



KAREN DINIZ DOS SANTOS

**AS CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA
O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA:
uma revisão sistemática da literatura**

**SÃO LOURENÇO
2023**



KAREN DINIZ DOS SANTOS

**AS CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA
O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA:
uma revisão sistemática da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), em modalidade de artigo científico, apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade São Lourenço - MG, para obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Gabriela Correia Lubambo
Ferreira

**SÃO LOURENÇO
2023**

AS CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA:

uma revisão sistemática da literatura

Karen Diniz dos Santos¹

Gabriela Correia Lubambo Ferreira²

RESUMO

A fibromialgia se apresenta como uma síndrome musculoesquelética crônica diagnosticada a partir de sintomas biopsicossociais e caracterizada principalmente por dor difusa, persistente e generalizada, sendo mais prevalente em mulheres. O presente estudo objetivou compreender as contribuições das Terapias Cognitivo-Comportamentais para seu tratamento por meio de uma revisão sistemática da literatura disponível. As buscas foram realizadas nas bases de dados APA PsycNet, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e SciELO, incluindo artigos publicados em inglês, português e espanhol. Foram encontrados 14 artigos que satisfaziam os critérios de inclusão. A partir dos dados coletados foi possível constatar que a abordagem contribuiu para a redução da dor, incapacidade funcional, catastrofização, angústia psicológica e dos índices de depressão e ansiedade, bem como para a melhora da qualidade do sono e dos escores do *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ).

Palavras-chave: Fibromialgia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Contribuições; Tratamento.

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) se apresenta como uma síndrome³ musculoesquelética crônica caracterizada por dor difusa, persistente e generalizada, mais prevalente em mulheres. Os sintomas considerados para o diagnóstico são de caráter biopsicossocial, incluindo distúrbios do sono, dificuldades funcionais, prejuízos cognitivos e impactos emocionais (KASHIKAR-ZUCK et al., 2012; MOZH & ARUMUGAM, 2021; VAN KOULIL et al. 2011).

A amplitude da sintomatologia reforça a ideia de que há envolvimento do sistema nervoso central na etiologia da doença (alterações de neurotransmissores e funções cerebrais), em uma interação de fatores orgânicos e externos (JENSEN et al., 2012). Dada tal complexidade, há uma grande variabilidade individual de manifestações da FM em termos de sintoma e intensidade. Somado à essa questão, o rol de prejuízos é predominantemente subjetivo tornando a síndrome um desafio quanto ao diagnóstico, eficácia do tratamento e qualidade de estudo no cenário atual (SERRAT et al., 2022; WOLFE & RASKER, 2021).

É indicado que os tratamentos oferecidos sejam multidisciplinares, a fim de favorecer a saúde do paciente em todos os âmbitos afetados pela síndrome. Recomenda-se como padrão-ouro exercícios físicos (treinamento de força muscular e relaxamento), tratamento farmacológico (ansiolíticos, antidepressivos e anti-inflamatórios, por exemplo) e Terapia

¹ Graduanda do 10º período do curso de Psicologia da Faculdade São Lourenço

² Orientadora, mestre em Psicologia pela UFJF e professora do curso de Psicologia da Faculdade São Lourenço

³ Conjunto estável e constante de sinais e sintomas, sem identificação de causas específicas (DALGALARRONDO, 2019).

Cognitivo-Comportamental associados (ANG et al., 2013; JENSEN et al., 2012; SERRAT et al., 2021).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida como uma forma de psicoterapia estruturada, de curta duração, orientada para o presente e para a resolução de problemas por Aaron Temkin Beck, psiquiatra norte-americano, nas décadas de 1960 e 1970. Ao longo do tempo, foram criadas diferentes correntes derivadas da TCC, mas que compartilham do modelo cognitivo (proposta em que o pensamento influencia o humor e o comportamento) e da premissa de serem baseadas em evidências (BECK, 2022).

Atualmente sendo a abordagem mais amplamente testada e utilizada, sua eficácia vem sendo comprovada para o tratamento de diversos quadros (transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos), prevenção de recaídas e redução da severidade a longo prazo (BECK, 2022; WRIGHT, BASCO & THASE, 2008).

Demonstrando eficácia para quadros álgicos, a psicoterapia trabalha as distorções cognitivas e crenças disfuncionais, fundamentais para a manutenção do ciclo da dor: engajado em pensamentos e comportamentos prejudiciais, há um agravamento dos sintomas. Na abordagem, utiliza-se o reforço dos comportamentos positivos, a psicoeducação acerca de estratégias de enfrentamento adequadas, a reestruturação cognitiva, o treinamento de habilidades para o manejo da dor, dentre outras estratégias (SILVA, ROCHA & VANDEBERGHE, 2010).

Considerando a atualidade da temática, bem como a escassez de literatura nacional acerca da fibromialgia e a relevância da Terapia Cognitivo-Comportamental neste cenário, o presente trabalho tem por objetivo apresentar as contribuições da TCC para o tratamento de pacientes com fibromialgia, analisando os resultados obtidos nos estudos empíricos selecionados mediante revisão sistemática.

2. METODOLOGIA

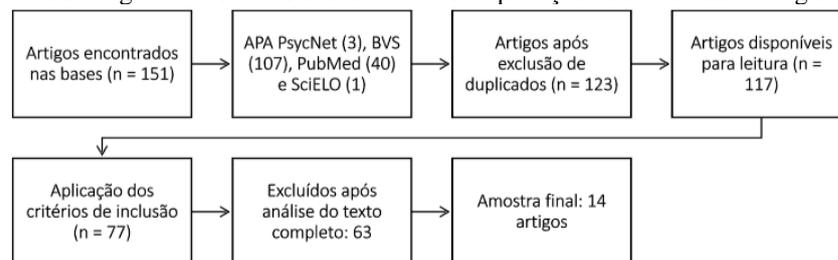
A revisão sistemática objetiva realizar uma seleção de estudos capaz de sintetizar evidências empíricas sobre determinado problema de pesquisa, avaliando os resultados obtidos (COCHRANE COLLABORATION, [s.d.]). Através de métodos explícitos e critérios pré-estabelecidos, visa minimizar o viés e assegurar a qualidade metodológica (GUANILO, TAKAHASHI & BERTOLOZZI, 2011).

As buscas foram realizadas nas bases de dados APA PsycNet, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e SciELO. Foram utilizadas palavras-chave em inglês, por ter-se obtido mais resultados se comparados à pesquisa em português. Os seguintes termos foram associados através de operadores booleanos (*and, or, and not*): “Fibromyalgia” *or* “Fibromyalgia

Syndrome” and “Cognitive Behavioral Therapy” and not “Chronic Fatigue Syndrome”. A partir de pesquisa no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2022), o descritor “Fibromyalgia Syndrome” fora incluído por ser um termo alternativo; já “Chronic Fatigue Syndrome” fora excluído por aparecer como sinônimo.

