

RELATO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Esquema de Desamparo em Paciente com Dor Crônica e Sintomas Depressivos¹

Elisangela Ferreira Santana²

Jeane Saskya Campos Tavares

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas-BA, Brasil

Resumo. A fibromialgia caracteriza-se por dor generalizada e crônica, de modo geral, associada à incapacidade funcional e quadros depressivos. Por suas repercussões, esta síndrome dolorosa pode ativar e/ou potencializar esquemas de desamparo e desvalor, o que por sua vez pode contribuir para o surgimento de sintomas depressivos. Neste artigo, analisa-se o processo de manejo da dor por meio da identificação de crenças de incapacidade e da alteração de humor numa paciente com dor crônica e sintomas depressivos. Para tanto, são descritas as estratégias e técnicas utilizadas em seu processo terapêutico, realizado em 13 sessões, que teve como embasamento a terapia cognitiva. Além disto, apresenta-se a conceituação cognitiva referente ao esquema de desamparo da paciente. Embora Laura não tenha apresentado mudanças significativas na percepção algica, os sintomas depressivos tiveram uma remissão importante, o que contribuiu para aquisição de comportamentos mais funcionais para manejo da dor, como solicitar ajuda e evitar o esforço físico.

Palabras clave: Desamparo; percepção de dor; depressão.

Helplessness Scheme in a Patient with Chronic Pain and Depressive Symptoms

Abstract. Fibromyalgia is characterized by a chronic widespread pain usually associated with functional disability and depressive disorders. For its impact, this painful syndrome can activate and/or boost the feeling of helplessness and worthlessness that can contribute to the onset of depressive symptoms schemes. This paper analyzes the pain management process by identifying disability beliefs and mood changes in a patient with chronic pain and depressive symptoms. For such a purpose, the strategies and techniques used in a therapeutic process conducted in thirteen sessions were described, having as foundation the Cognitive Therapy. Moreover, we present the Cognitive Conceptualization regarding the helplessness scheme of the patient. Although Laura has not shown significant changes in the perception of pain, depressive symptoms had an important decrease, enabling the acquisition of more practical behaviors towards pain management, asking for help and avoiding physical exertion.

Palavras-chave: Helplessness; perception of pain; depression.

Esquema de Abandono en Pacientes con Dolor Crónico y los Síntomas Depresivos

Resumen. La fibromialgia se caracteriza por el dolor crónico generalizado y, a menudo, está asociada con la discapacidad funcional y los trastornos depresivos. Por sus repercusiones, esta síndrome dolorosa puede activar y/o potenciar los esquemas de abandono y la falta de valor, lo que, a su vez, puede contribuir a la aparición de los síntomas depresivos. En este artículo fue analizado el proceso de tratamiento del dolor mediante la identificación de las creencias de la discapacidad y del cambio del estado de ánimo en una paciente con dolor crónico y con síntomas depresivos. Para ello, son descriptas las estrategias y las técnicas que se utilizan en su proceso terapéutico, llevado a cabo en trece sesiones, que tuvo como

¹ Apoio e financiamento: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

² E-mail: elisant_ana@hotmail.com

base la Terapia Cognitiva. Además, se presenta la Conceptualización Cognitiva que se refiere al esquema de abandono del paciente. Aunque Laura no ha presentado cambios significativos en la percepción del dolor, los síntomas depresivos tuvieron una disminución importante, lo que ha ayudado a adquirir comportamientos más funcionales para el manejo del dolor, como solicitar ayuda y evitar el ejercicio físico.

Keywords: Abandono; percepción del dolor; depresión.

A fibromialgia caracteriza-se por dor generalizada e crônica, que migra por vários pontos do corpo e se manifesta especialmente no pescoço, costas, ombros e cintura pélvica. Os sujeitos acometidos apresentam, ainda, fadiga, distúrbios do sono, dores de cabeça, rigidez matinal, dispneia, dificuldade de memorização e concentração, ansiedade, alterações no humor e depressão, podendo levar à incapacidade funcional (Rafael & Madel, 2012).

Rabelo e Cardoso (2007) chamam a atenção para o fato de que são os fatores psicológicos os responsáveis pela percepção e avaliação subjetiva da situação, de forma que as limitações funcionais são mais geridas pelas crenças na própria capacidade do que pela capacidade física em si.

