



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PENSE SAUDÁVEL: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E INCREMENTO DA QUALIDADE DE VIDA**

Lia Silvia Kunzler

Brasília, março 2011



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PENSE SAUDÁVEL: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E INCREMENTO DA QUALIDADE DE VIDA**

Lia Silvia Kunzler

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de Brasília, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde,
área de concentração Psicologia da Saúde**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, março 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE
BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Departamento de Psicologia Escolar e Desenvolvimento - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé - Membro
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Gandolfo Conceição - Membro
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern - Suplente
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Brasília, março 2011

DEDICATÓRIA

A meus pais e
a meus pacientes

AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento a Deus, por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais. Cada uma delas contribuiu com sua maneira peculiar e saudável para me auxiliar e para, assim, conseguir concluir esta etapa tão importante e significativa.

Agradeço à professora Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo que, sem me conhecer, tomou a decisão de me aceitar como sua orientanda, com sua generosidade e acolhimento, soube me ensinar, direcionar e servir de exemplo de determinação e perseverança.

Aos membros da banca, os professores Bernard Pimentel Rangé, Maria Inês Gandolfo Conceição e Maurício da Silva Neubern pela relevante contribuição para este estudo.

Agradeço aos terapeutas cognitivos Bernard Pimentel Rangé, Irismar Reis de Oliveira, Melanie Ogliari Pereira e Paulo Knapp que, como meus professores, participaram do enriquecimento do presente trabalho em prol da construção do comportamento de pensar saudável.

Agradeço à professora Elizabeth Queiroz e a Felipe Valentine, que, em momentos críticos e de forma bastante diferenciada, me auxiliaram em etapas cruciais para a conclusão do trabalho. Agradeço também a Rogério Alves Lima, que desempenhou seu papel de auxiliar de pesquisa com dedicação e interesse.

Agradeço de modo especial a Neide Aparecida Gomes, vice-diretora da Biblioteca Central (BCE) da Universidade de Brasília (UnB) e a Myrnian Martins, que desempenharam papel fundamental na divulgação da pesquisa junto aos servidores da BCE, o que resultou na execução do projeto.

Às participantes dos dois grupos de pesquisa, sem as quais não teria sido possível avaliar a eficácia da técnica, aplicada em grupo, em uma unidade da instituição da qual são servidoras.

Aos demais pós-graduandos que sempre se disponibilizaram a ajudar e tornar a travessia o mais saudável possível, em especial a Lilian Meire de Oliveira Pinto, que ajudou a solucionar problemas que pareciam insolúveis. Agradeço também a toda a equipe de apoio do Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS).

À equipe do Serviço de Assistência Médica (SAM) do Decanato de Assuntos Comunitários (DAC) da UnB, em especial ao Dr. Nilton Farias Pinto, a Soraya Waikim Baptista e a Mariana Leal Schmidt.

Agradeço a Angélica Campos Rafael, fisioterapeuta que não cuidou somente de meu ombro, mas também trocou experiências de seu próprio processo para que eu me mantivesse o mais saudável possível.

A toda a equipe do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Atividade Física para Idosos (GEPAFI), em especial a Marisete, Marcio, Juliana, Thaís e Cláudia, pelo carinho com que me “adotaram” em seu grupo e pela prontidão e naturalidade com que me ajudaram.

Às amigas Feng e Audrey, que me incentivaram a colocar em prática minhas propostas ao longo dos anos e também acreditaram que a terapia cognitiva é uma técnica potencialmente eficaz que pode fazer a diferença no atendimento daqueles que procuram o nosso auxílio em momentos de sofrimento.

Agradeço a meu irmão Laerte, pelo apoio na preparação do material utilizado na pesquisa, bem como para a confecção dos pôsteres decorrentes dela.

A minha filha Renata, que incondicionalmente e incessantemente me auxiliou com as suas habilidades “gráficas” e “informáticas”. Agradeço também por ela e meu genro, Marcus Vinicius, terem me presenteado durante o mestrado com a minha netinha, Rafaella.

Ao meu marido, que me chamou a atenção para o processo de tomada de decisão entre trancar ou continuar no curso de Medicina, quando nossa filha nasceu. Minha primeira lembrança sobre suposições data daquela época, pois ele falou: “Se tu trancares, então tu dificilmente concluirá o curso. Só faltam três semestres”. Ele sempre apoiou incondicionalmente minhas decisões e possibilitou que sonhos fossem realizados.

RESUMO

Nas últimas décadas, apesar dos avanços alcançados em saúde, ainda persistem desafios conceituais, metodológicos e técnicos acerca da promoção da saúde e do incremento da qualidade de vida da população em geral. Neste sentido, é importante investigar as contribuições de diferentes abordagens psicológicas para subsidiar ações no nível primário de assistência. Sendo assim, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de aplicar e avaliar uma técnica denominada “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, elaborada com base nas orientações gerais da Terapia Cognitiva. Essa técnica específica propõe a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional e a identificação das emoções, comportamentos e consequências. A intervenção focalizou, de um lado, a redução de comportamentos não saudáveis, e de outro lado, a construção e a manutenção de comportamentos saudáveis. Participaram desta proposta – intitulada ‘Projeto Pense Saudável’ – 18 servidoras de uma instituição de ensino superior, divididas em dois grupos de oito e 10 integrantes. A pesquisa foi previamente autorizada por comitê de ética reconhecido e todos os participantes expressaram sua concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas etapas de admissão e de encerramento da atividade, foram respondidos questionários individualizados e complementados pela aplicação dos seguintes instrumentos: Versão Abreviada de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - *brief*), Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e Inventário Beck de Depressão (BDI). A intervenção propriamente dita abrangeu 12 sessões grupais organizadas semanalmente. Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 16.0). Utilizou-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test* para a comparação das etapas de admissão e de encerramento. Em relação à qualidade de vida, os dados referentes aos seis domínios do WHOQOL - *brief* somente não apresentaram resultados estatisticamente significativos no domínio ‘relações sociais’. Na análise do Questionário - Etapa de Encerramento, 89% dos participantes afirmaram que houve melhora. Quanto aos escores de ansiedade, não se verificaram mudanças significativas ao final da avaliação ($p=0,259$). Em contrapartida, os escores de depressão indicaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$), ao se comparar ambas as etapas. A análise de conteúdo das respostas obtidas com o exercício sistematizado identificou oito categorias gerais de comportamentos saudáveis: relacionar-se bem com outras pessoas, estudar, controlar as emoções, ter disciplina, parar de ruminar acontecimento do passado, ser organizada, melhorar o autocuidado e concluir tarefas. Em relação às emoções e aos sentimentos, a rejeição, a ansiedade, o medo, a tristeza, a raiva e a incerteza foram as unidades temáticas mais frequentes. Em suma, os resultados mostram que a técnica proposta pode contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. Porém, sugere-se a realização de investigações sobre a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional com amostras maiores e diversificadas. Recomenda-se a condução de pesquisas acerca das vantagens decorrentes da complementação com sessões mensais destinadas ao monitoramento dos resultados alcançados.

Palavras-chave: terapia cognitiva; promoção da saúde; qualidade de vida; psicoeducação; intervenção grupal.

ABSTRACT

In recent decades, despite the advances in health, it still remains conceptual, methodological and technical challenges on the health promotion and improvement of population's quality of life in general. In this concept, it is important to investigate the contributions of different psychological approaches to support programs in primary care. Therefore, it was carried out a research in order to implement and assess a technique called "Decision Making and Quality of Life", developed based on the general guidelines of Cognitive Therapy. This particular technique offers the cognitive restructuring at the level of conditional belief and the identification of emotions, behaviors and consequences. The intervention focused, on the one hand, on the reduction of unhealthy behaviors, and on the other hand, on the construction and maintenance of healthy behaviors. Eighteen employees from a higher education institution, divided into two groups of eight and ten members, participated in this proposal - titled "Think Healthy Project". The research was previously approved by an accredited ethics committee and all participants expressed their agreement by signing a Free Consent Term. In the stages of admission and conclusion of activity, individualized and complemented questionnaires were completed by the following instruments: Abbreviated Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – *bref*), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). The intervention itself included 12 group sessions held weekly. Quantitative data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0). It was used the Wilcoxon Signed Ranks Test to compare the stages of admission and conclusion. As for the quality of life, the data for the six domains regarding to the WHOQOL – *bref*, did not showed statistically significant results only in the 'social relationships' domain. In the questionnaire analysis of conclusion stage, 89% of participants reported an improvement. As for the anxiety scores, there were no significant changes by the end of evaluation ($p = 0.259$). In contrast, the depression scores showed significant differences ($p = 0.019$), when comparing both stages. From the content analysis of answers obtained with systematic exercise, it was drawn out eight broad categories of health behaviors: relate well with others, study, control emotions, be disciplined, stop ruminating past event, be organized, improve self-care and complete tasks. In relation to emotions and feelings, rejection, anxiety, fear, sadness, anger and uncertainty were the most frequent thematic units. In short, this research suggests that the proposed technique can contribute to health promotion and quality of life. However, it is suggested to conduct investigations on the cognitive restructuring at the level of conditional belief with larger and diverse samples. It is recommended to conduct research on the benefits resulting from supplementation of monthly sessions aimed at monitoring outcomes.

Keywords: cognitive therapy; health promotion; quality of life; psychoeducation; group intervention.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO: PERSPECTIVAS CONCEITUAIS PARA CONSTRUÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS.....	19
1.1. Promoção da saúde.....	19
1.2. Qualidade de vida.....	24
1.3. Tomada de decisão: alguns aspectos relevantes.....	28
CAPÍTULO 2 – TERAPIA COGNITIVA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO ATUAL	32
2.1. Terapia Cognitiva: Evolução Histórica, Bases Teóricas e Metodológicas.....	32
2.2. Panorama Atual da Terapia Cognitiva: Tendências e Desafios em Pesquisa.....	41
CAPÍTULO 3 – SISTEMATIZAÇÃO DE UMA TÉCNICA ESPECÍFICA EM TERAPIA COGNITIVA.....	46
3.1. Princípios básicos e desenvolvimento da técnica.....	46
3.2. Caracterização da técnica: elementos constitutivos e etapas de aplicação.....	52
CAPÍTULO 4 – DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO	58
4.1. Objetivos	58
4.2. Método	59
4.2.1. Local.....	59
4.2.2. Participantes	59
4.2.3. Instrumentos.....	60

4.2.3.1. Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - <i>brief</i>).....	60
4.2.3.2. Inventário Beck de Ansiedade (BAI).....	60
4.2.3.3. Inventário Beck de Depressão (BDI).....	61
4.2.3.4. Questionário - Etapa de Admissão.....	61
4.2.3.5. Questionário sobre Fatores Associados à Prática da Técnica.....	62
4.2.3.6. Questionário - Etapa de Encerramento.....	62
4.3. Procedimentos éticos.....	62
4.4. Procedimentos para coleta de dados.....	63
4.5. Procedimentos para análise dos dados.....	64
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1. Promoção da saúde e tomada de decisão.....	65
5.1.1. Comportamento não saudável.....	65
5.1.1.1. Emoções e o comportamento não saudável.....	66
5.1.1.2. Crenças condicionais e o comportamento não saudável.....	67
5.1.1.3. Desvantagens decorrentes do comportamento não saudável.....	68
5.1.2. Comportamento saudável.....	69
5.1.2.1. Emoções prejudiciais ao comportamento saudável.....	70
5.1.2.2. Crenças condicionais e o comportamento saudável.....	71
5.1.2.3. Vantagens decorrentes do comportamento saudável.....	71
5.1.2.4. Comportamento mantido ao final da intervenção.....	72
5.2. Qualidade de Vida.....	73
5.2.1. Análise quantitativa.....	73
5.2.2. Análise qualitativa.....	75
5.2.3. Conceito de qualidade de vida pré e pós - intervenção.....	77
5.3. Ansiedade.....	77
5.4. Depressão.....	78
5.5. Fatores prejudiciais e facilitadores para a prática da Técnica.....	79
5.5.1. Fatores prejudiciais para a prática da Técnica.....	80

5.5.1.1. Fatores relacionados à participante	80
5.5.1.2. Fatores relacionados à técnica.....	81
5.5.1.3. Fatores externos.....	82
5.5.1.4. Fatores relacionados à mudança.....	83
5.5.2. Fatores facilitadores para a prática da Técnica	83
5.5.2.1. Fatores relacionados à técnica.....	84
5.5.2.2. Resultados alcançados.....	85
5.5.2.3. Fatores relacionados à participante	85
5.5.2.4. Fatores relacionados à terapia em grupo	86
5.5.2.5. Fatores relacionados à terapeuta.....	87
5.6. Avaliação da intervenção pelas participantes.....	88
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	
Anexo 1 – TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE DE VIDA.....	111
Anexo 2 – TOMADA DE DECISÃO	112
Anexo 3 – A MUDANÇA DE UM COMPORTAMENTO NÃO SAUDÁVEL	113
Anexo 4 – COMO EU NÃO QUERO TOMAR UMA DECISÃO E VOLTAR ATRÁS, ENTÃO	114
Anexo 5 – PREPARAÇÃO COGNITIVA PARA O EXPERIMENTO COMPORTAMENTAL	115
Anexo 6 – REGISTRO DIÁRIO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS	116
Anexo 7 – MONITORAMENTO SEMANAL DE ATIVIDADES.....	117
Anexo 8 – PENSAMENTO DE REFLEXÃO E CARTÕES DE ENFRENTAMENTO	118
Anexo 9 – WHOQOL - ABREVIADO.....	119
Anexo 10 – BAI	123
Anexo 11 – BDI	124
Anexo 12 – QUESTIONÁRIO - ETAPA DE ADMISSÃO	126
Anexo 13 – QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA TÉCNICA	127
Anexo 14 – QUESTIONÁRIO - ETAPA DE ENCERRAMENTO	128

Anexo 15 – PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA	129
Anexo 16 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130
Anexo 17 – CONTRATO DE SIGILO	131
Anexo 18 – DADOS REFERENTES À QUALIDADE DE VIDA DE P18	132
Anexo 19 – CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA - ETAPA DE ADMISSÃO E DE ENCERRAMENTO.....	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis e escores do BAI para pacientes psiquiátricos	61
Tabela 2. Níveis e escores do BDI para pacientes psiquiátricos	61
Tabela 3. Sequência das sessões de intervenção grupal	63
Tabela 4. Resultados dos domínios do WHOQOL- <i>bref</i> - antes e após a intervenção	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Níveis de cognição e intervenção proposta.....	38
Figura 2. Níveis de cognição: representação gráfica e etapas de reestruturação.....	49
Figura 3. Comportamentos não saudáveis identificados.	66
Figura 4. Emoções e sentimentos mantenedores do comportamento não saudável.....	67
Figura 5. Comportamentos saudáveis identificados.....	69
Figura 6. Emoções e sentimentos que interferem no comportamento saudável.....	70
Figura 7. Comportamento mantido pós-intervenção.....	73
Figura 8. Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para os domínios de qualidade de vida.	75
Figura 9. Melhora da qualidade de vida percebida após intervenção.	75
Figura 10. Resultados do Inventário Beck de Ansiedade nas etapas pré-intervenção e pós-intervenção.	78
Figura 11. Resultados do Inventário Beck de Depressão nas etapas pré-intervenção e pós-intervenção.	79
Figura 12. Fatores que dificultam a prática das técnicas.....	80
Figura 13. Fatores relacionados às participantes.....	81
Figura 14. Fatores da técnica.	81
Figura 15. Fatores externos.....	82
Figura 16. Fatores relacionados à mudança.	83
Figura 17. Fatores que facilitam a prática das técnicas.....	84
Figura 18. Fatores relacionados à técnica.	84
Figura 19. Efeitos associados à intervenção.....	85
Figura 20. Fatores relacionados às participantes.....	86
Figura 21. Fatores da terapia em grupo.....	86
Figura 22. Fatores referentes à terapeuta.	87

INTRODUÇÃO

A literatura aponta que a combinação de tratamentos é um importante auxílio para a prática clínica. Minha atuação como psiquiatra, voltada para pacientes adultos, ressalta, de forma recorrente, a percepção de que o tratamento medicamentoso pode ser mais eficaz com o auxílio de intervenções psicoterápicas. Contudo, sabe-se que a formação na área de saúde ainda é mais teórica do que prática, o que traz uma dificuldade no cotidiano profissional, visto que, muitas vezes, as intervenções são aleatórias, sem uma real possibilidade de avaliação de sua eficácia.

