em 23 jul. 2022.

CHAITOW, Leon. **Síndrome da Fibromialgia: um guia para tratamento**. São Paulo: Manole, 2002. 238 p.

FELDMAN, Daniel. **Fibromialgia**. In: SATO, Emília Inque (Coord.) Guia de reumatologia. Barueri: Manole, 2004. p. 363-367.

**Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Sobre Comportamento e Cognicao: Expondo a Variabilidade**. ed. Santo Andre, SP: ESETecEditores Associados, 2006.

GOLDENBERG, Don L. Management of fibromyalgia syndrome. **JAMA**, v. 292, n. 19, p. 2388, 17 nov. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.292.19.2388>. Acesso em: 25 maio 2022.

GUILHARDI, Helio Jose, *et al.* **Sobre Comportamento e Cognicao: Expondo a Variabilidade**. - Org. Helio Jose Guilhardi, Noreen Campbell de Agulrre ed. Santo Andre, SP: ESETecEditores Associados, 2006. v. 18.

HASSETT, Afton L.; GEVIRTZ, Richard N. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. **Rheumatic Disease Clinics of North America**, v. 35, n. 2, p. 393-407, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.003>. Acesso em: 25 maio 2022.

HEYMANN, R. E. *et al.* **Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia**. Revista Brasileira de Reumatologia, Campinas, v. 57, p. 467-476, 2017. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/kCdwgDXPSXQMSXn5VKMFB3x/?lang=pt&format=html>. Acesso em 15 fev. 2022.

HOMANN, D. *et al.* **Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados**. In: Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v.13, n.4, 2011.

KNAPP, P. **Princípios fundamentais da terapia cognitiva**. In: KNAPP, P. (Org.) Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, p.19-41, 2004.

KNAPP, P; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, n. 30 (Supl II), p.54-64, 2008.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed Editora, 2009.

LEAHY, Robert L. **Livre de ansiedade**. Artmed Editora, 2012.

LUIZ, Fernando Rocha. RAUPP, Luciane Marques. **Grupo de apoio psicológico a portadores da Síndrome Fibromialgia: relato de experiência**. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. Canoas, v. 5, n. 3 (2017), p. 53-63. Disponível em Acesso em 25 set. 2022.

MAGAGNIN, Ana Paula Soares. **A Contribuição da Psicoterapia no Tratamento da Síndrome da Fibromialgia**. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA – UNISUL, 2008.

MARTINS, Marilene de A; VANDENBERPHE, Luc. **Psicoterapia no tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade**. - Org. Helio Jose Guilhardi, Noreen Campbell de Agulre ed. Santo Andre, SP: ESETEcEditores Associados, 2006. v. 18

MILANEZ, Gabrielle Alvares. **Manejo da dor em pacientes com fibromialgia: Uma revisão sistemática sob o enfoque da terapia cognitivo-comportamental** / Gabrielle Alvares Milanez, 2022 83 f. : il.

MIYAZAKI, M. C. O. S. **Diálogo Socrático**. In: ABREU, C. N. A.; GUILHARDI, H. J. G. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Roca. p. 311-319, 2004.

NEVES NETO, A. R. **Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa. São Paulo, N.56, V.3, p.158-68, 2011.

PEREIRA, M; RANGÉ, B. **Terapia Cognitiva**. IN : RANGÉ, Bernard... [et al.]. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1, p. 22 e 23.

PINTO, Patrícia Mônica. **Fibromialgia, intervenção psicológica e interdisciplinaridade** / Patrícia Mônica Pinto. -- 2022. 49 f. : il. Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Psicologia, 2022.

PROVENZA, J. R.; PAIVA, E.; HEYMANN, R. E. **Manifestações clínicas**. In: HEYMANN, R. E. (org.). **Fibromialgia e síndrome miofascial**. São Paulo: Legnar, 2006. p. 31-42.  
RANGÉ, B. **Conceituação cognitiva**. In: ABREU, C. N. A.; GUILHARDI, H. J. G. (Orgs.) *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Roca. p. 286-299, 2004.