Nesta perspectiva, a depressão é o quadro mais frequente em pacientes com dor crônica, podendo influenciar a intensidade algica. (Garbi, 2013). Entretanto, nem sempre é possível identificar a primazia sobre a outra, pois ao mesmo tempo em que a depressão pode ser uma comorbidade da dor crônica, os sintomas depressivos podem intensificar a percepção de dor, desenvolvendo uma relação cíclica.

De acordo com modelo cognitivo da depressão, o conteúdo das cognições dos depressivos é considerado disfuncional, refletindo atribuições e avaliações exageradamente negativas a respeito de si, do mundo e de seu futuro, os três vértices da denominada tríade cognitiva (Beck & Alford, 2011). Neste modelo, um esquema de desamparo pode ser ativado em situações nas quais a capacidade é posta em prova, ou em que uma dada condição possa vir a comprometer a autonomia e capacidade funcional do indivíduo, como é o caso da experiência da dor crônica.

A seguir, apresenta-se a análise de um processo psicoterápico realizado no Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas com Condições Crônicas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (APC/UFRB). Os objetivos específicos são descrever as principais estratégias e técnicas utilizadas para flexibilização de cognições, visando ao manejo da dor e melhora do humor, além da apresentação da conceituação cognitiva referente ao esquema de desamparo da paciente.

O Caso de Laura

Laura (nome fictício), 59 anos, divorciada, nível médio completo, chegou ao APC com diversas queixas, com destaque para as dores crônicas associadas à fibromialgia - diagnosticada há cerca de três anos - hérnia de disco e espondiloartrose. A condição crônica era a principal fonte de preocupação e uma das causas de sua *"tristeza na vida"*, pois as dores severas dificultavam a execução de suas atividades laborais, gerando incapacidade funcional e conflitos com as colegas de trabalho e com sua chefe.

Quando procurou a terapia, Laura fazia acompanhamento com um ortopedista e praticava pilates, que segundo ela, era mais eficaz do que a própria medicação para alívio da dor. Relatava alterações do sono, fadiga constante, dificuldade de concentração e perda de memória. Em relação ao humor, Laura informou que *"sempre foi uma pessoa meio triste"*, mas que o sentimento se acentuou depois da fibromialgia. Já os contatos sociais se restringiam aos momentos com os filhos e com colegas da igreja e do trabalho. Ir à igreja, lugar que frequentava quando não estava em casa ou no trabalho, era a única atividade prazerosa que exercia.

Sua história de vida é marcada por eventos adversos e múltiplas perdas. Aos quatro anos de idade sua mãe faleceu e Laura foi entregue por seu pai a uma tia, que de acordo com ela a criou de maneira extremamente rígida e com pouco afeto. Sentia-se muito *"podada"*, pois só tinha permissão de ir à escola ou ao comércio da tia, que também resolvia todos os seus problemas. Além disso, repetidamente ouvia da mesma e de um dos irmãos que *"era incapaz"*, *"lerda"*, *"não sabia fazer as coisas direito"*.

Alcançando a maioridade saiu da casa da tia, mesmo contra a vontade desta, a fim de poder ter autonomia para cuidar de si. Casou-se com um homem alcoolista e bastante agressivo, com quem teve

dois filhos e do qual se divorciou após dez anos. Posteriormente, viveu com outro companheiro, com quem tinha uma boa relação, no entanto, o mesmo faleceu por câncer, há aproximadamente quatro anos. Desde então, Laura não manteve relacionamento afetivo.

Quanto ao seu auto-conceito, Laura se apresentou como alguém que se preocupa mais com os outros do que consigo, considerando-se assim, uma pessoa bastante altruísta. Desta forma, desde jovem, exerceu o papel de cuidadora, primeiro do pai, que faleceu quando ela tinha 23 anos, da tia, de uma prima, do segundo companheiro, assim como de várias pessoas próximas com algum tipo de condição crônica. Por fim, definiu-se como alguém que não gostava de solicitar ajuda de outras pessoas, fazendo isto apenas quando não tinha nenhuma condição física ou cognitiva de executar a tarefa pretendida.

