

## RELATO DE CASO

# Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica *Behavioral-cognitive intervention on stress disorder and chronic pain*

Camila S. Borges<sup>1</sup>; Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz<sup>2</sup>; Neide Aparecida Micelli Domingos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga clínica, especialista em terapia cognitivo-comportamental; <sup>2</sup>Psicóloga e supervisora do curso de aprimoramento em psicologia da saúde do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME, mestre e doutoranda pela da USP de Ribeirão Preto e especialista em terapia cognitivo-comportamental; <sup>3</sup>Serviço de psicologia do Hospital de Base e laboratório de psicologia e saúde da FAMERP; departamento de psiquiatria e psicologia da FAMERP; doutora pela PUC - Campinas.

**Resumo** Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e dor crônica, na maioria das vezes, têm efeitos negativos, o que afeta de forma adversa o processo de recuperação e reduz a qualidade de vida do indivíduo. O objetivo deste estudo foi avaliar a intervenção para manejo de estresse, nível de ansiedade, depressão e dor e comparar os resultados pré e pós-intervenção. Foi participante uma cliente do sexo feminino, 28 anos, submetida a 35 sessões. Utilizaram-se Entrevistas, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Inventário Beck de Depressão e Inventário Beck de Ansiedade. Na intervenção foram realizadas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais. Os principais resultados demonstraram redução significativa das queixas de estresse, ansiedade, depressão e dor, e aquisição de repertório comportamental e cognitivo. Os dados obtidos são compatíveis com a literatura referente ao manejo do estresse e dor crônica.

**Palavras-chave** Dor; Terapia Cognitiva; Estresse Psicológico.

**Abstract** Most of the time, depression symptoms, anxiety, stress and chronic pain have negative effects. These can affect adversely the recovery process and reduce the quality of life. The objective of this study was to assess the intervention in coping the stress, anxiety level, depression and pain and to compare the results pre- and post-intervention. A 28-year old female client participated in the program; she was submitted to 35 sessions. The treatment comprised interviews, Lipp's Stress Symptom for Adults Inventory, Beck's Depression and Anxiety Inventory. In the intervention, strategies and Cognitive-Behavior Techniques were performed. The main results showed significant reduction of stress complaint, anxiety, depression and pain, and the acquisition of behavioral and cognitive repertoire. Data were according to the literature related to the management of the stress and chronic pain.

**Keywords** Pain; Cognitive Therapy; Stress, Psychological.

## Introdução

### Aspectos Gerais do Stress

O estresse excessivo tem sido considerado um dos principais problemas do mundo moderno, sendo tema de interesse da Organização Mundial da Saúde a qual estima que 15% das pessoas no mundo sofrem de problemas relacionados ao estresse<sup>1,2</sup>.

O estresse é descrito “como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer em face de algo que ameace a sua homeostase interna”<sup>3</sup>, ou seja, é uma experiência emocional negativa acompanhada de previsíveis mudanças bioquímicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais que estão relacionados tanto à alteração de um fato ou acontecimento estressante, quanto à acomodação dos seus efeitos<sup>4</sup>. Assim, a definição esclarece que qualquer situação que gere um estado emocional forte, levando a uma quebra da homeostase e interna exigindo alguma adaptação, é

chamada de estressor<sup>5</sup>.

Os estressores podem ser classificados em internos e externos. Os internos se caracterizam pelo modo de ser da pessoa como, por exemplo, ansiosa, depressiva ou com crenças irracionais. Já os externos independem das características do comportamento da pessoa, ou seja, acidentes que ocorrem fora do corpo e da mente<sup>5</sup>. O estresse é classificado em fases de Alerta, Resistência e Exaustão<sup>5,6</sup>. Porém, no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas do Stress para Adultos de Lipp<sup>7</sup>, uma quarta fase tanto clínica como estatística foi identificada: a fase de quase-exaustão, que está entre as fases de resistência e de exaustão<sup>3,5</sup>.