A presente dissertação é a avaliação da aplicação de uma técnica elaborada e sistematizada em anos de prática clínica e treinamento específico na área de saúde mental. Essa técnica foi desenvolvida diante da necessidade de um recurso terapêutico que fosse eficaz em complementar o tratamento medicamentoso oferecido aos pacientes em acompanhamento psiquiátrico. A observação de que o controle de sintomas com o uso de psicofármacos era insuficiente para minimizar as reações do paciente em situações de vulnerabilidade e a manutenção de respostas não adaptativas, apesar do sofrimento experienciado, trouxeram a percepção de que algum recurso adicional deveria ser oferecido. Além disso, a alta expectativa pessoal e familiar em torno do uso da medicação parecia tirar do paciente sua responsabilidade e possibilidade de ser o agente de seu tratamento. Procurou-se assim uma forma de facilitar a tomada de decisão por padrões saudáveis, apesar das adversidades enfrentadas pelos pacientes e seus familiares, no que fosse possível, a partir da análise de recursos já existentes e identificação de outros a serem desenvolvidos.

Em 2002, a Associação Psiquiátrica de Brasília ofereceu um curso introdutório de Terapia Cognitiva (TC), ministrado por dois psiquiatras e terapeutas cognitivos. Seguindo a orientação dos professores e por ter a oportunidade de ter aula com o próprio Aaron Beck, o curso de especialização em TC no Instituto Beck, Filadélfia, constituiu a etapa seguinte de minha formação. A conclusão do curso e aprovação no processo de avaliação para tornar-se membro da Academia de Terapia Cognitiva (ACT) favoreceram o contato com vários terapeutas, muitos deles envolvidos em pesquisas.

A aplicação dos princípios e técnicas aprendidos tornou-se um desafio no contexto de saúde pública. Como servidora da Universidade de Brasília (UnB) no Serviço de Assistência Médica (SAM) do Decanato de Assuntos Comunitários (DAC) da UnB fui confrontada com a tarefa de integrar uma equipe para prestar assistência a um número grande de servidores, ativos e aposentados, seus dependentes e alunos sem condições econômicas de custear o acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico. A relação número de profissionais *versus* número de pacientes demandou ações da equipe no sentido de acolher essa clientela e viabilizar o melhor

acompanhamento. Ao longo dos anos, algumas experiências permitiram a compreensão de questões relevantes relacionadas à promoção da saúde. Embora o foco inicial tenha sido no tratamento das patologias, a reflexão da prática instituída levou à consideração de que melhor seria trabalhar não com a doença, mas com a saúde. Atendimentos individuais e em grupo reforçaram esse fato.

Em 2006, os usuários que participaram do atendimento em grupo ainda tinham o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo como critério de inclusão. Em 2007, foi iniciado um grupo aberto aos beneficiários do serviço que buscavam espontaneamente o SAM, com outra patologia ou mesmo sem ter recebido um diagnóstico psiquiátrico prévio. Paralelo e concomitante a essas ações, o trabalho de intervenção se tornava mais consistente em termos de um delineamento próprio. A observação da melhora e a prevenção de recaída em participantes com diferentes diagnósticos chamaram a atenção para a necessidade de realização de estudos mais sistemáticos, visando melhor entendimento dos processos envolvidos a partir do uso dessa metodologia específica. A aprovação no processo de seleção do Mestrado no Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde / PGPDS - 2009/2010 constitui-se a etapa atual de minha formação.

A proposta desenvolvida nesta dissertação almeja contribuir para a formação de outros profissionais de saúde, visto que o compromisso com a assistência integral, decorrente do modelo biopsicossocial, traz a necessidade de que, cada vez mais, as intervenções sejam fundamentadas e mostrem sua efetividade. Sabe-se que questões como gênero, idade, diagnóstico, tempo de tratamento e acesso a serviço de saúde são variáveis que interferem diretamente no processo saúde-doença. Muitas vezes, o profissional se vê sobrecarregado com essas variáveis e a necessidade de oferecer um cuidado, que represente uma atenção individualizada e exequível, parece inalcançável. A terapia cognitiva é uma importante ferramenta de trabalho, porque alia a possibilidade de consideração das variáveis individuais com uma proposta viável no tempo. Apresenta uma respeitável contribuição relacionada à abordagem em grupo, o que é relevante, considerando a grande procura pelos serviços de saúde. Embora algumas críticas sejam feitas a essa abordagem, a TC não é um conjunto de aplicação de técnicas e a competência do terapeuta é necessária para garantir a eficácia dos procedimentos.

Paciente e terapeuta estudam as dificuldades que em situações variadas acarretam efeitos danosos em diversas áreas de desempenho de funções. Tais dificuldades são pensadas em termos dos três níveis de cognição: pensamento automático, crença condicional e crença nuclear. A partir dessa análise, objetivos específicos são definidos com o paciente.

Como exposto, a formação no Instituto Beck e minha experiência profissional, tanto em contexto de clínica privada quanto em instituição pública, em atendimento individual e em grupo, deram origem à necessidade de avaliação da sistematização da técnica de TC “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” e à condução do presente estudo. A técnica explora não somente a

conceituação cognitiva da distorção como também das cognições saudáveis, abordando sobretudo a crença condicional.

A TC apresenta características que facilitam a autonomia do paciente em relação à tomada de decisão. A informação é a base do diálogo e da troca com o paciente e é fundamental para que ele se torne o seu próprio terapeuta. Por ser empiricamente colaborativa, é uma técnica que privilegia uma decisão compartilhada pela saúde. O incentivo para a prática das habilidades cognitivas fortalece as bases para uma melhora na qualidade de vida (QV). A tomada de decisão pelos comportamentos saudáveis é fortalecida por uma atitude que não se baseia somente na emoção, mas também na razão. Considerando que a atenção à QV da comunidade é uma prática cada vez mais requisitada no SAM-DAC-UnB, a TC constitui contribuição para a promoção da saúde e também para atender a essa demanda crescente - sensibilizada por ações institucionais - sem comprometer a eficácia e os resultados.

Em função das perspectivas teóricas e assistenciais destacadas, propôs-se a realização de uma pesquisa voltada para as seguintes questões:

- a) Quais emoções e pensamentos estão envolvidos na manutenção de comportamentos não saudáveis? E em relação à construção de comportamentos saudáveis?
- b) Como se caracteriza a tomada de decisão por comportamentos saudáveis?
- c) A técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” contribui para a promoção da saúde?
- d) Existem ganhos de QV entre os participantes após a intervenção com essa técnica? Em que domínios?
- e) Existe diferença significativa nos escores totais nas medidas de ansiedade e depressão avaliados com a utilização da Escala Beck de Ansiedade - BAI e da Escala Beck de Depressão - BDI, antes e após a intervenção?
- f) Como os participantes adotam a técnica? Quais são as dificuldades que encontram para praticá-la em seu dia a dia? O que pode facilitar?
- g) Quais são as vantagens e limitações da técnica?
- h) A técnica pode ser empregada no espaço institucional?

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Central da UnB. A decisão de efetuar a coleta de dados na instituição está diretamente relacionada ao fato de esta fazer parte da clientela assistida no SAM. Sabe-se que os programas de bem-estar no trabalho favorecem a redução da rotatividade de funcionários, as faltas e os acidentes de trabalho, com conseqüente economia para a instituição. Para Straub (2005), o local de trabalho é ideal para a promoção da saúde, pois os trabalhadores acreditam ser conveniente e os empregadores permitem a participação durante o expediente, pela oportunidade de estar em contato contínuo e por melhorar o apoio social.

Assim, do ponto de vista pessoal, essa dissertação possibilita a avaliação de uma prática organizada ao longo de anos de atuação, mais especificamente a partir da minha formação como terapeuta cognitiva.

Do ponto de vista científico, a pesquisa favoreceu a avaliação da sistematização da técnica que foca a identificação de pensamentos, emoções e comportamentos não saudáveis e a reestruturação cognitiva com a consolidação de comportamentos saudáveis. Ela possibilita a discussão sobre variáveis relevantes para o processo terapêutico, tais como os critérios para composição de grupos, tamanho do grupo, número de sessões, intervalo entre elas, termos do contrato, uso de medidas para avaliação da eficácia, entre outras.

Do ponto de vista social, acredita-se que a técnica pode ser mais bem explorada em projetos que visem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, uma vez que os desafios da promoção da saúde residem no fato de que a responsabilidade individual tem uma consequência direta na coletividade. Sendo assim, propostas que desenvolvam autonomia do usuário influenciarão diretamente o sistema de saúde, representando contribuições tanto para a prevenção de doenças quanto para a promoção da saúde. Cabe o comentário de que tais ações representam uma mudança no paradigma focado na cura de doenças, característico do modelo biomédico. Em síntese, a técnica aqui estudada procura trabalhar com cada participante a seguinte questão: “Apesar de minha condição, o que posso fazer para ser e me sentir saudável?”.

A presente dissertação foi organizada em seis capítulos. O primeiro apresenta, sucintamente, as bases conceituais sobre promoção da saúde, QV, tomada de decisão e a relação com os comportamentos saudáveis. O segundo capítulo aborda a evolução histórica e o desenvolvimento atual da terapia cognitiva. O terceiro capítulo descreve a sistematização da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, uma técnica específica em terapia cognitiva. O quarto capítulo expõe o delineamento da pesquisa de campo, do qual fazem parte os objetivos geral e específicos, a metodologia e os procedimentos éticos adotados, com especial atenção para o fato de a pesquisa ter sido executada na instituição em que as participantes são servidoras. Os resultados e a discussão da pesquisa são apresentados no quinto capítulo, com destaque para a relação com QV e promoção da saúde, bem como os fatores que dificultam e facilitam a prática das técnicas da TC. Por último, são apresentadas as considerações finais referentes às contribuições, desafios e limitações da pesquisa. Os exercícios que fazem parte dos anexos facilitam a compreensão da técnica de reestruturação cognitiva em nível de crença condicional com consequente consolidação de comportamentos saudáveis.

CAPÍTULO 1

PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO: PERSPECTIVAS CONCEITUAIS PARA CONSTRUÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

No intuito de fundamentar a técnica de reestruturação cognitiva estudada nesta dissertação, contextualizando-a no campo da Psicologia da Saúde, serão abordados, sucintamente, alguns conceitos frequentemente vinculados à construção de comportamentos saudáveis. Primeiramente, propõe-se uma breve delimitação da noção de promoção da saúde. Em seguida, focaliza-se qualidade de vida. Por fim, são apresentados aspectos gerais sobre tomada de decisão e especificidades sobre o processo de tomada de decisão de acordo com a TC.

1.1. Promoção da saúde

O sistema oficial de saúde do Canadá propôs o termo promoção da saúde em 1974, pontuando que saúde e doença não dependem somente de condições médicas, mas também do ambiente e das condições de vida (Marks & cols., 2000). Segundo Buss (2000), foi a partir da década de 1980 que o conceito e sua prática consequente se modernizaram a partir de quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde coordenadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997).

No ano de 1986, a OMS definiu a promoção da saúde como o “processo de capacitar as pessoas para controlar e melhorar a sua saúde... o indivíduo e seu grupo devem ser capazes de identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar ou lidar com o seu ambiente...” (Marks & cols., 2000, p. 5). Para Buss (2000),

a definição proposta na Carta de Ottawa assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Essa consideração pressupõe a participação ativa do indivíduo, condição nem sempre percebida por ele.

Segundo Jenkins (2007, p.138), “em relação à saúde, a sua rápida deterioração e o envelhecimento ativo bem-sucedido podem ser resumidos em uma única prescrição: use-a ou perca-a”, sendo que para esse autor o propósito da promoção da saúde é aumentar a saúde e a

qualidade de vida. Dessa forma, intervenções que enfoquem a distinção entre comportamentos não saudáveis e saudáveis representam possibilidades de atingir essas metas em longo prazo.

Com a popularização do conceito, outros objetivos passam a ser destacados nas ações possíveis de promoção da saúde. Para Fortes e Zoboli (2004), promoção da saúde visa a oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas e a capacitar as pessoas a conquistarem o controle sobre sua saúde e condições de vida. O indivíduo autônomo escolhe, de forma esclarecida e livre, a melhor alternativa entre as que são oferecidas, decidindo o que é bom para ele e tendo liberdade de manifestar a sua vontade.

A noção de promoção da saúde relaciona-se à de comportamento saudável e de tomada de decisão. Jenkins (2007) destacou que, para a construção de um comportamento saudável, devem ser maximizadas suas vantagens e minimizadas suas desvantagens, ao mesmo tempo em que o comportamento não saudável deve ter o seu custo reforçado e seus benefícios desvalorizados, o resultado gera uma mudança mais rápida e duradoura. Uma intervenção ou programa de saúde que visa modificar um comportamento que gere uma doença, deve inicialmente identificar os fatores vinculados a esse comportamento, para posteriormente construir e consolidar os comportamentos mais saudáveis. Os exemplos citados pelo autor referem-se a comer frutas em vez de comidas gordurosas, escovar os dentes, seguir o calendário de vacinação, reduzir o consumo de álcool e cigarro, entre outros.

Também em relação à definição de comportamento saudável, Lyons e Chamberlain (2006) descrevem um estudo realizado por Haveman-Nies, Groot e van Staveren, em 2002, que examinou o efeito do engajamento em três comportamentos saudáveis (não fumar, praticar exercício físico e seguir uma dieta balanceada) em mais de 1.200 pacientes idosos com idade entre 70 e 75 anos. Os resultados apontaram que cada um dos comportamentos está relacionado à sobrevivência em 10 anos, estando mais fortemente relacionados com essa sobrevivência no caso da prática dos três.

Conner e Norman (2007) ressaltam que, desde a década de 1980, diferentes autores enfatizam a importância da identificação dos fatores que mantêm os comportamentos saudáveis, tendo direcionado pesquisas da Psicologia e outros campos ligados à saúde. Um comportamento saudável é definido como a execução de qualquer atividade com a finalidade de prevenir ou detectar uma doença, assim como para melhorar a saúde e o bem-estar.