Sintomas depressivos de Laura

Entre sintomas afetivos destacavam-se a tristeza, crises de choro, sentimento de culpa, vergonha, raiva e a ansiedade. Os motivacionais foram perda de motivação positiva, aumento de desejos de evitação e aumento da dependência. No que se refere aos sintomas cognitivos identificaram-se a indecisão, autocrítica e a dificuldade de concentração e memória. Os comportamentais foram a passividade, evitação e inércia. E como sintomas fisiológicos as dificuldades para dormir e fadiga constante, que também podiam ser decorrentes da fibromialgia.

Segundo o modelo proposto pela terapia cognitiva (Beck & Alford, 2011), a pessoa deprimida tende a ver a si mesma de maneira autocrítica e desvalorizada, o mundo é ameaçador, havendo a tendência em focar nos aspectos negativos da experiência e há uma antecipação de que os acontecimentos futuros acabarão de forma negativa (desesperança). Seguindo estes padrões de pensamento, Laura se considerava incapaz e inadequada; temerosa e insegura para enfrentar questões corriqueiras; o futuro era visto sob uma ótica pessimista: *“não vou melhorar e nada do que eu faça adiantará para mudar a minha situação”*.

Uma das principais distorções cognitivas (Leahy, 2006) identificadas foi a supergeneralização, pois se concentrava nas poucas situações em que fracassou, aplicando a elas um padrão global e acreditando que era incapaz na maioria das situações. Desconsiderava ocorrências que evidenciavam sua capacidade, o que caracterizava outra distorção, o filtro negativo, e atribuía a si a culpa por eventos negativos, a personalização. Laura tendia, ainda, a fazer comparações injustas, na medida em que se comparava com pessoas que não possuíam os sintomas da fibromialgia, como a dor crônica e os problemas de concentração e memória, para dizer que era incapaz de executar determinadas atividades, relatando também sentir inveja destas pessoas.

Ainda de acordo com Beck e Alford (2011), os sintomas depressivos possuem uma relação recíproca, alimentando-se uns aos outros e se refletindo na organização psíquica do paciente. Neste sentido, foi possível observar que em algumas situações relatadas por Laura, a ansiedade decorrente de pensamentos automáticos negativos (PAN's), relativos ao esquema de desamparo, afetava sua atenção e memória, diminuindo a motivação e aumentando o desejo de evitação da situação aversiva. A evitação, que não possibilitava o desafio ao esquema, resultava na autocrítica e na tristeza. Do mesmo modo, num sentido positivo, a melhora em um dos sintomas pode se refletir nos outros, como ocorreu no caso de Laura que ao obter uma remissão da tristeza, apresentou também melhoras na motivação e na autocrítica.

O processo terapêutico

O processo terapêutico buscou ser ativo, diretivo, educativo e estruturado, de acordo com o que é preconizado pela terapia cognitiva. Deu-se especial atenção aos princípios da confiança, colaboração e *rapport*, sendo este último, um ingrediente crucial para tratar pacientes deprimidos, tendo em vista que ao reconhecer interesse e aceitação por parte do terapeuta, o paciente sente maior liberdade de comunicação (Beck & Alford, 2011). Foram realizadas 13 sessões, até a finalização deste artigo, nas quais se usaram diversas técnicas, escolhidas de acordo com as metas de cada sessão e com os objetivos da terapia.

Avaliação do humor e da dor

Semanalmente, a paciente atribuía nota de 0 a 10 a cada uma das emoções vivenciadas durante a semana anterior à sessão (medo, raiva, tristeza, alegria, inveja, satisfação, culpa, vergonha e ansiedade). Para avaliação da dor usou-se a Escala Visual Numérica (EVN), uma escala unidimensional que mensura a intensidade da experiência algica e que consiste de uma linha reta, numerada de 0 a 10, em que uma extremidade contém a marcação de ausência de dor, e a outra, pior dor imaginável (Oliveira, 2012).

