

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Alvos Terapêuticos Para o Tratamento Psicológico da
Fibromialgia**

Marilene de Araújo Martins Queiroz

Goiânia
Fevereiro, 2008

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Alvos Terapêuticos Para o Tratamento Psicológico da Fibromialgia

Marilene de Araújo Martins Queiroz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia sob a orientação do Prof. Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe.

Goiânia
Fevereiro, 2008

Para Gilson.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente aos meus familiares, Gilson, Yago e Laís por todo carinho e compreensão; ao Prof. Luc Vandenberghe por sua amizade e orientação; ao Marcos da Clínica Escola Vida/UCG; aos professores: Saturnino Pesquero Ramón, Daniela Sacramento Zanini, Sheila Giardini Murta, Eliane Seidl, Vannúzia Leal, Sebastião Benício; aos médicos Dr. Nilzio Antonio da Silva e ao Dr. Roberto Carlos Mazie.

Sumário

Lista de Quadros.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
1. Introdução.....	01
1.2. Fibromialgia.....	03
1.3. Histórico.....	04
1.4. Dor.....	08
1.5. Estresse e Dor Crônica.....	10
1.6. Emoções Positivas, Emoções Negativas e Abordagens Terapêuticas em Fibromialgia.....	14
1.7. Objetivo geral.....	19
1.7.1. Objetivos Específicos.....	19
2. Método.....	20
2.1. Participantes.....	20
2.2. Critério de Inclusão.....	21
2.3. Critério de Exclusão.....	21
2.4. Instrumentos e Medidas.....	21
2.5. Procedimentos.....	22
2.6. Abordagem Metodológica.....	23
2.7. Análise e Interpretação dos Dados.....	24
3. Resultados e Discussão.....	25
3.1. Comparação Entre as Fases da Pesquisa.....	45
3.2. Dinâmica dos Alvos na Pesquisa.....	54
4. Conclusão.....	66
5. Considerações Finais.....	68
7. Referências Bibliográficas.....	69
8. Anexos.....	75

Lista de Quadros

Quadro 01: Identificação dos Participantes.....	20
Quadro 02: Apresentação das Categorias.....	26
Quadro 03: Apresentação das Categorias relacionadas às Vivências Interpessoais.....	47
Quadro 04: Apresentação das Categorias relacionadas às Estratégias de Enfrentamento Interpessoal.....	48
Quadro 05: Apresentação das Categorias relacionadas às Vivências Subjetivas.....	50
Quadro 06: Apresentação das Categorias relacionadas às Emoções Negativas.....	51
Quadro 07: Apresentação das Categorias relacionadas às Emoções Positivas.....	52
Quadro 08: Ocorrência das Categorias por participante nas fases da pesquisa.....	55

Martins, M. A. Q. (2007). *Alvos Terapêuticos para o Tratamento Psicológico da Fibromialgia*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Dissertação de Mestrado. 76 p.

Resumo

A Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica que vem associada a uma variedade de sintomas e queixas subjetivas relacionadas à exacerbação e manutenção da dor. Esta complexidade não é levada em conta, de forma integrada, nos modelos de tratamento para dor crônica. Geralmente as intervenções tomam como alvo um aspecto isolado da dor, como a função interpessoal, a distorção cognitiva envolvida ou o papel do medo. Este estudo teve como objetivo construir um conjunto de alvos para um tratamento psicológico integrativo da Fibromialgia. Baseou-se para isso no contexto de vida de cinco portadoras de Fibromialgia, a partir dos relatos e das vivências das participantes durante uma psicoterapia de grupo. As participantes eram do sexo feminino com idade entre 45 e 52 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas semi-estruturadas e gravações das 12 sessões de psicoterapia. As intervenções foram baseadas nas vivências que surgiram no grupo e norteadas pelas tendências atuais da terapia comportamental. Os dados foram submetidos à análise indutiva seguindo os preceitos da *Grounded Theory*. Os alvos terapêuticos que emergiram deste trabalho foram agrupados em cinco temas, são eles: Vivências Interpessoais, Estratégias de Enfrentamento Interpessoal, Vivências Subjetivas, Emoções Negativas e Emoções Positivas.

Palavras-chave: alvos terapêuticos, psicoterapia, fibromialgia.

Martins, M. A. Q. (2007). *Therapeutical targets for the psychological treatment of the Fibromyalgia*. University Catholic of Goiás. Master's Degree Dissertation. 76 p.

Abstract

Fibromyalgia is a chronic pain syndrome that is associated with a variety of symptoms and subjective complaints, related to worsening and maintenance of pain. This complexity is not taken into account in an integrated way in the treatment models for chronic pain. Generally the interventions target an isolated aspect of pain, like the interpersonal function, a related cognitive distortion or the role of fear. The present study aims to construct a set of treatment goals for an integrative psychological intervention with Fibromyalgia. This endeavor was based on the real-life context of five patients with Fibromyalgia, through the reports and the experiences in a psychotherapy group. The participants were women between 45 and 52 years of age. The data were collected through semi-structured open interviews and recordings of the 12 sessions of psychotherapy. The interventions were based on the experiences that appeared in the group, guided by current trends in behavioral therapy. The data were submitted to inductive analysis, following the directives of grounded theory. The treatment goals that emerged from this work were then organized in five themes, namely: Interpersonal Experiences, Interpersonal Coping Strategies, Subjective Meanings, Negative Emotions, and Positive Emotions.

Key words: therapeutical targets, psychotherapy, fibromyalgia.

1. Introdução

Nas últimas décadas o estudo dos processos psicológicos em portadores de Fibromialgia tem se tornado cada vez mais relevante pela evidência de que umas grandes diversidades de fatores cognitivos, psicossociais e emocionais estão relacionadas à exacerbação e manutenção da dor. Além disso, a literatura aponta que intervenções cognitivas e comportamentais de cunho psico-educativos que se apóiam em mecanismos psicológicos diversos (Fordyce, 1976; Vlaeyen & Linton, 2000; Turk & Okifuji, 2002) têm sido eficazes para o tratamento da dor crônica.

Vários aspectos da vida do paciente fazem parte da experiência dolorosa, assim como os processos psicossociais e estressores interpessoais (estratégias desadaptativas de esquiva) que deveriam ser foco destes estudos ou integrados em um modelo de tratamento para a dor, não estão claramente definidos na literatura. Por outro lado, várias abordagens psicoterapêuticas que foram validadas são tratamentos específicos que não abordam a complexidade destas vivências. Na maioria das vezes eles se contradizem entre si quanto à especificidade de alvos psicoterapêuticos para o tratamento psicológico da dor crônica. Ao mesmo tempo, parecem não ter nada em comum um com o outro.

Geralmente estas intervenções tomam como alvo um aspecto isolado da dor, tais como: a) o comportamento de dor que faz parte dos episódios interpessoais (Fordyce, 1976); b) respostas emocionais e o medo que ajudam a manter a dor (Vlaeyen, Jong, Onghena, Kerckhoffs-Hanssen & Kole-Snijders, 2002); c) vieses e distorções cognitivas, assim como a catastrofização que contribuem para a intensidade da dor (Turk & Okifuji, 2002); e d) a esquiva experiencial e de eventos privados, assim como pensamentos, emoções e memórias associadas à dor (Hayes, 2006). Cada um destes modelos sugere uma abordagem para o tratamento da dor muito mais simples do que podemos aceitar. Por outro

lado a não complexidade destas investigações apóia a necessidade de estudos que possibilitem uma abordagem psicoterápica mais abrangente que considere os múltiplos aspectos envolvidos na dor crônica justificando o propósito deste trabalho.

Escolhemos a Fibromialgia como exemplo das síndromes dolorosas crônicas com o propósito de delinear alvos terapêuticos que possa facilitar o desenvolvimento de tratamentos psicológicos coerentes e integrativos para a dor crônica.

Para isso este estudo está organizado em vários capítulos. No primeiro capítulo consta a revisão bibliográfica sobre dor crônica, Fibromialgia e as possibilidades de tratamento psicológico. No segundo capítulo apresentamos a metodologia juntamente com a descrição dos procedimentos utilizados para realização deste trabalho. Os resultados e discussão dos dados da pesquisa estão organizados no terceiro capítulo e finalizamos com as conclusões e considerações finais nos últimos capítulos.

1.2. Fibromialgia

A Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória de etiologia desconhecida que afeta várias partes do corpo. Embora não apresente lesões anatomopatológicas que evoluem para deformidades ou limitações físicas, ela está associada aos distúrbios do sono, a fadiga crônica e alterações do humor. Além disso, produz um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa que a vivencia (Haun, Ferraz & Pollak, 1999; Martinez, Filho, Kubokawa, Pereira & Machado, 1999).

A Fibromialgia ocorre independente da idade, nível sócio-econômico e cultural dos indivíduos. Embora seja menos freqüente em crianças que na população adulta (Cavalcante & cols., 2006) a sua prevalência aumenta com a idade e existe forte predominância do sexo feminino entre 30 e 60 anos. Este grupo corresponde a 89% dos casos (Kaziyama, Yeng, Teixeira & Piagge, 2001). Afeta 2% da população em geral. É a segunda desordem reumatológica mais freqüente nos consultórios de reumatologia e corresponde a 25% das consultas com prevalência de 2,5% em Montes Claros, Minas Gerais (Senna & cols., 2004). Corresponde a 50% das pessoas que buscam assistência médica no centro de dor do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta, 1999).

O quadro clínico da Fibromialgia inclui distúrbios psicológicos, assim como estresse, ansiedade, humor deprimido, inassertividade e crenças irracionais que estão associadas ao início e manutenção da doença (Martinez, Cruz, Aranta, Lagoa & Boulos, 2002; Brasio, Loloni, fernandez & Berzerra, 2003). Tais alterações parecem influenciar no diagnóstico e no acompanhamento do paciente que na ausência de alterações anatomopatológicas se baseia principalmente em aspectos de natureza clínica, tais como os sintomas dolorosos e demais queixas subjetivas (Kossoff, 1999).

Além dos aspectos citados acima, a co-existência de Fibromialgia com outras doenças reumatológicas dificulta o diagnóstico (Sá & cols., 2005). O período entre a manifestação dos sintomas e o diagnóstico da doença varia entre cinco a oito anos (Kossoff, 1999). Este, porém é carregado de controvérsia e divide os teóricos e profissionais em dois grupos, os que acreditam que a origem da doença tem fundo orgânico e os que acreditam na influência de fatores psicológicos como determinantes dos sintomas (Rivera, 2004).

Embora não haja consenso na literatura quanto aos mecanismos subjacentes envolvidos na Fibromialgia (Thieme & Turk, 2005) ela é compreendida como sendo uma doença resultante da somatização da aflição psicológica, estresse e traumas na infância (Imbierowicz & Egle, 2003), adversidades associadas ao estresse crônico (Gupta & Silman, 2004; Sharp & Harvey, 2001), doenças graves e mudanças hormonais (Catalano & Hardin, 2004).

1.3. Histórico

No século XVIII na Europa médicos reumatologistas diferenciavam o “reumatismo articular” proveniente de alterações nas articulações do “reumatismo muscular” resultante de dores nos músculos e tecidos moles. Em 1904 estas alterações foram denominadas fibrosites por Gowers que enfatizou a presença de pontos dolorosos na ausência de inflamação local ou alterações sistêmicas. Embora o termo fibrosite tenha sido atribuído à doença, a hipótese de inflamação nas estruturas musculares nunca fora confirmada e a indefinição quanto ao diagnóstico persistiu até meados do século XX (Haun & cols., 1999; Sá & cols, 2005). Além disso, as controvérsias quanto ao diagnóstico foram

relacionadas à descrição de um quadro clínico onde os exames não justificavam as queixas dos pacientes que foram rotulados de doentes psiquiátricos ou portadores de um distúrbio psicológico (Haun & cols., 1999; Sá & cols., 2005).

Em 1975 estas alterações foram associadas a anormalidades no sono e nos anos 80 o termo fibrosite foi substituído por Fibromialgia (*fibro*: tecido fibroso, ligamentos, tendões e fascias; *mio*: tecido muscular; *algos*: dor; *ia*: condição) que significa condição dolorosa em tendões, ligamento e músculos (Kaziyama & cols., 2001).

Em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia desenvolveu os critérios para a classificação da Fibromialgia que utiliza duas variáveis: dor generalizada e crônica com mais de três meses de duração e dor a apalpação em pelo menos onze dos dezoito locais específicos no corpo (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg & cols., 1990). Estes critérios constituem um marco para os avanços das pesquisas na área. Ao mesmo tempo ganharam ampla aceitação (Silva & cols., 1997) como sendo o método mais eficaz em discriminar pacientes com Fibromialgia de outras condições dolorosas (Wolfe & cols., 1990).

Hoje os mecanismos mais aceitos para a compreensão da fisiopatologia da Fibromialgia envolvem alterações no Sistema Nervoso Central (Ribeiro & Pato, 2004) com base na premissa de que moléculas não relacionadas com a dor interagem na sensibilização central dos mecanismos responsáveis pela dor (Ribeiro & Proietti, 2005) associado a um desequilíbrio de substâncias como a serotonina e a substância P responsáveis pela analgesia e mediação da dor (Weigent, Bradley, Blalock, & Alarcon, 1998).

Apesar do quadro clínico característico, por muito tempo a existência de Fibromialgia como uma entidade independente foi questionada. Isso porque a presença dos

pontos dolorosos foi associada não somente com as queixas de dor, mas como uma medida de estresse geral (Silva, Pelegrini & Coelho, 1999).

Em portadores de Fibromialgia os níveis de estresse estão relacionados a um sono não restaurador e superficial. Estas alterações foram associadas à fadiga e dores generalizadas (Roizenblatt, Modlofsky, Benedito & Tufik, 2001; Ribeiro & Pato, 2004) que pode comprometer o estado de humor e aumentar a sensibilidade à dor influenciando na qualidade de vida, na adesão ao tratamento, além de diminuir as interações sociais do paciente que tende a restringir os contatos às relações familiares (Berber, Kupek & Berber, 2005).

No contexto das relações familiares e interpessoais, portadores de Fibromialgia geralmente são rotulados como pessoas queixosas, isso porque as queixas dos pacientes são subjetivas, relacionadas não somente a dor física em si, mas aos problemas resultantes da dor, além de conflitos emocionais e interpessoais (Martins & Vandenberghe, 2006).

Segundo Martins e Vandenberghe (2007) na Fibromialgia a ausência de achados laboratoriais que expliquem a origem dos sintomas é para o paciente, incompatível com o seu sofrimento porque põem em dúvida as suas crenças e da família sobre a veracidade da doença. Esta dúvida corresponde a 90% dos portadores de Fibromialgia atendidos em psicoterapia de grupo. Além disso, a comunicação parcial com os profissionais da área da saúde reforça a incerteza relacionada à doença (Martinez & cols., 2002; Martins & Vandenberghe, 2007).