Kerbaui (2002) recomenda que estudos de observação e descrição de comportamentos são cruciais na área da Psicologia da Saúde, para garantir resultados na promoção da saúde, e reforça a relação entre emoções e ações. Chama a atenção para um cuidado especial em relação à boa redação e linguagem simples do material empregado com os pacientes acompanhados. A autora destaca que a terapia comportamental e a TC vêm desenvolvendo técnicas que demonstram que estilos de vida saudável podem ser construídos.

Como um teste da realidade, Straub (2005) propõe que as pessoas respondam à seguinte questão: “Em comparação com outras pessoas de sua idade e sexo, seu estilo de vida tem probabilidade de aumentar ou encurtar a sua vida?” (p. 198). Para o autor, a expectativa de vida aproximada em relação ao normal é o resultado das respostas aos fatores de risco, que abrangem a saúde, o estilo de vida e as relações familiares. A saúde inclui variáveis como pressão sanguínea, presença ou não de diabetes, níveis de colesterol total e de colesterol HDL, entre outras; o estilo de vida: fumar cigarros, exposição ao cigarro alheio, média de exercícios, gordura saturada na dieta e ingestão de frutas e verduras; e a família: estado marital, eventos perturbadores no último ano, grupos sociais e amigos vistos mais de uma vez por mês e idade de morte dos pais. T tamanha complexidade pode contribuir para que o indivíduo não perceba sua responsabilidade no processo de promoção da saúde.

Para que um programa de promoção da saúde seja bem estruturado, é importante que informações sejam compartilhadas. Segundo Jenkins (2007, p. 261-262), o diagnóstico do comportamento não saudável é constituído das seguintes etapas: “descrever em detalhe e em passos operacionais os problemas de comportamento, obter uma história do problema, determinar a dinâmica do comportamento e chegar a um diagnóstico comportamental”. Somente depois dessas etapas iniciais, o plano de tratamento é elaborado.

De acordo com Straub (2005), a teoria do comportamento planejado é baseada em três fatores: a atitude que o indivíduo tem para com o comportamento, a subjetividade em relação a ele e o quanto de controle percebe sobre esse comportamento. Oferecer recursos e oportunidades para que o indivíduo mude um comportamento favorece que ele acredite nessa possibilidade de mudança e torne suas crenças mais sedimentadas em relação a poder, realmente, modificá-lo. Tal noção aparece na TC quando da consideração de que qualquer mudança de comportamento pressupõe o conhecimento das crenças que o mantém, bem como uma análise de custos e benefícios.

Lefèvre e Lefèvre (2004) ressaltam que a promoção da saúde deve ser feita nos planos individual, micro e macrossocial, tendo a informação um papel relevante por seu caráter cognitivo, com potencial neutralizador da dimensão afetiva, inconsciente e irracional. Nesse sentido, programas de educação para a saúde fazem parte do planejamento de políticas públicas. Kok (conforme citado por Straub, 2005) argumenta que educação para a saúde se refere ao planejamento das intervenções que envolvem a comunicação com a finalidade de promover o aprendizado de comportamentos saudáveis e a qualidade da comunicação é um fator relevante no relacionamento entre médico e paciente. Informações insuficientes, ou mesmo a compreensão equivocada sobre os problemas por parte do profissional, são referidos com frequência por pacientes. Ressalta-se a importância do treinamento de profissionais para que a meta dos programas seja atingida.

No contexto de saúde, a eficácia dos programas tem sido uma preocupação recente e alguns cuidados estão sendo adotados pelos profissionais. Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto e Souza (2004) propõem a discussão sobre o conceito de *empowerment* e a avaliação participativa de um programa de desenvolvimento local para a promoção da saúde. A obtenção de informações qualificadas, construída de forma participativa, tem como objetivo fornecer subsídios para a formulação de ações locais, de políticas públicas e para servir de linha de base para monitoramento. O conhecimento dessas informações por parte da comunidade facilita o planejamento das ações de intervenção.

A pesquisa “Promoção da Saúde na Atenção Básica no Brasil” apresenta um estudo descritivo sobre 12 experiências de promoção da saúde realizadas por equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em quatro regiões do Brasil. O intuito é difundir esse referencial teórico para a comunidade do PSF no país para ativar práticas efetivas de promoção da saúde. A autonomia, com melhora da capacidade e possibilidade de escolha, é a categoria norteadora da promoção da saúde. Os autores consideram que a intervenção que propiciar a ampliação da capacidade do indivíduo de agir sobre os determinantes de sua saúde favorece a autonomia (Teixeira & cols., 2008).

Nessa mesma direção, Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos (2006) discutem a prática da promoção da saúde por meio da apresentação da metodologia dos Grupos de Promoção da Saúde, que são concebidos como instrumentos para promover autonomia e desenvolvimento continuado de melhores níveis de saúde e condições de vida.

Não há dúvidas de que as políticas públicas devem estar permeadas por ações de promoção da saúde, o que pressupõe a interação entre o indivíduo e seu meio, com o objetivo de corresponsabilidade pelo bem-estar global. Transformar um comportamento em um hábito está relacionado aos benefícios, às necessidades pessoais e à satisfação com a atividade executada. Nesse sentido, algumas iniciativas já foram implementadas no país para facilitar esse processo. A Secretaria Municipal de São Paulo, por exemplo, investe na capacitação dos profissionais e oferece programas de promoção de atividade física, como o Agita São Paulo e o Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte (Moretti, Almeida, Westaphal & Bógus, 2009).

Sabe-se que a adesão a qualquer proposta terapêutica é um grande desafio em saúde e implica um processo de decisão compartilhada. O envolvimento do paciente é legitimado quando o profissional demonstra interesse no que ele diz e solicita a sua opinião. É observada então uma maior participação quando é estabelecida uma parceria (Street Jr., 2003). A qualidade do relacionamento paciente-profissional facilita a adesão do paciente em relação às instruções ao tratamento. As informações trocadas são essenciais para formular o diagnóstico e definir as possibilidades terapêuticas. Os modelos de relacionamento favorecem a participação mútua, na díade adulto-adulto (Straub, 2005), o que pode repercutir de forma direta na qualidade de vida de cada pessoa envolvida.

Para Glanz, Rimer e Viswanath (2008), a comunicação no contexto da saúde pode interferir na saúde de modo direto ou indireto e é maximizada no potencial gerador de saúde da relação profissional de saúde-paciente.

Finkler, Oliveira e Gomes (2004) descrevem e analisam as práticas preventivas adotadas por 15 casais heterossexuais estáveis antes e depois da testagem para HIV. Uma entrevista semi-estruturada avaliou a possibilidade real da infecção. A análise qualitativa foi realizada com transcrições literais de episódios cotidianos envolvendo valores e negociação preventiva. A idade dos participantes variou entre 17 a 66 anos. Os resultados indicam que, mesmo entre casais sorodiscordantes, os riscos de infecção são negados ou desvalorizados, a partir da identificação das crenças condicionais. Esse dado corrobora a implicação de práticas individuais para a saúde pública, uma vez que as dificuldades de conscientização dos riscos mantêm o comportamento não saudável.

As expectativas de resultados influenciam os serviços de prevenção, que se expandiram nas últimas duas décadas com a inclusão de medidas de auto-eficácia como um determinante do comportamento. O comportamento humano, individual *versus* coletivo, tem interação e influência recíproca, resultando nas mudanças individuais e sociais (McAlister, Perry & Parcel, 2008).

De acordo com Ayotte, Margrett e Hicks-Patrick (2010), o comportamento autorregulador está diretamente relacionado com a atividade física e deve ser o foco em vários estudos futuros com a intenção de melhorar o envolvimento com a atividade física. O aperfeiçoamento do suporte social está diretamente relacionado com a melhora da auto-eficácia dos comportamentos autorreguladores.

Conforme salientado por Staliano, Araujo e Coêlho (2009), na esfera pública, os profissionais podem atuar nos níveis primário, secundário e terciário de atendimento. Tais ações representam possibilidades múltiplas de desenvolvimento de atividades de promoção em saúde de modo a favorecer melhores condições de vida aos usuários do sistema de saúde. Este é um desafio quando se pensa na relação autonomia individual e repercussão social. As políticas públicas de promoção da saúde têm como compromisso a ênfase no indivíduo e não na doença e trazem como resultado a possibilidade de atendimento das reais necessidades para uma vida saudável, muitas vezes denominada como melhor qualidade de vida.

De acordo com Souza e Carvalho (2003), “as estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida” (p. 517). Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam responsabilidade individual e investimentos governamentais.

Para Glanz e cols. (2008), a promoção da saúde é uma combinação de educação em saúde e suporte organizacional, econômico e ambiental para os comportamentos dos indivíduos, grupos ou comunidades para a saúde. A promoção da saúde é a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar

seu estilo de vida para um estado ótimo de saúde. As mudanças no estilo de vida podem ser facilitadas por uma combinação de esforços para aumentar a conscientização e criar ambientes que suportam as práticas de boa saúde, condição para ganhos na qualidade de vida.

1.2. Qualidade de vida

Nas últimas décadas, o conceito de qualidade de vida (QV) tem sido utilizado como referência para a tomada de decisão em saúde. Tal enfoque leva em conta a evolução histórica do construto e sua aplicação à área da saúde, particularmente em relação às ações de assistência nos quadros em que a cura não é possível.

Apesar da ampla discussão sobre o tema e aumento dos estudos científicos, diferentes autores (Berlim & Fleck, 2003; Costa Neto & Araujo, 2001, 2003; Matos, 2006) destacam a ausência de um consenso e grande diversidade acerca da noção de qualidade de vida. Costa Neto (2002) assinala a dificuldade de estabelecimento do limite entre QV e saúde em função da dependência de mudanças contextuais e históricas. Na prática, embora o uso do termo seja corriqueiro, é bastante complexo, uma vez que ele é tanto um construto moderno quanto uma preocupação que acompanha a humanidade desde a antiguidade (Fielder, 2008).

Segundo a OMS, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL *Group*, conforme citado por Fleck & cols., 2008, p. 25). Tal definição tem como aspecto marcante a subjetividade do conceito expressa pela relativização decorrente da percepção de cada um em relação a parâmetros externos, modificáveis no tempo.

Costa Neto e Araujo (2001) salientam que historicamente a noção de QV aparece fortemente associada à intenção de obter medidas e desenvolver instrumentos de avaliação, com duas tendências nos processos de mensuração: uma centrípeta em que os dados originam-se da percepção do profissional de saúde e outra centrífuga em que as avaliações são feitas pelo próprio paciente.

Matos (2006) ressalta a contribuição de diferentes disciplinas para o estudo da QV, desde sua concepção em um sentido mais amplo até a especificidade do ponto de vista do indivíduo, bem como a relação do conceito e avaliação do construto em função de diferentes momentos sociais e políticos, pesquisas, intervenções e reflexões dos profissionais da área de saúde. A autora conclui que, embora não exista uma definição única que englobe todas as áreas em que o termo é aplicado, as características comuns aos conceitos citados na literatura sobre QV são a subjetividade, a multidimensionalidade e o dinamismo, aspectos que foram progressivamente associados ao conceito.

Embora a preocupação com QV não seja recente, foi na década de 1960 que o estudo sobre o tema se intensificou e o construto passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou qualidade de vida percebida pelas pessoas, resultando na necessidade de que as intervenções considerem o ponto de vista do paciente (Campolina & Ciconelli, 2006; Costa Neto & Araujo, 2003).

Na década de 1970, a mensuração da QV foi alvo de muitos estudos resultando em instrumentos para sua avaliação e ampliação de seu uso em diversas áreas (Berlim & Fleck, 2003). Segundo Matos (2006), os instrumentos dessa década avaliam a QV a partir das dimensões de funcionamento do sujeito e de sua relação com fatores estressores (físicos, sociais, ambientais, culturais, ocupacionais e psicológicos). Costa Neto e Araujo (2008) atribuem ao desenvolvimento da Psicologia da Saúde e à assimilação das diretrizes da OMS sobre QV a expressiva aplicação de instrumentos de avaliação em pacientes com diagnósticos médicos diferentes.

Para Seidl e Zannon (2004), já nos anos 1980, a noção de que QV envolve diferentes dimensões aparece acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do construto. As autoras destacam que, a partir da década de 1990, estabelece-se um consenso em relação à subjetividade e multidimensionalidade como integrantes do conceito de QV. Essa evolução reflete a incorporação, pela área de saúde, de aspectos considerados relevantes à prática clínica. “Qualidade de vida é um constructo multidimensional que, na área da saúde, exige uma abordagem interdisciplinar” (Costa Neto & Araujo, 2001, p. 133).

Como exposto, o conceito de QV é abrangente e está ligado ao que o próprio indivíduo sente e percebe, tendo um valor intuitivo e intrínseco e está relacionado ao anseio de viver bem e de sentir-se bem (Fleck & cols., 2008). Costa Neto (2002) inclui ainda o bem-ser e o bem-ter como referências para QV.

Calman (conforme citado por Fleck & cols., 2008) contribuiu para tornar o conceito de qualidade de vida mais claro. O autor sugere que a avaliação da QV possui algumas especificidades, tais como:

- ser descrita somente pelo próprio indivíduo;
- levar em conta vários aspectos da vida;
- estar relacionada a metas e objetivos, que devem ser realistas;
- a melhora estar relacionada à capacidade de atingir os objetivos;
- e que a ação é necessária para que o objetivo seja alcançado dentro das expectativas.

É importante destacar que a avaliação de QV possibilita a análise dos custos e dos benefícios dos programas de saúde, quando se consideram as políticas públicas para a população (Matos & Araujo, 2009). Entretanto, de acordo com Costa Neto e Araujo (2008), a rotina de avaliação da QV nos serviços de saúde enfrenta três barreiras: (1) de atitude (acreditar que a avaliação não tem valor, que é um conceito particular e que não se tem tempo para isso); (2) de

conceito e metodológicas (indefinições quanto a algumas questões-chave); e (3) práticas (falta de recursos, tanto financeiros quanto humanos).

Para Seidl e Zannon (2004), é um desafio estabelecer uma rotina de avaliação de QV e mostrar a sua utilidade no acompanhamento dos pacientes. As autoras associam tal fato à falta de atualização em relação à evolução do conceito, uma vez que nas tendências iniciais de seu uso, a QV era avaliada por um observador, geralmente um profissional de saúde. Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram que a sistematização de avaliação de QV pode ser facilitada com debates entre os profissionais sobre as relações entre saúde e QV.

Niederauer, Braga, Souza, Meyer e Cordioli (2007) ressaltam que os índices de QV são utilizados tanto para estimar o impacto de diferentes doenças no funcionamento e bem-estar dos pacientes quanto para comparar os resultados de diferentes tratamentos. Em outras palavras, traz a possibilidade de que as intervenções sejam discutidas em termos dos reais benefícios para os usuários do sistema de saúde.

Embora haja um consenso em relação à importância da avaliação da QV em saúde, ainda é discutível a melhor abordagem para essa tarefa. Questiona-se o uso de escalas, entrevistas ou questionários, um escore global ou específico por diagnósticos, percepção do profissional *versus* a percepção do paciente (Campolina & Ciconelli, 2006; Costa Neto e Araujo, 2008; Matos, 2006).