Na primeira fase denominada Alerta, a pessoa utiliza mais força e energia para enfrentar a situação estressora, o organismo do indivíduo se prepara para luta ou fuga. Caso o estresse não

Recebido em 03.03.2009

Aceito em 15.12.2009

Não há conflito de interesse

seja excessivo, há um aumento de produtividade<sup>3,5</sup>. No entanto, se o estressor é contínuo, o organismo tenta readaptar-se buscando a homeostase interna, denominada fase de Resistência. Neste estágio há uma grande utilização de energia, o que pode gerar uma sensação de desgaste, cansaço e falta de memória. Se o indivíduo conseguir adaptar-se, o processo de stress é interrompido sem sequelas<sup>3,5</sup>. Se as defesas do organismo cedem, ele não consegue restabelecer a homeostase interior iniciando, assim, a fase de quase-exaustão. Este é um estágio mais crítico, pois as doenças começam a surgir, não tão graves como na fase de exaustão, podendo ocorrer oscilações de momentos de tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade<sup>3,5</sup>. Mas, se o estressor for mantido, o indivíduo entra na fase de exaustão. Nesta fase as doenças se agravam tanto em nível psicológico (ansiedade, depressão), quanto físico (úlceras gástricas, hipertensão arterial, tensão muscular, vitiligo e outros)<sup>3</sup>. É importante ressaltar que o estresse não é uma doença a ser tratada e sim um facilitador para que se desenvolvam doenças as quais o indivíduo esteja predisposto, em função da queda de imunidade associada à vulnerabilidade genética e ambiental<sup>3,5</sup>.

Então, a presença de sintomas psicológicos como estresse, ansiedade e depressão, podem influenciar o início e a manutenção da dor crônica<sup>8</sup> e produzir consequências para o indivíduo, para sua família, seu trabalho e à sociedade em que vive<sup>3,5,8,9,10</sup>.

### **Dor crônica e estresse**

A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões<sup>11</sup>. É uma experiência tanto física quanto psicossocial<sup>12,13</sup>. Pode também ser reconhecida como uma importante forma de stress, pois indivíduos vulneráveis ao enfrentarem circunstâncias difíceis podem desenvolver a dor como resposta<sup>14</sup>. É fundamental nesse momento notar um círculo vicioso entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional, o que aumenta a tensão vivenciada<sup>5</sup>. Nos indivíduos com dor crônica, esta persiste além do tempo necessário para a cura da lesão. A dor crônica leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de sono, apetite, libido, irritabilidade, energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. A persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podendo exacerbá-los<sup>15,16</sup>. Assim, acaba por perder sua função biológica e engloba os aspectos psicológicos, cognitivos, comportamentais e culturais<sup>17,18</sup>.

O estresse e a dor crônica podem levar os indivíduos a desenvolver transtornos psiquiátricos como a depressão e ansiedade<sup>8,19</sup>. Existe uma relação significativa atribuída à comorbidade entre ansiedade e depressão e pacientes com dor crônica. Um estudo encontrou depressão em 81,6% dos participantes com dor crônica<sup>19</sup>, sendo que em outro estudo, os pacientes com escores mais altos de depressão apresentaram mais dor<sup>20</sup>. Com isso, os custos do tratamento aumentam, como

também, a incapacidade e as queixas somáticas, reduzindo a qualidade de vida do cliente<sup>21,22</sup>.

Outro sintoma presente em indivíduos com dor crônica é a ansiedade. Esta aumenta a tensão muscular, ampliando a sensação de dor<sup>23</sup>. Um estudo encontrou uma proporção de 61, 8% de ansiedade em pacientes com dor crônica<sup>19</sup>. Na maioria das vezes, sintomas de depressão, ansiedade, stress e dor crônica têm efeitos negativos, o que afeta de forma adversa o processo de recuperação e reduz mais ainda a qualidade de vida do indivíduo<sup>20,22,24,25</sup>.