A fim de construir o escopo do presente trabalho, foram adotados os seguintes critérios de inclusão de artigos: (a) ser um estudo empírico; (b) estar publicado em português, inglês ou espanhol; (c) ter o texto completo disponível para leitura online ou através do contato com o autor; (d) apresentar as contribuições das Terapias Cognitivo-Comportamentais para o tratamento da fibromialgia; (e) não associar outros tratamentos às Terapias Cognitivo-Comportamentais no grupo experimental; (f) ter a psicoterapia conduzida por um profissional. Não houve restrição de período de publicação, sendo considerados textos até fevereiro de 2023. Os artigos foram avaliados em consenso com os avaliadores, a fim de minimizar possíveis vieses. 14 publicações compuseram a amostra final do presente estudo. A estratégia de busca para esta revisão encontra-se descrita na **Figura 1**.

Figura 1 - Estratégia de busca nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade



Os estudos foram submetidos a uma análise descritiva de seus dados, levando em conta: introdução, aspectos metodológicos, caracterização das intervenções, principais resultados, limitações e direcionamentos para pesquisas futuras. Os artigos foram identificados a partir de seus respectivos indicadores bibliométricos: autoria, ano, revista de publicação e país de estudo.

Na categoria *introdução dos estudos* estão descritos os objetivos adotados pelas pesquisas, avaliando se estimam as contribuições das Terapias Cognitivo-Comportamentais para o tratamento da fibromialgia. O tópico *aspectos metodológicos* discorre sobre o delineamento dos estudos, participantes e instrumentos utilizados. A categoria *caracterização das intervenções* disserta sobre as sessões conduzidas, técnicas utilizadas e o grupo controle. Em *principais resultados*, apresenta-se os resultados das intervenções em função das contribuições para o tratamento da síndrome e por último, *limitações e direcionamentos para pesquisas futuras* expõe as principais limitações e sugestões futuras.

3. RESULTADOS

3.1 Indicadores bibliométricos

Considerando a autoria dos artigos, todos foram classificados como autoria múltipla (escritos em colaboração) com mínimo de 3 e máximo de 14 autores por estudo. Encontrou-se grande variedade de autores que publicaram sobre o tema, sendo 84 no total. Dentre esses, 10 publicaram duas vezes e 3 aparecem em três estudos.

No que se refere ao ano das publicações, a primeira foi feita em 2004 e a última em 2020, até a data da pesquisa. Foram encontrados artigos publicados em 11 anos diferentes, com uma publicação cada: apenas em 2007, 2011 e 2012 foram publicados dois estudos por ano.

Acerca das revistas de publicação, observou-se que 11 revistas apresentavam estudos sobre o tema, em sua maioria com uma publicação cada. As revistas *Arthritis Research & Therapy* e *Arthritis Care & Research* possuem 2 e 3 artigos publicados, respectivamente.

Em relação aos países em que os estudos foram realizados, uma pesquisa foi conduzida na Alemanha e uma no Irã. Estados Unidos e Espanha foram os países que desenvolveram mais estudos, com 6 publicações cada.

3.2 Introdução dos estudos

A avaliação dos objetivos dos artigos permitiu observar que apresentar as contribuições das Terapias Cognitivo-Comportamentais para o tratamento da fibromialgia foi o foco primário em dois estudos: THIEME, FLOR & TURK (2006) e ZABIHIYEGANEH et al. (2019). Devido à ampla sintomatologia e diversidade de prejuízos decorrentes da FM, os demais estudos sinalizaram uma delimitação de quais variáveis seriam mensuradas no tratamento.

3.3 Aspectos metodológicos

Com relação ao delineamento dos estudos, as análises de dados foram quantitativas, ou seja, descrevem processos matematicamente utilizando instrumentos padronizados (GIL, 2002). Todas as pesquisas utilizaram um delineamento longitudinal, isto é, apresentam resultados provenientes de repetidas mensurações em uma mesma amostra de pacientes, observando as mudanças ao longo do tempo (BREAKWELL, 2010).

O tamanho das amostras foi variado, com mínimo de 7 e máximo de 141 participantes. Com relação à idade, apenas dois estudos delimitaram a faixa etária: KASHIKAR-ZUCK et al. (2012) e SIL et al. (2014), incluindo pacientes de 11 a 18 anos; os demais artigos estudaram, em sua maioria, populações com média de 46 anos. Apenas 5 artigos incluíram participantes do sexo masculino, embora em número reduzido: ALDA et al. (2011), CASTEL et al. (2012), KASHIKAR-ZUCK et al. (2012), LAZARIDOU et al. (2017) e SIL et al. (2014).

Foram observados parâmetros distintos utilizados para a seleção da amostra com fibromialgia. As pesquisas recrutaram, em sua maioria, pacientes que preenchem os critérios

diagnósticos da *American College of Rheumatology* (ACR), seja em sua primeira versão de 1990 ou a mais recente, de 2010⁴. A **Tabela 1** apresenta a escolha de cada estudo:

Tabela 1 - Critérios diagnósticos

Referência	Critério(s) diagnóstico(s)
ALDA et al. (2011)	ACR (1990)
CASTEL et al. (2012)	ACR (1990)
GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020)	Pacientes diagnosticados por reumatologista
KASHIKAR-ZUCK et al. (2012)	Pacientes diagnosticados por reumatologista
LAZARIDOU et al. (2017)	Diagnóstico feito por reumatologista há pelo menos 1 ano, critério da ACR (2010) e pelo menos 21 de score na <i>Pain Catastrophizing Scale</i> (PCS)
MIRÓ et al. (2011)	ACR (1990) e insônia pela APA (2000)
REDONDO et al. (2004)	ACR (1990)
SEPHTON et al. (2007)	ACR (1990)
SIL et al. (2014)	Yunus e Masi (1985)
THIEME et al. (2016)	ACR (1990 e 2010)
THIEME, FLOR & TURK (2006)	ACR (1990)
THIEME, TURK & FLOR (2007)	ACR (1990)
VALLEJO et al. (2015)	ACR (1990)
ZABIHIYEGANEH et al. (2019)	ACR (2010)

Conforme os dados da tabela, é possível observar que nove artigos utilizaram o critério da ACR (1990), três da ACR (2010) e três requisitaram diagnóstico feito por um reumatologista.

3.3.1 Instrumentos

Foram utilizados diversos recursos para avaliar os pacientes, seja mensurando aspectos diretamente relacionados à fibromialgia (como dor e qualidade de vida, por exemplo) ou comorbidades associadas ao quadro (depressão, ansiedade, insônia, dentre outros).

O instrumento mais aplicado foi o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), presente em oito artigos: ele verifica a capacidade funcional para atividades diárias, capacidade e dificuldade para trabalhar, dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão.