Instrumentos específicos para a avaliação da QV têm sido desenvolvidos em duas perspectivas: relacionados à saúde e com foco na doença. Buss e Silva (2009) compararam dois questionários de avaliação de QV, um específico para pacientes com quadros respiratórios e outro de medida geral e encontraram que todos os domínios do instrumento geral apresentaram correlação estatisticamente significativa com o escore total do instrumento específico. Em estudo realizado com 41 pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço utilizando escalas específicas para avaliação da QV, Costa Neto e Araujo (2001) concluem que embora os instrumentos tenham sido adequados para a verificação das condições de vida dos participantes, aspectos subjetivos poderiam ser mais bem acessados via entrevista.

Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2007) avaliaram a percepção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da QV por soropositivos para o vírus da AIDS através de teste de associação livre de palavras e encontraram a representação de QV com características de diferentes domínios presentes no conceito de QV preconizado pela OMS, tais como os domínios psicológico, relações sociais e ambiente. Os resultados corroboram a necessidade de se adotar outras estratégias para avaliação da QV.

Monteiro, Benatti e Rodrigues (2009) avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde de uma amostra de acidentados através do SF-36 e mostraram valores médios elevados na maioria dos domínios analisados. Matos (2006) avaliou a QV de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril, antes e depois de procedimento cirúrgico, através do SF-36 e entrevista. A combinação dos

instrumentos resultou em uma visão mais fundamentada das mudanças que ocorrem na qualidade de vida do paciente e das repercussões da doença e da cirurgia sobre a sua vida.

Em relação à população sem uma queixa específica relacionada a um diagnóstico, o uso de um instrumento genérico aparece como recurso mais indicado para avaliação da qualidade de vida. No presente estudo, optou-se pela aplicação do WHOQOL - *bref*, instrumento desenvolvido pela OMS e validado para aplicação no Brasil por Fleck e cols. (2008). Esse instrumento é de rápida aplicação e consta de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com uma questão geral de QV e outra sobre saúde.

Cada domínio enuncia facetas específicas, tais quais: (1) domínio físico: dor e desconforto, dependência de medicamentos ou de tratamentos, energia e fadiga, mobilidade, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho; (2) domínio psicológico: sentimentos positivos, espiritualidade, pensar e aprender, auto-estima, imagem corporal e sentimentos negativos; (3) domínio relações sociais: relações pessoais, atividade sexual e apoio social; (4) domínio meio ambiente: segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, informação, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde e transporte.

Souza e Araujo (2010) relatam a utilização do WHOQOL - *bref* para avaliação de QV em um grupo psicoeducacional com pacientes oncológicas em início de quimioterapia. Mudanças foram descritas em relação a domínios específicos do instrumento para as diferentes participantes. A experiência de intervenção realizada em grupo foi associada com alteração dos escores nas diferentes escalas, denotando a importância dessa abordagem.

Não é excessivo reforçar que os profissionais da saúde são potenciais agentes de mudança que viabilizam a saúde. Então, na Psicologia da Saúde é importante a compreensão da relação entre os fatores psicológicos e a saúde, a doença, a longevidade ou a qualidade de vida. Cabete, Cavaleiro e Pinteus (2003) apresentam um trabalho com o uso da técnica de visualização para o bem-estar e melhora da qualidade de vida. De um lado, em indivíduos saudáveis, a visualização favoreceu a memória, a resolução de problemas e o controle do desejo de fumar. Por outro lado, em indivíduos doentes, a visualização apresentou resultados no transtorno de estresse pós-traumático - TEPT, em cirurgias, na pediatria e na oncologia. Tal abordagem possibilitou uma atenção mais particular para cada integrante e o desenvolvimento de intervenções eficazes.

A relação QV e estilos de enfrentamento tem sido mais enfatizada nos últimos anos. Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007) fornecem dados que sugerem relevância clínica do enfrentamento, tendo em vista que os pacientes avaliaram melhora em diversas variáveis associadas à qualidade de vida após serem submetidos a transplante renal. A promoção da qualidade de vida da amostra foi facilitada pelo acompanhamento psicológico, no período pré e pós-operatório, com a expressão dos sentimentos, minimização das fantasias e o incentivo na utilização de estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Morales e Esparcia (2008) conduziram uma pesquisa para avaliar a relação entre QV e estilo de enfrentamento em uma amostra de 440 participantes, sendo que 220 deles apresentavam patologia crônica e os demais 220 sem cronicidade. Foi utilizado o WHOQOL - *brief* e os resultados evidenciaram que a presença de um enfrentamento ativo está relacionada com melhora da qualidade de vida.

Pesquisas apontam que diferentes estratégias de enfrentamento têm impacto sobre a QV, podendo repercutir positivamente sobre a saúde (Lipp & Tanganelli, 2002; Murta & Tróccoli, 2004). Embora não exista a definição da melhor estratégia para lidar com situações de saúde e doença, sabe-se que algumas estratégias são mais favoráveis a um resultado adaptativo positivo. Nesse sentido, a avaliação da estratégia em uso e consequente reavaliação são importantes para um enfrentamento que promova qualidade de vida. Avaliação e reavaliação são processos cognitivos que resultam na manutenção ou alteração de padrões de comportamento, caracterizando uma participação mais ativa do paciente em relação a seus cuidados de saúde, tendo em vista que isso implica a tomada de uma decisão.

1.3. Tomada de decisão: alguns aspectos relevantes

Segundo Palmini (2004), diante do dilema de tomar uma decisão, o indivíduo mantém um foco na recompensa do presente e outro em consequências futuras. Em geral, esses valores são excludentes e comportam-se como uma “gangorra do prazer *versus* o dever” (p. 78), relacionados à emoção ou à razão, respectivamente. Nesse processo, quanto mais o indivíduo se conhece e define a sua qualidade de vida, melhores são as suas escolhas e comportamentos (Petroni, 1994).

Queiroz (2003) identificou que pesquisas sobre tomada de decisão enfatizam a necessidade de avaliação de como as pessoas combinam desejos (utilidades, valores pessoais e objetivos) com crenças (expectativas e conhecimento) para escolher um curso de ação. Essa perspectiva é amplamente explorada nos estudos da TC sendo que nessa abordagem os desejos podem ser influenciados por cognições distorcidas, portanto, nem sempre realistas, numa condição atual face ao fato de muitas delas terem se estabelecido na infância.

Denominam-se funções executivas (FE) os mecanismos cerebrais utilizados no processo de tomada de decisão. Esses mecanismos pertencem às habilidades cognitivas superiores, que incluem componentes como volição, objetivo, planejamento, execução e auto-monitoramento, fazendo das funções executivas as responsáveis por determinar metas e obter os resultados (Lesak, 2005).

As FE são descritas como sendo o conjunto de funções que o cérebro lança mão na análise de um estímulo; posicionamento sobre ele e a elaboração da resposta. Para a tomada de decisão (TD), o cérebro “olha” para o passado e para o futuro, a partir do presente. Palmini (2004) formula a tomada de decisão como uma equação em que um dos lados é a razão e o outro as emoções,

cabendo ao indivíduo ponderar suas ações e respectivas consequências para equilibrar a equação, cujo resultado é a TD.

A localização cortical das FE é o lobo frontal, especificamente a região dorso lateral, área também ligada à memória operacional que é responsável pelas informações de acesso rápido que disponibiliza os dados que auxiliam nas operações mais complexas (Riesgo & Rohde, 2004).

Palmini (2004) acredita que tratar alterações nos sistemas envolvidos no lobo frontal é parte do trabalho diário de psiquiatras, psicólogos e neurologistas, na busca de um funcionamento saudável das FE para que a tomada de decisão seja feita de forma adequada, equilibrando-se a razão e a emoção. O conhecimento do processo de TD implica o reconhecimento do que fazer, como fazer e quais as consequências (Bear, Connors & Paradiso, 2008). Toda essa lógica deixa de ser simples com o desequilíbrio gerado pelas emoções associadas.

A revisão de literatura apresentada por Bechara (2004) teve como objetivo responder às perguntas: “Por que os pacientes com lesão orbitofrontal são “míopes” para o futuro? Por que é que eles não conseguem “prever o futuro”?”. Sabe-se que o processo de TD depende de substratos neurais que regulam a homeostase e as emoções. Como conclusão, o autor sugere que o paciente que tem lesão de córtex pré-frontal, tanto na tarefa da experiência quanto na vida real, apresenta uma incapacidade para decidir através das vantagens de uma escolha em situações que envolvam optar entre a recompensa e punição imediatas ou futuras. No campo da saúde, tal dificuldade pode ser identificada na manutenção dos comportamentos não saudáveis.

Ainda segundo Bechara (2004, p. 32), a influência da emoção na TD é pouco estudada, porém “a TD é direcionada por sinais emocionais ou estados somáticos que são gerados pela antecipação do evento futuro”. Tendo em vista que a TD requer a avaliação das vantagens e desvantagens de várias opções, não há uma resposta fácil e o resultado é sempre incerto e imprevisível. Outras variáveis podem interferir no processo. A impulsividade, por exemplo, pode estar relacionada com um fracasso em postergar a gratificação e influenciar a avaliação desse resultado. Em alguns casos, o indivíduo decide pela opção mais desvantajosa por falhar em levar em consideração os benefícios em longo prazo. Beer, Knight e D’Esposito (2006) ressaltam que não há como desconsiderar o aspecto emocional na tomada de decisão. Para Oliva e cols. (2006), tomar decisões, comportar-se de uma determinada maneira, fazer escolhas ou seguir padrões morais dependem tanto de mecanismos racionais quanto emocionais.

Coricelli, Dolan e Sirigu (2007) ressaltam a importância da emoção e do estado social nas tomadas de decisão, com um foco especial na emoção de arrependimento na condução da escolha do comportamento. A teoria do arrependimento busca estudar a relação entre cognição e emoção na TD. Ela evidencia que o arrependimento é uma emoção associada com uma decisão que deu errado. A teoria também situa no córtex frontal tanto a experiência do arrependimento quanto sua antecipação. O arrependimento nasce quando o resultado de uma TD é comparado com um melhor resultado e com as alternativas que foram rejeitadas. O resultado automaticamente evoca a

comparação com as outras alternativas. A manifestação do arrependimento ocorre quando o indivíduo sabe qual é a melhor escolha e escolhe mal ou não consegue manter a escolha saudável. Do ponto de vista clínico, significa uma condição que traz repercussões para o senso de competência e autoestima do indivíduo, podendo comprometer seu funcionamento de uma forma mais global.

Tavares, Martins, Zilberman e el-Guebaly (2002) testaram a combinação de quatro hipóteses como fatores potenciais de demora na TD pela busca de tratamento. A “Escala das razões para postergar o tratamento” foi respondida por 84 jogadores patológicos. Os fatores mais importantes foram a falta de recursos práticos, tais como falta de tempo, de dinheiro e de transporte; e não estar pronto para a mudança, devido ao receio em falhar no tratamento e a crença de que mais esforços seriam exigidos. A escala está relacionada com a demora em tomar uma decisão pelo tratamento, condição recorrente quando da necessidade de mudança de um comportamento.

Apesar de se tentar encontrar um “padrão” neurocomportamental para o processo de tomada de decisão, não há como se ignorar a influência de outros fatores como a idade, o gênero, a cultura, os quais podem influenciar na resposta final. De acordo com Hardy-Vallée (2007) a representação, antecipação, avaliação e seleção das oportunidades são fundamentais para o processo de tomada de decisão, o que representa uma avaliação de custos e benefícios.

Glanz e cols. (2008) apresentam questões fundamentais, pois maximizam o potencial gerador de saúde da relação profissional de saúde-paciente. Os fatores citados foram: a relevância de investimentos por parte do profissional na relação estabelecida, visando à manutenção da mesma; a premência de serem estabelecidos intercâmbios e manejo das informações; a necessidade de que o profissional seja capaz de validar respostas emocionais; possa também manejar a incerteza; auxiliar no processo de tomada de decisões e seja capaz de subsidiar os pacientes a se tornar progressivamente capazes de conduzir fatores relevantes do próprio tratamento.

Para a TC, segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), o questionamento constitui-se em uma ferramenta terapêutica fundamental para o processo de tomada de decisão. O primeiro passo é questionar quais são as possíveis alternativas para resolver um problema, o que é seguido pela seleção da melhor alternativa entre as opções. Outras questões envolvem examinar as consequências de um comportamento mal adaptativo e as vantagens que podem ser alcançadas com um comportamento mais adaptativo.

Em uma aplicação direta desses princípios, Beck (2009) estabelece, no primeiro dia de um programa de reestruturação cognitiva para perder peso e manter, que o paciente liste as vantagens que o comportamento saudável pode acarretar. Ao longo do programa, o paciente é solicitado a complementar essa lista de forma sempre a priorizar a opção pela manutenção do peso alcançado.

Em suma, o trabalho desenvolvido pela TC com uso do modelo de TD favorece a participação ativa do paciente em relação a seus cuidados de saúde. Tal perspectiva amplia a necessidade de que o paciente entenda a natureza dessa decisão e reconheça a sua autonomia em relação a manter-se saudável ou doente. Essa é uma questão crucial para a área de saúde.

CAPÍTULO 2

TERAPIA COGNITIVA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO ATUAL

Inicialmente, este capítulo traçará a evolução histórica da Terapia Cognitiva (TC) visando melhor caracterizá-la do ponto de vista de suas bases teóricas e metodológicas. Mais adiante, expõe-se um panorama acerca do desenvolvimento de pesquisas que destacam tendências e desafios atuais, tais como a utilização da TC e da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como modelo para a promoção da saúde.

2.1. Terapia Cognitiva: Evolução Histórica, Bases Teóricas e Metodológicas

A TC foi desenvolvida por Aaron Beck, da Universidade da Pensilvânia, Estados Unidos, na década de 1960, a partir da atuação com pacientes com diagnóstico de depressão (Beck, 1997). O princípio da TC é que o humor e os comportamentos negativos são o resultado dos pensamentos distorcidos e rígidos, que fazem com que os pacientes depressivos acreditem e se comportem como se a situação fosse pior do que realmente é, e não de forças inconscientes, como sugerido pela teoria freudiana (Beck, 1963). Ao longo dos anos, a aplicação desse princípio mostrou-se pertinente não apenas para quadros psicopatológicos como para todas as condições que impliquem vulnerabilidade e resultou em um trabalho sistematizado de intervenção. Atualmente, mais de 300 ensaios clínicos controlados atestam a eficácia da TC (Beck, 2005).

Dattilio, Edwards e Fishman (2010) propõem que a pesquisa e a prática clínica devem estar cada vez mais próximas com o auxílio da avaliação das intervenções planejadas nas pesquisas conduzidas. Para tal, os projetos devem conduzir estudos randomizados, com a análise qualitativa dos dados coletados e estudos de casos sistematizados.

Sudack, Beck e Wright (2003) ressaltam que nos Estados Unidos, os programas de residência médica exigem o estudo da TC com o intuito de melhorar o conhecimento sobre as especificidades, habilidades e atitudes necessárias, sobre os métodos de ensino, os instrumentos e as pesquisas que são conduzidas nos programas de treinamento. Os autores fornecem uma revisão de literatura e discussão das características comuns para o sucesso dos programas de treinamento e concluem que faltam especialistas nos departamentos de psiquiatria e também institutos para treinamento.

No Brasil, o início do desenvolvimento da TC data do final da década de 1980. A prática tem base na combinação da reestruturação cognitiva e técnicas cognitivo-comportamentais (Rangé, Falcone & Sardinha, 2007), razão pela qual muitas vezes TC e TCC (terapia cognitivo comportamental) aparecem como sinônimos.