SANTOS, Natália Amendola; RUDGE, Ana Maria. **Dor na psicanálise - física ou psíquica?** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, set. 2014, v. 17, n. 3, pp. 450-468. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5>>. Acesso em 25 set. 2021.

SCHILD, Zilda Hutchinson. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. 7. ed. São Paulo: Cultrix, 1999. 262 p.

SILVA, Thaísa Angélica Déo da; RUMIM, Cassiano Ricardo. **A fibromialgia e a manifestação de sofrimento psíquico**. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 767-792, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482012000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2021.

SOUZA, Juliana Barcellos de; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. The prevalence of fibromyalgia in Brazil – a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>. Acesso em: 24 maio 2022.

SOUZA, Juliana Barcellos de; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. **The prevalence of fibromyalgia in Brazil – a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil**. Brazilian Journal of Pain, v. 1, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>. Acesso em: 24 maio 2022.

UBALDI, Pietro. **Fibromialgia**. In: MOREIRA, Caio; CARVALHO, Marco Antônio P.. Noções práticas de reumatologia. Belo Horizonte: HEALTH, 1996. 2 v. p. 300-313

WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental [recurso eletrônico] : um guia ilustrado** / Jesse H. Wright, Monica R. Basco, Michael E. Thase ; tradução Mônica Giglio Armando. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2009.

**APÊNDICES****APÊNDICE A- Registro de Pensamentos Automáticos Negativos**

<b>Dia</b>	<b>Situação</b>	<b>Pensamento</b>	<b>Emoção</b>
<b>Segunda</b>			
<b>Terça</b>			
<b>Quarta</b>			
<b>Quinta</b>			
<b>Sexta</b>			
<b>Sábado</b>			
<b>Domingo</b>			

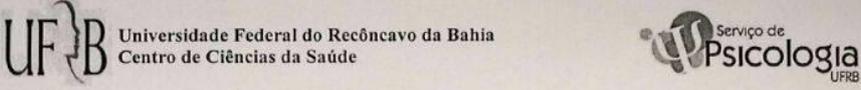
**APÊNDICE B-** Como os pensamentos criam sentimentos

Pensamento: Penso que..	Sentimento: Portanto, sinto que...

Leahy, R- (2006)

## ANEXOS

## Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, portador de documento de Identidade nº / órgão emissor \_\_\_\_\_, estou ciente e concordo em participar do atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Responsabilizo-me por justificar minha ausência em caso de estar impedido de comparecer ao Serviço de Psicologia. No caso de não justificar a ausência por três vezes consecutivas, fico sujeito à perda da continuidade do atendimento. Reconheço que o atendimento psicológico poderá ser objeto de estudo científico, por estar sendo desenvolvido no Serviço de Psicologia, uma clínica escola da UFRB. Tenho ciência ainda de que toda e qualquer informação utilizada será de caráter sigiloso, de modo a garantir que minha privacidade seja respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o participante será ocultado.

Santo Antônio de Jesus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

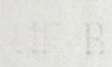
Participante \_\_\_\_\_

Estudante de Psicologia \_\_\_\_\_

Supervisor/ CRP-03 \_\_\_\_\_

Av. Barros e Almeida, nº 28 - Centro - Santo Antônio de Jesus - BA. Fone: (75) 3631.1196

## Anexo B - Escala de Intensidade das Emoções


  
 Universidade Federal do  
 Pará

**Ambulatório de Atenção Psicológica às Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC)**

**ESCALA DE INTENSIDADE DAS EMOÇÕES**

<p> MEDO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> RAIVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> TRISTEZA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> ALEGRIA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> CULPA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p> ANSIEDADE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> TRANQUILIDADE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> VERGONHA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p> PREOCUP/AGONIA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>OUTRA: _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
--	---