### **Enfrentamento e manejo do estresse e dor**

A terapia cognitivo-comportamental visa produzir mudanças cognitivas (pensamentos e crenças), emocional e comportamental duradouras. Enfatiza a aliança terapêutica, enfoca o caráter educativo baseando-se na resolução dos problemas atuais do cliente. Faz-se o tratamento de duração breve e sessões estruturadas<sup>26</sup>.

O Treino de Controle do Stress (TCS) é uma modalidade da terapia cognitivo-comportamental que tem como objetivo mudar hábitos de vida e de comportamentos, em quatro áreas que constroem os pilares do TCS: nutrição anti-stress, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivas comportamentais. As sessões envolvem, também, técnicas de resolução de problemas, manejo do tempo, modificação do padrão “tipo A” de comportamento, treino de assertividade, controle da ansiedade (respiração profunda) e reestruturação cognitiva<sup>3</sup>.

É fundamental a identificação e a modificação das fontes internas de estresse por meio de uma reestruturação<sup>5</sup>. Deste modo se a interpretação for disfuncional ou baseada em uma crença irracional, pode desencadear problemas emocionais. Então, é importante a reestruturação de crenças irracionais no controle do stress<sup>27,28</sup>.

A base do TCS propõe um tratamento que inicia com uma identificação dos estressores internos e externos do cliente<sup>3</sup>. Porém, “tão importante quanto a identificação dos estressores, são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo para reduzir o impacto do stress sobre o organismo”<sup>24</sup>. Desta forma a importância do uso de estratégias de enfrentamento pode colaborar para o sucesso dos agentes estressores<sup>29</sup>.

A literatura descreve o termo enfrentamento ou *coping* como sendo a maneira como o indivíduo lida com recursos internos ou externos, para enfrentar e minimizar os efeitos causados pelo estresse sobre seu estado físico e emocional<sup>4,30</sup>. O *coping* apresenta duas funções: modificar as relações indivíduo-ambiente controlando a situação geradora de tensão (*coping* centrado no problema); ou modular a resposta emocional evocada pela situação-problema (*coping* centrada na emoção)<sup>30</sup>. Outras formas de estratégias de enfrentamento têm sido apontadas, tais como: o suporte religioso e o suporte social<sup>31,32</sup>. Em relação a dor crônica a prioridade em seu tratamento é ensinar o cliente a enfrentar e reduzir a dor através de treino de relaxamento, distração cognitiva e visualização e, num segundo

momento, ensiná-lo a utilizar as técnicas cognitivas para rebater as crenças, pois o pensamento é um dos fatores que influenciam a dor, desse modo ele pode agravar sua intensidade. Pesquisadores propõem que a reestruturação cognitiva é importante para o controle da dor crônica<sup>33,34,35,36</sup>.

Assim, este artigo tem como objetivo relatar um estudo de caso, avaliar a intervenção para manejo do estresse, nível de ansiedade, depressão e dor e comparar os resultados pré e pós-intervenção.

### Metodologia de Atuação

Para atingir o objetivo proposto, foi delineado o percurso metodológico envolvendo participante, material e procedimento conforme se seguem.

**Participante:** Cliente do sexo feminino, 28 anos, casada, graduada em Administração de Empresas e atuando na área bancária. As sessões foram supervisionadas no Curso de Pós-Graduação “*Lato Sensu*” – Especialização em Psicologia Clínica: Terapia Cognitivo-Comportamental.

**Queixa Principal:** cansaço físico excessivo; tensão muscular; dificuldades de concentração e sono; alterações no apetite; choro frequente; preocupação excessiva com o trabalho e dificuldades de relacionamento social (amizades), além de sintomas físicos (Dor crônica na coluna cervical e Tendinite no ombro direito).