De acordo com Zautra, Johnson e Davis (2005) as dúvidas em relação ao diagnóstico podem influenciar os distúrbios afetivos e reduzir os níveis de afetividade positiva que está associado a níveis elevados de ansiedade, depressão e estratégias de *coping* passivo. Estes aspectos associados à dificuldade nas relações familiares e aos níveis de estresse complicam o ajustamento do paciente (Reich, Johnson, Zautra & Davis, 2006)

e provocam uma nova cascata de eventos e reações que pode ampliar a severidade dos sintomas (Martinez & cols., 2002; Murray, Murray & Daniels, 2006; Johnson, Zautra & Davis, 2006; Martins & Vandenberghe, 2007), além de alimentar as principais queixas do paciente relacionadas à doença e reforçar o sentimento de desamparo resultante de tratamentos fracassados.

Martins e Vandenberghe (2007) demonstram que entre as principais queixas apresentadas por portadores de Fibromialgia no contexto de psicoterapia de grupo, 43% correspondem aos conflitos familiares, interpessoais (comunicação imprecisa com profissionais da saúde) e emocionais; 40% relatam vivências traumáticas no passado; 11% se referem aos problemas ocupacionais e de saúde na família; apenas 6% atribuem a outras queixas como sendo o principal problema. Estes aspectos estão associados às estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente que influencia no tratamento da doença.

Bravo e Gonzáles-Duran (2001) demonstram que as estratégias de enfrentamento em portadores de dor crônica podem ser influenciadas por transtornos psiquiátricos e características de personalidade. Estratégias de enfrentamento passivo estão relacionadas à esquiva e redução de atividades físicas e ocupacionais. Por outro lado, Esteve, Ramirez e López (2004) apontam que estratégias de enfrentamento inespecíficas podem influenciar no estado de ânimo e tornar confusa a adaptação do paciente à doença.

Em suma, esta breve revisão da literatura sustenta a base para a complexidade dos processos envolvidos na Fibromialgia e orientam às explicações multicausais incluindo as alterações psicológicas, os aspectos psicossociais, os distúrbios de afetividade e a relação destes mecanismos com as resposta de estresse e dor.

1.4. Dor

A dor faz parte da existência humana. É sinônimo de sofrimento e são múltiplos os seus significados. É também um mecanismo de defesa do organismo sendo representativa de perigo. Quando crônica o perigo se torna incompreensível e mantém a pessoa num estado de alerta contínuo (Martins & Vandenberghe, 2007).

A dor crônica é um fenômeno complexo que envolve múltiplos elementos biológicos, neuroquímicos, emocionais, cognitivos, psicossociais e socioculturais que interagem entre si e determinam a expressão da dor. Esta complexidade foi levada em conta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) quando definiu a dor como sendo um fenômeno sensorial e emocional desagradável resultante de um dano real dos tecidos ou descritos em termos de tais lesões (IASP, 1986).

Frequentemente as queixas de dor vêm acompanhadas de uma lesão. Porém, outras condições dolorosas crônicas têm sua etiologia desconhecida e podem desenvolver na ausência de lesões anatomopatológicas, após a vivência de eventos traumáticos, assim como uma vivência interpessoal altamente aversiva associada a manifestação e exacerbação da dor o que pode indicar uma relação entre dor crônica e desordem de estresse pós-traumático (Otis, Keane & Kerns, 2003).

A co-relação entre dor crônica e a desordem de estresse pós-traumático é descrita em termos dos sintomas em comum, da prevalência, das comorbidades e por se desenvolverem após um evento traumático (Sharp & Harvey, 2001). A relação entre estes dois fenômenos e as investigações sobre o funcionamento do sistema de estresse fornecem a base para a compreensão das síndromes dolorosas crônicas que resistem a explicações por causas sensoriais periféricas.

Segundo Martinez e Soriano (2006) a dor pode ser compreendida a partir de uma perspectiva funcional-contextual como sendo uma reação do organismo como um todo, resultante da interação entre os mecanismos biológicos e ambientais que influenciam as reações psicológicas e comportamentais da pessoa.

Segundo Skinner (1979/2003) quando alguém descreve a sua dor, ela está descrevendo um comportamento privado. Embora a comunidade sócio-verbal não tenha acesso às variáveis que controlam este comportamento, a linguagem possibilita a pessoa a descrever várias sensações e estados orgânicos. Assim, as respostas de dor variam de acordo com a topografia da resposta aceita pela comunidade sócio-verbal. Desta forma os significados atribuídos à dor são respostas aos estímulos privados, mas também produto das contingências sociais (Skinner, 1979/2003). Eles só podem ser compreendidos no contexto cultural e interpessoal no qual emergiram.

A partir desta perspectiva novas pesquisas e modelos teóricos foram desenvolvidos e contribuem para o manejo da dor. Muitos destes estudos foram amparados pela Teoria das Comportas da Dor (Melzack, 1982; 1993). De acordo com esta teoria o sistema nervoso central é o responsável pela modulação da dor e explica a integração dos estímulos periféricos aos corticais envolvidos na dor. Na medula espinhal estímulos nódicos advindos da periferia interagem com estímulos periféricos não nódicos (mecânicos e térmicos) e com estímulos ascendentes inibitórios ou excitatórios (Pimenta, 2001). Nestas interações, atenção, percepção, pensamento, emoção têm papel importante e devem ser levados em conta na avaliação da dor.

De acordo com Turk e Okifuji (2002) a avaliação da dor deve considerar três dimensões: a física, a psicossocial e a comportamental. A avaliação física inclui a característica da dor, sua etiologia e prognóstico. A dimensão psicossocial se refere às condições vitais atuais associadas a crenças e possíveis características psicopatológicas

com seus significados culturais. Na dimensão comportamental ou funcional, consideram-se os recursos do paciente e sua ação frente à dor que na maioria das vezes é específica e individual, coberta de sentidos e significados que influenciam no tratamento.

Segundo Dworkin e cols. (2005) avaliações e medidas específicas possibilitam o desenvolvimento de protocolos e torna mais objetivo o tratamento da dor. Considerando os aspectos citados acima, a avaliação psicológica da dor a partir de entrevistas e/ou questionários específicos e estruturados facilita a identificação dos eventos adversos relacionados a ela.

1.5. Estresse e Dor Crônica.

Como já foi discutido, a dor pode ser um sinal de alerta ou uma representação de perigo. Quando a causa é desconhecida a dor gera medo que associado a outras variáveis contribui para o estado crônico da dor (Moore, Korff, Cherkin & cols., 2000). O medo da dor pode manter a pessoa num estado de alerta constante, e neste sentido converter-se num estressor contínuo que por conseqüência pode agravar ainda mais o quadro de dor (Vlaeyen & cols., 2002).

A resposta de estresse é um alarme não específico que ocorre sempre que há uma discrepância entre o que se espera de uma situação e o que ocorre na realidade. A avaliação cognitiva é responsável pelo valor atribuído à situação. O alarme tem como função dirigir o indivíduo a soluções para a situação. Este geralmente é interrompido quando a discrepância for eliminada (Ursin & Eriksen, 2004).

O conceito de estresse está relacionado à Síndrome Geral de Adaptação (Selye, 1956). Por estressor compreendem-se todos os riscos ou mudanças significativas no

ambiente externo ou interno do organismo que necessitam de uma adaptação. O estresse constitui-se de respostas biológicas compostas a partir dos sistemas neurofisiológicos, neuroendócrinos e neuroimunológicos que ao serem mantidas por muito tempo desencadeiam transtornos orgânicos funcionais (Brasio, Loloni, Fernandez & Bezerra, 2003).

O estressor pode ser um agente nocivo físico ou psicológico que exige do organismo uma resposta a fim de adaptar-se. Os estressores físicos são constituídos por aquilo que ocorre externamente ao indivíduo, assim como um acidente, mortes, conflitos interpessoais e outros, enquanto os estressores internos são constituídos por mudanças hormonais, doenças, enfermidades, cognições, nível de assertividade, crenças, padrões de comportamento e a capacidade de enfrentamento (Brasio & cols., 2003).

Segundo Selye (1956) o processo de adaptação ao estresse se distingue em três fases: 1) a fase de alarme que surge diante do agente nocivo e produz uma reação preparando o indivíduo para o enfrentamento; 2) a fase de adaptação em que o organismo tenta adaptar-se a enfrentar as ameaças. Se for bem sucedido, as respostas biológicas se normalizam. Esta é a fase do enfrentamento ou *coping* conforme os estudos sobre o estresse de Lazarus e Folkman (1985); e 3) a fase de esgotamento que ocorre quando o estressor é de longa duração e os recursos do organismo se tornam insuficientes dando origem às alterações e patologias denominadas psicossomáticas. Estas alterações ocorrem de acordo com os níveis de resposta de cada organismo frente ao estímulo estressor. Em portadores de Fibromialgia os níveis de estresse estão relacionados à própria dor (Brasio & cols., 2003; Martins, Vandenberghe & Zanini, 2007; Zautra, Johnson & Davis, 2005).

No processo psicofisiológico resultante do contato com o agente estressor o organismo emite uma cascata de respostas que ativam programas de regulação homeostática (Selye, 1956). Esta cascata por sua vez produz condições físicas de

destruição que ao ser mantido por tempo prolongado intensificam o distúrbio homeostático inicial e causam danos permanentes aos tecidos (Melzack, 1998).

As cascatas fisiológicas de estresse podem suprimir respostas imunes ou levar o organismo a se auto-atacar produzindo as chamadas doenças auto-imunes. Com a supressão do sistema imune o sistema límbico é ativado e determina como a dor será experienciada. A ativação destas respostas ocorre de acordo com programas geneticamente determinados que são influenciados pela severidade do estresse, mas também pela história de exposições anteriores a estressores (Melzack, 1998).

Além da inespecificidade do agente agressor, a cronicidade das vivências de estresse também parece ter relação com a manifestação de síndromes dolorosas crônicas. Kaziyama e cols. (2001), por exemplo, demonstrou que a vivência de estresse persistente ocasiona anormalidades nos sistemas neuroendócrino, nervoso, neurovegetativo simpático, e serotonérgico desempenhando papel importante na perpetuação dos sintomas em síndromes dolorosas crônicas como a Fibromialgia.

O medo da dor é um dos preditores da cronificação da dor (Moore & cols., 2000; Vlaeyen & Linton, 2000). Quando o organismo identifica um evento como ameaçador, ele emite uma resposta de medo que inclui fuga e evitação. A origem do medo e as atitudes de fuga e esquiva utilizadas pelo paciente podem estar associadas à história de aprendizagem e a vivência de estressores interpessoais no passado. Estas respostas são promovidas pela comunidade sócio-verbal e há muitas oportunidades de aprender estas atitudes por observação.

As estratégias de fuga e esquiva ou o *coping* evitativo podem ser eficazes para lidar com níveis baixos de estímulos dolorosos. Entretanto, a utilização destas estratégias para lidar com estímulos dolorosos intensos e duráveis é questionável porque aumentam os níveis de estresse e a magnitude da dor (Zautra & cols., 2005a). Além disso, a esquiva

retira reforçadores essenciais, tais como a oportunidade de aprendizagem de novas modalidades de enfrentamento, e isso levam a irritabilidade, frustração e intolerância à dor (Vlaeyen & Linton, 2000).

Desta forma, as atitudes de esquiva aumentam o medo da dor e a sensibilidade à ansiedade. Assim, o medo que está relacionado a respostas fisiológicas de estresse pode aumentar a percepção da dor que aumenta cada vez mais os padrões de esquiva formando assim, uma cascata de eventos constituintes de um processo de retroalimentação que mantém um círculo vicioso que alimenta a percepção da dor (Martins & Vandenberghe 2006).

Em todo este processo novos papéis e significados vão sendo atribuídos à dor em vários contextos de vida do paciente. A dor é utilizada diante das adversidades, dos conflitos interpessoais e dos estressores no cotidiano. Se torna um recurso importante para a resolução de problemas substituindo atitudes e tomada de decisões assertivas diante de situações aversivas (Martins & Vandenberghe 2006).

Segundo Skinner (1979/2003) quando um estímulo aversivo se aproxima qualquer comportamento que converta o estímulo a se tornar menos inofensivo será reforçado. Desta forma, a dor mesmo sendo aversiva pode ser bem sucedida por distanciar da pessoa outra estimulação ainda mais aversiva.

Contudo, fica claro que esta substituição é dasadaptativa. Além disso, enquanto o comportamento assertivo (substituído pela dor) está sob controle de reforço positivo, a esquiva é controlada por contingências adversas. Assim, com o aumento do domínio de estratégias de esquiva no seu repertório, a pessoa pode deixar de reagir a oportunidades positivas no contexto de vida o que leva também a um aumento da importância do controle aversivo na sua vida. A sobreposição destas estratégias pode deixar a pessoa cada vez mais vulnerável aos efeitos do estresse.

A capacidade de superar o estresse é denominada de resiliência e consiste numa característica do indivíduo em termos de suas habilidades de enfrentamento que varia de acordo com as circunstâncias e são utilizadas para superar as adversidades (Yunes, 2003).

O termo resiliência se refere a uma classe de fenômenos caracterizados por um bom resultado apesar da ameaça que representa para o desenvolvimento (Masten, 2001), ou seja, é a capacidade humana para enfrentar e superar as adversidades saindo fortalecido e transformado com a experiência (Grotberg, 2005). O papel da resiliência é descrito como um recurso que reduz a inflamação frente ao estresse, a dor física e crônica que também pode ser um efeito resultante do estresse crônico (Frederickson & Losada, 2005).

De acordo com Zautra e cols. (2005a) a compreensão da dor crônica deve pautar-se não somente na identificação de fontes de estresse, mas também em falhas na resiliência e no déficit de recursos emocionais positivos. Estresse e conflitos interpessoais, baixa tolerância a frustrações e maior sensibilidade à dor estão associados a elevação de estados emocionais negativos. Assim, por exemplo, quanto mais estresse interpessoal maior intolerância a dor. Por outro lado, afetos positivos resultam em mais resiliência frente aos estressores e conflitos interpessoais. Desta forma, intervenções pautadas no desenvolvimento de estratégias de *coping* podem ajudar na recuperação da dor.

1.6. Emoções Positivas, Emoções Negativas e Abordagens Terapêuticas em Fibromialgia.

O paradigma das emoções positivas de Frederickson (2001) sustenta que as emoções positivas propiciam o “florescer” humano que significa um ótimo estado de

funcionamento e bem-estar. Além disso, a saúde é avaliada em termos positivos mais que pela ausência de doença e está associada ao crescimento psicológico.

As emoções positivas estão correlacionadas ao prazer, alegria, interesse, contentamento, amor, além de promover melhoras na saúde física e mental. Elas aumentam a função imune, reduzem a dor crônica, os efeitos danosos do estresse e predizem longevidade (Folkman & Moskowitz, 2000).