Neste ponto cabe um comentário sobre TC, TCC e terapia comportamental. Embora tais abordagens compartilhem alguns pressupostos, a TC - foco desta dissertação - tem na reestruturação cognitiva o alvo da sua intervenção. De acordo com Wright, Basco e Thase (2008), a reestruturação cognitiva é definida como uma estratégia para auxiliar o paciente a identificar as crenças desadaptativas, utilizar as habilidades aprendidas nas sessões para modificá-las e então planejar os exercícios que são praticados entre as sessões, em situações reais. A prática da técnica por escrito pode favorecer uma forma mais racional de pensar.

Carvalho, Nardi e Rangé (2008) esclarecem que a TCC baseia-se na reestruturação cognitiva, que tem o intuito de interromper a sequência de pensamentos distorcidos, associada a exercícios de exposição e a um maior número de experimentos comportamentais. Por sua vez, a terapia comportamental utiliza a exposição e os experimentos comportamentais com o propósito de provocar habituação.

A TC se fundamenta na racionalidade teórica de que a emoção e o comportamento são determinados pela maneira como o indivíduo interpreta as situações e não pela situação em si (Beck & cols., 1997), sendo observada tanto no funcionamento saudável quanto no não saudável (Knapp, 2004; Padesky, 1994). De acordo com esse referencial, a cognição é central nos transtornos psicológicos (Beck & Alford, 2000) e é primordial não somente para a reinterpretação da autobiografia, como também para a avaliação do futuro (Oliveira, Pires & Vieira, 2009).

Inspirada por filósofos como Kant, Heidegger e Husserl, a TC pode ser considerada humanista e exploratória, uma vez que trabalha com construtos como a mente e lida com sentimentos e pensamentos. Uma característica definidora da TC é o conceito de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e, logo, a melhora pode ser produzida pela reestruturação do pensamento e de crenças disfuncionais (Beck, 1997; Beck & Knapp, 2008).

A TC é considerada uma terapia breve, com um número de sessões previstas entre 12 e 24, a partir da definição de um objetivo a ser alcançado naquele momento e através de tarefas de casa. Em alguns casos, este número sofre alterações, de acordo com os sintomas e a evolução do paciente. A intervenção é orientada ao presente, porém os dados relevantes da história pessoal são identificados e contribuem para a conceituação cognitiva (Beck & cols., 1997; Cordioli, 2007). Após o término das sessões iniciais, sessões de encorajamento podem ser agendadas. Elas também são chamadas de sessões de manutenção ou de reforço. Segundo Beck (1997), “saber que está agendado para sessões de encorajamento após o término às vezes alivia a ansiedade do paciente em manter o progresso por conta própria” (p. 285).

A sessão de TC segue um roteiro. A estrutura da primeira sessão difere das demais, pois é necessário que o paciente se familiarize com as características da TC. As sessões subsequentes têm a seguinte estrutura: breve atualização e verificação do humor, articulação com a sessão anterior, revisão da tarefa de casa, discussão dos tópicos do roteiro, estabelecimento de nova tarefa de casa, resumos periódicos, resumo final e *feedback* (Beck, 1997).

Beck e cols. (1997) sugerem que para a verificação do humor, o terapeuta obtenha o autorrelato e o compare com os escores objetivos obtidos nos testes BDI e BAI. De acordo com a TC, o humor é monitorado mediante aplicação do BDI e do BAI e o resultado evidencia a evolução do paciente e o auxilia a pensar em termos relativos em vez de absolutos.

Embora seja criticada por ser uma técnica breve, Beck e Alford (2000) ressaltam que à medida que o alcance da TC aumenta, o foco cognitivo do tratamento também se expande, o que permite maior generalização ou reprodução da técnica aprendida na forma de enfrentamento. Esses autores reforçam ainda o aspecto de que o terapeuta não deve assumir uma postura dicotômica, e sim adaptar cada característica do paciente a vários pontos ao longo de um *continuum*.

As evidências sugerem que a TC conduz a melhores resultados quando o atendimento é estruturado e o terapeuta ensina habilidades cognitivas para o paciente (Padesky, 1993). É uma terapia que tem como característica a colaboração entre terapeuta e paciente em relação à identificação dos problemas e aos objetivos traçados (Padesky, 1993; Padesky & Greenberger, 1995; Sudack & cols., 2003; White & Freeman, 2003), e que se distingue como um trabalho desenvolvido por dois investigadores – terapeuta e paciente – em busca de dados precisos (Sudack, 2008). Pesquisadores relatam uma associação positiva entre empatia terapêutica e resultado clínico (Bechelli & Santos, 2005; Burns & Auerbach, 2004). As indicações de TC são determinadas pelas características do paciente e do terapeuta (Beck & Knapp, 2008).

Segundo Oliveira e cols. (2009), a aliança terapêutica, baseada na confiança, “depende de um processo artesanal muito relacionado à atitude do terapeuta” (p. 640) e engloba a competência na comunicação, o interesse pelo paciente e a valorização da participação ativa do paciente na terapia. Bechelli e Santos (2005) descrevem como características do terapeuta habilidoso: a espontaneidade, a criatividade, a tolerância, a flexibilidade e a competência.

Strunk, DeRubeis, Chiu e Alvarez (2007) conduziram uma pesquisa com 35 adultos, com diagnóstico de depressão moderada a severa, e identificaram os fatores que determinam a prática das habilidades cognitivas descritas. Possíveis determinantes são características do terapeuta e características do paciente, podendo estar relacionados com menor risco de recaída.

A intervenção psicoterápica, baseada na TC, pressupõe que o paciente participe ativamente tanto do processo da terapia quanto da prevenção de recaída (Padesky & Greenberger, 1995). Nas sessões iniciais, os pacientes não compreendem o potencial da terapia na promoção de mudanças, mas ao longo das sessões isso é evidenciado (Bechelli & Santos, 2005).

Outra característica da TC é a determinação de um objetivo pessoal. Em geral, os pacientes procuram auxílio na terapia para que se sintam menos deprimidos e menos ansiosos, e para tal, é necessária a determinação de metas mais específicas, com as etapas necessárias, para que seus propósitos amplos sejam alcançados. O processo é construído em conjunto com o terapeuta e quanto melhor a sua identificação tanto melhores serão os resultados da terapia (Padesky & Greenberger, 1995).

A tarefa de casa é elaborada na sessão e facilita o processo da prática das habilidades aprendidas (White & Freeman, 2003), que são treinadas em situações reais. Torna-se importante avaliar se a tarefa sugerida foi muito fácil, muito difícil ou irrelevante para o paciente (Wright & cols., 2008), tendo em vista que sua não execução é um comportamento que interfere na terapia (Wilhelm & Steketee, 2006). Apresentar o modelo cognitivo e estabelecer tarefas iniciais pode ser suficiente para produzir uma melhora significativa em alguns casos (Fennell & Teasdale, conforme citados por Longmore & Worrell, 2007).

A psicoeducação, essencial na TC, reflete o interesse da compreensão dos efeitos das intervenções psicológicas na saúde e na doença. A TC oferece educação sobre as dificuldades para que o paciente compreenda o seu padrão de emoção, pensamento e comportamento, tanto o não saudável quanto o saudável. Exercícios são utilizados e preenchidos, são acessados durante as sessões de terapia e em momentos futuros da vida do indivíduo, quando dificuldades são novamente enfrentadas e devem ser solucionadas visando à prevenção de recaída (Kunzler, 2008a). Isso reforça o fato de que um dos propósitos principais da TC é fazer com que o paciente se torne o seu próprio terapeuta (Beck & Knapp, 2008; Beck, 1997; Kunzler, 2008b; Rangé & cols., 2007; Wright & cols., 2008).

A conceituação cognitiva é um instrumento pelo qual os níveis de pensamento disfuncional são identificados e a compreensão dos efeitos da distorção é estudada para que a melhor intervenção cognitiva seja utilizada, sendo a pedra fundamental da TC (Beck, 2007). A formulação cognitiva do caso é um mapa no direcionamento do tratamento, e permite identificar a relação entre os três níveis de pensamento: pensamento automático (PA), crença condicional (CC) e crença nuclear (CN) (Beck, 1997).

De acordo com Greenberger e Padesky (1999), os pensamentos automáticos caracterizam-se por simplesmente aparecer “espontaneamente” ao longo do dia. “Nós não planejamos nem temos a intenção de pensar de um certo modo. Na realidade, geralmente, nem mesmo estamos conscientes de nossos pensamentos automáticos” (p. 51). Um dos objetivos da TC é auxiliar o paciente para que ele se dê conta dos pensamentos automáticos e de sua interferência nas emoções e nos comportamentos.

Quando o paciente faz previsões sobre as consequências de seu comportamento ou se comporta de acordo com regras, a crença condicional é o nível de cognição ativado. Em geral, algumas delas são úteis, tal como: “Se eu continuar tentando, então eu serei capaz de progredir”.

Porém, outras crenças condicionais geram dificuldades, tal como: “Se algo não é perfeito, então não tem nenhum valor”. Quando, no seu dia a dia, ele mantém um comportamento que está causando comprometimento, ele está sendo direcionado pela crença condicional (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009). Quanto mais o paciente identificar as crenças condicionais que mantêm determinados comportamentos, melhores condições ele terá para tentar comportamentos alternativos por meio dos experimentos comportamentais (Bennett-Levy & cols., 2004; Kuyken & cols., 2009).

Um pressuposto subjacente de perfeccionismo ou de necessidade de aprovação pode estar relacionado com a vulnerabilidade à recaída em casos de depressão, por exemplo (Leahy, 2006). Em geral, o conceito de saúde e o de promoção da saúde tendem ao absolutismo e à delimitação por normas rígidas. Tal rigidez torna-se uma barreira ao alcance das metas de saúde, as quais precisam prever flexibilidade. Ao focar nesta questão da rigidez de pensamento individual (eventualmente grupal, e quiçá, pensamento coletivo), a TC pode conter aportes significativos a serem explorados epistemológica e metodologicamente.

No transtorno de humor bipolar, as crenças podem contribuir para a exacerbação de um episódio hipomaníaco ou maníaco, pois alguns pacientes bipolares subestimam os medicamentos, questionando: “Por que é que eu devo tomar o medicamento quando estou bem?” (Bennett-Levy & cols., 2004, p. 229). Para Beck (2009), não manter ou manter uma dieta é um comportamento que reflete suposições, tais quais: “Se eu tive um dia estressante, então eu mereço comer uma pizza de brigadeiro com borda recheada com chocolate” ou, respectivamente, “Se fome não é o problema, comer não é a solução”.

Para Kuyken e cols. (2009), tanto para a identificação de crenças condicionais disfuncionais quanto para a reestruturação das mesmas, o terapeuta deve solicitar que o paciente complete algumas frases, tais quais:

- “Se (algum conceito relevante), então ...” [Se o respeito é um fator importante nas relações de trabalho], então... [o meu chefe não pode falar mal do meu relatório para outro colega. Ele deve falar diretamente comigo];
- “Se (algum conceito relevante) não é verdade, então ...” [Se eu não sou uma pessoa importante e especial], então... [ninguém vai achar que eu sou interessante. Eu viverei sozinha para sempre];
- “Se eu (um comportamento relevante, uma emoção, um pensamento ou uma sensação física), então ...” [Se eu sinto muita raiva quando o meu marido não quer ouvir tudo o que eu tenho para dizer], então... [eu não tenho como controlar a minha raiva e acabo falando sem parar, sem querer. Ele deve entender isto!];
- “Se eu não (um comportamento relevante, uma emoção, um pensamento ou uma sensação física), então ...” [Se eu não beber bastante antes de chegar na festa à noite], então... [eu não vou saber o que fazer para me entrosar com as pessoas];

- “Se alguém (um comportamento relevante, uma emoção, um pensamento ou uma sensação física), então ...” [Se o meu filho for reprovado na escola], então... [isto significa que eu sou um fracasso como mãe];
- “Se alguém não (um comportamento relevante, uma emoção, um pensamento ou uma sensação física), então ...” [Se o meu marido não falou nada quando a mãe dele me tratou daquele jeito], então... [ela nunca me respeitará].

O nível mais profundo de cognição são as crenças nucleares. Elas são afirmações absolutas sobre a própria pessoa, os outros e o mundo. Elas são originadas desde a infância, a partir da maneira como a criança organiza suas experiências familiares. Isso direciona comportamentos futuros, mesmo que as regras ou crenças aprendidas não sejam necessariamente verdadeiras. Uma vez que elas foram úteis no sentido de organização da criança no mundo, pode nunca ocorrer a uma pessoa avaliar se essa é a alternativa mais útil de entendimento das experiências na vida adulta (Greenberger & Padesky, 1999).

Em diversas patologias psiquiátricas, a identificação das crenças condicionais que mantêm os sintomas e sua consequente reestruturação auxilia na avaliação dessas crenças de uma forma menos abstrata e intelectual e mais concreta e significativa. A maioria dos pacientes se comporta de acordo com suas suposições positivas. Porém, em momentos de aflição, sua suposição negativa vem à tona. As estratégias comportamentais desenvolvidas para enfrentar a aflição nuclear devem ser identificadas, levando-se em consideração que “as estratégias compensatórias são comportamentos *normais* nos quais todos, às vezes, engajam-se” (Beck, 1997, p. 151).

Assim como é possível aprender a identificar e avaliar os pensamentos automáticos, é possível também aprender a identificar e avaliar as crenças condicionais e as crenças nucleares e facilitar a mudança de comportamentos consistentes com novas crenças. A conceituação cognitiva incorpora não somente os problemas do paciente, mas também seus pontos fortes e a resiliência (Kuyken & cols., 2009).

Para Beck (1997), “... ao contrário dos pensamentos automáticos, a crença nuclear que os pacientes “sabem” ser verdade sobre si mesmos não é totalmente percebida até que o terapeuta descasque as camadas...” (p. 176). A analogia dos níveis de cognição com camadas é uma técnica de visualização que pode favorecer o acompanhamento terapêutico.

Greenberger e Padesky (1999) fazem uma analogia dos níveis de cognição e suas distorções com as flores e ervas daninhas em um jardim. As flores representam os pensamentos automáticos saudáveis e as ervas daninhas os pensamentos automáticos distorcidos e eles se enraízam no jardim por meio de crenças condicionais e de crenças nucleares.

Segundo Padesky e Mooney (comunicação pessoal, 20 de fevereiro de 2006), dependendo do nível de pensamento que é abordado, a TC utiliza intervenções mais específicas. A Figura 1 destaca essas intervenções, consideradas pelas autoras como mais eficazes para o trabalho em cada nível.

Nível de cognição	Intervenção
Pensamento automático:	Registro de pensamento
Crença condicional: Em várias situações, dever, obrigação, regra, suposição “Se-,então.”	Experimento comportamental
Crença nuclear: O que pensamos de forma mais absoluta e rígida, “DNA”: Eu sou, As pessoas são O mundo é , O futuro é	Continuum de crença Registro de crença

Figura 1. Níveis de cognição e intervenção proposta.

Fonte: Padesky & Mooney, 2006.