Após nove sessões, foi construída uma representação gráfica a fim de verificar o curso de duas emoções significativas para Laura: tristeza e alegria. Ao se apresentar o gráfico, Laura foi instruída a analisar o que ocorreu com seu humor durante o processo terapêutico, podendo assim constatar que a alegria teve expressiva elevação, estabilizando-se ao longo das sessões, enquanto a tristeza teve declínio importante até o momento da construção do gráfico (Figura 1). Com a visualização da melhora no humor autorreferido, a paciente verbalizou sua satisfação em saber que sua tristeza havia diminuído e completou dizendo que realmente estava se sentindo melhor emocionalmente, embora as dores ainda a incomodassem.

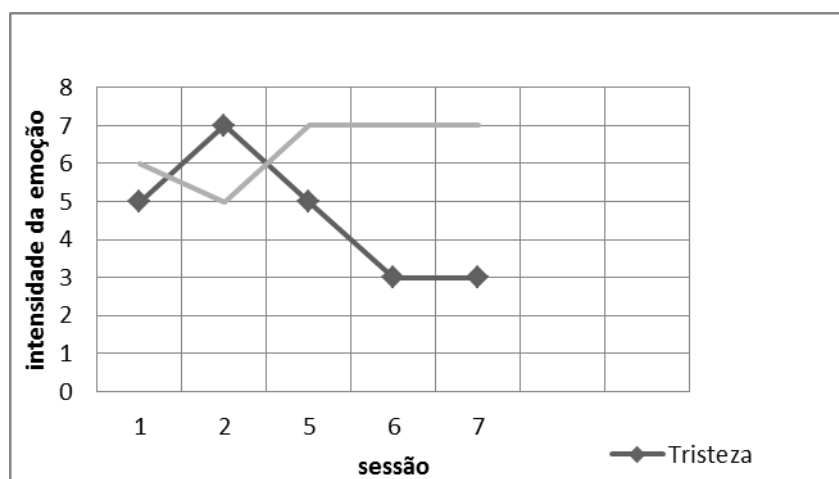


Figura 1: Curso das emoções tristeza e alegria

Identificação de Pensamentos Automáticos Negativos (PAN's)

O início da terapia teve como objetivo educar a paciente acerca do modelo cognitivo (psicoeducação) tendo como foco a tristeza pela frequência e a intensidade como esta emoção era apresentada. Assim, passou-se à identificação e registro de pensamentos negativos atuais que contribuíam para manter o sentimento de tristeza, bem como possíveis comportamentos problemáticos de Laura.

Por meio desta técnica foi possível compreender que os pensamentos repetitivos a respeito de incapacidade estavam associados aos seus sintomas depressivos. Também se pode identificar uma das principais estratégias compensatórias de Laura que era não solicitar ajuda para algumas atividades, mesmo quando faltavam condições físicas para executá-las.

Reatribuição e questionamento socrático

Em situações em que Laura atribuía erroneamente a si mesma a culpa por um evento adverso, usou-se o a técnica de reatribuição que, de acordo com Beck (1997), consiste não em absolver do paciente toda a responsabilidade, mas identificar a diversidade de fatores que podem ter contribuído para o evento. A reatribuição foi feita através do questionamento socrático, por meio do qual foram elencadas evidências contra e a favor da crença de que Laura era culpada pelo acontecimento, dando foco a outros aspectos e pessoas que também poderiam ter sido responsáveis. Sendo assim, Laura que inicialmente atribuiu 50% à força do pensamento “fui culpada” e 70% à tristeza decorrente deste pensamento, passou a atribuir 10% e 40%, respectivamente, após o questionamento socrático.

Tomada de decisão

Neste período, Laura apresentava ansiedade relacionada às atividades laborais e estava indecisa sobre sua aposentadoria por possíveis perdas financeiras. Foi usada a técnica de tomada de decisão, recomendada por Beck e Alford (2011), especialmente no que diz respeito a pacientes depressivos, cuja capacidade de tomar decisões encontra-se comprometida. Para tanto, foram escritas as vantagens e desvantagens de cada opção e isto foi usado como um guia para que a paciente tivesse maior probabilidade de tomar a decisão acertada. Após sublinhar os itens mais importantes de cada opção e analisar este guia, a paciente chegou à conclusão de que a melhor alternativa no momento seria a aposentadoria, cuja única desvantagem seria uma pequena redução na renda mensal. Por outro lado, as vantagens foram mais numerosas, indo desde a maior disposição de tempo para fazer coisas de seu interesse até a possibilidade de diminuição das dores.