Cinco estudos recorreram ao modelo de *Visual Analog Scale* (VAS), uma escala de avaliação da intensidade e severidade da dor através de autorrelato. Em KASHIKAR-ZUCK et al. (2012), além da mensuração da dor, utilizou-se uma VAS sobre a qualidade do sono; LAZARIDOU et al. (2017) optou pela *Visual Analog Scale for fatigue* (VAS-F) estimando a severidade da fadiga experimentada nas últimas 2 semanas.

A avaliação da sensibilidade dos chamados *Tender Points* – dezoito pontos dolorosos específicos pelo corpo – foi realizada em cinco pesquisas, a fim de acompanhar possíveis mudanças nas dores experimentadas pelos participantes.

O *Beck Depression Inventory* (BDI), usado na mensuração da sintomatologia depressiva, também apareceu em cinco artigos; apenas em ZABIHIYEGANEH et al. (2019) fora aplicada uma versão atualizada: *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II).

⁴ Os critérios diagnósticos eram endossados pela ACR. Entretanto, a organização decidiu que não mais aprovaria critérios diagnósticos. Por esse motivo, as modificações de 2011 e 2016 não puderam ser submetidas para aprovação (WOLFE & RASKER, 2021). Considerou-se, portanto, o critério de 2010 como o mais recente.

Os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), utilizado na avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em contextos hospitalares não psiquiátricos e o *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) - questionário de autorrelato que avalia a catastrofização⁵ (ruminação, maximização e desamparo) – apareceram em três estudos.

GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020) utilizou um instrumento próprio, o *Pain Monitor App*, na “avaliação ecológica momentânea” (denominação dos autores) avaliando a interferência da dor no sono e nas atividades sociais, fadiga, tristeza e intensidade da dor. O aplicativo funciona por meio de um sistema de notificação para informar ao paciente quando ele deve responder (duas vezes ao dia, pela manhã e à noite em horários predefinidos).

3.4 Caracterização das intervenções

Todos os atendimentos foram feitos presencialmente, exceto no artigo de Vallejo et al. (2015) em que um grupo recebeu tratamento online e o outro presencial. Apenas três estudos conduziram as sessões individualmente: KASHIKAR-ZUCK et al. (2012), LAZARIDOU et al. (2017) e SIL et al. (2014); as demais pesquisas ofereceram psicoterapia em grupo. A **Tabela 2** apresenta a quantidade de sessões conduzidas, a duração de cada uma delas e o grupo controle de cada pesquisa:

Tabela 2 - Número de sessões em TCC, duração e grupo controle

Referência	Número de sessões	Duração das sessões	Grupo controle
ALDA et al. (2011)	10 sessões semanais	90 min	Tratamento farmacológico recomendado e Tratamento padrão na atenção primária
CASTEL et al. (2012)	14 sessões semanais	120 min	Tratamento farmacológico
GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020)	5 sessões semanais	60 min	Terapia grupal (90min)
KASHIKAR-ZUCK et al. (2012)	8 sessões semanais	45 min	Educação sobre FM
LAZARIDOU et al. (2017)	4 sessões semanais	60 a 70 min	Educação sobre FM
MIRÓ et al. (2011)	6 sessões semanais	90 min	Higiene do sono
REDONDO et al. (2004)	8 sessões semanais	150 min	Atividade física
SEPHTON et al. (2007)	8 sessões semanais	150 min	Lista de espera
SIL et al. (2014)	8 sessões semanais	45 min	Educação sobre FM
THIEME et al. (2016)	15 sessões semanais	120 min	Terapia de calor por infravermelho
THIEME, FLOR & TURK (2006)	15 sessões semanais	120 min	“Attention placebo”: roda de conversa não estruturada
THIEME, TURK & FLOR (2007)	15 sessões semanais	120 min	“Attention placebo”
VALLEJO et al. (2015)	10 sessões semanais	120 min	Lista de espera
ZABIHIYEGANEH et al. (2019)	2 vezes por semana, durante 10 semanas	120 min	Lista de espera

Os dados apresentados na tabela acima permitem verificar a diversidade na condução do tratamento. A frequência de 8 sessões semanais fora a mais recorrente (quatro estudos), juntamente com a duração de 120 minutos (seis estudos) e o grupo controle de “Educação sobre fibromialgia” e “Lista de espera” (três estudos cada).

⁵ Conjunto de processos cognitivos e emocionais negativos que tendem a maximizar a gravidade de situações e está associado ao aumento da dor (SULLIVAN et al., 2001).

3.4.1 Técnicas utilizadas

A pesquisa de ALDA et al. (2011) teve como foco a reestruturação cognitiva, que se concentra em cognições disfuncionais específicas da dor (principalmente catastrofização da dor) e enfrentamento (ensino de técnicas cognitivas e comportamentais). Cada uma das sessões foi previamente planejada com objetivos específicos, respectivamente: a conexão entre estresse e dor; identificação de pensamentos automáticos; avaliação de pensamentos; questionamento dos pensamentos e construção de alternativas; acesso às crenças nucleares; crenças nucleares sobre a dor; mudança dos mecanismos de enfrentamento; como lidar com rumações, obsessões e preocupações; escrita expressiva e por último comunicação assertiva.

CASTEL et al. (2012) dividiu a pesquisa em dois grupos: os que receberiam apenas o tratamento em TCC e aqueles que seriam atendidos pela TCC mais a prática da hipnose. O primeiro grupo teve suas sessões estruturadas da seguinte forma: educação sobre FM e teoria da percepção da dor (sessão 1); *Schultz Autogenic Training* (sessão 2); treinamento de habilidades de reestruturação cognitiva (sessões 3 a 5); Terapia Cognitivo-Comportamental para insônia (sessões 6 a 8); treinamento de assertividade (sessões 9 e 10); treinamento e planejamento de atividades agradáveis (sessões 11 e 12), definição de metas (sessão 13) e valores de vida e prevenção de recaídas (sessão 14). Esse grupo recebeu um manual que descrevia o conteúdo do programa e um CD de áudio para praticar o *Schultz Autogenic Training* em casa. Eles também receberam folhas de registro que seriam discutidas nas sessões. No segundo grupo, em vez de “treinamento autogênico” os participantes receberam treinamento de “auto hipnose analgésica”. Durante a hipnose, o paciente modificava a crença ou a emoção causada pela situação concreta por meio de sugestões positivas e terminava com um autorreforço implícito; também receberam o manual, folhas de registro e CD com áudio de hipnose para praticar em casa.