Desta forma, as emoções positivas agem como um combustível que abastece a resiliência e possibilita a construção de recursos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais que são utilizados para enfrentar as adversidades. Além disso, elas funcionam como um antídoto contra os efeitos danosos das emoções negativas (Frederickson, 2001) como a raiva, a ansiedade, o desespero que trazem conseqüências danosas para a saúde (Frederickson & Losada, 2005).

Segundo Reich, Zautra e Davis (2006) ambas as emoções positivas e negativas são vivências válidas e operam conjuntamente. Certos tipos de negatividade são importantes quando ocorrem em circunstâncias específicas e solúveis. Porém, quando são inapropriadas, estas emoções calcificam certos padrões de comportamento (Frederickson & Losada, 2005) o que pode trazer prejuízos a saúde.

De acordo com Zautra e cols. (2005a) níveis elevados de afetividade negativa aumentam a sensibilidade à dor. Por outro lado, níveis baixos de afetos positivos associado a níveis altos de afetividade negativa e a prevalência de distúrbios psicológicos, assim como ansiedade e depressão são correlacionados com a Fibromialgia (Perez-Pareja, Borrás, Sesé & cols., 2004; Zautra & cols., 2005a; Zautra & cols., 2005b).

Contudo, os aspectos citados acima quando somados à incerteza da doença favorecem o uso de estratégias de esquiva ou estratégias de *coping* passivo (Reich & cols., 2006) o que pode dificultar a adesão ao tratamento. Por outro lado, o esclarecimento

quanto ao diagnóstico, além de favorecer a adesão ao tratamento pode reduzir o uso de múltiplos recursos e abordagens terapêuticas inespecíficas para o tratamento da dor que na maioria das vezes são ineficazes (Rivera, 2004).

Tradicionalmente as abordagens terapêuticas para o tratamento da Fibromialgia são direcionadas para os sintomas físicos, as alterações do sono e do humor, associados a outra modalidade de intervenção, tais como a fisioterapia e psicoterapia com o propósito de fazer o paciente aceitar a doença e a condição de ser doente. Neste aspecto os pacientes tendem a abandonar o trabalho, a vida social, o lazer e tudo que poderia melhorar a sua vida para se dedicarem ao tratamento estabelecendo objetivos de vida limitados (Martins & Vandenberghe, 2006). Estas atitudes fazem parte das estratégias de esquiva, estão relacionadas a manutenção da dor e pode dificultar a adesão ao tratamento psicológico (Martins & Vandenberghe, 2007).

Entre as possibilidades de ação psicoterapêutica destacam-se as abordagens de cunho psico-educativas como a Terapia Comportamental Cognitiva (Turk & Okifuji, 2002), os treinos de habilidades de *coping* baseados na Análise Aplicada do Comportamento (Fordyce, 1976) e a exposição graduada ao vivo de acordo com uma hierarquia individualizada dos medos (Vlaeyen & cols., 2002). A Análise Clínica do Comportamento que é representada pela Psicoterapia Analítica Funcional – FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001) e pela Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Hayes, 1999; 2004; Dahl & cols., 2004) trouxe contribuições que estão sendo assimiladas gradualmente na corrente principal da terapia comportamental e inclui estratégias de intervenções em dor. Cada uma destas abordagens desenvolveu uma importante variedade de intervenções para o tratamento da dor crônica.

A Análise Aplicada do Comportamento faz parte da primeira onda das terapias comportamentais que desenvolveram tratamentos para dor crônica, porém ela não aborda a

dor em si, mas o comportamento operante sensível às contingências descrito como comportamento de dor, que são os aspectos públicos da dor que são observáveis para terceiros e fazem parte dos episódios interpessoais. Esta abordagem desenvolveu tratamentos focados na modificação das contingências de reforçamento mudando a forma como as pessoas que fazem parte das relações interpessoais do paciente reagem ao comportamento de dor (Fordyce, 1976).

Enquanto isso no paradigma pavloviano da Terapia Comportamental Clássica foram desenvolvidas técnicas de exposição ao vivo para extinguir as respostas emocionais disfuncionais condicionadas que ajudam manter a dor (Vlaeyen & cols., 2002).

O modelo Cognitivo Comportamental representa a segunda onda das Terapias Comportamentais. Nesta perspectiva entende-se que vieses e distorções cognitivas, atribuições disfuncionais contribuem para a intensidade da dor (Thorn, Boothby & Sullivan, 2002; Turner, Jensen & Romano, 2000). As intervenções são pautadas na reestruturação cognitiva que conquistou papel importante na abordagem da dor crônica.

Contudo, segundo Dahl e cols. (2004) os programas (operantes e clássicos) de tratamento para estresse e dor crônica foram baseados em trabalhos que exigem do paciente controle dos sentimentos e pensamentos e na maioria das vezes resultam em mais estresse e dor, além de serem desmotivante para o paciente. Essa crítica ao modelo operante e clássico foi postulada pelo que se identificou com a terceira onda das Terapias Comportamentais que trouxe uma visão contextual dos eventos privados (Alvarez, 2001; Hayes, 2004; Zettle, 2005). Esta nova modalidade de terapias inclui a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Terapia de Aceitação e compromisso (ACT).

Na FAP, o objeto de análise se dá na relação terapêutica dentro do ambiente terapêutico. Os comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) são comportamentos que ocorrem em relação ao terapeuta e que são funcionalmente equivalentes aos

comportamentos problemáticos do paciente que ocorrem fora da sessão. As intervenções ocorrem no seio do relacionamento entre paciente e terapeuta onde são moldados novos comportamentos que deve influenciar no contexto de vida do paciente no cotidiano (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Por outro lado, a ACT considera a esquiva experiencial como um processo patogênico. Ela ocorre quando a pessoa evita o contato pleno com emoções, pensamentos e memórias associadas à dor. O tratamento consiste em desliteralizar pensamentos, sentimentos e aumentar o contato com o contexto em que os eventos privados ocorrem. Esta exposição promove uma postura de aceitação que consiste em não permitir que os sentidos literais de eventos privados controlem as ações durante os episódios de dor (Hayes, 1999).

Neste sentido, a aceitação é necessária para que o paciente explore o sentido da vida porque para portadores de dor crônica falar sobre seus valores pode ser extremamente doloroso (Dahl & cols., 2004). Além disso, as intervenções devem levar a pessoa a abandonar tentativas improdutivas de controlar os sintomas da dor (Hayes, 2006).

Sendo uma terapia comportamental da terceira onda, a ACT está baseada em procedimentos tradicionais, mas se expande em três aspectos significativos: 1) amplia o contato e aceitação de eventos privados incluindo o sentido subjetivo do material que a pessoa esquiva no seu dia-a-dia; 2) promove um distanciamento das cognições ao invés de modificá-las; 3) e esclarece os valores pessoais do paciente que devem orientar a sua tomada de decisões (Dahl & cols., 2004). Contudo, a ACT é uma modalidade de intervenção que confronta com os princípios que mantém as estratégias de *coping* evitativo geralmente adotado pelo paciente para lidar com situações aversivas e dolorosas.

1.7. Objetivo Geral

O presente trabalho visa identificar por meio de entrevistas semi-estruturadas e de investigações clínicas um conjunto de alvos psicoterapêuticos relevantes para o tratamento psicológico de portadores de Fibromialgia.

1.7.1. Objetivos Específicos

- Construir categorias de alvos terapêuticos para intervenção psicológica na Fibromialgia;
- Contextualizar a dinâmica destes alvos ao longo de um processo terapêutico.

2. Método

2.1. Participantes

Participaram deste estudo cinco portadores de Fibromialgia do sexo feminino com idade entre 45 e 52 anos, residentes em Goiânia, atendidos em ambulatórios de reumatologia da rede pública de saúde que foram encaminhados para psicoterapia

Identificação dos participantes:

Quadro 01: Identificação dos participantes

Participantes	Principais queixas e história clínica
VD -50 Anos Casada, 02 filhos Profissão: Costureira Escolaridade: Ensino fundamental	Fibromialgia há mais de 07 anos. Solidão, sobrecarga familiar, irritabilidade interpessoal. Tratamento com: reumatologistas, neurologistas, fisioterapeutas e Psiquiatras.
VN - 50 Anos Casada, 02 filhos Profissão. Do lar Escolaridade: Ensino Médio	Fibromialgia há mais de 06 anos. Vazio, solidão. Tratamento com: reumatologistas, neurologistas, fisioterapeutas.
SN -52 Anos Divorciada, 02 filhos Profissão: Assessora de Imprensa (aposentada) Escolaridade: Ensino superior	Fibromialgia há mais de 10 anos. Sobrecarga familiar, esquivas interpessoal. Tratamento com: reumatologistas, neurologistas, fisioterapeutas, ortopedistas, psiquiatras e psicólogos.
LN -49 Anos Solteira, 04 filhos Profissão: Doméstica Escolaridade: Ensino fundamental	Fibromialgia há mais de 02 anos. Intolerância e agressividade interpessoal, desamparo, conflitos familiares. Tratamento com: reumatologistas, ortopedista, psiquiatra.
LC - 45 anos Divorciada, 03 filhos Profissão. Do lar (auxílio doença) Escolaridade: Ensino Fundamental	Fibromialgia há mais de 02 anos. Solidão, desesperança, esquivas interpessoal. Tratamento com: reumatologistas, ortopedista, fisioterapeuta, psiquiatra.

2.2. Critério de Inclusão

Como critério de inclusão os participantes foram atendidos previamente por um médico reumatologista da rede pública de saúde que fez a avaliação clínica e o diagnóstico de Fibromialgia de acordo com os critérios estabelecido pelo *American College of Rheumatology* (Roizenblatt, Modlofsky, Benedito & Tufik, 2001). Após serem informados sobre os procedimentos da pesquisa os participantes foram encaminhados para psicoterapia de grupo no Serviço de Psicologia da Clínica Escola Vida da Universidade Católica de Goiás.

2.3. Critério de Exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que apresentaram distúrbios neurológicos, psiquiátricos ou senilidade, além de outras condições médicas gerais (hospitalização, pós-operatório) que exigisse acompanhamento médico hospitalar contínuo que impossibilitasse a assiduidade e o andamento do processo.

2.4. Instrumentos e Medidas

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista aberta e semi-estruturada, gravação das sessões de psicoterapia e anotações de dados pós-sessão.

2.5. Procedimentos

Os dados foram coletados na Clínica Escola Vida da Universidade Católica de Goiás e foram divididos em três fases.

Primeira Fase (FI) – Na primeira fase correram dois encontros individuais consecutivos. No primeiro encontro os participantes foram orientados quanto aos procedimentos da pesquisa e estando de acordo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No segundo encontro responderam individualmente a uma entrevista aberta e semi-estruturada (tópicos da entrevista em anexo).

Segunda Fase (FII) – A segunda fase é composta do processo terapêutico em grupo. Nesta fase foram realizados doze encontros consecutivos com duração de noventa minutos cada sessão. As sessões foram conduzidas de acordo com as temáticas e vivências que emergiram no grupo. Além de inspiração vivencial, as intervenções foram modeladas pela experiência anterior da terapeuta com cinco grupos de portadores de Fibromialgia, por sua exposição à literatura e aos princípios da Análise Clínica do Comportamento concernindo tratamentos comportamentais e cognitivos da dor crônica.

Terceira Fase (FIII) – Na terceira fase fez-se a replicação da entrevista semi-estruturada, comum à primeira fase do processo.

As entrevistas e sessões foram gravadas em aparelho de MP3, transcritas, analisadas, codificadas, conceituadas e categorizadas de acordo com a relevância para o estudo.

A escolha do número de sessões para este estudo está embasada na revisão da literatura e na experiência prévia da pesquisadora como psicóloga clínica em intervenções com pacientes portadores de Fibromialgia ao observar que os resultados das intervenções e melhoras clínicas em portadores de Fibromialgia podem ocorrer em termos de dez a doze

sessões consecutivas o que não significa o encerramento do processo psicoterapêutico (Martins & Vandenberghe, 2007).

2.6. Abordagem Metodológica

Neste estudo foi investigado o que deve ser trabalhado no tratamento psicológico da Fibromialgia por meio da interação da pesquisadora com os participantes e com o problema pesquisado enquanto estava sendo realizado o trabalho com portadores de Fibromialgia. Pode-se dizer que a metodologia utilizada investiga um processo através do envolvimento ativo do pesquisador no próprio processo.

Para delinear os alvos terapêuticos foi utilizado um método de pesquisa qualitativa embasado na leitura construtivista dos princípios da *Grounded Theory* que explica um fenômeno através da análise dos dados a partir da vivência de situações concretas (Charmaz, 2003). Esta análise possibilita sintetizar e conceituar qualitativamente os dados pesquisados. Trata-se de uma investigação participativa em que a pesquisadora colhe os dados enquanto participa do processo na busca do saber contextualizado.

O trabalho como um todo foi influenciado pelos conceitos sensibilizadores que se formaram com a experiência anterior da pesquisadora em trabalhos de intervenção clínica com portadores de Fibromialgia (Martins & Vandenberghe, 2006; 2007; Martins, Vandenberghe & Zanini, 2007).

2.7. Análise e Interpretação dos Dados

Conforme explicitado anteriormente a análise do material coletado seguiu as grandes linhas da *Grounded Theory* na sua vertente construtivista (Charmaz, 2003). As entrevistas e sessões de psicoterapia foram transcritas, posteriormente os dados foram codificados de maneira aberta a partir da análise das transcrições conforme a relevância para o estudo. Isto possibilitou a construção de categorias a partir dos códigos emergentes e dos conceitos sensibilizadores resultantes da análise dos dados ao longo do processo. As categorias foram construídas para definir os alvos no processo terapêutico. Apesar de não ter o propósito de verificar a eficácia da terapia de grupo, foi comparada a ocorrência das categorias nas três fases do estudo o que permitiu analisar a dinâmica das categorias ao longo do processo. Contudo, tal contextualização não faz parte dos princípios da *Grounded Theory*, porém foi inserido neste estudo com o objetivo de entender como os conteúdos representados por estas categorias evoluíram no decorrer da pesquisa.

3. Resultados e Discussão

A análise dos dados foi feita progressivamente de acordo com as fases do estudo. Na Primeira Fase (FI) da pesquisa emergiram múltiplas categorias que foram selecionadas e agrupadas em temas gerais. Esta seleção orientou a Segunda Fase (FII) da pesquisa e possibilitou a escolha inicial dos temas a serem abordados no processo psicoterapêutico. Porém, a ênfase nas vivências e experiências no contexto terapêutico permitiu a emergência de novos temas no decorrer da pesquisa. Após a última sessão de psicoterapia em grupo, a entrevista inicial foi replicada na Terceira Fase (FIII) da pesquisa. Por fim, a análise dos dados possibilitou, conforme exemplificado no Quadro 02, a construção e conceituação de dezoito categorias que foram organizadas em cinco temas: Vivências Interpessoais, Estratégias de Enfrentamento Interpessoal, Vivências Subjetivas, Emoções Negativas e Emoções Positivas.