Desenvolvendo a assertividade

Em diferentes sessões, Laura declarou ressentir-se com pessoas próximas por não reconhecerem suas limitações e não se disponibilizarem a ajudá-la. No entanto, constatou-se que a paciente nem sempre relatava as dores, a dificuldade na execução de alguma tarefa ou solicitava ajuda, o que impossibilitava as outras pessoas de saberem o que ela desejava. Estipulamos como exercício que Laura expressasse mais os seus desejos e tentasse solicitar ajuda sempre que necessário. Em sessões posteriores, Laura afirmou ter tentado ser mais assertiva, expressando seus desejos e solicitando ajuda de familiares e de colegas de trabalho quando necessário. Também relatou ter buscado a resolução de algumas pendências com membros da família com os quais se sentia ressentida.

Gráficos em formato de torta – Vida real versus ideal

Foram construídos dois gráficos em formato de torta, sendo que um representou a distribuição real das diferentes áreas da vida de Laura e outro representou a distribuição ideal, a fim de que Laura identificasse se havia a necessidade de efetuar mudanças nestas áreas e de se criar estratégias posteriores para aproximação do gráfico ideal. Uma das constatações da paciente foi que a dimensão trabalho ocupava o maior espaço no seu gráfico real, não só no que se referia ao tempo despendido, mas ao desgaste físico e emocional que ele causava. Desta forma, Laura chegou à conclusão de que no gráfico ideal, o trabalho deveria ocupar espaço mínimo e que outras dimensões como lazer, saúde e aspecto espiritual deveriam ser aumentadas.

No momento em que este gráfico foi construído, algumas mudanças já estavam sendo efetuadas pela paciente, como a busca pela aposentadoria e o maior engajamento em atividades agradáveis.

Conceituação cognitiva

As sessões 9, 10 e 11 foram destinadas à construção conjunta da conceituação cognitiva que já vinha sendo desenvolvida desde os primeiros contatos com a paciente. De acordo com Neufeld e Cavenage (2010), este momento é de suma importância porque dá ao terapeuta a possibilidade de “testar, em cada caso, se as hipóteses levantadas fazem sentido para aquele cliente em específico” (p. 16). Desta forma, a fim de comprovar a hipótese inicial de um esquema de desamparo, o diagrama de conceituação cognitiva foi preenchido de forma colaborativa com a paciente.

De acordo com Mendes (1999), os esquemas iniciais desadaptativos, propostos por Young, podem ser subdivididos em domínios dentre os quais se encontra o domínio de autonomia e desempenho prejudicados, no qual o indivíduo não consegue desenvolver um senso de confiança e de se estabelecer no mundo por si mesmo, o que pode ter sido proveniente de famílias rígidas ou superprotetoras que, na tentativa de proteger a criança, acabam não reforçando a sua autonomia. Os esquemas aqui envolvidos são os de dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, fracasso.

A construção conjunta do diagrama de conceituação cognitiva possibilitou a comprovação da hipótese inicial de um esquema primário de desamparo, que se enquadra no domínio supracitado. Desde o início, este esquema de desamparo se refletiu em várias situações trazidas pela paciente, nas quais PAN's como *"sou incapaz"*, *"estou ficando incapaz"*, *"não fui capaz"*, *"não vou conseguir"*, ou *"não sei fazer isso"* eram recorrentes.

Além de situações relacionadas à incapacidade funcional decorrente da dor crônica, Laura, relatou situações em que a percepção da incapacidade não estava relacionada à dor. Como exemplo, momentos em que precisou ir ao banco retirar dinheiro no caixa eletrônico, mas não o fazia, evitando ou solicitando a ajuda de outros. Isso acontecia, porque sempre que chegava ao banco com este objetivo, tinha o PAN *"não vou conseguir"*, o que a deixava bastante ansiosa e com medo de errar. Esses dados endossam a hipótese de um esquema inicial de desamparo anterior à condição crônica da paciente, levando a crer que a possibilidade de incapacidade funcional imposta pela doença, funcionou como evento estressor que ativou as crenças de incapacidade relativas a este esquema.