**História de vida:** na infância relata ter assumido responsabilidades excessivas (teve que cuidar da irmã mais jovem), dificuldade de fazer amizades, principalmente devido às limitações e controle impostos pelo pai. Aos 15 anos começou a trabalhar fora de casa e teve um único relacionamento afetivo (seu atual marido). Atualmente apresenta relacionamento conjugal estável.

**História familiar:** pais com comportamentos rígidos e conservadores. A mãe apresenta diagnóstico de Transtorno Bipolar Afetivo e encontra-se em acompanhamento psiquiátrico. A cliente assume a responsabilidade pelos gastos financeiros de toda a família de origem (pais, irmã e sobrinha), pois é a única que exerce atividade profissional na família, além de seu marido.

### Material e Procedimento

Para avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário Beck de Depressão (BDI)<sup>37</sup>, Inventário Beck de Ansiedade (BAI)<sup>38</sup> e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)<sup>7</sup>.

Foram realizadas 35 sessões semanais de abordagem cognitivo-comportamental, com duração de 50 minutos cada. O procedimento incluiu avaliação inicial (pré-intervenção), intervenção e avaliação final (pós-intervenção). Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamentos disfuncionais; reestruturação cognitiva; treino do controle do estresse e ansiedade; treino de assertividade; treino em habilidade social; parada de pensamento; distração cognitiva; visualização e administração do tempo (tabela 1).

Tabela 1. Estruturação das Sessões Terapêuticas.

Sessões	Procedimento
1º a 4º	Aplicação dos instrumentos: BDI, BAI, ISSL, Inventário de
Pré-intervenção	assertividade e Escala <i>Likert</i> para dor.
4º a 7º	Discussão do diagnóstico de Estresse; dos sintomas de ansiedade e
Modelo	depressão; comportamento não assertivo e explicação sobre o
Cognitivo-	modelo cognitivo; plano e motivação para o tratamento <sup>26,41,42</sup> .
Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de pensamentos disfuncionais: identificação de pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos<sup>26</sup>.</li> <li>• Reestruturação cognitiva: identificação e validação de crença (incompetência)<sup>26</sup>.</li> </ul>
8º a 15º	Intervenção
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino do controle do Stress e ansiedade: nutrição anti-stress, respiração profunda, relaxamento, ensino do uso de atividades físicas e mudanças cognitivas comportamentais<sup>3,26,43</sup>.</li> <li>• Distração cognitiva e visualização: redução da dor<sup>34</sup>.</li> <li>• Administração do tempo<sup>44</sup>.</li> <li>• Treino de assertividade: expressão de sentimentos e pensamentos adequadamente, postura mais ativa em situações do dia-a-dia, ensaio comportamental (role-playing)<sup>41,42</sup>.</li> </ul>
16º a 22º	Intervenção
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino em habilidade social (iniciar ou manter amizades, delegar tarefas, favores e adequação de pedidos de desculpas)<sup>42</sup>.</li> <li>• Parada de pensamento: interrupção de pensamento indesejável (pensamentos em relação ao trabalho)<sup>45</sup>.</li> </ul>
23º a 24º	Reaplicação dos testes BDI, BAI, ISSL, Inventário de assertividade
Pós-intervenção	e Escala <i>Likert</i> para dor.
25º a 29º	Devolutiva da avaliação e redefinição de metas terapêuticas.
30º e 35º	Reaplicação do ISSL, devolutiva da avaliação e alta.

### Resultados e Discussão

Para uma melhor compreensão, os resultados serão didaticamente divididos em momentos, conforme se apresentam: 1) Avaliação pré-intervenção; 2) Intervenção e 3) Avaliação pós-intervenção.

#### Avaliação pré-intervenção

A cliente apresentou sintomas de estresse na fase de exaustão (ISSL) com predominância de sintomas psicológicos (72%). Quanto aos sintomas físicos o comprometimento foi de (41%). Apresentou depressão e ansiedade moderada nos Inventários (BDI = 19 pontos) e (BAI = 21 pontos).