Apresentação das Categorias

Foram construídas dezoito categorias que descrevem os alvos terapêuticos que emergiram no processo. Destes, quatorze fazem parte dos problemas na vida do participante, estão associados à dor e são alvos selecionados para mudança. As demais são quatro categorias que correspondem a metas a serem alcançadas com as intervenções.

Quadro 02: Apresentação das Categorias

Temas	Categorias
T.1. Vivências Interpessoais	Vivências Traumáticas Relações Coercitivas Conflitos Familiares Sobrecarga Familiar
T.2. Estratégias de Enfrentamento Interpessoal.	Esquiva Emocional Esquiva Interpessoal Controle Interpessoal Dependência e Submissão Habilidade Interpessoal
T.3. Vivências Subjetivas	Significado da Dor Catastrofização Auto-avaliação Negativa
T.4. Emoções Negativas	Raiva e Revolta Frustração e Culpa Angústia, Medo e Desesperança.
T.5. Emoções Positivas	Esperança Autonomia Autoconsciência

T.1. Vivências Interpessoais

Este tema inclui todas as vivências interpessoais estressantes e conflitivas da história de vida do participante relacionadas aos comportamentos das pessoas que fazem parte do contexto familiar e social que foram associados à dor. Neste tema inclui as categorias, Vivências Traumáticas, Relações Coercitivas, Conflitos Familiares e Sobrecarga Familiar.

T.1.1. Vivências Traumáticas

Foram descritas em termos de negligência dos cuidadores, abandono, agressões físicas e/ou psicológicas na infância, responsabilidade precoce no cuidado pessoal e com

irmãos também na infância. Além disso, foram relatados parceiros irresponsáveis, indiferentes e agressivos.

SN: ... *Eu devia ter entre 07 a 10 anos e via a minha mãe trabalhando demais... Meu pai trabalhava viajando quando chegava dormia bêbado, curava a ressaca e voltava a trabalhar...*

LC: ... *O meu marido colocou chifre em mim... Entraram na minha casa duas vezes e levaram tudo. Foram as próprias pessoas que convivia na minha casa... Eu já morei em barraco de lona, no meio de ratos e escorpiões...*

Segundo Melzack (1998) o estressor psicológico em longo prazo produz sobre o tecido efeito semelhante aos danos causados por estressores físicos e está relacionado à dor crônica. Estressores como traumas na infância, abuso doméstico, perda parental e relacionamento emocional pobre com os pais podem predizer o desenvolvimento de dor crônica e Fibromialgia (Imbierowicz & Egle, 2003; Gupta & Silman, 2003). Estas vivências são relacionadas ao início dos sintomas (Kaziyama & cols., 2001; Martins & Vandenberghe, 2006; 2007). Além disso, estresse e dor são co-relacionados a transtornos psicológicos, como o transtorno de estresse pós-traumático (Vlaeyen & Linton, 2000; Otis & cols., 2003).

T.1.2. Relações Coercitivas

Fazem parte desta categoria relatos de estressores familiares e interpessoais. Pais, irmãos, esposo, filhos, colegas de trabalho e superiores usaram de estratégias sociais aversivas com o propósito de pressionar o participante a tomar atitudes reforçadoras para

eles, porém aversivas para o participante que por sua vez, tende a satisfazer as exigências numa tentativa de se manter distante da desaprovação e rejeição destas pessoas.

VD: ... *Existe muita cobrança dentro de casa... Não saio para lugar nenhum, quando saio tenho horas pra voltar...*

VN: ... *Minha irmã soube que ele ia me pedir em casamento e disse: você não vai se casar com uma pessoa mais rica que o meu namorado... De fato, não aconteceu e ela começou a me empurrar para este que é o meu marido porquê ele era mais pobre...*

Quando portadores de Fibromialgia utilizam de estratégia de esquiva para enfrentar os estressores interpessoais eles tendem a suprimir o que de fato estão sentindo. Neste aspecto por medo de ser rejeitada, a pessoa simula emoção positiva o que segundo Frederickson e Losada (2005) produz efeitos prejudiciais a saúde semelhantes aos efeitos resultantes das emoções negativas.

T.1.3. Conflitos Familiares

Esta categoria inclui os eventos e estressores que fazem parte do contexto familiar dos participantes. São dificuldades na comunicação associada aos problemas no cotidiano.

VD: ...*Duas coisas que completou a minha doença, a minha madrasta e o meu filho que me deu muito trabalho...*

LN: ... *Uma vez eu pus a minha filha pra fora de casa, bati, bati, bati, até não ter mais jeito... Ela tava muito difícil... Ela dizia que odiava aquela casa... Ela me stressou eu bati nela, e fiz com que ela arrumasse as malas e fosse embora... Aí veio uma carona e eu disse: ela quer sim a carona, você leva e larga onde ela quiser...*

De acordo com Berber e cols. (2005) índices elevados de estresse interpessoal está relacionado a intensidade da dor e a incapacidade funcional. Há indicação de que a Fibromialgia constitui um sintoma de reações emocionais, como estresse e mudanças no sistema familiar.

T.1.4. Sobrecarga Familiar

Esta categoria é descrita em função da baixa coesão no sistema familiar e das limitações dos recursos sociais e financeiros disponíveis. Os pacientes relataram excesso de responsabilidades desde as despesas domésticas ao cuidado e responsabilidade com a saúde de parentes.

VD: *...Porque estou com ele se pago água, luz, gás e faço compras?*

SN: *... É tanta coisa. Só responsabilidade... Se eu ficar sem dinheiro eu fico desesperada... Eu sempre fui preocupada com dinheiro, com a manutenção da minha própria existência. Depois com a dos meus filhos, do meu marido e dos meus ex-maridos...*

LN: *... Eu sou o pai e a mãe. Eu fui muito dura com elas... Criei as minhas meninas, sozinha...*

O paciente tipicamente mantém a sobrecarga como sendo uma estratégia de esquiva que está pautada na idéia de que ao assumir as responsabilidades no contexto familiar a pessoa estará evitando possíveis conflitos no mesmo contexto. Esta estratégia é um recurso utilizado para resolução de problemas relacionados ao déficit de apoio social e a negligência dos cuidadores na história de aprendizagem.

Estas vivências representam as principais queixas apresentadas por portadores de Fibromialgia em psicoterapia de grupo (Martins & Vandenberghe, 2007) além de ser

correlacionada a instalação da doença (Kazyiama & cols., 2001; Martins & Vandenberghe, 2006; 2007).

T.2. Estratégias de Enfrentamento Interpessoal.

Fazem parte deste tema as habilidades e estratégias de *coping* utilizadas para lidar com os problemas resultantes das vivências interpessoais. Geralmente são repertórios comportamentais ineficazes, deficitários, muitas vezes aversivos para o paciente e para os outros. Neste estudo são representados pelas categorias: Esquiva Emocional, Esquiva Interpessoal, Controle Interpessoal, Dependência e Submissão. Por outro lado, as melhoras clínicas são representadas com o desenvolvimento de Habilidades Interpessoais.

T.2.1. Esquiva Emocional

A esquiva emocional ou esquiva vivencial corresponde à esquiva de valores pessoais. Não se trata de esquiva de eventos concretos, mas das interpretações que a pessoa faz de si mesmo, de suas emoções e o que é feito destas. São atitudes que impedem a pessoa de entrar em contato com os eventos e valores pessoais. É também uma dificuldade de aceitar a vida como ela é. Além disso, distancia a pessoa dos valores que devem dar sentido a sua vida.

VN: ... Me comportei bem... Fiquei contendo o que estava sentindo porque no fundo eu estava morrendo, depois fiquei de cama, senti tantas dores... Apesar de tudo que acontece eu pareço ser feliz... Não estou com esta felicidade, essa paz, mas eu consigo passar...

VD: ... Devido a tudo que aconteceu na minha vida eu retraí... Tenho medo de falar...

De acordo com Hayes (2004) a esquiva emocional é uma tentativa ineficaz de controlar as vivências emocionais porque não é possível esquivar-se do seu próprio mundo interior, ou seja, é uma tentativa frustrante de enganar a si mesmo. A pessoa tenta sair do seu mundo real para um mundo imaginário construído a partir da negação do que ela considera inaceitável ou ameaçador na sua vida. Na base desta construção encontram-se as experiências aversivas que sustentam as regras e os padrões de esquiva. A pessoa acredita que ao evitar determinada vivência ela mantém distante de si o evento causador de sofrimento.

Portadores de dor crônica muitas vezes tentam controlar emoções, sensações físicas, sentimentos e pensamentos negativos frente à dor. Isso pode intensificar a dor e resultar em mais sofrimento (McCracken & cols., 2004; Dahl & cols., 2004). Em portadores de Fibromialgia a esquiva emocional está pautada nas crenças e no repertório de aprendizagem social. A esquiva é reforçadora por manter distantes as vivências emocionais desagradáveis, porém a pessoa também evita as vivências emocionais agradáveis, assim como em um círculo vicioso ela vai se distanciando dos seus valores pessoais, o que aumenta o sofrimento ao se perceber como um estranho para si mesmo.

T.2.2. Esquiva Interpessoal

Na categoria Esquiva Interpessoal incluem-se as máscaras e representações utilizadas pelos participantes nos relacionamentos. Como o repertório de habilidades interpessoais é deficitário, a pessoa evita o envolvimento emocional com outras pessoas e utiliza do recurso da simulação para interagir com o meio. Ela faz de conta que está satisfeita na relação quando na verdade está insatisfeita.

LC: ... *Eu fiquei muito chateada... Ela não imagina que eu não vou à casa dela nunca mais... Às vezes eu tenho vontade de ir embora, de sumir...*

VN: ... *Todos me criticam... Aí eu começo a me policiar... Falar menos...*

Estas atitudes sustentam o isolamento social e resultam em sentimentos de insegurança, solidão e sensação de desamparo. Neste aspecto a solidão é aversiva e o desamparo é relatado como um sentimento resultante da negligência de outros na relação. Desta forma, as relações interpessoais tendem a se tornar ainda mais aversivas, o que leva a pessoa a evitar situações e determinados papéis sociais.

Portadores de Fibromialgia queixam-se de desconfiança e falta de credibilidade (Kazyiama & cols., 2001). Estas queixas podem estar associadas a fatores como vitimização e perda do autocontrole o que tende a desestabilizar e restringir os contatos sociais interferindo nos hábitos e rotinas da pessoa (Berber & cols., 2005). Estas atitudes exigem do participante uma readaptação à nova realidade. Por outro lado, o processo de readaptação deve incluir o apoio social e a promoção de habilidades interpessoais.

T.2.3. Controle Interpessoal

Esta categoria inclui estratégias específicas usadas pelo paciente nos episódios interpessoais. Consiste de atitudes que invalidam as interações das pessoas, assim como desqualificar outros, oposição à idéia de outros, imposição de idéias pessoais e insensibilidade à necessidade de outros.

LN:... *No restante da família eu dou palpite na vida de todo mundo... Às vezes eles fazem coisas erradas e eu me meto... Ela é muito pior do que eu...*

LC:... *Dependendo do momento e de como eu estou me sentindo, se a pessoa falar, eu penso, falou na hora errada... Eu não confio nem nos meus filhos, não que eles vão me roubar, não é isso, mas eu falo será que vocês não poderiam se vestir melhor...*

As atitudes de controle estão baseadas no contexto de dar razões. A pessoa acredita que determinadas regras adotadas por ela são literalmente verdadeiras porque são aceitas e reforçadas pela comunidade sócio-verbal. Por outro lado, as atitudes de controle são prejudiciais nas relações interpessoais (Hayes, 2004) e sustentam os comportamentos de dor utilizados para dar ordens sem assumir que está controlando a vida dos outros, além de obterem ganhos, atenção e isenção de responsabilidades no contexto familiar (Fordyce, 1976). Estas estratégias tornam os episódios interpessoais ainda mais aversivos para o participante e para as demais pessoas que participam da relação.

T.2.4. Dependência e Submissão.

Esta categoria é descrita em termos dos comportamentos do participante em relação às demais pessoas. A necessidade constante de aceitação e aprovação o torna

vulnerável as suas próprias inseguranças. Mesmo não tendo pistas ou evidências de que será rejeitada, a pessoa se esforça para evitar a rejeição, se torna insensível a sinais reais de aceitação e apoio social. Além disso, a pessoa tende a se tornar vulnerável às críticas, acata idéias e opiniões de outros sem censuras.

VD: ... Eu me sinto mal... Sabe um passarinho preso na gaiola, se me deixassem... (chora)... As pessoas que vivem comigo...

LC: Eu só fico bem, por exemplo, quando chega alguém, quando estou com relacionamento (namorando), quando chega um filho que me trata bem...

Nos estudos sobre as estratégias de enfrentamento da dor, Esteve e cols. (2004) apontam a dependência como sendo uma característica comum em pacientes que adotam estratégias de enfrentamento passiva. Neste estudo, a submissão é descrita também em termos das funções que mantêm estes comportamentos atualizados.

A submissão tem dupla função para a pessoa, a de remover o evento aversivo (rejeição e desaprovação de outros) e saciar a privação de afetos nas relações interpessoais (ser bem quisto para o outro). O desejo de aprovação deriva do intercâmbio com outros reforçadores como, por exemplo, o prestígio (Skinner, 1979/2004), mas o poder que ele exerce na vida do participante pode estar associado a histórias de censuras e punições interpessoais.

T.2.5. Habilidade Interpessoal

Esta categoria inclui as atitudes do participante relacionadas às habilidades interpessoais e são descritas em termos de dar e receber ajuda, dar e receber apoio social,

estabelecer relações afetivas, iniciar, manter e encerrar diálogos, fazer e responder perguntas, gratificar e elogiar, fazer, recusar e aceitar pedidos, desculpar-se e admitir falhas, iniciar, manter e encerrar relacionamentos, expressar raiva e pedir mudança de comportamento, interagir com autoridade, lidar com críticas, fazer amizades, etc.

VD: ... Eu falei para ele não me chamar a atenção no meio das pessoas, eu não gosto, e vou procurar entender ele mais...

VN: ... Vou tentar esquecer as mágoas e procurar uma harmonia com eles... Minha irmã falou você tem razão. Lá em casa estou dialogando mais com meus filhos... Não tinha diálogo na minha casa. Antes eu ficava com a máquina (de lavar roupa) ligada o tempo todo porque parecia que ela conversava comigo.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2001) o uso competente de habilidades interpessoais maximiza os ganhos e minimiza as perdas para pessoa e para aqueles com quem ela interage, além de tornar mais funcionais as estratégias para solução de problemas interpessoais.