O estudo de GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020) utilizou vários recursos baseando-se na Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC), descritos a seguir. Psicoeducação: descrição dos sintomas mais proeminentes da FM e da sua interferência nas atividades diárias e no funcionamento emocional; Motivação para mudança: motivação para mudar os padrões de comportamento; Aceitação: disposição para aceitar as coisas tal como são; *Mindfulness*: aprender a entrar em contato com sensações corporais internas, mesmo se forem desagradáveis; Desfusão cognitiva: experimentar as sensações como ela são e não como a mente diz que são; Self como observador: identificação do “eu”; Valores: esclarecimento de valores pessoais, profissionais e relacionados à saúde; Ação comprometida: realização de ações orientadas por valores; Compaixão: aprender técnicas de autocuidado; Prevenção de recaídas: revisão das

habilidades adquiridas, antecipação de futuras dificuldades e detecção de habilidades a serem utilizadas nesses cenários.

Em KASHIKAR-ZUCK et al. (2012) foram fornecidas informações sobre os fundamentos do manejo comportamental da dor e treinamento em relaxamento muscular. Foram utilizadas as seguintes estratégias: distração cognitiva, planejamento de atividades, solução de problemas, frases calmantes, prevenção de recaídas e prática em casa; foi ofertado aos pais dos pacientes um treinamento em técnicas de manejo comportamental e feita uma solicitação para incentivarem e reforçarem os participantes durante o tratamento.

Em LAZARIDOU et al. (2017) durante as sessões foram usadas técnicas para alterar pensamentos distorcidos, com foco na aquisição e na prática de habilidades cognitivas e de controle de emoções. A terapia foi baseada em autogerenciamento e envolveu a identificação e a redução de cognições desadaptativas relacionadas à dor (catastrofização) usando técnicas como reestruturação cognitiva, relaxamento, imagens visuais, desafio de pensamento, distração e prática em casa. Os pacientes aprenderam a identificar, avaliar e desafiar pensamentos negativos e a diminuir o grau de catastrofização da dor.

MIRÓ et al. (2011) utilizou tarefas de casa em todas as sessões conduzidas. Na primeira sessão, os pacientes receberam informações sobre a relação entre sono e FM, noções básicas sobre o sono e educação sobre higiene do sono. Na segunda sessão, o terapeuta forneceu instruções sobre restrição do sono e controle de estímulos. A terceira sessão foi dedicada ao treino de relaxamento. A quarta e a quinta sessões se concentraram nas crenças disfuncionais relacionadas à insônia. Por fim, a sexta sessão foi dedicada à manutenção das conquistas e à prevenção de recaídas.

REDONDO et al. (2004) conduziu um tratamento projetado para reduzir as dimensões distorcidas da dor, lidar com a dor crônica e aumentar a autoeficácia. Foram fornecidas informações sobre dor crônica, aspectos emocionais relacionados e sobre a natureza da FM. As técnicas objetivavam relaxamento, aprender a lidar com a dor crônica e com as atividades da vida diária, habilidades sociais, sono e repouso, solução de problemas e prevenção de recaídas.

SEPHTON et al. (2007) utilizou um modelo de intervenção denominado *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) não aprofundando na escrita das técnicas, mas referenciando o artigo que contém sua descrição. As sessões foram focadas em gerenciamento do estresse, tendo tarefas de casa orientadas por um livro de exercícios e fitas de áudio. Incentivou-se a prática diária de meditação em casa com duração de 30 a 45 minutos, seis dias por semana. Um dia inteiro de retiro de meditação foi realizado entre as semanas 6 e 7 do programa.

A pesquisa de SIL et al. (2014) utilizou a prática da TCC focada no treinamento de estratégias ativas e adaptativas de enfrentamento cognitivo e comportamental no controle da dor, não descrevendo as técnicas empregadas. O artigo indica consultar o estudo de KASHIKAR-ZUCK et al. (2012) para obter mais detalhes sobre os tratamentos, o procedimento e os resultados primários.

THIEME et al. (2016) trabalhou com dois grupos: um utilizando a Terapia Cognitivo-Comportamental e outro a Terapia Comportamental (TC)⁶. O primeiro trabalhou com registro de pensamentos, solução de problemas, manejo do estresse, estratégias de enfrentamento e mudanças cognitivo-comportamentais. Os pacientes receberam tarefas de casa semanais, eram incentivados a praticar atividades físicas e instruídos a reduzir o uso de analgésicos gradualmente; o foco do tratamento foi a mudança de pensamentos e comportamentos desadaptativos. O segundo grupo trabalhou a mudança de comportamentos observáveis, recebeu *feedback* em vídeo de expressões da dor, obteve reforço positivo de comportamentos saudáveis e punição de comportamentos de dor. Os pacientes participaram de dramatizações para reduzir os comportamentos dolorosos e aumentar os comportamentos saudáveis; foram incentivados a aumentar seus níveis de atividade e receberam tarefas de casa com instruções específicas. O foco concentrou-se principalmente nas expressões comportamentais da dor e enfatizou a mudança de comportamentos inadequados, sem visar diretamente pensamentos desadaptativos ou enfrentamento cognitivo.

THIEME, FLOR & TURK (2006) trabalharam com um grupo de TCC e outro de TC. A TCC concentrou-se no pensamento dos pacientes e envolveu a solução de problemas, desafio de pensamentos e comportamentos desadaptativos, relaxamento e estratégias de enfrentamento do estresse e da dor. Os pacientes aprenderam o significado do ciclo “estresse-tensão-dor” como um modelo cognitivo e a redução de pensamentos catastróficos. Os pacientes e cônjuges receberam tarefas semanais de casa, foram incentivados a participar de atividades físicas e os participantes solicitados a reduzir o uso de medicamentos analgésicos gradualmente; o tratamento foi conduzido na forma de questionamento socrático. O grupo da TC foi baseado principalmente na mudança de comportamentos observáveis e incluiu *feedback* em vídeo das expressões de dor, bem como reforço positivo de comportamentos incompatíveis com a dor e punição de comportamentos dolorosos. Os pacientes, seus cônjuges e os membros do grupo usaram um plano de reforço que consistia na apresentação de um “cartão vermelho” quando os comportamentos de dor eram exibidos e um “cartão verde” quando comportamentos saudáveis eram apresentados. O mesmo modelo foi utilizado em THIEME, TURK & FLOR (2007).

⁶ Tradução feita do termo original *Operant Behavioral Therapy* (OBT).

VALLEJO et al. (2015) conduziu a pesquisa com dois grupos: terapia presencial e online. No primeiro grupo, as sessões foram estruturadas da seguinte forma, respectivamente: psicoeducação sobre dor, FM e discussão de métodos para reduzir seus impactos; treinamento de relaxamento progressivo; treinamento emocional e técnicas de respiração; aumento e ajuste das atividades diárias para melhorar a dor e a sintomatologia; técnicas para insônia e disfunções sexuais; solução de problemas; reestruturação cognitiva e gerenciamento de pensamentos negativos; controle da atenção e comportamentos relacionados ao adoecimento; problemas intelectuais e dificuldades relacionadas ao processamento cognitivo e à memória; revisão e prevenção de recaídas. O segundo grupo foi atendido com a mesma estrutura mais o uso de um aplicativo: os participantes podiam acessar os materiais semanalmente, ler e realizar as atividades sugeridas. Um arquivo *mp3* com exercícios de relaxamento estava disponível para *download*. Para facilitar a possibilidade de fazer perguntas ao terapeuta os participantes podiam enviar mensagens individuais. Ambos os grupos terminavam as sessões com tarefas de casa a serem realizadas.