Na entrevista inicial (avaliação pré-intervenção) a cliente demonstrou algumas verbalizações sobre seu estado psicológico (Tabela 2) e relatou sentir muitas dores.

Tabela 2. Verbalizações da cliente na avaliação pré-intervenção.

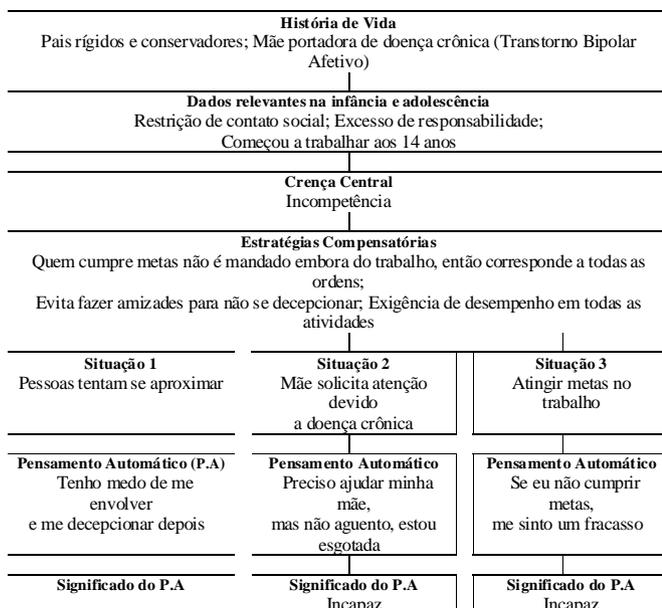
Dados obtidos na avaliação	Verbalizações da Cliente
Sobrecarga de trabalho	Trabalho todo dia até tarde sem descanso, mas não aguento .
Estresse Sintomas Físicos e Psicológicos	... sinto cansaço todos os dias . Não consigo trabalhar bem se sei que tenho um monte de coisas para fazer .
Crença de Fracasso e Incapacidade	Quando choro, me sinto um fracasso . ... me sinto incapaz quando não consigo atingir minhas metas . ... minha mãe precisa de mim, ela está doente, mas não consigo ajudar e me culpo muito .
Excesso do papel de cuidadora	Preciso dar mais atenção para minha família, mas não tenho condições no momento .

De acordo com os dados obtidos nos instrumentos de avaliação psicológica e verbalizações, pode-se constatar um prejuízo significativo no funcionamento biopsicossocial, a confirmação de um quadro de estresse na fase de exaustão associado com sintomas significativos de depressão, ansiedade e dor crônica. A exposição a eventos estressores e também a presença de sintomas depressivos podem estar associados à variabilidade individual. O enfrentamento ao evento estressor é selecionado a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico, ativando ou diminuindo os efeitos fisiológicos do estresse. Respostas frequentes, intensas ou duradouras ao estresse podem precipitar um esgotamento dos recursos do sujeito com o aparecimento de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão<sup>46,47</sup>.

### Intervenção

A intervenção foi realizada de acordo com o Quadro 1 que descreve as técnicas realizadas, sendo que para a avaliação dos dados cognitivos e afetivos foi utilizado o Diagrama de Conceitualização Cognitiva<sup>26</sup> (Tabela 3).

Tabela 3. Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva da Cliente.



Os dados observados no diagrama mostraram que a cliente apresentou comportamentos inadequados, baseados na sua percepção distorcida a cerca das situações em relação aos aspectos social, afetivo e profissional. Esta interpretação passou a ter um significado de incompetência o que provocou sentimentos de tristeza, angústia, culpa, ansiedade e vergonha. Assim, toda vez que se deparava com situações geradoras de estresse, tais pensamentos e sentimentos eram ativados.

O processo cognitivo disfuncional da paciente demonstrou estar relacionado com a sua história de vida considerando a identificação da crença central de ser incompetente e de suas estratégias compensatórias.