T.3. Vivências Subjetivas

Este tema inclui os comportamentos encobertos, as vivências emocionais, pensamentos e sentimentos da pessoa em relação a si mesmo, as demais pessoas, ao mundo a sua volta e são representadas pelas categorias: Significado da Dor, Catastrofização e Auto-avaliação Negativa.

T.3.1. Significado da Dor.

A dor é uma construção pessoal com significados subjetivos múltiplos. Ela é influenciada e pode influenciar o comportamento da pessoa e suas vivências nos contextos das relações interpessoais e no mundo a sua volta.

Para portadores de Fibromialgia a dor se resume em sofrimento, o que justifica a busca por recursos terapêuticos e sociais para aliviar este sofrimento. Além disso, o significado da dor para o participante nos possibilita uma leitura específica acerca dos eventos precipitantes, das circunstâncias reais e das contingências que possivelmente mantêm a dor atualizada, assim como a incapacidade funcional, a exclusão social e as limitações em vários contextos de sua vida.

VD: ... *A dor... é não se libertar dessa coisa em mim... (chora), essa prisão, é muito ruim, me prejudica...*

VN: ... *O que dói mais é essa falta de amor...*

SN: ... *O que me dói mais é não ter muito dinheiro como eu gostaria de ter...*

LN: ... *O que mais me dói sou eu não ter dado um pai para elas... Um não deu certo... O outro foi um acaso que não podia acontecer... Os últimos eu não sei onde eles estão... Eu falo que morreram...*

LC: ... *A dor emocional que é muito triste... Dá uma tristeza, bate uma dor na alma, não é uma dor em um local, por exemplo, que machucou, é uma dor que vai doendo toda a vida, é uma dor que não deixa a gente viver...*

Segundo Martins e Vandenberghe (2006; 2007) a dor para o portador de Fibromialgia se traduz num acúmulo de vivências emocionais aversivas, conflitos interpessoais, experiências traumáticas e punições severas. A dor cresce com a supressão de emoções, a ausência de afetividade positiva e com o predomínio das emoções negativas.

Este contexto dá significado às principais queixas apresentadas pelos pacientes em contexto de psicoterapia.

T.3.2. Catastrofização

Esta categoria inclui as crenças disfuncionais relacionadas à doença e faz parte do repertório comportamental da pessoa o que influencia nos mecanismos de *coping* utilizados pelos participantes para enfrentar os problemas associados à dor.

SN: ... *É uma doença muito sofrida, limita muito, sinto dor vinte e quatro horas por dia...*

LC: ... *É como se eu estivesse numa fase terminal... Eu me vejo muito mal, muito pior que as outras pessoas...*

A catastrofização é uma estratégia de enfrentamento e um recurso bastante utilizado por portadores de dor crônica (Turner & cols., 2000). Porém, excesso de catastrofização pode prejudicar o paciente frente à experiência dolorosa e está relacionado à maior intensidade da dor (Esteve & cols., 2004). Além disso, a interpretação irracional de eventos e vivências sem evidência real para tal interpretação está associada aos padrões de fuga e esquiva que mantêm os problemas relacionados à dor.

T.3.3. Auto-avaliação Negativa.

Esta categoria inclui as avaliações que a pessoa faz sobre si mesmo, sua auto-imagem e auto-estima. Estes conceitos fazem parte do repertório verbal e são recursos utilizados pelo participante para validar as relações interpessoais e estão relacionados à

manutenção dos comportamentos de dor, de atitudes perfeccionistas focadas na cobrança pessoal.

VD:... *Sou ninguém não... Queria ser alguém na minha vida...*

VN:... *Não estou me vendo, parece que não sou eu... Acho que sou muito diferente de todo mundo... Sinto que estou sendo vigiada, criticada... Não me sinto adequada...*

SN: ... *Hoje me vejo uma pessoa mais murcha, sem motivação para vida... Triste, deprimida, que fala pouco e reclama de dor...*

LN: ... *Estou me sentindo muito velha... Inválida...*

LC: ... *Me sinto um lixo... Me sinto inferior as outras pessoas...*

A atitude de julgar a si mesmo, desvalorizando as vivências pessoais conduz o participante a agir em função de avaliações depreciativas, o que para ele deixa de ser uma crença, mas sinônimo de realidade. Estas atitudes geralmente são reforçadas pela comunidade sócio-verbal (Hayes, 1999).

A baixa auto-estima se alimenta de vivências interpessoais aversivas e punições severas na história de aprendizagem da pessoa (Skinner, 1979/2003). Está relacionada a déficit na qualidade de vida (Martinez & cols., 1999) e pode mascarar eventos importantes que culminaram na manifestação e exacerbação da dor na Fibromialgia.

T.4. Emoções Negativas

Este tema inclui os relatos de afetos e vivências emocionais do participante em termos dos sentimentos atribuídos à vida como um todo e são representados pelas categorias: Raiva, Revolta, Frustração, Culpa, Angústia, Medo e Desesperança. Estes

eventos são produtos de comportamento severamente punido na história de aprendizagem do participante, e efeito colateral destas vivências.

O aumento de afetividade negativa diminui a tolerância diante de episódios futuros de dor (Zautra & cols., 2005). Além disso, as emoções negativas são interdependentes entre si. Isso as torna fortes e pode comprometer o resultado geral das intervenções.

Desta forma, trabalhar os afetos negativos exige estratégias de intervenções mais específicas que possibilitem conhecer a funcionalidade destas vivências e quais são as contingências reforçadoras responsáveis por manterem atualizadas as emoções negativas.

T.4.1. Raiva e Revolta.

Os pacientes relatam sentimentos de Raiva e Revolta relacionados a alguém ou a situações específicas na história de vida, por exemplo, uma experiência traumática na infância ou um relacionamento fracassado. Embora esta categoria esteja intimamente relacionada à categoria vivências traumática, os sentimentos de Raiva e Revolta são atribuídos a não aceitação destas vivências, mesmo que o contexto de vida real da pessoa seja diferente.

SN: ... *Enfrento as dificuldades com muito sofrimento, muita angústia, raiva, com dor, rejeição total...*

LC: ... *Eu luto constantemente... Me dá uma revolta...*

Segundo Skinner (1974/2003) tais respostas emocionais aversivas são subprodutos da punição. Estas respostas são geradas pelo organismo porque ele não disponibiliza de nenhum comportamento de fuga apropriado. Por outro lado, quando crônico pode resultar

em doenças psicossomáticas ou outras coisas que interfiram no comportamento eficaz da pessoa no cotidiano.

T.4.2. Frustração e Culpa.

Os relatos de sentimentos de Frustração e Culpa são descritos em termos de vivências aversivas no passado, tais como, conquistas parciais e expectativas de vida limitadas no contexto das relações interpessoais, familiares e profissionais. Frequentemente o participante relata não ter feito algo que julgava necessário, e no contexto de dar razões ele responde a um determinado evento em termos de outro gerando o comportamento culposos.

SN: ... *Por que não fiz isso? Por que não fiz aquilo? Por que não tomei certa atitude? Por que não disse tal coisa? Parece que nunca estou correspondendo as expectativas das pessoas... Talvez se eu tivesse ficado solteira também teria sido melhor...*

LN: ... *Eu acho que falhei muito... Me sinto culpada, se eu pudesse voltar atrás... Eu não consegui os meus objetivos que tinha em mente...*

Segundo Skinner (1979/2003) os sentimentos de Frustração e Culpa são subprodutos de punição social por não cumprir um dever. Isso ocorre quando a pessoa avalia o seu comportamento como imoral. Por outro lado estes sentimentos são emoções negativas que influenciam o nível de estresse e estão relacionados à maior intensidade da dor (Frederickson, 2001), além de prejudicar as estratégias de enfrentamento do participante frente à doença (Berber & cols., 2005).

T.4.3. Angústia, Medo e Desesperança.

Esta categoria é descrita em termos de sentimentos negativos diante das adversidades associados à sensação de vazio e de “inércia” por ter paralisado a sua vida, passando a viver em função da doença, abrindo uma lacuna entre a vida ideal e a vida real.

LN: ... *Dá um nó na garganta e eu sei que não tem como consertar...*

LC: ... *Cheguei à parte naquilo que queria ser e hoje sinto que não dou conta mais... Eu não consigo encarar a minha realidade...*

VN: ... *Sinto uma desesperança, parece que estou aqui e tudo está lá, parece que o mundo é algo a parte... Desisti não vejo futuro...*

SN: ... *Tudo ajuda, mas não tem uma solução para o problema...*

O sentimento de medo pode ser agravado com a incerteza da doença o que segundo Johnson e cols. (2006) em portadores de Fibromialgia pode ser um fator de risco gerador de mais ansiedade. Além disso, o medo apresentado nesta categoria é mais amplo que o medo específico da dor sugerido por Vlaeyen e Linton (2000), ele está associado a vários aspectos da vida da pessoa o que eleva os estados dolorosos e diminui a eficácia das estratégias de *coping*.

Em termos destas estratégias Martins e Vandenberghe (2006) apontam que portadores de Fibromialgia na ausência de projetos pessoais e expectativas de vida, abandonam todos os recursos disponíveis que poderiam melhorar a sua vida, assim como, trabalho, vida social e lazer e passa a viver em função do tratamento da doença e na busca de benefícios provenientes dela.

T.5. Emoções Positivas.

Este tema inclui os episódios emocionais que dão sentido à vida dos participantes. Está associado à percepção de si mesmo, das pessoas a sua volta e da construção de projetos de vida. Fazem parte destas vivências as categorias: Esperança, Autonomia e Autoconhecimento.

O que determinou a seleção desta categoria como alvo da psicoterapia foi a ausência, senão, a frequência limitada destas vivências no início do processo terapêutico. Ao longo do tratamento estas vivências aumentaram significativamente e são representativas do processo de melhora das participantes.

Estudos demonstram que os afetos positivos propiciam mais resiliência (Folkman & Moskowitz, 2000; Zautra & cols., 2005a) que também estão relacionados a níveis mais baixos de afetos negativos durante épocas específicas de estresse e dor.

T.5.1. Esperança

Os relatos de Esperança ou estar esperançoso são descritos pelos participantes em termos da construção de projetos pessoais e de novas expectativas de vida, mais otimistas, no contexto familiar, profissional e social.

LN:... *Existem dificuldades a minha volta... A gente tem que ter fibra, força de vontade para ultrapassar... A gente precisa ser forte para enfrentar a realidade e fazer o mundo da gente ficar melhor.*

VD:... *Penso muita coisa. Sonhar não paga! Quero conseguir muitas coisas. Quero viver estas coisas que conquistei agora. Quero montar um negócio para mim. Quero continuar trabalhando. Sou muito forte...*

LC:... *Por mais mágoa ou sofrimento que eu tenha passado, eu não consigo ver meu futuro diferente, eu consigo me ver lá na frente muito feliz... Só consigo me ver assim, muito feliz, não sei como, nem quando, parece uma fantasia boba de criança...*

LN:... *Eu descobri como olhar para mim e quero mais... Antes eu estava muito triste, fechada, eu estou mais alegre com mais força de vontade... Me sinto mais preparada, bem melhor... Fui batalhadora, forte, capaz e ainda sou porque tenho muita coisa pela frente...*

Segundo Zautra e cols. (2005a) a elevação de estados negativos em portadores de Fibromialgia predispõe maior sensibilidade à dor. Esta relação é mais forte quando há déficit de emoções positivas. Desta forma, trabalhos focados na promoção de emoções positivas, assim como esperança podem influenciar nos níveis de dor.

T.5.2. Autonomia

O resgate da autonomia está relacionado aos comportamentos do participante em termos de assumir a responsabilidade pelas mudanças na sua vida. O processo de mudança se torna possível quando a pessoa entende o seu comportamento como instrumento que controla as variáveis que estão relacionadas aos problemas e oportunidades em sua vida.

LC: ... *Eu pensava que as pessoas eram diferentes de mim, na verdade a diferente era eu... Então me sinto com o pé no chão, firme, são estas mudanças que aconteceram na minha vida...*

LN: ... Estou mais alegre com mais força de vontade, a tristeza vem de vez em quando, mas eu me sinto mais preparada, já consigo dividir e separar as coisas...

... Sou mais forte que a minha dor... Eu já sei diferenciar, e isso é bom porque quando eu diferencio, eu sei como cuidar... Quero fazer parte da vida das pessoas sem ser a coitada.

... Eu tenho esperança e penso muitas coisas boas agora. Antes eu ficava dizendo o que estava certo ou errado, agora não, daqui pra frente vou saber onde é o meu lugar...

De acordo com Berber e cols. (2005) a incapacidade funcional da pessoa está relacionada à realização de uma diversidade de tarefas que exigem desempenho físico, cognitivo e comportamental e estão associados a gravidade da dor. Entretanto, intervenções focadas no desenvolvimento da autonomia ou do restabelecimento da capacidade funcional podem favorecer o tratamento da dor.

T.5.3. Autoconhecimento

Segundo Skinner (1974/2004) descrever eventos públicos ou privados gera conhecimento. Por meio de perguntas que lhe foram feitas a pessoa se torna consciente de si mesmo ou autoconsciente o que possibilita a identificação dos seus valores pessoais. Isso favorece o desenvolvimento de recursos necessários para enfrentar as adversidades.

LN: Estou mais forte, menos vulnerável, me relacionando melhor, quero fazer parte da vida das pessoas sem ser a coitada... Estou muito emocionada, muito feliz... Quero fazer uma festa...

VD: ... Vejo-me uma pessoa agora, estou mais segura, acabou aquele sufoco que vivia dentro de mim, agora já sei falar, sei o que quero, quero ser alguém na vida, quero me

cuidar, estou bem... A terapia me ajudou a perceber a verdade, me sinto segura e muito bem de ter resolvido uma parte da minha vida. A outra parte eu tenho que enfrentar...

LC:... Hoje consigo me ver, me olhar, me namorar, estou mais tranqüila, mais segura... Quando entrei aqui eu era uma palha, um restinho de gente, mas as coisas mudaram e eu gostei do resultado... Sinto-me com o pé no chão, firme, são estas mudanças que aconteceram comigo, hoje consigo cantar, sorrir, ouvir música...

LN:... Estou muito confiante com a minha situação. Estou muito feliz, nossa! ... Até certo tempo eu só pensava em sumir, hoje eu sei sorrir e vejo as pessoas bem do meu lado...

Segundo Skinner (1979/2003) o autoconhecimento é de origem social. Ele ocorre quando a pessoa é capaz de prever e controlar os determinantes do seu próprio comportamento. Neste estudo, o autoconhecimento está relacionado ao uso de estratégias de enfrentamento capazes de promover melhoras na saúde e na qualidade de vida dos participantes.