A reestruturação cognitiva utiliza técnicas sistematizadas para ensinar os pacientes a identificar, questionar e reestruturar os pensamentos distorcidos. Os pacientes que praticam as técnicas por 30 minutos experienciam maior redução de sintomas e mudanças em suas crenças do que os pacientes que simplesmente discutem seus pensamentos. A reestruturação cognitiva tem sido, então, considerada um fator importante em tratamentos efetivos (Beck, 2007; Beck & Knapp, 2008; Luty & cols., 2007).

E se o paciente não determina os seus objetivos, não executa as tarefas propostas, chega atrasado e/ou não comparece às sessões de terapia? Esses comportamentos devem ser compreendidos com o auxílio da identificação das suposições envolvidas. Beck (2007) apresenta então as suposições que mais frequentemente mantêm esses comportamentos: “Se eu me sentir mal, então eu vou ficar arrasada (mas, se eu evitar me sentir mal, então eu ficarei bem”, p. 259); “Se eu tiver um problema, então eu não conseguirei resolvê-lo (mas, se eu ignorá-lo ou evitá-lo, então eu ficarei bem”, p. 268) e/ou “Se eu me sentir melhor, então a minha vida ficará pior (mas, se eu ficar como estou, eu, pelo menos, sei como é”, p. 269).

Na TC, o instrumento desenvolvido por Aaron Beck para modificar as distorções cognitivas por meio da reestruturação cognitiva é o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD).

Desde 1979, o RPD é utilizado como um dos exercícios sistematizados para ajudar os pacientes a responder aos seus pensamentos disfuncionais de forma mais efetiva, tendo como consequência a modificação de estados de humor negativos (Cordioli, 2008a; De-Oliveira, 2008).

Modificar as crenças condicionais (pressupostos, regras e deveres) é mais difícil do que modificar os pensamentos automáticos (Beck, 2007). A intenção de utilizar o experimento comportamental na TC é a mudança na cognição e não somente no comportamento, o que facilita uma mudança mais profunda na emoção (Bennett-Levy & cols., 2004).

Em quadros de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), a utilização de técnicas cognitivas é mais recente, sendo, em geral, praticadas após as técnicas comportamentais. Entre as técnicas cognitivas, destaca-se “a identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, o questionamento socrático, a seta descendente, o exame de vantagens e desvantagens, a torta de responsabilidade, o uso de lembretes, entre outras” (Cordioli, 2008b, p. S69).

Longmore e Worrell (2007) ressaltam que para o tratamento da depressão, as intervenções cognitivas conduzem a mudanças comportamentais e fisiológicas. Os autores sugerem a condução de pesquisas que comprovem os elementos comportamentais e cognitivos da TC, em outras condições, com o intuito de responder ao questionamento sobre a eficácia dos experimentos comportamentais. Eles são eficazes por testar as crenças ou como uma consequência à técnica de exposição e prevenção de resposta?

Blackburn e Davidson (conforme citados por Knapp, 2004) propuseram que os pacientes substituam as suposições e regras disfuncionais por cognições saudáveis. Essa técnica foi chamada por Burns, em 1980, de “reescrever as regras” (Knapp, 2004). As suposições saudáveis são escritas em cartões maiores ou menores, que podem ser carregados na carteira ou em blocos e cadernos maiores e são conhecidos como cartões de enfrentamento. Eles são utilizados pelos pacientes em situações de desequilíbrio da emoção, o que facilita a interpretação ponderada dos fatos e o não retorno dos sintomas. O paciente é orientado a lê-los regularmente, por exemplo, três vezes ao dia (Beck, 1997; Knapp, Luz Jr. & Baldisserotto, 2001; Wright & cols., 2008).

Diários de autodeclaração positiva são praticados em conjunto com as técnicas de reestruturação cognitiva. Ao final de cada dia e de acordo com o padrão saudável que o paciente determinou construir, ele registra dois ou três comportamentos saudáveis (Beck, 1997). Como exemplo, em casos de dificuldades em perder peso e manter, Beck (2009) propõe a reestruturação cognitiva em seis semanas, sendo que a proposta de trabalho para o quarto dia é elogiar-se. Para que a reeducação alimentar e a prática do exercício físico sejam sedimentados, o paciente deve criar uma conta de crédito, na qual pequenos avanços são valorizados e guardados para futuros momentos de dificuldade e enfrentamento.

É amplamente reconhecido que o referencial teórico da TC permite o uso variado de técnicas, de modo individual ou em grupo, para casais e famílias, adultos, adolescentes e crianças,

podendo ser adaptadas para diferentes situações clínicas (Beck & Knapp, 2008). A literatura é extensa, com trabalhos demonstrando a aplicação e a avaliação desse referencial de intervenção.

Não há uma uniformidade em relação ao tamanho dos grupos, porém os relatos de pesquisas nacionais variam de seis a 12 pessoas (Bechelli & Santos, 2004; Cade, 2001; Falcone, 1999; Gomes & Scrochio, 2001; Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbhar, 2008; Meyer & cols., 2010; Sardinha, Oliva, D'Augustin, Ribeiro & Falcone, 2005; Serfaty, Haworth & Buszewicz, 2009). Reunir um grupo de pacientes com regularidade pode parecer uma tarefa fácil, mas em geral não é (Bieling & cols., 2008), sendo a habilidade do terapeuta em conduzir o grupo muito importante (Bechelli & Santos, 2006; Free, 2007). Desde a década de 1980, a eficácia do trabalho em grupo tem sido documentada (Cordioli & cols., 2003; Espie, 1986; Fals-Stewart & Lucent, 1994; Himle & cols., 2001; Kobak, Rock & Greist, 1995).

De acordo com diversos autores (Becheli & Santos, 2002; Bieling & cols., 2008; Cordioli, 2008a; Free, 2007; Ito & cols., 2008; Kunzler, 2008a; Steketee & Pigott, 2006), a utilização de TC em grupo pode ser benéfica, tanto pelo custo reduzido quanto pela resposta terapêutica. Primeiro, o custo reduzido da TC em grupo, em relação à terapia individual, deve-se ao fato de que o mesmo terapeuta dispõe um número muito menor de horas para tratar o mesmo número de pacientes. Segundo, o tratamento em grupo aumenta a oferta de terapia em regiões onde o número de terapeutas é limitado. Terceiro, alguns fatores somente relacionados à terapia em grupo podem melhorar a resposta terapêutica, tais como universalidade, altruísmo, aprendizado interpessoal e mediante observação, flexibilidade de papéis e coesão do grupo.

No contexto da saúde pública, Souza e Carvalho (2003) relatam os benefícios da abordagem em grupo no Programa de Saúde da Família. Os autores constatarem que os benefícios centram-se principalmente em promover, no espaço grupal, a ampliação de perspectivas individuais que favorecem a saúde e uma rede de apoio social mútuo com a identificação de alternativas pessoais mais saudáveis.

Powell, Abreu, Oliveira e Sudack (2008) fornecem uma revisão não sistemática sobre o uso das técnicas cognitivo-comportamentais para o tratamento de pacientes com depressão. Ressaltam que a TCC é uma das abordagens mais eficazes para o tratamento dessa patologia, tanto isolada quanto em combinação com medicamentos antidepressivos. Em relação à reestruturação cognitiva, as técnicas auxiliam o paciente a avaliar se as crenças são verdadeiras ou não, o que facilita um julgamento baseado em fatos reais, com melhora dos sintomas depressivos.

A reestruturação dos pensamentos catastróficos identificados como mediadores dos sintomas no transtorno de pânico reduz a ansiedade, o medo, a ansiedade antecipatória e melhora as condições de enfrentamento das situações antes evitadas. Isso leva à redução do prejuízo nas atividades diárias do paciente, também pelo fato de depender menos de pessoas próximas, com melhora da QV (Manfro, Heldt, Cordioli & Otto, 2008).

O relato feito por Ito e cols. (2008) de um caso de fobia social em uma criança de 10 anos ilustra a aplicação das técnicas da TCC. A identificação das crenças condicionais direciona a intervenção que pode “encobrir a crença nuclear auto depreciativa, do tipo: Se eu mostrar minha insegurança, ruborizando, serei humilhado e Se eu não for impecável no meu comportamento, serei desprezado” (p. S98). De maneira compensatória, a avaliação constante do comportamento para não fazer nada que possa ser criticado mantém os sintomas.

Rangé e Marlatt (2008) abordam modelos para tratamento de transtornos de abuso de álcool e outras drogas sobre os estágios de mudança, a entrevista motivacional e o modelo cognitivo de Beck. Os autores descrevem um modelo de tratamento em grupo para alcoolistas na cidade do Rio de Janeiro. Para desenvolver programas efetivos de tratamento, é necessário que habilidades sejam treinadas e não somente explicar ao paciente as razões para ele parar de beber. Entre outros critérios para o desenvolvimento de um programa eficaz, três deles são relevantes: ser eficaz na manutenção da mudança, combinar as técnicas da TC com mudanças no estilo de vida e ensinar o paciente a lidar com seu fracasso.

Do ponto de vista histórico, a TC tem sido adotada para tratamento de casos clínicos, mas a aplicação de seus princípios é relevante, na população em geral, para a construção de comportamentos saudáveis. Este, talvez, seja um dos maiores desafios da área da saúde, uma vez que só muito recentemente a assistência primária tenha se constituído como uma das metas centrais das políticas públicas.

2.2. Panorama Atual da Terapia Cognitiva: Tendências e Desafios em Pesquisa

Como já ressaltado, de forma mais ampla, as pesquisas têm sido voltadas para avaliar a eficácia da TC em diferentes patologias psiquiátricas, tais como depressão, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, pânico, esquizofrenia, entre outras. Embora o indivíduo tenha uma condição identificada de doença, o enfoque atual de acompanhamento é apoiado em uma diversidade metodológica para desenvolver comportamentos saudáveis, inclusive para aprender a lidar com possíveis efeitos colaterais dos psicotrópicos prescritos. Tais intervenções apoiam-se na identificação de pensamentos automáticos, crenças condicionais e crenças nucleares, sendo que, para a TC, as crenças condicionais são aquelas diretamente relacionadas com o comportamento e conseqüentemente com sua mudança. Apesar dessa premissa, pouca atenção é dada à reestruturação de crenças condicionais.

Em uma recente revisão de literatura, realizada para esta dissertação, a pesquisa que mais diretamente foi identificada como uma sustentação para um projeto centrado em crenças condicionais foi desenvolvida por Cooper, Todd, Turner e Wells (2007). O grupo investigou a eficácia de um tratamento novo para bulimia nervosa (BN). A pesquisa, com um desenho A-B com *follow up*, com 14 sessões, foi conduzida com quatro mulheres com diagnóstico de bulimia

nervosa, segundo o DSM-IV. Elas foram encaminhadas por um serviço terciário para tratamento de transtornos alimentares. Questionários foram respondidos no acolhimento, no início do tratamento e três e seis meses de *follow up*, além dos seguintes instrumentos: *Eating Attitude Test* (EAT) e *Eating Disorder Belief Questionnaire* (EDBQ). O EDBQ mede as crenças sobre a própria pessoa e as crenças condicionais em relação ao transtorno alimentar. Um manual de tratamento detalhado foi desenvolvido especialmente para esse estudo, no qual a reestruturação verbal foi seguida pelo planejamento e condução do experimento comportamental. Todas as participantes evoluíram bem e não mais mantiveram os sintomas de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV. Crenças positivas, pensamentos de perda de controle, crenças negativas e pensamentos de permissão foram medidos por meio de itens individuais de uma versão inicial do questionário de pensamentos.

Ainda segundo Cooper e cols. (2007), um número significativo de propostas de tratamento para BN utiliza os princípios da TC e incluem técnicas comportamentais, como exposição e prevenção de resposta, monitoramento do consumo de alimentos, planejamento das refeições e solução de problemas, e cognitivas, como a reestruturação cognitiva. Nesses casos, o foco inicial é na mudança do comportamento, a reestruturação cognitiva ocorre somente depois que as tarefas iniciais, comportamentais, são bem estabelecidas. Apesar de se mostrarem eficazes, um número significativo de pacientes com BN que recebem TC não apresenta boa resposta. A partir dessas reflexões, eles propõem um modelo novo com uma maior priorização da cognição e dos processos cognitivos. Ênfase na motivação pela mudança, na reestruturação cognitiva e no experimento comportamental (EC). O foco primário é na mudança cognitiva e não na mudança comportamental.

Dattilio (2006) aborda a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional e relata um caso de aplicação da TC para o atendimento dos membros de uma família. As crenças foram identificadas e reestruturadas, sendo pontuado que as famílias em geral relutam a fazer mudanças devido a esquemas rígidos. Nesse caso, a mãe tinha uma postura intolerante diante de qualquer sinal de fraqueza nela ou nos membros de sua família - “Se os membros de minha família são fracos, eles sucumbirão às esmagadoras forças da vida” (p. 22). A reestruturação cognitiva da mãe: “Talvez não seja tão terrível mostrar emoções negativas às vezes; e de seu filho: “Posso ser eu mesmo sem ter que estar sempre me preocupando com repercussões negativas” (p. 32), provavelmente terá um efeito positivo no bem-estar da família. O caso foi apresentado em oito passos que ressaltam a necessidade de mudança e os novos experimentos comportamentais.

Os estudos de Cooper e cols. (2007) e de Dattilio (2006), destacados acima, representam aplicações claras do conceito de crença condicional e implicações para a construção de comportamentos saudáveis. A ênfase nas crenças condicionais como foco de intervenção traduz a transição entre os modelos de pensamento automático e crença nuclear. Beck (1963), por exemplo, conduziu uma pesquisa qualitativa, com um grupo de 50 pacientes, em psicoterapia ou psicanálise, com frequência entre uma a seis sessões por semana, com um tempo de terapia entre seis meses a seis anos, envolvendo 16 homens e 34 mulheres, com idade entre 18 e 48 anos. O estudo mostrou

que, mesmo na depressão leve, distorções em temas do pensamento lógico e real ocorrem e evidenciam que a distorção cognitiva é comum a todos os tipos de psicopatologia, com estreita relação com a emoção.

No ano de 1964, utilizando a mesma metodologia de pesquisa, Beck fornece uma análise teórica da distorção cognitiva observada no paciente deprimido, em nível de crença nuclear, de seu conteúdo idiossincrático e da distorção cognitiva dominantes na depressão. A relação entre a organização do pensamento e a emoção na depressão é reforçada. O autor também chama a atenção para a importância da sistematização do trabalho em nível de crença condicional. Assim, desde a década de 1960, estudos com a TC evidenciam a relação entre o desequilíbrio da emoção, a distorção cognitiva associada e as dificuldades enfrentadas.

Nos últimos 10 anos, muitos estudos utilizando a TCC foram publicados, com interesse nos resultados da intervenção. Cordioli e cols. (2002) desenvolveram um protocolo baseado em técnicas da TCC, aplicado em grupo, para o TOC. A pesquisa para verificar a sua eficácia envolveu 32 pacientes com diagnóstico de TOC, em 12 sessões de duas horas, em cinco grupos. Houve acompanhamento de três meses após o término da aplicação do protocolo. O tratamento foi eficaz para 78,1 % dos pacientes, tendo a TCC breve reduzido de forma significativa os sintomas de TOC e as respostas de ansiedade e depressão, medidas por instrumentos específicos.