ZABIHIYEGANEH et al. (2019) utilizou do monitoramento de pensamentos e sentimentos e a correção dos padrões de pensamento distorcidos. As técnicas utilizadas pretendiam a identificação das situações incômodas na vida do paciente, a tomada de consciência da interação entre pensamentos, emoções e comportamentos, a identificação dos padrões de pensamentos negativos ou distorcidos (crenças centrais), a reformulação do padrão de crenças negativas e a mudança de comportamentos prejudiciais.

3.5 Principais resultados

Em ALDA et al. (2011) a TCC reduziu significativamente a catastrofização da dor em geral. O tratamento foi mais eficaz para aumentar a aceitação da dor, a funcionalidade geral e a qualidade de vida. Foram observadas melhoras nos índices de ansiedade, depressão e dor, apesar de os dois últimos não apresentarem diferenças tão expressivas comparadas aos grupos controle.

Para CASTEL et al. (2012) as análises indicaram que os pacientes com FM que receberam TCC ou TCC com hipnose apresentaram melhorias significativas comparados aos pacientes que receberam apenas o tratamento farmacológico em relação à intensidade da dor, catastrofização, angústia psicológica, pontuação total do *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) e quantidade de sono. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de tratamento, uma vez que a adição de hipnose aumentou apenas discretamente a eficácia da abordagem.

Na pesquisa de GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020) os pacientes apresentaram níveis moderados de melhoria. Em relação à interferência no sono, três pacientes (dois no grupo e um individualmente) apresentaram melhora muito pequena. A interferência da dor no aspecto social foi melhorada de forma mais satisfatória: três pacientes (um no grupo e dois individualmente) apresentaram uma melhora moderada. Em relação à fadiga, dois pacientes na intervenção grupal obtiveram progressos discretos a moderados. Três pacientes (dois na condição de grupo e um na condição de tratamento individual) apresentaram uma melhoria discreta da tristeza e os demais apresentaram melhoras mais significativas. Por fim, a melhora nos níveis de dor foi discreta para a maioria dos pacientes. Com base nos índices, não houve evidência clara a favor de nenhum formato de tratamento.

Para KASHIKAR-ZUCK et al. (2012) a TCC foi significativamente superior à educação em FM na redução da incapacidade funcional. As análises indicaram que ambas foram associadas a reduções significativas nos sintomas de depressão, sendo a TCC discretamente mais eficaz. A gravidade da dor apresentou reduções pequenas, mas estatisticamente significativas em ambos os grupos, porém maiores no tratamento com TCC. Foram observadas melhorias em ambos os grupos na avaliação do médico e em todos os aspectos relacionados à qualidade de vida. As melhorias na sensibilidade dos pontos dolorosos e na qualidade do sono foram insignificantes. A melhora nas pontuações do *Functional Disability Inventory* (FDI) foi significativamente mais expressiva para o grupo de TCC, demonstrando comprometimento funcional mínimo dos pacientes no final do estudo.

LAZARIDOU et al. (2017) demonstrou que o grupo de TCC apresentou reduções maiores na catastrofização e produziu diminuições significativas na dor.

No estudo de MIRÓ et al. (2011) o grupo de TCC apresentou melhora significativa no estado de alerta, no funcionamento executivo, na qualidade do sono e uma tendência de melhora no funcionamento diário em comparação com o grupo de higiene do sono, que praticamente não apresentou alterações. A TCC melhorou moderadamente o desempenho diário e os resultados demonstraram que a mudança na qualidade do sono está relacionada à melhora no funcionamento executivo. Não houve efeito significativo para intensidade da dor, ansiedade e depressão e nenhuma mudança foi observada no índice de atenção-orientação.

No artigo de REDONDO et al. (2004) alguns itens do FIQ (incluindo rigidez e a pontuação total) e algumas estratégias para lidar com a dor melhoraram significativamente em ambos os grupos. Todas as variáveis que medem a capacidade funcional melhoraram significativamente no grupo controle, enquanto apenas a atividade física da coluna vertebral melhorou no grupo de TCC. Não houve diferenças na ansiedade, depressão e autoeficácia após

o tratamento em nenhum dos grupos. Após um ano de acompanhamento, a maioria dos parâmetros havia retornado aos valores da avaliação inicial em ambos os grupos: entretanto, no grupo controle, a capacidade funcional permaneceu significativamente melhor. As estratégias de relaxamento ainda estavam sendo usadas pelos pacientes da TCC após um ano de acompanhamento, único item que apresentou uma diferença significativa entre os grupos.

Os dados de SEPHTON et al. (2007) demonstram que os sintomas depressivos melhoraram significativamente entre os participantes do tratamento em comparação aos do grupo controle. Além disso, as análises revelaram um efeito persistente do tratamento, em um nível de significância semelhante em todas as mensurações. A maioria (86%) dos participantes do grupo de tratamento relatou continuar usando pelo menos uma das técnicas de MBSR: no final do estudo tiveram a maior redução dos sintomas depressivos. Foram encontrados efeitos significativos da prática da meditação nos sintomas somáticos, mas não nos sintomas cognitivos da depressão.

SIL et al. (2014) avaliou que, no grupo da TCC, 48% dos pacientes obtiveram uma melhora estatisticamente relevante na incapacidade funcional, em comparação com 40% dos pacientes do grupo controle. Ao final do estudo, 20% dos pacientes em educação sobre FM demonstraram índices do FDI mais disfuncionais, em comparação com apenas 8% em TCC.

THIEME et al. (2016) aponta que na avaliação inicial, os pacientes com FM em comparação com os sem diagnóstico, apresentaram pressão arterial diastólica (PAD) e níveis da eletromiografia de superfície (EMG) significativamente mais baixos, além de nível de condutância cutânea (NCC) e frequência cardíaca mais elevados. Somente o grupo de Terapia Comportamental (TC) apresentou um aumento significativo na PAD e a TCC reduziu significativamente o NCC. A TC e a TCC apresentaram um aumento significativo na EMG e PAD e reduziram significativamente a intensidade da dor. Apenas a TC apresentou melhoria significativa na tensão muscular. Os pacientes tratados com TC e 45,2% dos tratados com TCC classificaram sua dor como reduzida de forma significativa. Os participantes apresentaram correlações negativas entre a intensidade da dor e a EMG e correlação positiva entre a intensidade da dor e a PAD.