3.1. Comparação Entre as Fases da Pesquisa

Para avaliar as melhoras entre os participantes do grupo foram comparados as fases da pesquisa (FI, FII e FIII) em termos da ocorrência das categorias (no mínimo um relato verbal) através das fases, além das mudanças que ocorreram na vida dos participantes em função dos seus valores pessoais, relatados nas sessões de psicoterapia.

O Quadro 03 exemplifica o desenvolvimento das categorias que fazem parte do primeiro tema a ser analisado e corresponde as Vivências Interpessoais e suas respectivas categorias: Vivências Traumáticas, Relações Coercitivas, Conflitos Familiares e Sobrecarga Familiar.

A categoria Vivências Traumáticas surgiram nos discursos de quatro participantes na FI, foram trabalhadas na FII e desapareceram na FIII. Apenas uma participante não relatou este comportamento na FI e na FII, porém eles apareceram na FIII. Isto significa que somente na FIII a participante conseguiu abandonar os padrões de esquiva que a impedia de entrar em contato com os eventos aversivos na sua vida. Neste caso, a mudança faz parte do processo de melhora.

Por outro lado, quando determinados comportamentos não são relatados na FI e na FII, perdem-se algumas oportunidades de trabalhar estes comportamentos no grupo. Porém, quando eles surgem somente na FIII, é válido porque reforça a proposta de intervenção e a importância desta categoria como um alvo relevante a ser trabalhado no processo terapêutico.

As categorias Relações Coercitivas surgiram nos discursos de três participantes na FI e na FII da pesquisa. Destas, apenas uma manteve as queixas na FIII. Do total das participantes duas não relataram queixas relacionada a esta categoria em nenhuma fase do processo, indicando que estas participantes utilizaram de estratégias interpessoais que se contrapõem ao comportamento de ser coagido nas relações interpessoais.

Os Conflitos Familiares fazem parte das vivências interpessoais de três participantes na FI e na FII do processo e desapareceram na FIII. Apenas uma participante não relatou esta categoria na FI e na FII, porém ela apareceu na FIII. Isso significa que na FIII a participante abandonou o controle exercido pelas estratégias de esquiva, o que pode propiciar melhoras nas habilidades interpessoais.

A Sobrecarga Familiar fez parte dos relatos de quatro participantes na FI e na FII. Destas, uma persistiu com as queixas na FIII. Neste caso, promover mudanças seria mais aversivo para a participante que o próprio comportamento problema. Além disso, o contexto de vida da participante apresenta reforçadores que mantêm estes

comportamentos. Apenas, uma entre as participantes não relatou queixas relacionadas à Sobrecarga Familiar. A ausência desta categoria nos relatos da participante está relacionada aos padrões de esquiva interpessoal.

As Estratégias de Enfrentamento Interpessoal representam o segundo tema a ser investigado e possibilitou a construção das seguintes categorias: Esquiva Interpessoal, Controle Interpessoal, Dependência e Submissão que são alvos para mudança, e Habilidades Interpessoais que faz parte do processo de melhora.

Quadro 03: Apresentação das Categorias relacionadas às Vivências Interpessoais

Participante	Vivência Traumática			Relações Coercitivas			Conflitos Familiares			Sobrecarga Familiar		
	F I	F II	F III	F I	F II	F III	F I	F II	F III	F I	F II	F III
VD	X	X	-	X	-	-	X	X	-	X	X	-
VN	X	X	-	X	X	-	-	X	-	-	X	-
SN	X	X	-	X	X	X	X	-	-	X	X	X
LN	-	-	X	-	-	-	X	X	-	X	-	-
LC	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

Em termos da análise do uso de estratégias de enfrentamento interpessoal, a Esquiva Emocional é uma categoria que apareceu na FI como parte dos repertórios comportamentais de todas as participantes. Destas, duas apresentaram o comportamento de esquiva na FII e apenas uma participante sustentou esta estratégia até a FIII, o que está relacionado a um déficit de Habilidades Interpessoais reforçado pelo uso de estratégias de Esquiva Interpessoal.

Contudo, o controle exercido pelas estratégias de Esquiva Emocional sustenta os demais comportamentos que fazem parte dos problemas na vida das participantes. Além disso, quando a participante não abandona as estratégias de Esquiva Emocional, isto

dificulta a aprendizagem de novas modalidades de estratégias de comportamentos mais funcionais nas relações interpessoais

Quadro 04: Apresentação das Categorias relacionadas às Estratégias de Enfrentamento Interpessoal

Participante	Esquiva Emocional			Esquiva Interpessoal			Controle Interpessoal			Dependência e Submissão			Habilidades Interpessoais		
	F I	F II	F III	F I	F II	F III	F I	F II	F III	F I	F II	F III	F I	F II	F III
VD	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-	X	X	X
VN	X	X	-	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X
SN	X	X	X	-	-	X	-	X	-	X	X	X	-	-	-
LN	X	-	-	-	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	X
LC	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X

Quanto ao uso de estratégias de Esquiva Interpessoal, quatro participantes apresentaram comportamentos relacionados a esta categoria na FI da pesquisa. Destas, duas emitiram estes comportamentos na FII e uma manteve na FIII. Apenas uma das participantes não apresentou nenhum destes comportamentos na FI e na FII, porém eles surgiram na FIII. Neste caso, a participante não desenvolveu novas habilidades interpessoais na FI e na FII, porém ela toma consciência na FIII dos eventos que mantinha os problemas nas relações interpessoais o que também pode estar relacionado a um processo de melhora.

A categoria Controle Interpessoal surgiu nos relatos de três participantes na FI e na FII. Destas, duas apresentaram os mesmos comportamentos na FIII que foram atribuídos as relações estabelecidas no contexto terapêutico, na figura da terapeuta e na dificuldade das participantes em aceitar o rompimento com o processo terapêutico.

Uma participante não emitiu este comportamento na FI, porém eles surgiram na FII e desapareceram na FIII. Apenas uma das participantes não apresentou a categoria

Controle Interpessoal em todas as fases do processo. Isso significa que, a ausência de Controle Interpessoal está relacionada à presença de Habilidades Interpessoais no repertório comportamental desta participante.

A categoria Dependência e Submissão fez parte dos repertórios comportamentais de todas as participantes na FI. Destas, quatro apresentaram estes comportamentos na FII, e apenas duas participantes sustentaram a categoria até FIII. A variável dependente nesta categoria está relacionada ao rompimento com o processo terapêutico e com os problemas no cotidiano destas participantes. Esta questão será abordada mais adiante no tópico que descreve a evolução das participantes.

A categoria Habilidades Interpessoais se tornou clara somente após a análise dos dados e foi incluída neste estudo por estar relacionada ao processo de melhora das participantes. Esta categoria surgiu como parte dos repertórios comportamentais de duas participantes na FI do estudo, que se manteve na FII e na FIII. Duas participantes não emitiram nenhum comportamento relacionado a esta categoria na FI, porém eles surgiram na FII e se mantiveram na FIII. Apenas uma participante não apresentou esta categoria em todo o processo, indicando a predominância das estratégias de esquiva interpessoal o que torna aversivo o desenvolvimento de novos repertórios de habilidades interpessoais.

O terceiro tema a ser discutido corresponde as Vivências Subjetivas e suas respectivas categorias: Catastrofização, Auto-avaliação Negativa e Significado da Dor. A categoria Catastrofização foi um recurso utilizado por duas participantes na FI do processo. Desta, apenas uma manteve a utilização deste recurso na FII que desapareceu completamente na FIII. Três participantes não emitiram nenhuma destas categorias na FI, porém elas surgiram na FII e desapareceram na FIII. Isso indica que o contato das participantes com os eventos que mantinha os problemas na sua vida possibilitou a desconstrução das crenças irracionais associadas à manutenção da dor.

A Auto-avaliação Negativa é relatada por quatro participantes na FI do processo. Destas, duas sustentaram a Auto-avaliação Negativa na FII e somente uma persistiu com estas vivências na FIII. Apenas uma participante não relatou estes comportamentos em todas as fases da pesquisa. Por outro lado, o contexto de vida desta participante apresentava vários recursos positivos que nutria a auto-estima e o conceito positivo do eu.

A categoria Significado da Dor não foi mensurada em termos da sua presença ou ausência por ser um conceito que está sempre presente de alguma forma nos relatos das participantes. Porém, à medida que estas foram promovendo mudanças em sua vida, mudou-se também o significado atribuído à dor que influenciou em vários aspectos de vida das participantes.

Quadro 05: Apresentação das categorias relacionadas às Vivências Subjetivas

Participante	Catastrofização			Auto-avaliação Negativa		
	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII
VD		X		-	-	-
VN		X	-	X	-	-
SN	X	-	X	X	X	X
LN		X	-	X	-	-
LC	X	X		X	X	-

As Emoções Negativas representam o quarto tema a ser analisado e resultou em quatro subcategorias: Raiva e Revolta, Frustração e Culpa, Angústia e Medo, e Desesperança.

A categoria Raiva e Revolta surgiu nos relatos de quatro participantes ao longo do processo. Destas, três apresentaram estas vivências na FI, uma manteve os relatos na FII e na FIII. Em uma participante os relatos desapareceram nas demais fases, em outra, os relatos reapareceram somente na FIII. Entre as demais participantes, uma apresentou estes

relatos apenas na FII, e outra participante não apresentou estes comportamentos em nenhuma fase do processo. A ausência desta categoria pode estar relacionada à atribuição causal que as participantes fazem dos eventos e problemas na sua vida. Além disso, a ausência de Raiva e Revolta significa a presença de Frustração e Culpa.

A categoria Frustração e Culpa surgiu nas vivências emocionais de todas as participantes na FI. Destas apenas duas sustentaram os relatos na FII e na FIII. Duas participantes não apresentaram os relatos na FII, mas eles reapareceram na FIII. Apenas em uma participante os relatos desapareceram na FII e na FIII. Neste caso, a ausência de Frustração e Culpa também está relacionada à presença de Raiva e Revolta e de contingências interpessoais aversivas.

Quadro 06: Apresentação das categorias relacionadas às Emoções Negativas

Participante	Raiva e Revolta			Frustração e Culpa			Angústia e Medo			Desesperança		
	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII
VD	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X	X	-
VN	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-	X
SN	X	-	-	X	X	X	X	-	-	X	X	X
LN	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-	-
LC	X	-	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-

As experiências emocionais de Angústia e Medo geralmente estão relacionadas às estratégias de enfrentamento da dor e fizeram parte das vivências de três participantes na FI. Destas, apenas uma apresentou estas vivências na FII que desapareceram na FIII. Duas participantes não relataram estes comportamentos ao longo do processo. Isso significa o desenvolvimento de novas estratégias para o enfrentamento da dor.

A categoria Desesperança foi relatada por quatro participantes na FI. Destas, duas apresentaram estas vivências na FII e apenas uma persistiu com os relatos até a FIII. Outra

não relatou este comportamento na FII, mas ele reapareceu na FIII. Apenas uma participante não apresentou este comportamento em todas as fases do processo. Pode-se hipotetizar que o processo psicoterápico auxilia principalmente no trabalho de Angústia e Medo em comparação as demais emoções negativas.

Quadro 07: Apresentação das categorias relacionadas às Emoções Positivas

Participante	Esperança			Autonomia			Autoconhecimento		
	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII	F I	FII	FIII
VD	X	-	X	-	X	X	-	X	X
VN	-	-	X	-	X	X	-	X	X
SN	X	-	-	-	-	-	-	X	X
LN	X	-	X	-	X	X	-	X	X
LC	-	X	X	-	X	X	-	X	X

As Emoções Positivas representam as experiências relacionadas ao processo de melhora das participantes. A frequência destes comportamentos foi aumentando ao longo do trabalho psicoterápico no grupo. Neste estudo constitui o quinto e último tema a ser categorizado e foram classificados em termos de: Esperança, Autonomia e Autoconhecimento.

A categoria Esperança surgiu nas vivências de três participantes na FI, porém elas desapareceram na FII e reapareceram nos relatos de duas participantes na FIII. Porém, uma participante não relatou esta vivência nas demais fases do processo, o que pode estar relacionado aos padrões de esquiva no contexto de vida desta participante e ao processo de autoconhecimento que possibilitou conhecer as variáveis que sustentavam os problemas relacionados à manutenção da dor, além do uso de estratégias inadequadas para a solução destes problemas. Ter esperança significa desejo de mudança, porém para a participante a mudança pode ser tão aversiva quanto à própria dor.

Por outro lado, duas participantes que não apresentaram relatos de Esperança na FI, relataram na FII e eles reapareceram na FIII. Uma participante apresentou esta vivência somente na FIII. Isso significa que o processo de melhora das participantes também está relacionado ao desenvolvimento de Esperança.

A Autonomia é uma categoria que não apareceu na FI do estudo, porém quatro participantes apresentaram estas vivências na FII que se manteve na FIII com o desenvolvimento de novas estratégias para solução de problemas. Apenas uma participante não apresentou este comportamento em nenhuma fase do processo o que também está relacionado à ausência de Esperança.

Não houve relatos da categoria Autoconhecimento na FI do estudo, porém ela surgiu na FII e se manteve na FIII como parte das vivências de todas as participantes. Os dados aqui analisados parecem indicar pouca melhora na vivência de emoções negativas, mas uma melhora significativa na vivência das emoções positivas, que segundo Frederickson (2001) o aumento de afetividade positiva pode reduzir os prejuízos causados pelas emoções negativas entre outros a dor crônica (Zautra & cols., 2005a).

3.2. Dinâmica dos Alvos na Pesquisa

Participante VD

Conforme Quadro 08, a participante VD apresentou na FI onze categorias de alvos para mudança relacionados ao contexto de doença. Destas, as categorias Raiva e Revolta persistiram até a FIII. As categorias Controle Interpessoal e Auto-avaliação Negativa não surgiram ao longo do processo. Catastrofização só apareceu na FII e desapareceu na FIII.

Entre as categorias relacionadas ao processo de melhora, Habilidade Interpessoal surgiu em todas as fases do estudo, Esperança surgiu nos relatos de VD na FI e na FIII. Autonomia e Autoconhecimento surgiram na FII e na FIII.

A paciente aderiu à psicoterapia, porém no início do processo os comportamentos de Esquiva Emocional e Esquiva Interpessoal dificultaram o estabelecimento de vínculos afetivos com as demais integrantes do grupo. A participante VD interagiu pouco, quando era solicitada a compartilhar das vivências no grupo se esquivava. Os comportamentos de esquiva sustentavam as crenças e mantinham atualizados os medos e angústias resultantes de vivências interpessoais traumáticas na história de aprendizagem e no contexto das relações familiares.

A partir da análise do contexto de vida da participante, a psicoterapia de grupo era um estímulo aversivo, por isso a FI do processo foi de extrema importância para o estabelecimento do vínculo com a terapeuta e decisivo para o envolvimento da participante na FII, além de orientar as intervenções ao longo do processo.