Beck (2005) e Butler e cols. (conforme citados por Beck & Knapp, 2008) revisaram as metanálises de resultados de tratamentos da TCC para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos e condições médicas, levantando o seguinte questionamento: “Qual é a eficácia da TCC, para quais transtornos, comparada com o que, e por quanto tempo?” De 1967 a 2003, foram realizadas 16 metanálises com metodologia rigorosa e que incluíram mais de 9.000 sujeitos em 330 estudos. Ensaios controlados randomizados também fornecem forte amparo empírico para a eficácia de intervenções cognitivas, muitas vezes como adjunto à farmacoterapia, no tratamento de uma ampla variedade de condições médicas.

Além da efetividade da TCC para mudança de comportamento, muito se tem discutido sobre o tempo do efeito da intervenção. Para avaliar o resultado do protocolo para tratar o TOC, em grupo, em 12 sessões e *follow up* de um ano, Braga, Cordioli, Niederauer e Manfro (2005) conduziram uma pesquisa que envolveu 42 pacientes que, após o término das 12 sessões iniciais, foram reavaliados em três, seis e 12 meses. Os autores concluíram que a redução da gravidade dos sintomas foi mantida por um ano.

Outros autores também realizaram pesquisas sobre a TCC em diversas condições de doença. Cortez, Padovani e Williams (2005) avaliaram a eficácia de um grupo de TCC para agressores conjugais, com vistas a eliminar ou reduzir a violência. Participaram da pesquisa sete homens denunciados e um por busca espontânea. As técnicas utilizadas nas oito sessões semanais foram assumir responsabilidade, controlar a raiva, *role-playing* e *time-out*. Os instrumentos utilizados foram entrevistas e questionários, escala de táticas de conflitos e por relatos pessoais

(*follow-up*, três, seis e 12 meses). Os resultados evidenciaram a redução geral dos escores e das agressões, porém foram registrados dois casos de reincidência. Os autores ressaltam a importância dos programas com grupos terapêuticos e fazem uma avaliação positiva dos participantes, de suas parcerias e da melhora do ajustamento do casal.

Gielissen, Verhagen, Witjes e Bleijenberg (2006) conduziram um estudo controlado com pacientes sobreviventes de câncer, com fadiga, que mostrou a eficácia da TCC. O total de 112 pacientes foi randomicamente distribuído em um grupo para tratamento com as técnicas da TCC e o outro grupo constituiu uma lista de espera. Um questionário sobre a intensidade da dor e o grau de comprometimento foi respondido pelos participantes na admissão e em seis meses. A avaliação do *follow-up* não foi possível, pois os pacientes na lista de espera logo entraram em tratamento com TCC. Concluiu-se que a fadiga pode ser prevenida com a aplicação de técnicas da TCC durante o tratamento de câncer.

Meyer e cols. (2010) enfatizam que a aplicação de intervenções no formato em grupo tem sido extensamente aplicada em uma ampla diversidade de quadros psiquiátricos. Os últimos anos têm sido acompanhados por um aumento bastante significativo dessa forma de empregar a TCC, inclusive no Brasil. Os autores propõem uma pesquisa envolvendo 40 pacientes com TOC, divididos em dois grupos: o grupo controle recebeu TCC e o grupo intervenção recebeu TCC associada à entrevista motivacional e o mapeamento cognitivo, com melhora estatisticamente significativa no grupo intervenção.

A indicação de atendimento individual ou em grupo é outra questão importante a ser mencionada à luz da TC. O primeiro estudo controlado com o objetivo de comparar um protocolo idêntico de TC, com técnicas cognitivas e comportamentais, de forma individual e em grupo, foi conduzido por Anderson e Rees (2007). Foram selecionados para a amostra 51 indivíduos, distribuídos randomicamente para participar do grupo de intervenção, atendimento individual, num total de 10 sessões ou lista de espera. Foi observada amenização dos sintomas no atendimento individual e grupo superior à lista de espera, com melhora significativa, tanto quantitativa quanto qualitativamente. As autoras pontuaram a dificuldade em acessar esse tipo de tratamento devido ao reduzido número de terapeutas treinados nas técnicas cognitivas e comportamentais.

A aplicação da TCC nos quadros psicopatológicos tem-se ampliado. Devido ao interesse no bem-estar geral e QV de pessoas com TOC, Niederauer e cols. (2007) revisaram 87 artigos, dos quais 23 em QV e TOC. Os resultados evidenciaram que as áreas mais afetadas são os relacionamentos sociais e familiares, seguidos pelo desempenho ocupacional.

Holmes, Arntz e Smucker (2007) descrevem o processo de reestruturação cognitiva seguido por reestruturação da imagem para atualizar o sentido das imagens estressoras e memórias na fobia social. Para tal, participaram do estudo 14 pacientes (cinco mulheres), sendo conduzido por terapeutas cognitivos experientes. São relatados dois casos, com descrição da diminuição da intensidade da crença que também ameniza a emoção, neste caso a ansiedade.

Barbosa, Luiz, Domingos e Fernandes (2008) avaliaram, sob a perspectiva dos pacientes, o atendimento recebido em grupo de sala de espera em um ambulatório de transtornos de ansiedade. Um total de 61 pacientes fez parte do estudo, com idade entre 15 e 66 anos, de ambos os sexos. O questionário era constituído por 16 questões (15 de múltipla escolha e uma questão aberta). Como resultado, a maioria dos pacientes julgou a sala de espera importante para aprender mais sobre a doença, conversar e tirar dúvidas.

Estudos de neuroimagem demonstraram os efeitos da TCC em alterações cerebrais funcionais e fisiológicas associados com TCC para depressão. Os resultados indicam que as técnicas comportamentais e cognitivas afetam a função cerebral (Beck & Knapp, 2008). Tal evidência representa um grande avanço e provavelmente novos estudos seguirão por essa linha de pesquisa.

Vale ressaltar que, para Beck (2005), as pesquisas são um incentivo à formação de profissionais e um estímulo para a disseminação da terapia na prática clínica, sendo uma maneira de diminuir o custo da saúde.

O objetivo desse capítulo foi apresentar uma síntese da evolução histórica e desenvolvimento da TC e da TCC. Não se pretendeu abarcar o conjunto de pesquisas realizadas em mais de cinco décadas, divulgadas em diferentes periódicos, relacionadas direta ou indiretamente à reestruturação cognitiva. O propósito foi destacar os trabalhos que evidenciam a importância da TCC com diferentes populações e os principais focos de investigação. Independentemente do delineamento metodológico, tamanho amostral, modalidade de intervenção clínica, os estudos trazem contribuições para o entendimento dos princípios de aplicação da TCC.

CAPÍTULO 3

SISTEMATIZAÇÃO DE UMA TÉCNICA ESPECÍFICA EM TERAPIA COGNITIVA

O presente capítulo expõe a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, construída como uma nova proposta de representação da conceituação cognitiva, reestruturação cognitiva em nível de crença condicional - lacuna na TC, e foco na tomada de decisão. Esta técnica está voltada para a promoção da saúde e autonomia do indivíduo a partir da contraposição do comportamento não saudável *versus* saudável, variável para cada pessoa. A mudança de ênfase do não saudável para o saudável é um diferencial da técnica. Os pressupostos teóricos que justificam seu uso como recurso de intervenção terapêutica, individual ou em grupo, são discutidos.

3.1. Princípios básicos e desenvolvimento da técnica

Como já destacado no Capítulo 2, a conceituação cognitiva é um auxílio fundamental para o planejamento de intervenção na TC e é proposta na forma de diagrama por Beck (1997) e também por Greenberger e Padesky (1999). A conexão entre os três níveis de cognição: pensamento automático (PA), crença condicional (CC) e crença nuclear (CN) e a relação entre essas associações com a emoção e o comportamento são as tarefas que devem ser realizadas pelo paciente. A partir da identificação de comportamentos alvos, há o fortalecimento de respostas adaptativas e possibilidade de mudança para comportamentos saudáveis.

Tradicionalmente, a TC focaliza a distorção cognitiva como ponto de partida para a mudança, sendo que, muitas vezes, o paciente adota essa referência sem manter a sua atenção na reestruturação cognitiva. A conceituação cognitiva do comportamento não saudável e do comportamento saudável desempenha um importante papel no avanço em termos da responsabilização do paciente por suas escolhas. Para a promoção da saúde, a conceituação cognitiva possibilita ao terapeuta utilizar as intervenções mais eficazes para que o paciente tome sua decisão pela saúde (Fortes & Zoboli, 2004). Essa noção é importante porque o indivíduo autônomo escolhe, de forma esclarecida e livre, a melhor alternativa entre as que são oferecidas, decidindo o que é bom para ele e tendo liberdade de manifestar sua vontade.

Apesar de ser reconhecida a importância de se trabalhar a crença condicional para a mudança de comportamento, poucos estudos descrevem como isso pode ser feito. Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou e Thrasher (1998), por exemplo, conduziram um estudo controlado com 77

pacientes com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Entre as técnicas da TC, o exercício sistematizado, utilizado para a reestruturação cognitiva, foi o registro de pensamentos disfuncionais, mas com a abordagem de pensamentos automáticos. Os autores citam a abordagem em crenças, porém a sistematização não foi descrita. O objetivo do estudo foi comparar e tentar responder a questões referentes à aplicação da técnica de Exposição e Prevenção de Recaída (EPR) e reestruturação cognitiva, como técnicas isoladas ou associadas para o tratamento dos sintomas de TEPT. A melhora dos sintomas foi acompanhada por seis meses, tendo sido superior à técnica de relaxamento.

Lefèvre e Lefèvre (2004) destacam que a intervenção dos profissionais de saúde deve deixar de ser meramente prescritiva para ser uma abordagem que privilegie a decisão compartilhada em relação às tomadas de decisão pela saúde. Isso favorece, cada vez mais, a autonomia do paciente, que se fortalece como ator principal e ativo em todo o processo. Sabe-se que a decisão pela saúde não é um processo individual, mas coletivo, com o fortalecimento do indivíduo em seu contexto social. Contudo, na prática clínica, muitos são os desafios para uma atuação que privilegie a autonomia do paciente e o reconhecimento de suas potencialidades. Assim, o cotidiano profissional em clínica particular ou no SAM trouxe à tona a necessidade de explorar técnicas que pudessem atingir tal propósito.

Como salientado na Introdução, a época da formação no Instituto Beck foi um período importante para discutir como a promoção da saúde poderia ser auxiliada por técnicas da TC. Relatos de pesquisas e experiências de atendimento clínico evidenciavam que a reestruturação cognitiva, a partir do uso da imaginação, mostrava-se eficaz. No estudo de Greenberger e Padesky (1999), o uso de imagens associando os níveis de cognição e suas distorções com as flores e ervas daninhas em um jardim contribuía para melhores resultados terapêuticos.

A visualização é a representação de um objeto, acontecimento ou sensação por intermédio da imagem. É uma habilidade para gerar uma imagem mental e, na perspectiva cognitiva, transformar mentalmente a figura. Além da transformação da figura, a emoção associada a ela também é recriada, com maior controle sobre a mesma (Cabete & cols., 2003). Young (2003) utiliza a identificação de imagens entre as técnicas para desencadear esquemas, que são conjuntos de crenças nucleares. O processo deixa de ser principalmente cognitivo para ser afetivo e auxilia no tratamento de transtornos de personalidade.

A transposição dessas noções para a prática profissional tinha como foco a necessidade de trabalhar com os pacientes uma atitude mais ativa perante seu tratamento. O modelo cognitivo pressupõe que emoção, reação física, comportamento e cognição estão diretamente relacionados e a construção de cognições saudáveis tem efeito positivo sobre os demais. Sendo assim, Kunzler (2008a) propõe uma representação ilustrativa dos três níveis de cognição utilizando uma figura que contém dois abacates cortados, em cores distintas. Em cada um deles, a abordagem é direcionada do nível mais superficial ao mais profundo, do mais fácil ao mais difícil acesso, com conseqüente

ativação de menor ou maior carga emotiva. A autora também propõe um exercício que busca configurar o *continuum* das cognições identificadas e reestruturadas, a tomada de decisão e a forma escrita de possibilidade de utilização.

As imagens correspondentes à doença e à saúde facilitam a reestruturação cognitiva e a tomada de decisão por padrões de comportamentos saudáveis. A diferença entre as cognições não saudáveis e as cognições saudáveis, representada pela metade de um abacate acinzentado e pela metade de um abacate naturalmente colorido, chama a atenção para uma reflexão por meio das perguntas: “Qual figura representa melhor como eu estou neste momento?”; “Quais são as emoções, pensamentos e consequências saudáveis nesta situação?”; “Como é que uma pessoa saudável pensa e conseqüentemente se comporta e como se sente?”; “Qual é a forma flexível de lidar com esta situação?”; “O que é que eu posso fazer de diferente?”; “Como é que eu gostaria de estar?” (Kunzler, 2008b).

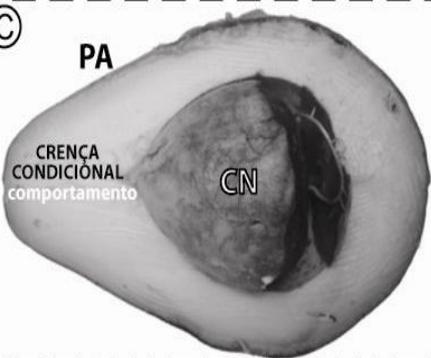
É importante especificar que essa representação foi pensada, construída, testada e aprimorada ao longo dos anos. As etapas que constituíram a elaboração e o aprimoramento da ilustração (Figura 2) são detalhadas a seguir, em ordem cronológica de execução, em quatro porções identificadas na figura por traços pontilhados, identificados pelas letras “A, B, C e D”. A figura de um abacate cortado possibilitou que os três níveis de cognição fossem naturalmente representados. A importância de facilitar a compreensão dos três níveis de cognição da TC por parte dos pacientes levou a tal representação ilustrativa, buscando a formulação da conceituação cognitiva.

Tomada de Decisão e Qualidade de Vida

Quais são os pensamentos, comportamentos e emoções mais saudáveis?

(C)

PA



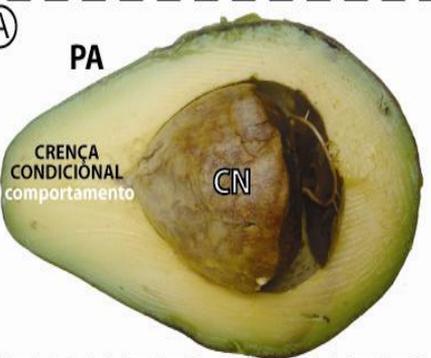
CRENÇA CONDICIONAL
comportamento

CN

Desvantagens
Doença / Dificuldade

(A)

PA



CRENÇA CONDICIONAL
comportamento

CN

Vantagens
Saúde / Bem-estar

(D)

PA = Pensamento Automático (casca)
CC = Crença Condicional/Intermediária
CN = Crença Nuclear

© Terapia Cognitiva
Lia Silvia Kunzler

Reestruturação Cognitiva em Nível de Crença Condicional

(B)

Eu não queria ter feito novamente, mas... eu voltei atrás e fiz!
A mudança de um comportamento não desejado

ETAPA 1 - Como é hoje em dia?
Comportamentos indesejados e suposições não-saudáveis
Abacate cinza - polpa da casca

- 1 - Qual é o comportamento indesejado e que tem causado melido a minha vida?
- 2 - Quais são as suposições que mantêm esse comportamento?
- Se eu _____ então _____
- Se eu (não) _____ então _____
- 3 - Qual é a emoção ligada ao comportamento?
- 4 - Quais são as desvantagens para a minha vida?