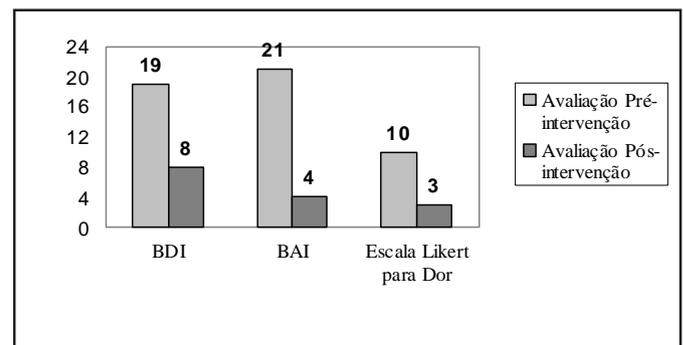
Assim, há necessidade da identificação dos pensamentos automáticos, emoções, comportamentos e checagem da realidade para a formulação de novo repertório cognitivo e comportamental a cerca da redução de sintomas de depressão e ansiedade<sup>26,46</sup>.

### Avaliação pós-intervenção

A cliente na avaliação pós-intervenção apresentou sintomas de estresse na fase de resistência com predominância de sintomas físicos (30%). E quanto aos sintomas psicológicos, (20%).

Também, na pós-intervenção, verificou-se uma redução do estresse classificada na fase de resistência, diminuindo o risco de desenvolver doenças mais graves<sup>3,47</sup>. Nas fases de exaustão e quase-exaustão, há grande possibilidade do aparecimento de doenças em função da queda da imunidade<sup>24</sup>. Houve uma redução dos sintomas cognitivos, permanecendo a queixa de cansaço e desgaste físico, característicos da fase de resistência<sup>3</sup>. Pode-se sugerir que isso tenha acontecido devido à sobrecarga de trabalho e às dificuldades da cliente de iniciar e praticar mais atividades de lazer. Não apresentou sintomas significativos de depressão (oito pontos) e ansiedade (quatro pontos). Os dados estão descritos no Figura 1.

Figura 1. Valores obtidos na avaliação pré e pós-intervenção dos inventários BDI, BAI e Escala Likert para dor.



Após avaliação pós-intervenção a cliente não apresentou sintomas de estresse e como obteve redução significativa dos sintomas de depressão e ansiedade, os instrumentos utilizados não foram reaplicados.

Em estudo realizado com pacientes com cefaléia, verificou-se que a presença de estresse foi associada a um prejuízo significativo na qualidade de vida, estando relacionado ao desenvolvimento e manutenção da dor<sup>25</sup>. O enfrentamento de situações estressoras através da técnica de reestruturação cognitiva pode influenciar na redução de sintomas de dor, depressão e ansiedade<sup>27,35,47</sup>. Porém, no presente estudo a qualidade de vida não foi avaliada em função do objetivo do estudo ter sido estresse, sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, foi observado a aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental apropriado para lidar com situações que ativassem a crença disfuncional de incompetência, conforme observado nas verbalizações da cliente (Tabela 4).

intervenção, concluiu-se que houve uma diminuição significativa desses sintomas. Na pós-intervenção a cliente apresentou modificações na forma de lidar com os problemas do trabalho, familiares e sociais, o que mostra aquisição de repertório cognitivo e comportamental adequados.

Os dados obtidos são compatíveis com a literatura referente ao manejo do estresse. É importante ressaltar que são necessários outros estudos para permitir generalização desses resultados.