Na psicoterapia de grupo as crenças irracionais da participante foram desafiadas progressivamente, o acolhimento no grupo facilitou o abandono das estratégias de esquiva emocional e interpessoal, além de promover o desenvolvimento de novas modalidades de

comportamento tornando mais funcionais as relações interpessoais no grupo que se estenderam para o contexto familiar.

Quadro 08: Ocorrência das categorias por participante nas fases da pesquisa.

ALVOS TERAPÊUTICOS		PARTICIPANTES														
		VD			VN			SN			LN			LC		
		FI	FII	FIII	FI	FII	FIII	FI	FII	FIII	FI	FII	FIII	FI	FII	FIII
M U D A N Ç A	Vivência Interpessoal Traumática	X	X	-	X	X	-	X	X	-	-	-	X	X	X	-
	Relações Coercitivas	X	-	-	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-
	Conflitos Familiares	X	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	X
	Sobrecarga Familiar	X	X	-	-	X	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-
	Esquiva Emocional	X	-	-	X	X	-	X	X	X	X	-	-	X	-	-
	Esquiva Interpessoal	X	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	X	X	X
	Controle Interpessoal	-	-	-	X	X	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X
	Dependência e Submissão	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-
	Catastrofização	-	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	X	-
	Auto-avaliação Negativa	-	-	-	X	-	-	X	X	X	X	-	-	X	X	-
	Raiva e Revolta	X	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	Frustração e Culpa	X	-	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X
Angústia e Medo	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-	
Desesperança	X	X	-	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	
M E L H O R A	Habilidade Interpessoal	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	X	X	-	X	X
	Esperança	X	-	X	-	-	X	X	-	-	X	-	X	-	X	X
	Autonomia	-	X	X	-	X	X	-	-	-	-	X	X	-	X	X
	Autoconhecimento	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X

Os relatos abaixo descrevem as vivências aversivas da participante VD nas relações interpessoais e fazem parte dos eventos que mantinham os comportamentos de esquiva.

VD: ... Não tem coisa pior que ir conversar com a pessoa e ela te dar patada...

... A dor é não se libertar dessa coisa em mim... (chora), essa prisão é muito ruim, me prejudica...

Nestes relatos a participante dá significado ao seu sofrimento. Ao entrar em contato com os seus sentimentos a participante aproxima dos aspectos de sua vida que deixava a dor incompreensível. Além disso, as vivências no grupo possibilitaram mudanças na vida como um todo que também foram relatados na FIII deste estudo.

A participante VD se tornou consciente dos seus valores pessoais e percebeu que a esQUIVA emocional estava no cerne dos seus problemas. Estas vivências foram substituídas por comportamentos assertivos no contexto das relações familiares e interpessoais e foram relatadas nas sessões de psicoterapia.

Segundo Hayes (2004) tentar controlar sentimentos e pensamentos é uma tentativa ineficaz de enganar a si mesmo. Isso resulta em mais sofrimento. Neste caso, os padrões de esQUIVA impediram a participante de entrar em contato com tudo que poderia tornar válido a sua vida, o que foi descrito por ela como sendo uma sensação de estar “presa em uma gaiola” se referindo aos seus desejos, sentimentos e ao controle exercido pelas pessoas no contexto familiar.

VD: ... Me vejo como um pessoa agora. Estou mais segura. Acabou aquele sufoco que vivia dentro de mim. Agora já sei falar. Sei o que quero. Quero ser alguém na vida. Quero me cuidar. Estou bem...

Nestes relatos, a participante descreve os valores pessoais e coloca a esQUIVA emocional no cerne dos problemas que foi substituída por comportamentos e estratégias de enfrentamento assertivas no contexto das relações familiares, sociais e na vida como um todo.

Participante VN

A participante VN, conforme exemplificado no Quadro 08 apresentou na FI nove categorias de alvos para mudança relacionados ao contexto de doença e nenhuma categoria relacionada ao processo de melhora. As categorias Conflitos Familiares, Sobrecarga Familiar, Raiva e Revolta não surgiram na FI, porém emergiram na FII e desapareceram na FIII. As categorias Frustração e Culpa, e Desesperança foram relatadas na FI, não surgiram na FII e reapareceram na FIII.

As categorias relacionadas ao processo de melhora não surgiram nos relatos da participante na FI. Habilidade Interpessoal e Autoconhecimento surgiram na FII e na FIII. A categoria Esperança surgiu somente na FIII.

Geralmente quando as categorias relacionadas aos problemas da participante não apresentam na FII pode resultar em prejuízos ao tratamento. Isso porque os comportamentos que surgem no contexto das relações interpessoais no ambiente terapêutico são semelhantes aos comportamentos que fazem parte dos problemas no cotidiano (Kohlenberg & Tsai, 2001). Entretanto, os relacionamentos estabelecidos no contexto terapêutico possibilitaram a participante o desenvolvimento de novas modalidades de comportamentos que contribuíram para sua melhora ao promover mudanças nas relações interpessoais no cotidiano.

As categorias Controle Interpessoal, Dependência e Submissão, mesmo sendo trabalhadas na FII ressurgiram na FIII. Isso se deve a dificuldade da participante em aceitar o fim da psicoterapia. Estes comportamentos estão associados aos problemas que fazem parte da vida da participante, assim como a dificuldade em romper com relacionamentos íntimos prejudiciais. A participante mantinha um casamento fictício há vários anos e há dois não compartilhava de laços de intimidade com o esposo.

No início do processo a participante não discriminava os aspectos de sua vida que lhe causavam sofrimento, ao mesmo tempo ela tinha certeza dos eventos que lhe causavam dor. Embora dor e sofrimentos sejam sinônimos, ela não discriminava esta relação.

VN: ... O que dói mais é esta falta de amor.

A dor foi descrita como uma experiência resultante da esquivia emocional:

VN: ...Me comportei bem, fiquei contendo o que eu estava sentindo porque no fundo eu estava morrendo. Depois fiquei de cama, senti tantas dores...

Fazem parte da história de aprendizagem da participante, vivências interpessoais traumáticas, punição de encobertos o que resultou na construção de crenças disfuncionais que conseqüentemente mantinham a esquivia e os comportamentos de Dependência e Submissão. A participante não tinha autonomia para sair sozinha, mesmo sabendo dirigir era conduzida pelos filhos até os seus compromissos que se limitavam às consultas médicas, à igreja e raramente algumas visitas aos parentes.

No grupo a participante também ficou dependente de uma colega para ir à terapia. A sua comunicação não era clara o que tornava as interações aversivas para os demais integrantes do grupo e conseqüentemente para si mesmo porque no grupo os comportamentos disfuncionais não eram reforçados e as intervenções eram direcionadas na tentativa de promover novos repertórios comportamentais assertivos e funcionais.

VN: ...Em toda a minha vida parece que tem alguém me empurrando... As coisas passam e parece que eu não vivi a minha vida.

Na FII a participante desenvolveu várias modalidades de comportamento, aprendeu a se comunicar assertivamente, identificou os problemas em sua vida, voltou a dirigir, algo que não fazia há vários anos, passou a retribuir a carona à colega e voltou a trabalhar. Porém, com o encerramento do processo terapêutico, alvos importantes para mudança na

vida da participante haviam sido alcançados e a sua atenção, nas últimas sessões, se voltou para o rompimento com o processo terapêutico.

Com o fim da terapia a participante percebeu a dificuldade que estava sentindo para encerrar os vínculos estabelecidos no grupo. Provavelmente ela já sentia dificuldades semelhantes antes em outros relacionamentos, porém ela não sabia. Contudo, a participante ao identificar os seus desejos tentou controlar a terapeuta com o propósito de impedir o rompimento do processo. Esta estratégia era utilizada por ela para solucionar os problemas e fazia parte do seu repertório de habilidades interpessoais e dos problemas no cotidiano.

O fim da psicoterapia foi aversivo para a participante. Com o rompimento ela se conscientizou do medo de perder o marido e descobriu, ao mesmo tempo, que desejava a reconciliação conjugal. Esta vivência no grupo possibilitou a participante à aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento com base nos seus desejos o que validou a reconciliação com o esposo e facilitou o encerramento do processo terapêutico.

A partir destas experiências é possível concluir que o término da terapia pode ser usado para romper com preconceitos e crenças, e permitir focar as intervenções em impasses pessoais e interpessoais.

Participante SN

A participante SN, conforme Quadro 08, apresentou aleatoriamente todas as categorias de alvos para mudança relacionada ao contexto de doença. As Vivências Interpessoais Traumáticas, Conflitos Familiares, Controle Interpessoal, Raiva e Revolta,

Angústia e Medo, surgiram na FI, algumas destas categorias reapareceram na FII e todas desapareceram na FIII.

As categorias Relações Coercitivas, Sobrecarga Familiar, Dependência e Submissão, Auto-avaliação Negativa, Esquiva Emocional, Frustração e Culpa, Angústia e Medo, surgiram na FI, foram trabalhadas na FII, porém reapareceram na FIII. Por outro lado o contexto de vida da participante era repleto de reforçadores que sustentavam estes comportamentos.

As Vivências Interpessoais Traumáticas associadas à Sobrecarga Familiar mantinham a Esquiva Emocional que associada aos demais problemas da participante impossibilitou um avanço no processo terapêutico que interferiu no processo de melhora.

Segundo Hayes, Strosahl e Wilson (1999) a esquiva emocional impede a pessoa de entrar em contato com os valores pessoais. É também uma tentativa ineficaz de solucionar problemas porque impede a pessoa de identificar o que de fato é válido para sua vida.

No início do processo a participante relatou:

SN: *...A minha vida sempre foi um peso... A gente convive com pessoas difíceis. Eu tive pai alcoólatra, irmão alcoólatra, marido alcoólatra...*

Neste relato a participante descreve a vida como sendo um evento aversivo. Enquanto que na FII ela relatou:

SN: *... Meu primeiro casamento ele bebia muito, saia toda noite e me deixava em casa. O segundo casamento... Ele usava o meu dinheiro para montar coisas para ele... Saia com os amigos e me deixava sozinha. Hoje tem a minha mãe que é um peso pra nós e principalmente para mim... Hoje na velhice ela cobra muito mais de mim, enfim a vida tem sido um peso para mim... Tenho que dá conta com dor ou sem dor...*

Os relatos acima descrevem um contexto de vida aversivo, por isso a dor pode ter assumido papéis importantes na vida da participante. Além disso, na FII foi possível perceber que uma melhora integral não fazia parte dos desejos dela. A participante estava com um processo de indenização trabalhista em andamento. Ao mesmo tempo em que ela fazia psicoterapia ela seguia outra regra:

SN: Na minha família eu falo: Estou com dor. Preciso de uma massagem. Eles falam: ah! Isso é rotina... Mas quando a minha filha me faz uma massagem, não tem médico nem fisioterapeuta que faça uma massagem melhor que ela. Eu durmo melhor.

Segundo Fordyce (1976) o comportamento de dor faz parte dos episódios interpessoais e pode ser utilizado para obtenção de carinho e isenção de responsabilidades. Este recurso é utilizado por portadores de Fibromialgia para validar as relações interpessoais (Martins & Vandenberghe, 2006; 2007). Neste aspecto o comportamento de dor se tornou um recurso bastante poderoso para a resolução de problemas no contexto familiar, interpessoal e profissional da participante.

A partir da análise dos dados, a melhora clínica para a participante representava um risco que poderia impedir o sucesso no processo trabalhista. Estas crenças faziam parte do seu repertório comportamental e foram reforçadas pela comunidade sócio-verbal. Geralmente a participante era orientada a comparecer às audiências e perícias médicas com comportamentos de dor o que também reforçava o seu comportamento submisso e dependente.

SN: ...Eu fui prejudicada com a minha aposentadoria... Nestes 10 anos nem o médico do trabalho, nem outros desconfiaram que eu tivesse LER (Lesão por Esforço Repetitivo), senão eu teria sido beneficiada com uma boa aposentadoria...

Em relação às demais participantes, SN obteve resultados menos significativos. Entre as categorias relacionadas ao processo de melhora, apenas o Autoconhecimento

surgiu na FII e na FIII. A categoria Esperança surgiu apenas na FI. Habilidade Interpessoal e Autonomia não surgiram em nenhuma fase do processo. Das quatorze categorias de alvos selecionadas para mudança, apenas sete desapareceram na FIII. As demais foram trabalhadas na FII, porém continuaram presentes nos relatos da participante na FIII.

Por outro lado, a manutenção dos problemas da participante estava pautada no seu contexto de vida e nas estratégias de esquiva. O recurso utilizado para resolução de problemas seguia o caminho inverso ao que era proposto para o processo terapêutico, que consiste em quebrar o controle exercido pelos comportamentos de esquiva e possibilitar o contato da pessoa com os seus valores pessoais. Além de possibilitar o desenvolvimento de habilidades e estratégias comportamentais assertivas e funcionais, o que pode melhorar a qualidade de vida. Isso é possível quando a pessoa abandona as regras que mantêm os problemas resultantes da esquiva experiencial (Hayes, 2004).

Contudo, o contexto de vida da participante SN associado aos padrões de esquiva e estressores no cotidiano limitou o campo de atuação da psicoterapia, que talvez neste caso precisasse de mais tempo de intervenção. Para nós estas dificuldades reforçaram a clareza e importância dos alvos aqui propostos.

Participante LN

A participante LN, conforme Quadro 08, apresentou na FI nove categorias de alvos para mudança. Destas, quatro surgiram na FII e apenas a categoria Frustração e Culpa persistiu até a FIII. Neste aspecto a história de aprendizagem e o contexto de vida da participante reforçaram a manutenção dos sentimentos de Frustração e Culpa que segundo Frederickson (2001) influencia nos níveis de estresse e contribuem para a intensidade da

dor. Além disso, o nível de estresse pode comprometer as estratégias de enfrentamento do paciente frente à doença (Berber & cols., 2005).

Para a participante LN a dor se resume em:

LN:... O que mais me dói é não ter dado um pai para elas... Um não deu certo... O outro foi um acaso que não podia acontecer... Os últimos eu não sei onde estão... Eu falo que morreu...

Estes relatos foram associados aos Conflitos Familiares que surgiram na FI e na FII, mas desapareceram na FIII. A Sobrecarga Familiar surgiu apenas na FI. A categoria Vivência Interpessoal Traumática não apresentou na FI e na FII, porém surgiu na FIII. Enquanto Relações Coercitivas, Raiva e Revolta, Angústia e Medo não surgiram em nenhuma fase do processo. Em relação ao processo de melhora, a categoria Habilidade Interpessoal surgiu em todas as fases do processo. Esperança surgiu na FI e somente reapareceu na FIII, enquanto Autonomia e Autoconhecimento surgiram na FII e na FIII.