Para lidar com a crença central, Laura desenvolveu estratégias compensatórias de evitação de realização da atividade que a fazia sentir-se incapaz. Como relatado pela própria paciente, a evitação dava a sensação de diminuição da ansiedade, pelo menos no momento, mas por outro lado contribuía para a sua manutenção uma vez que não possibilitava que Laura testasse sua crença.

Outra estratégia compensatória identificada foi buscar o reconhecimento do outro, exemplificada pela fala *"ver que meu trabalho é reconhecido me deixa feliz porque faz com que eu me sinta capaz"*. Laura também desenvolveu duas estratégias compensatórias referentes à necessidade de solicitar ajuda. A primeira estratégia foi a de não solicitar ajuda em situações nas quais se depara com sua incapacidade funcional. Por exemplo, como no momento em que precisa fazer atividades domésticas ou laborais, que exigem algum tipo de esforço físico, não pede ajuda, realizando a tarefa a despeito das dores. Após investigação com a paciente chegou-se à pressuposição que mantém este comportamento: *"se eu pedir ajuda, as pessoas vão achar que sou incapaz"*. Desta maneira, por conta dessa pressuposição, Laura tendia a realizar esforço físico excessivo, que se apresentou como outra estratégia.

A segunda estratégia era solicitar ajuda com a finalidade de desempenhar atividades que exijam algum grau de esforço cognitivo, como quando a chefe de Laura pedia que ela preenchesse alguns documentos. Nesta situação, o esquema de desamparo da paciente era ativado levando ao pensamento *"não sei fazer isso"*. Este PAN, por sua vez, desencadeava ansiedade e medo de errar, o que comprometia a sua atenção e dificultava sua concentração na tarefa. Desta forma, Laura solicitava ajuda mesmo antes de tentar a atividade e com isso evitava confirmar que não seria capaz de realizá-la. Esse comportamento também poderia estar relacionado à tendência em solicitar ajuda encontrada em pacientes depressivos.

À medida que identificávamos PANs e questionávamos, foi levantada a hipótese de que o aumento na percepção de dor também fosse uma estratégia compensatória, tendo em vista que em que boa parte das vezes ocorria em momentos nos quais os sintomas depressivos, decorrentes da crença de incapacidade, estavam em evidência. Neste caso, entrar em contato com a crença parecia ser mais aversivo do que a própria dor, fazendo com que Laura tirasse o foco da crença, o que, por conseguinte aumentava a percepção algica. Posteriormente, esta suposição foi confirmada pela paciente que relatou preferir sentir as dores decorrentes do esforço físico a achar que era incapaz de executar a tarefa pretendida.

Sendo assim, as referidas estratégias refletiam as crenças intermediárias desenvolvidas por Laura, como as de que *"Se evitar a situação, não fracassarei"*; *"Se pedir ajuda, isso mostra que estou incapaz"*; *"Se o meu trabalho é reconhecido, isso mostra que tenho capacidade"*; *"Deve fazer algumas atividades mesmo que não esteja em condições funcionais de fazê-las, pois não quero me sentir incapaz"*.

É possível que esse esquema tenha sido influenciado pela criação rígida que recebeu e por não ter tido muitas oportunidades de desenvolver seu senso de autonomia. Ao sair de casa, viu-se desamparada e incapaz de realizar algumas atividades corriqueiras, sem o auxílio do outro, tendo bastante dificuldade em procurar emprego e resolver problemas práticos como ir ao banco. Além disto, ouviu de pessoas significativas que era incapaz, o que também pode ter contribuído para o desenvolvimento deste esquema.

Além do esquema de desamparo, Laura desenvolveu o de inadequação, que pareceu estar associado, pois seus PANS sobre inadequação estavam relacionados ao medo de ser julgada como incapaz pelo outro. Isto fez com que Laura evitasse a exposição em atividades muitas vezes necessárias, como retirar

dinheiro no caixa eletrônico ou comprar algo em uma loja. Assim, Laura acabava reforçando ainda mais seu esquema de desamparo e tinha a visão de si como inadequada/diferente.