THIEME, FLOR & TURK (2006) concluíram que os pacientes que receberam a TCC ou a TC relataram redução significativa na intensidade da dor, catastrofização e limitações funcionais. Além disso, o grupo da TCC relatou melhorias significativas no enfrentamento adaptativo, nas variáveis cognitivas e na angústia afetiva, e o grupo da TC no funcionamento físico e nas variáveis comportamentais, diminuindo comportamentos dolorosos e a frequência

em consultas médicas. Os efeitos pós-tratamento dos grupos foram mantidos e não houve diferença significativa entre a TCC e a TC.

Os dados de THIEME, TURK & FLOR (2007) apontam que 53,5%, 45,2% e 5% dos pacientes dos grupos de TC, TCC e controle, respectivamente, relataram melhorias clinicamente significativas na intensidade da dor. Da mesma forma, 58,1%, 38,1% e 7,5% dos pacientes relataram melhorias na incapacidade física. A duração da dor, bem como os fatores psicológicos e comportamentais não previram reduções na intensidade da dor, não havendo preditores de resposta ao tratamento significativos na pesquisa.

Em VALLEJO et al. (2015) os grupos TCC e TCC online demonstraram melhorias na angústia psicológica, depressão, catastrofização, ruminação e na utilização do relaxamento como estratégia de enfrentamento. Com relação à pontuação do FIQ, à maximização e ao repouso, apenas o grupo da TCC apresentou melhorias. O grupo online apresentou melhoria na autoeficácia e no teste *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS) que não foi obtida no outro tratamento. Os índices do *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI) e a vigilância melhoraram apenas no grupo controle. Não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos grupos para pedir ajuda e procurar apoio social, persistência, exercício/alongamento e autoafirmações de enfrentamento. Os resultados obtidos no pós-tratamento foram mantidos ou melhorados apenas no grupo online.

A conclusão de ZABIHIYEGANEH et al. (2019) foi que a TCC não só melhorou os índices dos instrumentos utilizados, mas também resultou em uma redução significativa na concentração sérica de IL-6 e IL-8, que são os principais mediadores inflamatórios da FM. Foi encontrada uma correlação significativa entre o nível sérico de IL-8 e as pontuações do *Widespread Pain Index* (WPI) dos pacientes. Os resultados também revelaram que as citocinas séricas poderiam ser usadas como biomarcadores da eficácia do tratamento em pacientes com FM.

Uma síntese dos resultados é apresentada na **Figura 2**, bem como os objetivos e instrumentos utilizados pelos estudos.

Figura 2 – Objetivos dos estudos, instrumentos utilizados e principais resultados

Referência	Objetivos	Instrumentos	Resultados
ALDA et al. (2011)	"Avaliar a eficácia da TCC para o tratamento da catastrofização"	Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ); European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D); FIQ; Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); Pain Catastrophizing Scale (PCS); tender points;VAS	Redução da catastrofização, ansiedade, depressão e dor; aumento da aceitação e funcionalidade
CASTEL et al. (2012)	"Comparar a eficácia da TCC e da TCC com hipnose entre si e com os tratamentos convencionais"	Coping Strategies Questionnaire (CSQ); FIQ; HADS; Medical Outcomes Study (MOS-Sleep Scale); Numeric Rating Scale for pain (NRS)	Melhora da dor, catastrofização, angústia, sono e pontuação do FIQ
GÓMEZ-PÉREZ et al. (2020)	"Testar a viabilidade e a eficácia da TAC, utilizando o app e comparando tratamento individual e grupal"	Pain Monitor App	Melhora do sono, dor, fadiga e tristeza; não houve evidência a favor de um tratamento
KASHIKAR-ZUCK et al. (2012)	"Testar se a TCC é superior à educação em FM na redução da incapacidade funcional, dor e sintomas depressivos em jovens"	Avaliação do médico; Children's Depression Inventory (CDI); Functional Disability Inventory (FDI); Pediatric Quality of Life - Generic Core Scales and Rheumatology Module (PedsQL); tender points;VAS	Redução da incapacidade funcional, depressão, dor e melhoria nos índices do FDI
LAZARIDOU et al. (2017)	"Avaliar os efeitos da TCC nos circuitos cerebrais subjacentes à hiperalgesia e explorar o papel da redução da catastrofização"	BDI; Brief Pain Inventory (BPI); Cuff Pain Algometry (CPA); Ressonância Magnética Funcional (fMRI); PCS; Short form 36 health survey (SF-36); Symptom Severity Questionnaire (SySQ); VAS-F; Widespread Pain Index (WPI)	Redução da catastrofização e dor, relacionadas aos circuitos
MIRÓ et al. (2011)	"Analisar os efeitos da TCC para insônia em 3 funções atencionais (alerta, orientação e função executiva) e outros resultados adicionais (sono, dor, depressão, ansiedade e funcionamento diário)"	Attentional Network Test-Interactions (ANT-I); FIQ; HADS; McGill Pain Questionnaire (MPQ); Polissonografia; Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Melhora no estado de alerta, funcionamento executivo, qualidade do sono, funcionamento diário e pontuação do FIQ
REDONDO et al. (2004)	"Analisar a eficácia a longo prazo de 2 intervenções: TCC e exercício físico"	Avaliação da atividade física e da capacidade aeróbica; Beck Anxiety Inventory (BAI); BDI; Chronic Pain Coping Inventory (CPCI); Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS); FIQ; SF-36; tender points	Melhora na atividade física da coluna vertebral, pontuação do FIQ e estratégias de relaxamento
SEPHTON et al. (2007)	"Testar os efeitos da intervenção MBSR nos sintomas depressivos"	BDI; FIQ; Stanford Sleep Questionnaire (SSQ); VAS	Melhora dos sintomas depressivos
SIL et al. (2014)	"Examinar se a incapacidade funcional, a intensidade da dor, os sintomas depressivos, a autoeficácia para lidar com a dor e o histórico de dor dos pais previam a responsividade ao tratamento"	CDI; FDI; Pain Coping Questionnaire (PCQ); Parent Pain History Questionnaire (PPHQ); VAS	Melhora na incapacidade funcional e nos índices do FDI
THIEME et al. (2016)	"Determinar os efeitos psicofisiológicos da TC e da TCC em pacientes com FM"	Eletromiografia de superfície; frequência cardíaca níveis de condutância cutânea; pressão arterial	Redução da dor, tensão muscular e alterações positivas nas mensurações
THIEME, FLOR & TURK (2006)	"Avaliação dos efeitos dos tratamentos em TC e TCC para a FM"	Análise sanguínea; Escala Borkovec e Nau (1973); exame neurológico; FIQ; West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI); 32-item Pain-Related Self-Statements Scale (PRSS); Tübingen Pain Behaviour Scale (TBS); tender points	Redução da dor, catastrofização, limitações funcionais e angústia e melhora no enfrentamento
THIEME, TURK & FLOR (2007)	"Prever os efeitos da TCC e TC na FM"	Análise sanguínea; Escala Borkovec e Nau (1973); exame neurológico; FIQ; MPI; PRSS; TBS; tender points	Redução da dor, incapacidade física; não houve preditores
VALLEJO et al. (2015)	"Explorar a eficácia da TCC administrada pela Internet, no tratamento da FM em comparação com um protocolo idêntico de TCC presencial em grupo"	BDI; CPCI; CPSS; FIQ; HADS; PCS	Melhora na angústia, depressão, catastrofização, autoeficácia, pontuação do FIQ e CPSS
ZABIHIYEGANEH et al. (2019)	"Avaliar os efeitos da TCC em pacientes com FM, através da aferição de citocinas pró-inflamatórias"	Amostra de sangue; BAI-II; BDI-II; FIQ; WPI	Melhora dos índices dos instrumentos e redução das citocinas