### Referências bibliográficas

- Lipp MEN, Malagris LEN. O stress no Brasil de hoje. In: Lipp MEN, organizador. O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus; 2004. p. 215-22.
- Lipp MEN. Prefácio. In: Lipp MEN, organizador. O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus; 2004. p. 11-13.
- Lipp MEN. O modelo quadrifásico do stress. In: Lipp MEN, organizador. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 17-22.
- Taylor SE. Stress. In: \_\_\_\_\_. Health psychology. 5. ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 178-215.
- Lipp MEN, Malagris LEN. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé B, organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 475-90.
- Selye H. The stress of life. Nova York: Mc Graw- Hill; 1956.
- Lipp MEN. Inventário de sintomas para adultos de Lipp. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- Brasio KM, Lalon DT, Fernandes QP, Bezerra TL. Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. Rev Ciênc Méd, (Campinas) 2003;12(4):307-18.
- Domingos NAM, Lipp MEN. Stress em pacientes candidatos a transplante de fígado. In: Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Nelson Iguimar Valério NI, organizadores. Psicologia da saúde: pesquisa e prática. São José do Rio Preto: THS/Arantes Editora; 2006. p. 297-314.
- Malagris LEN, Fiorito ACC. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. Estud Psicol (Campinas). 2006;23(4):391-8.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2<sup>nd</sup> ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- Hill Jr CS. Guidelines for treatment of cancer pain. Texas: Texas Cancer Council; 2006. [citado 2008 Set 18]. Disponível em: <http://www.tcc.state.tx.us/tcpi/guidelines.htm>
- Pessoa CP, Barreto MB, Santos LB, Alves TDB, Oliveira MC, Martins AG. Instrumentos utilizados na avaliação do impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com dor orofacial e disfunção temporomandibular. Rev Baiana Saúde Pública. 2007;31(2):267-93.
- Figueiró JAB. Dor e stress. In: Lipp MEN, organizador. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 149-53.

Tabela 4. Verbalizações da cliente na avaliação pós-intervenção.

Dados obtidos na avaliação	Verbalizações da Cliente
Diminuição da auto-cobrança (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais)	Não senti tanta angústia por não conseguir cumprir minhas metas no trabalho. Percebi que não adiantaria e se levasse para casa só me desgastaria e não resolveria nada .  Antigamente minha mãe exigia muito a minha presença, me sentia culpada por não poder ajudá-la, hoje ajudo quando posso e não me cobro tanto, sei que tem meu pai e minha irmã que podem ajudar .
Diminuição do pensamento distorcido e uso de questionamento socrático (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais)	Estava na igreja com meu marido e no final passei por um grupo de casais, que um deles não fala com a gente, falei tchau para todos e pensei que se eles gostarem de nós, podem falar com a gente, não vou atrás deles, se fosse antes, conversaria com eles para
Modificação de incapacidade	enfrentamento adequado de situações estressoras é caracterizado por atividade, expressão e pensamento positivos, que resultam em altos níveis de funcionamento e adaptação. Então pensei que se não estou cumprindo, é porque existem situações que possam estar interferindo como mudança de agência e de outra
<b>Conclusão</b>	<b>Conclusão</b>
Foi relatado um caso de uma cliente com queixas de estresse, ansiedade, depressão e dor. A avaliação pré-intervenção mostrou a presença de estresse na fase de exaustão, com predominância de sintomas psicológicos. Pós-intervenção a cliente não apresentou mais sintomas de estresse. Verificou-se a presença de sintomas de ansiedade e depressão na avaliação pré-intervenção. Sendo que na avaliação pós-	Foi relatado um caso de uma cliente com queixas de sintomas de estresse, ansiedade, depressão e dor. A avaliação pré-intervenção mostrou a presença de estresse na fase de exaustão, com predominância de sintomas psicológicos. Pós-intervenção a cliente não apresentou mais sintomas de estresse. Verificou-se a presença de sintomas de ansiedade e depressão na avaliação pré-intervenção. Sendo que na avaliação pós-

15. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(4):509-13.
16. Ferreira PEMS. Dor crônica: avaliação e tratamento psicológico. In: Andrade Filho ACC. *Dor: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Roca; 2001. p. 43-52.
17. Pereira MCR, Tramunt G, Dal Ponte ST, Bruch A, Rosa JL, Leopoldo ACR, et al. Opióides no tratamento de dor crônica não oncológica: metadona como opção terapêutica. *Rev Dor.* 2007;8(2):1010-3.
18. Castro M, Batista-Neves S, Castro-Silva S, Quarantini L, Daltro C, Kraychette D, et al. Sintomas ansiosos e depressivos em pacientes do Centro de Dor do Hospital Universitário da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2004;53(4):219-22.
19. Castro M, Quarantini L, Daltro C, Kraychette D, Miranda Scippa A. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2006;30(2):211-23.
20. Santos ARR, Amaral VLAR, Domingos NAM. Avaliação da dor em pacientes com câncer: contribuições para intervenções psicoterápicas. In: Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Nelson Iguimar Valério NI, organizadores. *Psicologia da saúde: pesquisa e prática.* São José do Rio Preto: THS/Arantes Editora; 2006. p. 139-61.
21. Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatr.* 1996;18(4):215-9.
22. Rhodin A, L. Gronbladh L, Nilsson LH, Gordh T. Methadone treatment of chronic non-malignant pain and opioid dependence—a long-term follow-up. *Eur J Pain.* 2006;10(3):271-8.
23. Figueiró BJA. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Carvalho JM, organizador. *Dor um estudo multidisciplinar.* Porto Alegre: Artmed; 1990. p. 139-88.
24. Domingos NAM. Estratégias para redução de stress em pacientes candidatos a transplante de fígado [tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2005.
25. Galego JCB, Moraes AM, Cordeiro JÁ, Tognola WA. Chronic daily headache: stress and impact on the quality of life. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(4B):1126-9.
26. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed; 1997.
27. Lipp MEN, Nogueira JCP, Nery MJS. Estudo experimental de duas condições de tratamento médico-psicológico a pessoas portadoras de psoríase. Campinas: NEP; 1991.
28. Lipp MEN, Pereira MB, Sadir MA. Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Rev Bras Ter Cogn.* 2005;1(1):29-34.
29. Sanzovo CE, Coelho MEC. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estud Psicol (Campinas).* 2007;24(2):227-38.
30. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Guilford; 1984.
31. Herman ARS. Câncer pediátrico: impacto de intervenção psicoeducacional sobre enfrentamento e práticas parentais [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2007.
32. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui.* 2001;17(3):225-34.
33. Angelotti G. Tratamento da dor crônica. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 535-45.
34. Caudill MA. *Controle a dor antes que ela assumo o controle.* São Paulo: Summus; 1998.
35. Yucel B, Kora K, Suleyman Ozyalcín S, Alcalar N, Ozdemir O, Yucel A. Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache.* 2002;42(3):194-9.
36. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicol Reflex Crítica.* 2005;18(1):47-54.
37. Cunha JA. *Inventário Beck de Depressão (BDI). Manual da versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
38. Cunha JA. *Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Manual da versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
39. Barbosa JIC. Sinto-me estressado por não saber dizer não. In: Lipp MEN. *O stress está dentro de você.* 7ª ed. São Paulo: Contexto; 2007. p. 97-111.
40. Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.* Santos: Santos Editora; 2003.
41. Jacobson E. *Progressive relaxation.* Chicago; University of Chicago Press; 1938.
42. Lipp MEN, Novaes LE. *O stress.* 5ª ed. São Paulo: Contexto; 2003.
43. Guimarães SS. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 113-30.
44. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos: revisão. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2007;34(5):223-33.
45. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003;25(Supl 1):65-74.
46. Wright JH, Basco MR, Thase ME. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
47. Silva JDT, Muller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2):143-9.

---

**Correspondência:**

Camila Sisti Borges  
Rua Cila, 3535, Ap. 71  
15015-800 - São José do Rio Preto - SP  
Tel.: (17)3304-7453  
camila\_sisti@hotmail.com

---