Iniciando a reestruturação cognitiva

Após a confirmação da hipótese inicial por parte da paciente, foram listadas com ela as vantagens e desvantagens de continuar a manter a crença “sou incapaz”. E as sessões seguintes foram dedicadas à substituição da crença antiga por uma crença mais funcional e ao mesmo tempo realista. De forma colaborativa, definiu-se que a nova crença seria “*Eu sou capaz de muitas coisas, mas também tenho algumas limitações como todo mundo*”.

Em seguida, foram elencadas algumas evidências que pudessem sustentar a nova crença, por exemplo: “*Embora tenha algumas dificuldades no pilates, faço vários movimentos que outras alunas, mais novas do que eu, não conseguem fazer*”; “*Tenho criatividade e habilidades para fazer trabalhos manuais*”. Além disso, iniciou-se a identificação de evidências que apoiavam a crença antiga, buscando explicações alternativas, ou seja, reestruturando essas evidências: “*Não consigo fazer muito esforço físico, MAS isto é uma limitação imposta pela fibromialgia e não significa que eu seja incapaz em tudo, ou como pessoa*”.

Como o processo terapêutico não promoveu, até então, mudanças na intensidade da dor aplicou-se a Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), que mede a percepção de autoeficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor, em pacientes com dor crônica (Salveti & Pimenta, 2005). Laura obteve escore 54, numa escala de 30 a 300, portanto, considera-se que a sua crença é baixa, o que pode estar relacionada com sua percepção de dor e também aos sintomas depressivos. A baixa crença de autoeficácia para dor crônica, o fato de Laura não tomar os medicamentos de forma regular, mas só quando as dores eram intensas e de ter deixado de frequentar as aulas de pilates por problemas logísticos, podem ter concorrido para que não houvesse grandes mudanças acerca da intensidade da dor.

Considerações Finais

Os resultados obtidos nesta intervenção terapêutica indicaram que embora a melhora do humor não tenha tido impactos diretos sobre a percepção da dor, a remissão dos sintomas depressivos puderam exercer influência sobre a relação que a paciente tinha com sua experiência dolorosa, uma vez que a mesma passou a adquirir comportamentos mais funcionais para manejo da dor como solicitar ajuda e evitar o esforço físico. É possível que alguns aspectos como a baixa crença de autoeficácia para dor crônica, o fato de Laura não tomar os medicamentos de forma regular, mas só quando as dores eram intensas, e de ter deixado de frequentar as aulas de pilates por problemas logísticos tenha dificultado a obtenção de melhores resultados. Além disso, o número de sessões pode ter sido insuficiente para a observação e análise mais precisas da evolução do quadro da paciente.

Ademais, faz-se importante desenvolver mais investigações a respeito do senso de autoeficácia da paciente, já que esta crença exerce influência sobre a percepção de dor e sobre a depressão. Do mesmo modo, a continuidade do processo de reestruturação cognitiva, mediante a modificação do esquema de desamparo, pode promover melhores resultados tanto no que concerne aos sintomas depressivos, quanto na percepção algica.

Referências

- | | |
|--|--|
| Beck, A.T., & Alford, B.A. (2011). <i>Depressão: causas e tratamentos</i> . (2a ed.). Porto Alegre: Artmed. | Garbi, M. O. S. S. (2013). <i>Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica</i> . Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. |
| Beck, J. S. (1997). <i>Terapia Cognitiva teoria e prática</i> . Porto Alegre: Artmed. | Leahy, R. L. (2006). <i>Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta</i> . Porto Alegre: Artmed. |
| Rabelo, D. F., & Cardoso, C. M. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. <i>Revista Psico-USF</i> , 12(1), 75-8. | |

- Mendes, M. A. (1999). Terapia do esquema: um novo enfoque cognitivo. *Psique Ciência & Vida*, 9(14), 32-4.
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-35.
- Oliveira, C. M. (2012). *Construção e validação de um instrumento imagético para avaliação da intensidade e localização da dor em adultos com plexobraquialgia*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Rafael, S. M., & Madel, T. L. (2012). Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1459-1484.
- Salveti, M. G., & Pimenta, C. A. M. (2005). Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(4), 202-210.

Recebido: 07/06/2014
Aprovado: 12/05/2015

Elisangela Ferreira Santana: graduada em Psicologia, pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.

Jeane Saskya Campos Tavares: doutora em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.