3.6 Limitações e direcionamentos para pesquisas futuras

As limitações mais recorrentes nos artigos se referem à impossibilidade de atestar a validade da generalização dos resultados por conta da amostra selecionada, ao grande número de desistências (THIEME et al., 2016; THIEME, FLOR & TURK, 2006; ZABIHIYEGANEH et al., 2019) e aos medicamentos utilizados pelos pacientes não terem sido rigorosamente controlados (KASHIKAR-ZUCK et al., 2012; MIRÓ et al., 2011). REDONDO et al. (2004) e THIEME, TURK & FLOR (2007) não especificaram limitações.

Com relação aos direcionamentos para pesquisas futuras, duas sugestões foram mais recorrentes. A primeira seria realizar combinações entre diferentes tratamentos e personalizá-los de acordo com as necessidades de cada paciente (KASHIKAR-ZUCK et al., 2012; MIRÓ et al., 2011; SIL et al., 2014; THIEME et al., 2016; THIEME, FLOR & TURK, 2006; THIEME, TURK & FLOR, 2007) e a segunda, ampliar e aprimorar o estudo para permitir análises mais complexas (ALDA et al., 2011; GÓMEZ-PÉREZ et al., 2020; MIRÓ et al., 2011; REDONDO et al., 2004; SEPHTON et al., 2007; THIEME et al., 2016; THIEME, FLOR & TURK, 2006; ZABIHIYEGANEH et al., 2019).

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo sintetizar os dados de pesquisas empíricas que estimassem as contribuições das Terapias Cognitivo-Comportamentais para o tratamento da fibromialgia por meio de uma revisão sistemática da literatura disponível. Foi possível constatar a inexistência, até a data da pesquisa, de estudos realizados sobre a temática no cenário brasileiro. Considerando o fato já atestado no campo internacional de que os pacientes costumam relatar sintomas imprevisíveis e se deparam com tratamentos deficientes (HAUGMARK et al., 2021), essa área demonstra grande possibilidade para investigações futuras.

A partir dos resultados encontrados, verificou-se que as intervenções cognitivo-comportamentais promoveram efeitos satisfatórios aos participantes das pesquisas, em diferentes sintomas decorrentes da síndrome. Sintetizando os dados citados na **Figura 2**, com relação aos prejuízos físicos, houve redução na intensidade da dor, redução da incapacidade, maior qualidade do sono e melhora nos índices do *Fibromyalgia Impact Questionnaire*. No que se refere aos sintomas psicológicos, observou-se redução da catastrofização, diminuição da angústia psicológica, melhora nos índices de depressão e melhora da ansiedade.

É interessante ressaltar que a abordagem possui vasto arcabouço de técnicas e possibilidades de condução, fato evidenciado pela quantidade e diversidade de recursos utilizados nas intervenções realizadas. Essa pluralidade é observada também nos objetivos estabelecidos pelas pesquisas, que apesar de apontarem para diferentes aspectos relacionados à FM, convergem nos benefícios encontrados a partir do tratamento com a TCC. A escolha de instrumentos também fora bastante diversificada, ratificando a complexidade da síndrome (e consequentemente todos os desafios decorrentes), bem como corroborando com a ampla perspectiva de intervenção e pesquisa.

Considerando os dados coletados, foi possível verificar que a psicoterapia agrega melhorias mesmo sendo observada grande variabilidade na condução e duração das pesquisas.

Porém, é essencial levar em consideração que cada indivíduo apresenta características muito particulares que inevitavelmente irão interferir na eficácia de um protocolo de tratamento. Com relação às fragilidades encontradas, entende-se que é necessário ofertar um serviço multiprofissional e personalizado e que atualmente sequer os estudos apontam resultados e intervenções consistentes: “a maioria desses artigos não atende aos padrões de notificação e são tendenciosos na seleção de casos e controles” (WOLFE & RASKER, 2021), requerendo um fomento à qualidade e quantidade de investigações na área.

Verificou-se que, apesar de não ter sido apontada nas pesquisas, uma limitação crucial encontrada se refere aos diferentes critérios diagnósticos aplicados nos artigos. Essa é uma discussão suscitada pela própria *American College of Rheumatology* (ACR), referência primordial no diagnóstico de pacientes com quadros reumatológicos. Atualmente a fibromialgia é considerada a partir do julgamento clínico, baseado em sintomas biopsicossociais por conta da mudança feita no critério estabelecido em 1990, atualizado em 2010. A classificação antiga era principalmente pautada nos pontos dolorosos (*tender points*) e estabelecia padrões tão altos, difíceis de serem mensurados e dicotômicos que muitos pacientes não seriam diagnosticados, surgindo a necessidade de uma escala de gravidade e um amplo rol de prejuízos cognitivos e somáticos a serem considerados (WOLFE et al., 2010).

É importante destacar que as amostras estudadas eram predominantemente do sexo feminino. Apesar de ser um fator que impede a generalização confiável dos dados, observa-se na literatura que essa é uma questão recorrente, provavelmente decorrente de diferenças nos critérios, métodos de diagnóstico e particularidades culturais. Por isso, a relação entre FM e gênero ainda é “controversa e confusa” (WOLFE et al., 2018). Analisando estudos de epidemiologia, é possível observar que a prevalência da síndrome é expressivamente maior em mulheres, seja na média global (2,7% na população geral e 4,2% em mulheres) ou na variação entre os índices dos países (0,2 a 6,6% contra 2,4 a 6,8%); em homens a incidência é bem menor: média de 1,7% (MARQUES et al., 2017; QUEIROZ, 2013), o que acaba por justificar o perfil das amostras selecionadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados nesse estudo viabilizaram o entendimento da importância das Terapias Cognitivo-Comportamentais como parte do tratamento da fibromialgia, agregando benefícios que abrangem a sintomatologia da síndrome como um todo. Além disso, os resultados provenientes da revisão apontam para a necessidade de analisar tais contribuições no cenário nacional, adaptando os protocolos e instrumentos para a realidade brasileira.