Participante LC

A participante LC, conforme exemplificado no Quadro 08 apresentou dez categorias de alvos para mudança na FI. Destas, cinco surgiram e foram trabalhadas na FII, e desapareceram na FIII. Raiva e Revolta, Frustração e Culpa não surgiram na FII, porém reapareceram na FIII. Entre as estratégias de enfrentamento adotadas pela participante LC, a Esquiva Interpessoal e o Controle Interpessoal apareceram em todas as fases do estudo e parecem estar no cerne dos problemas no cotidiano da participante.

Por outro lado, a história de aprendizagem da participante traz relatos de vivências interpessoais traumática, tais como relacionamento conjugal fracassado e assaltos

residenciais. Estas vivências para a participante representaram o marco inicial da sua doença e contribuíram para o abandono do trabalho, o rompimento com os vínculos sociais e familiares que sustentaram as estratégias de esquivas interpessoal e atitudes de controle baseadas em comportamento de dor (Fordyce, 1976). Além disso, os comportamentos da participante foram reforçados pelo auxílio doença.

Neste aspecto os padrões de esquivas interpessoal limitaram as relações sociais da participante ao contato com os profissionais da saúde. Isso possibilitou ao grupo um papel importante no desenvolvimento de novas habilidades interpessoais que foram utilizadas para trabalhar impasses interpessoais relacionados às estratégias de esquivas e controle interpessoal.

As relações estabelecidas no grupo e o acolhimento das participantes entre si se estenderam pós-sessão e facilitaram o restabelecimento profissional da participante. Estas experiências possibilitaram a desconstrução de crenças relacionadas aos valores pessoais e interpessoais. Além disso, a participante LC estabeleceu metas focadas no desejo de construir vínculos amorosos que foram concretizadas até o final deste trabalho.

Todas as categorias relacionadas ao processo de melhora não apresentaram na FI, porém surgiram na FII e foram mantidas na FIII.

LC:... Hoje consigo me ver, me olhar, me namorar, estou mais tranqüila, mais segura... Quando entrei aqui eu era uma palha, um restinho de gente, mas as coisas mudaram e eu gostei do resultado... Sinto-me com o pé no chão, firme, são estas mudanças que aconteceram comigo, hoje consigo cantar, sorrir, ouvir música...

LC... Estou muito confiante com a minha situação. Estou muito feliz, nossa! Me ajudou muito, me reativou a esperança de vida, até certo tempo eu só pensava em sumir, hoje eu sei sorrir e vejo as pessoas bem ao meu lado...

A partir destes relatos pode-se concluir que além dos vínculos estabelecidos no grupo, as emoções positivas marcaram o trabalho com esta participante. Segundo Frederickson, (2001) a positividade abre o campo de atuação na vida da pessoa e propicia o “florescer” humano.

4. Conclusão

A complexidade dos aspectos relacionados à exacerbação e manutenção da dor crônica neste estudo sustenta a tese de que as queixas apresentadas por portadores de Fibromialgia (Martins & Vandenberghe, 2007) devem ser trabalhadas a partir da vida como um todo e não focadas em aspectos isolados da dor ou fragmentos do contexto de vida da pessoa.

O psicólogo que trata pacientes com Fibromialgia deve trabalhar: Vivências Traumáticas, Relações Coercitivas, Conflitos familiares, Sobrecarga Familiar, Esquiva Interpessoal, Dependência e Submissão, Significado da Dor, Auto-Avaliação Negativa, Catastrofização, Esquiva Emocional, Raiva e Revolta, Frustração e Culpa, Angústia e Medo, Desesperança, e propiciar o desenvolvimento de Assertividade Interpessoal, Esperança, Autonomia e Autoconsciência.

Esta lista de alvos terapêuticos tão diversos emergiu da análise indutiva do trabalho com este grupo. E este trabalho por sua vez foi norteado pela experiência clínica da pesquisadora ao longo de 04 anos. A lista é sugerida para orientar o trabalho do psicólogo, ajudar na abordagem de diferentes temas relevantes para o tratamento psicológico do portador de Fibromialgia. Cada um dos alvos pode ser relevante para cada um dos participantes de forma diferenciada ao longo de todas as fases do processo terapêutico. Desta forma, não existem alvos mais ou menos importantes que o outro. Eles são interdependentes entre si.

Contudo, propõe-se que o estabelecimento deste conjunto alvos deve possibilitar um trabalho no grupo voltado para a complexidade da Fibromialgia. Por meio destes alvos é possível focar as intervenções nos problemas do cotidiano relacionados às vivências e estratégias de enfrentamento interpessoais, às vivências subjetivas, emoções negativas e

positivas associadas à manutenção da dor. Além disso, possibilitou oportunidades de intervenção ao vivo, reforçando as melhoras dos participantes, permitindo o desenvolvimento de novas modalidades de relações interpessoais e de estratégias para o enfrentamento da dor.

5. Considerações Finais

Para o desenvolvimento deste trabalho encontramos algumas limitações na área da saúde relacionadas à abordagem no tratamento do portador de Fibromialgia que ainda prevalece o modelo biomédico. Isso pode dificultar a adesão do paciente ao tratamento psicológico.

Os resultados desse estudo implicam na atuação do psicólogo em Fibromialgia o que significa uma atuação a partir de uma perspectiva multidisciplinar de caráter interdisciplinar.

O modelo de intervenção psicológica proposto neste trabalho deve fazer parte de um conjunto de intervenções multidisciplinares em que os aspectos psicossociais relacionados à manutenção e exacerbação da dor na Fibromialgia não pode continuar sendo ignorados. Além disso, esperamos que os resultados aqui apresentados possam orientar novas pesquisas no campo da psicologia.

6. Referências Bibliográficas

Alvarez, M. P. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales com otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y la Salud*, 1, 15-33.

Berber, J. S. S., Kupek, E. & Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45, 47-54.

Bravo, P. A. & Gonzáles-Durán, R. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen em el dolor lumbar crônico. *Revista Sociedade Espanhola del Dolor*, 8, 48-69.

Brasio, K. M., Loloni, D. T., Fernandez, Q. P. & Bezerra, T. L. (2003). Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para o tratamento da fibromialgia: Treino de controle de estresse, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Revista Ciências Médicas*, 12, 307-318.

Catalano, E. M., & Hardin, K. N. (2004). *Dores Crônicas: um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.

Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L. V., Matsutani, L. A., & Marques, A. P. (2006). A prevalência de fibromialgia: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46, 40-48.

Charmaz, K. (2003). Grounded theory. In: J. A. Smith (Org.). *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. (pp. 61-110). London: Sage.

Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.

Del Prette, A. & Del Prete, Z. A. P. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., Kerns, R. D., Stucki, G., Allen, R. R., Bellamy, N., Carr, D. B., Chandler, J., Cowan, P., Dionne, R., Galer, B. S., Hertz, S., Jadad, A. R., Kramer, L. D., Manning, D. C., Martin, S., McCormick, C. G., McDermott, M. P., McGrath, P., Quessy, S., Rappaport, B. A., Robbins, W., Robinson, J. P., Rothman, M., Royal, M. A., Simon, L., Stauffer, J. W., Stein, W., Tollett, J., Wernicke, J. & Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trial: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113, 9-19.

Esteve, M. R., Ramirez, G. & López, A. E. (2004). Índices generales versus específicos en la evaluacion del afrontamiento al dolor crônico. *Psichotema*, 16, 421-428.

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.

Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.

Frederickson, B. S. (2001) The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.

Frederickson, B. S. & Losada, M. L. (2005) Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.

Gupta, A. & Silman, A. (2003). Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Research & Therapy*, 6, 98-106.

Haun, M. V. A.; Ferraz, M. B. & Pollak, D. F. (1999). Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da Fibromialgia em uma população brasileira. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 221-230.

Hayes, S. C. (2006). Behavioral Conceptualization and treatment for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 7, 253-261.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In: S. C. Hayes, V. Follette & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. (pp. 1-29). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The Impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

IASP (1986). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Amsterdam: Elsevier.

Imbierowicz, K. & Egle, V. T. (2003) childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 113-119.

Johnson, L. M., Zautra, A. J. & Davis, M. C. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, 25, 696-703.

Kaziyama, H. H. S., Yeng, L. T., Teixeira, M. J. & Piagge, F. D. (2001). Síndrome Fibromialgica. *Revista Medicina*, 80, 111-127.

Kossoff, M. J. (1999). I hurt all over. *Psychology Today*, 32, 42-46.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: Esetec.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985) *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Martínez, O. G. & Soriano, C. L. (2006) Un estudio del dolor em el marco de la conducta verbal: de las aportacions de W. E. Fordyce e la Teoria del Marco Relacional. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 06, 169-188.
- Martinez, J. E., Filho, I. S. B., Kubokawa, G. C., Pereira, I. S. & Machado, L. A. M. (1999). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 item Short-form Study”. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 312-316.
- Martinez, J. E., Cruz, C. G., Aranta, C., Lagoa, L. A. & Boulos, f. C. (2002) Estudo qualitativo da percepção do paciente sobre a fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42, 301-36.
- Martins, M. A. & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Em Guilhardi, H. J., Aguirre, N. C. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição Vol 18*. (pp. 238-248). Santo André: Esetec.
- Martins, M. A. & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção psicológica em portadores de Fibromialgia. *Revista Dor*, 8, 4, 103-112.
- Martins, M. A., Vandenberghe, L. & Zanini, D. S. (2007). *Estresse e Dor, Vivências Aversivas e suas Implicações na Compreensão e Tratamento da Fibromialgia*. Trabalho submetido à publicação, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Melzack, R. (1982). Recent concepts of pain. *Journal of Medicine*, 13, 147-160.
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present na furute. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47, 615-629.
- Melzack, R. (1998). Pain and stress: Clues toward understanding chronic pain. In: M. Sabourin, F. Craik & M. Robert (Orgs.). *Advances in Psychological Science Vol 2*. (pp.63-85). London: Taylor & Francis.
- McCracken, L. M. Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- Grotberg, E. H. (2005) Introdução: Novas tendências em resiliência. In: Melillo, A. & Ojeda, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- Moore, J. E., Korff, M. V., Cherkin, D., Saunders, K. & Lorig, K. (2000). A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. *Pain*, 88, 145-153.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2 ed. Seattle: IASP Press.

Murray, T. L., Murray, C. E. & Daniels, M. H. (2006). Stress and family relationship functioning or indicators of the severity of fibromyalgia symptoms: a regression analysis. *Stress and Health*, 23, 3-8.

Oliveira, J. T. (2000). Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 58, 360-365.

Otis, J. D., Keane, T. M. & Kerns, R. D. (2003). An Examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder: *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40, 397-406.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 3, 415-420.

Pimenta, C. A. M. (2001) Dor crônica, terapia comportamental, o enfermeiro. *Revista Psiquiatria Clínica*, 28, 288-294.

Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J. & Davis, M. C. (2006) Uncertainty of illness relationship with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 307-316.

Ribeiro, L. S. & Proietti, F. A. (2005). Fibromialgia e estresse infeccioso: possíveis associações entre a síndrome de fibromialgia e infecções viróticas crônicas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45, 20-29.

Riberto, M. Pato, T. R. (2004). Fisopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiátrica*, 11, 78-81

Rivera, J. (2004). Controversia en el diagnóstico de fibromialgia: *Revista Esp Reumatología*, 31, 501-506.

Roizenblatt, S., Modlofsky, H., Benedito, S. A. A. & Tufik, S. (2001). Alpha sleep characteristics in fibromyalgia: *Arthritis Rheum*, 30, 44-222.

Sá, E., Veiga, C., Matela, S., Morais, R., Silva, R., Seixas, A. R & Gonçalves, S. (2005). A dor e o sofrimento: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 00-00.

Selye H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company Inc.

Senna, E. R., Barros, A. L., Silva, E. O., Costa, I. F., Pereira, L. V. B., Ciconelli, R. M. & Ferraz, M. B. (2004). Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *Journal of Rheumatology*, 31, 3, 594-597.

Sharp, T. J. & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.

Silva, C. L., Abreu, C. A., Pelegrini, P. S. & Coelho, O. S. (1997). O valor da cotagem de ponto dolorosos no diagnóstico de fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 37, 317-322.

- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. (tradução J. C. Todorov & R. Azzi ; obra original publicada em 1979). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (2004). *Sobre o Behaviorismo*. (tradução Maria da Penha Villalobos; obra original publicada em 1974). São Paulo: Cultrix.
- Teixeira, M. J., Figueiró, J. A. B., Yeng, L. T., & Pimenta, C. A. M. (1999). Tratamento multidisciplinar do doente com dor. Em M. M. M. J. de Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 87-139). São Paulo: Summus
- Thorn, B.; Boothy, J. & Sullivan, M. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 127-138.
- Thieme, K. & Turk, D. C. (2005). Heterogeneity of psychophysiological stress responses in fibromyalgia syndrome patients. *Arthritis Research & Therapy*, 8, 1-10
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690
- Turner, J.; Jensen, M. & Romana, J. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The Cognitive activation theory of stress: *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592.
- Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art: *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J., de Jong, J., Onghena, P., Kerckhoffs-Hanssen, M. & Kole-Snijders, A. (2002). Can pain-related fear be reduced? The application of exposure in vivo. *Pain Research and Management*, 7, 144-153
- Weigent, D. A. , Bradley L. A, Blalock, J. E, Alarcon, G. A. (1998). Current concepts in the pathophysiology of abnormal pain perception in fibromyalgia: *Med Sci*, 12, 315-405.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Clark. P. e cols. (1990). The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 72, 33-160.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família: *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Zautra, A. J., Johnson, M. L., Davis, M. C. (2005a). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, M. L., Olmsted, M. E. & Davis, M. C. (2005b). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147-155.

Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 1, 77-89.

Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A. & Col. (2005). Differential Strategies in coping with pain as a function of level experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55, 511-524.

ANEXOS

Abaixo segue os temas abordados na entrevista psicológica (1-10)* como parte integrante dos instrumentos de coleta de dados do projeto de pesquisa: **Alvos Terapêuticos para o Tratamento Psicológico da Fibromialgia****.

01 – Eu

02 – Mundo

03 – Sociedade

04 – Futuro

05 – Relações familiares e interpessoais

06 – Estratégias de enfrentamento interpessoal

07 – Estratégias de *coping* e adversidades

08 – Emoções

09 – Dor

10 – Estratégias de enfrentamento da dor

* Eixos de investigações e intervenções

(01 – 04) Relação da pessoa consigo mesmo, com o mundo a sua volta, com a sociedade e o futuro.

(05 – 06) Habilidades interpessoais, fontes de estresse interpessoal, habilidades de *coping* interpessoal.

(07 – 10) Resiliência e habilidades de *coping*, dieta de emoções, significação da dor, atitudes frente à dor.

** Martins, M. A. Q. (2007). *Alvos Terapêuticos para o Tratamento Psicológico da Fibromialgia*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Dissertação de Mestrado. 76 p.