É válido salientar a importância do incentivo à pesquisa nacional e o esforço necessário para que mais publicações sejam feitas, uma vez que o assunto trabalhado nesse texto ainda possui muitas lacunas no contexto internacional, quer seja referente à própria fibromialgia (critérios diagnósticos, entendimento da sintomatologia, tratamento adequado e instrumentos utilizados) ou sobre a abordagem frente à síndrome (eficácia comprovada, protocolos empregados, duração do tratamento e técnicas utilizadas). Assim, o presente trabalho, apesar das limitações, apresenta-se como um primeiro passo na sistematização da temática e incentivo a investigações futuras.

REFERÊNCIAS

- ALDA, Marta et al. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. **Arthritis research & therapy**, v. 13, p. 1-13, 2011. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/ar3496>>. Acesso em: 9 fev. 2023.
- ANG, Dennis C. et al. Combining cognitive behavioral therapy and milnacipran for fibromyalgia: a feasibility randomized-controlled trial. **The Clinical journal of pain**, v. 29, n. 9, p. 747, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185390/>>. Acesso em: 9 fev. 2023.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática** [recurso eletrônico] 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BREAKWELL, G. M. et al. **Métodos de Pesquisa em Psicologia** [recurso eletrônico]. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CASTEL, Antoni et al. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 3, p. 255-265, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152659001100887X>>. Acesso em: 9 fev. 2023.
- COCHRANE COLLABORATION. **About Cochrane Reviews: What is a systematic review?** Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-reviews/>>. Acesso em: 2 abr. 2023.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2022. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2022
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** [recurso eletrônico]. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GÓMEZ-PÉREZ, María Camino et al. Brief acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: Feasibility and effectiveness of a replicated single-case design. **Pain Research and Management**, v. 2020, 2020. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/prm/2020/7897268/>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GUANILO, Mónica Cecilia De la Torre Ugarte; TAKAHASHI, Renata Ferreira; BERTOLOZZI, Maria Rita. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/CRjvBKKvRRGL7vGsZLQ8bQj/?format=pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2023.

HAUGMARK, Trond et al. Effects of a mindfulness-based and acceptance-based group programme followed by physical activity for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. **BMJ open**, v. 11, n. 6, p. e046943, 2021. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e046943.abstract>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

JENSEN, Karin B. et al. Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. **Pain**, v. 153, n. 7, p. 1495-1503, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304395912002382>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

KASHIKAR-ZUCK, Susmita et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: A multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. **Arthritis & Rheumatism**, v. 64, n. 1, p. 297-305, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.30644>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

LAZARIDOU, Asimina et al. Effects of cognitive-behavioral therapy (CBT) on brain connectivity supporting catastrophizing in fibromyalgia. **The Clinical journal of pain**, v. 33, n. 3, p. 215, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5296218/>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MARQUES, Amelia Pasqual et al. A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 57, p. 356-363, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/cTj6DDGF8gGhMHHNksTMYjR/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 20 out. 2023.

MIRÓ, E. et al. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. **Journal of Health Psychology**, v. 16, n. 5, p. 770-782, 2011. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105310390544>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MOZH, Arun; ARUMUGAM, Narkeesh. Efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com fibromialgia: um único estudo cego, randomizado e controlado. **Rev. Pesqui. Fisioter**, p. 40-49, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1252841>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

QUEIROZ, Luiz Paulo. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Current pain and headache reports**, v. 17, p. 1-6, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-013-0356-5>>. Acesso em: 20 out. 2023.

REDONDO, Javier Rivera et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. **Arthritis Care & Research**, v. 51, n. 2, p. 184-192, 2004. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.20252>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SEPHTON, Sandra E. et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. **Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology**, v. 57, n. 1, p. 77-85, 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.22478>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SERRAT, Mayte et al. Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and mindfulness in patients with fibromyalgia (FIBROWALK study): A randomized controlled trial. **Physical Therapy**, v. 101, n. 12, p. pzab200, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article/101/12/pzab200/6362860>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SERRAT, Mayte et al. Effectiveness of two video-based multicomponent treatments for fibromyalgia: The added value of cognitive restructuring and mindfulness in a three-arm randomised controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 158, p. 104-188, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796722001590>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SIL, Soumitri et al. Identifying treatment responders and predictors of improvement after cognitive-behavioral therapy for juvenile fibromyalgia. **Pain®**, v. 155, n. 7, p. 1206-1212, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304395914001043>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SILVA, Daiane Soares; ROCHA, Eliana Porto; VANDENBERGHE, Luc. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 335-343, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436008.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2023.

SULLIVAN, Michael J. L. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. **The Clinical journal of pain**, v. 17, n. 1, p. 52-64, 2001. Disponível em: <https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2001/03000/Bias__Effects_in_Three_Common_Self_Report_Pain.8.aspx>. Acesso em: 20 out. 2023.

THIEME, K. et al. Differential psychophysiological effects of operant and cognitive behavioural treatments in women with fibromyalgia. **European Journal of Pain**, v. 20, n. 9, p. 1478-1489, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.872>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

THIEME, Kati; FLOR, Herta; TURK, Dennis C. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. **Arthritis research & therapy**, v. 8, n. 4, p. 1-12, 2006. Disponível em: <<https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar2010>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

THIEME, Kati; TURK, Dennis C.; FLOR, Herta. Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. **Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology**, v. 57, n. 5, p. 830-836, 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.22778>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

VALLEJO, Miguel A. et al. Internet versus face-to-face group cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: a randomized control trial. **Journal of Psychiatric Research**, v. 68, p. 106-113, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395615001776>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

VAN KOULIL, S. et al. Cognitive-behavioral mechanisms in a pain-avoidance and a pain-persistence treatment for high-risk fibromyalgia patients. **Arthritis Care & Research**, v. 63, n. 6, p. 800-807, 2011. Disponível em: <<https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.20445>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

WOLFE, Frederick et al. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. **PloS one**, v. 13, n. 9, p. e0203755, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203755>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WOLFE, Frederick et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care & Research**, v. 62, n. 5, p. 600-610, 2010. Disponível em: <<https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.20140>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

WOLFE, Frederick; RASKER, Johannes J. The evolution of fibromyalgia, its concepts, and criteria. **Cureus**, v. 13, n. 11, 2021. Disponível em: <https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/78424/20211229-28655-m7r6d6.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZABIHIYEGANEH, Mozhdeh et al. The effect of cognitive behavioral therapy on the circulating proinflammatory cytokines of fibromyalgia patients: A pilot controlled clinical trial. **General Hospital Psychiatry**, v. 57, p. 23-28, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834318303876>>. Acesso em: 09 fev. 2023.