ETAPA 2 - Como era no passado?
Comportamentos e suposições sãos
Abacate cinza - polpa da casca

- 1 - Qual é o comportamento indesejado e que se originou no passado?
- 2 - Quais são as suposições que mantêm esse comportamento?
- Se eu _____ então _____
- Se eu (não) _____ então _____
- 3 - Qual era a emoção ligada ao comportamento?
- 4 - Quais foram as desvantagens para a minha vida?

Como eu não quero tomar uma decisão e voltar atrás, então...

ETAPA 3 - Como pode ser de agora em diante?
Comportamentos desejados e suposições mais saudáveis
Abacate cortado - polpa da casca

- 1 - Qual é o comportamento desejado e que eu gostaria de experimentar?
- 2 - Quais são as suposições que podem manter esse comportamento desejado?
- Se eu _____ então _____
- Se eu (não) _____ então _____
- 3 - Qual é a emoção que, no futuro, pode fazer com que eu volte atrás e faça o que eu não queria fazer?
- 4 - Quais são as vantagens para a minha vida?

ETAPA 4 - Experimento comportamental - A corrida de obstáculos
O que eu posso experimentar e fazer?
Monitorar a dificuldade e a emoção



Obstáculos do meu experimento (+, ++, +++, ++++)

+

++

+++

++++

Figura 2. Níveis de cognição: representação gráfica e etapas de reestruturação.

Fonte: Braga, Hua e Kunzler (2010).

Inicialmente, a figura era constituída somente pela porção superior direita – pontilhado A. Um abacate colorido favorecia as reflexões sobre a doença e não sobre a saúde. A primeira vez que o abacate colorido foi utilizado para esclarecer a distinção entre os três níveis de cognição foi no III Simpósio Internacional sobre Depressão e Transtorno de Humor Bipolar (Kunzler & Pereira, 2006). A visualização da figura exemplificou a conceituação cognitiva de um caso de depressão.

Os três níveis de cognição foram apresentados na I Jornada Baiana de Terapias Cognitivas, com foco principal na crença condicional, pois a figura do abacate representou tanto o comportamento não saudável quanto o saudável em relação ao uso abusivo de drogas (Kunzler, 2006). A reestruturação das crenças ativadas sobre o uso de drogas - antecipatórias, de alívio e permissivas - favoreceu que a sistematização da técnica para reestruturação cognitiva em nível de crença condicional tivesse início (porção inferior - pontilhado B).

Depois da etapa inicial de definição da melhor maneira de propor a visualização dos três níveis de cognição, surgiu a necessidade de demonstrar a diferença entre as cognições não saudáveis e as cognições saudáveis, o que é evidenciado pelo abacate acinzentado e pelo abacate naturalmente colorido (porção superior esquerda - pontilhado C e porção superior direita - pontilhado A). A necessidade de discutir com profissionais da área de saúde qual é o comportamento avaliado como adequado por pessoas com transtorno de pânico desencadeou a ideia de demonstrar por figuras as duas condições, com as ilustrações em cores diferentes. Uma vez que o paciente que experiencia sintomas agudos de ansiedade avalia como urgente a procura de um serviço médico, é imprescindível que a equipe compreenda que, na sua avaliação, este é o comportamento indicado. Contudo, essa clientela é avaliada como não demandando cuidados específicos, o que gera conflitos nas relações interpessoais e não assistência ao paciente.

Identificar um comportamento não saudável, tentar mudar, e não conseguir é uma queixa bastante frequente das pessoas em geral, e é algo que causa sofrimento àquelas que buscam ajuda na área de saúde mental. Os comportamentos não saudáveis dizem respeito a procrastinar tarefas, exigir a perfeição, não investir na saúde, preocupar-se excessivamente, pensar somente em dificuldades, embarcar em emoções em desequilíbrio, comprar compulsivamente, reagir com excessos, entre outros.

O desafio de explicar aos profissionais que o comportamento do paciente obedece a uma distorção cognitiva e que a tarefa maior é o autocontrole fez com que a técnica evoluísse para incorporação da noção de transição. Se o paciente for informado sobre o que caracteriza o seu quadro e que procurar atendimento não necessariamente controlará seu sintoma, e nem lhe ensinará a lidar com a situação ansiogênica, então ele terá possibilidade de pensar em outras alternativas para lidar com o problema. Transitar do abacate acinzentado para o natural e vice-versa é o reflexo da saúde mental. Sentir emoção é algo extremamente saudável, porém responder a ela sem reflexão nem sempre é a melhor alternativa. O lógico pode parecer saudável, mas nem sempre é.

Sendo assim, a intervenção eficaz para o trabalho em nível de crença condicional é o experimento comportamental (EC). Propõe-se, como etapas prévias, a reestruturação cognitiva das suposições “Se –, então”, e a preparação cognitiva para o EC. “Se o meu coração disparou e um infarto é inevitável, então eu preciso procurar um serviço de emergência agora” pode ser entendida como uma suposição saudável. Porém, e se isto passar pela cabeça de um paciente com sintomas agudos de ansiedade? Seus exames clínicos não apresentam alterações, já foi atendido em diversos serviços de emergência e já ouviu o médico assistente afirmar nas situações anteriores “A prescrição é de um calmante, porque o senhor não tem nada, é só emocional”.

No VI Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas, uma figura contendo o abacate cinza e outra o abacate colorido foram exibidas separadamente. Com o intuito de exemplificar a sistematização da reestruturação cognitiva em nível de crença condicional, foi relatado o caso de um casal que enfrentava problemas de relacionamento, tendo sido concluído com preparação para os experimentos comportamentais para a mudança. A identificação correta do nível de cognição facilitou que a intervenção terapêutica mais efetiva fosse utilizada para a reestruturação cognitiva (Kunzler, 2007a).

O tema “Comportamento e emoção saudáveis e funcionais através da construção de três níveis de cognições saudáveis e funcionais” foi abordado no 3º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções. Foi ressaltada a importância da compreensão, por parte dos pacientes acompanhados, dos três níveis de cognição, utilizando, além da imagem do abacate colorido, a imagem do abacate cinza, lado a lado, na mesma ilustração. A partir dessa etapa, foi construída a primeira versão do *continuum* do abacate (Kunzler, 2007b).

Essa maneira de estruturar os três níveis de cognição, em cinza ou colorido, foi sugerida no Simpósio Internacional Multidisciplinar sobre a Saúde da Mulher, como uma contribuição da TC para a construção de um modelo feminino saudável, tendo relação direta também com a emoção acionada e as consequências referentes às duas formas de pensar. O estudo de um caso no qual a mãe foi confrontada com a informação da coordenadora da escola de seu filho de que ele enfrentava significativas dificuldades escolares com risco de reprovação trouxe reflexões sobre as diferentes cognições acionadas (Kunzler, 2007c).

No XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a figura “o *continuum* do abacate” ilustrou um relato de caso envolvendo transtorno obsessivo compulsivo: “Calar as ruminções para calar as compulsões” (Kunzler, 2007d). A paciente procurou a TC quando seu marido propôs separação conjugal devido a queixas muito frequentes a respeito das dificuldades no relacionamento. As desvantagens em continuar falando compulsivamente, que poderiam resultar no término do casamento, foram listadas e motivaram a mudança para o comportamento saudável de falar de maneira assertiva. Os possíveis benefícios decorrentes de tal mudança foram também abordados (porções superior direita e esquerda, acrescidas da porção intermediária da Figura 2 - pontilhado D).

A técnica da TC e a figura “o *continuum* do abacate” foram publicadas pela primeira vez em periódico científico em 2008 (Kunzler, 2008a), apresentando a contribuição da TC para o tratamento de pacientes com transtorno obsessivo compulsivo.

No XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a técnica foi apresentada como uma possibilidade de intervenção terapêutica na prevenção, detecção precoce e tratamento do ganho de peso e síndrome metabólica em pacientes psiquiátricos. Não foram abordados somente as cognições, as emoções e os comportamentos dos pacientes acompanhados, mas também dos profissionais de saúde, para chamar a atenção sobre o efeito das cognições destes em relação ao tratamento daqueles (Kunzler, 2008c).

A Figura 2, composta pelas porções, para impressão em uma mesma folha, foi apresentada na XL Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia (Kunzler, Araujo & Lima, 2010a, 2010b) e publicada em periódico científico (Braga, Hua & Kunzler, 2010). Buscou-se integrar a parte ilustrativa com a forma escrita da sistematização da técnica.

A análise dos resultados obtidos com os pacientes pelo uso da analogia com a figura dos abacates acinzentado e naturalmente colorido, bem como a reflexão da estruturação das sessões, definiram a adequação de sua utilização para que o paciente possa avaliar as cognições e os comportamentos que ele tem observado e refletir se são cognições e comportamentos saudáveis ou se são meramente mantidos por emoções em desequilíbrio, representando os sintomas. Com isso a tomada de decisão pela saúde pode ser facilitada e mantida (Kunzler, 2008a). O *continuum* do abacate é, então, a sistematização de uma técnica da TC que passou a ser denominada “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”. A visualização facilita a reflexão a respeito da doença e da saúde e contribui para um maior domínio sobre a tomada de decisão para a melhora da QV.

Para que a decisão seja autônoma, o indivíduo deve estar livre de coerções internas e externas que podem afetar sua decisão. De forma racional, decide e compreende as consequências de suas escolhas. Caso não possa escolher o que lhe acontece, busca-se então, dentro do que é possível, o que fazer diante da situação instalada, mantendo-se a autonomia necessária para a tomada de decisão (Fortes & Zoboli, 2004). O material que compõe a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” foi elaborado com o intuito de tornar a decisão autônoma em relação à construção de comportamentos saudáveis para a melhora da QV e está organizado sob a forma de um livro texto (Kunzler, 2008b).

3.2. Caracterização da técnica: elementos constitutivos e etapas de aplicação

A técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” consiste na realização de 12 sessões, uma por semana, com uma hora e meia de duração cada. Entre os anos de 2005 e 2008, o material foi planejado para aplicação em grupos de oito a 12 participantes, porém ele pode ser utilizado individualmente, também com bons resultados. Os exercícios escritos são preenchidos na sessão de

terapia e na execução da tarefa de casa e podem ser enviados por *e-mail*. Comentários são registrados pela terapeuta para que o material seja devolvido para cada participante.

Antes do início do acompanhamento, um contrato de sigilo é assinado, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os documentos são complementares, já que o TCLE dispõe das informações referentes à condução da pesquisa propriamente dita e o contrato de sigilo expõe as regras para participação de um grupo de terapia, independente da finalidade de coleta dos dados de uma pesquisa.

Quando a técnica é desenvolvida em grupo, tal contrato é realizado individualmente, com todos os participantes. O contrato é impresso com o texto: “Por meio deste instrumento, eu, _____, abaixo assinado, declaro estar ciente do compromisso de sigilo relativo a qualquer assunto tratado durante as sessões de terapia. Concordo que qualquer dúvida e/ou comentário deve se restringir ao espaço terapêutico.” É fornecida também a informação de que esse contrato será arquivado pela profissional responsável pelo acompanhamento.

Após assinarem um contrato de sigilo, para a participação, os interessados devem identificar um comportamento não saudável que será alvo da intervenção. Em cada sessão, assuntos são abordados a partir das dificuldades identificadas e dos objetivos de cada participante. Na presente pesquisa, a proposta para a utilização da técnica é para um trabalho em grupo, porém, como já referido, o mesmo material também pode ser utilizado individualmente. Como em toda tomada de decisão, existem vantagens e desvantagens em cada opção: grupo maior, menor ou individual. Nos casos de atendimento individual, uma grande diferença reside no tempo de duração de cada sessão, que passa a ser de uma hora.

No que tange às tarefas de casa, elas são determinadas em cada sessão e o monitoramento da execução ocorre durante o acompanhamento. Elas desempenham uma função importante na construção de pensamentos saudáveis e no treino de novas habilidades cognitivas e comportamentais. A execução da tarefa de casa é iniciada na sessão para que possíveis fatores que possam comprometer sua execução sejam antecipados e solucionados. Associa-se a assiduidade às sessões de terapia e a execução das tarefas de casa propostas com um melhor desempenho no tratamento e com maior facilidade de atingir objetivos. Na sistematização da técnica, a tarefa de casa é previamente determinada de acordo com o conteúdo específico de cada sessão. Tarefas extras podem ser propostas pelo terapeuta ou pelos participantes, se relevantes. No final de cada sessão do livro texto utilizado, a tarefa de casa previamente determinada está descrita, e duas linhas para “tarefas extras” estão disponibilizadas.

Na primeira sessão, algumas recomendações são fornecidas, como preparação para todas as sessões do grupo, e consistem em enfatizar a necessidade de:

- ler as orientações iniciais apresentadas sobre as características da TC e da intervenção em grupo;

- ler o conteúdo da primeira sessão antes dela, o que também deve ocorrer para todas as sessões subsequentes;
- preencher os exercícios e anotar as dúvidas e as melhores soluções;
- ficar atento às dificuldades identificadas;
- lembrar as desvantagens em manter o comportamento não saudável e os pensamentos associados;
- lembrar as vantagens em construir o comportamento saudável e os pensamentos mais saudáveis vinculados; e
- monitorar objetivos específicos.

Como já apontado no Capítulo 2, uma das principais características da TC é a estrutura das sessões. Elas são organizadas da mesma maneira em todos os encontros. Na TC, o assunto a ser trabalhado é escolhido no início de cada sessão e há uma condução na abordagem do assunto, sempre lembrando os objetivos estabelecidos no início e durante a terapia. A cada encontro do grupo, a sessão segue a seguinte estrutura: breve atualização, relação com a sessão anterior, revisão da tarefa de casa, discussão dos tópicos do roteiro, estabelecimento de nova tarefa de casa, uma síntese final e *feedback* sobre a sessão.

É importante ressaltar que mudar um comportamento que não está saudável é visto pela maior parte das pessoas como uma obrigação, o que torna difícil a compreensão do processo, principalmente por parte de familiares e pessoas próximas, que observam ou sofrem as consequências do comportamento do paciente. A mesma incompreensão é demonstrada pela dificuldade em aceitar que o que parece óbvio e simples, não o é, sobretudo para a pessoa que não consegue manter um comportamento saudável. É nesse momento que a visualização da figura do abacate (Figura 2) aparece como um importante recurso terapêutico.

A casca do abacate corresponde aos pensamentos automáticos e, de forma aparentemente superficial, envolve os níveis de cognição mais profundos - as crenças condicionais e as crenças nucleares (Kunzler, 2008a). As crenças nucleares são as ideias mais rígidas apresentadas pelo paciente a respeito dele mesmo e dos outros, interpretadas como verdades tão absolutas que não são questionadas (De-Oliveira, 2007; Greenberger & Padesky, 1999; Knapp, 2004). Elas são ativadas de forma negativa e intensa, durante períodos de depressão e ansiedade (De-Oliveira, 2008), e são representadas pelo caroço do abacate. As crenças condicionais (suposição se -, então; regras e deveres) são representadas pela massa da fruta. Intervenções eficazes para essas crenças são os experimentos comportamentais - experimentar comportamentos saudáveis e funcionais (Kunzler, 2008b). O tratamento de problemas crônicos com o auxílio da TC envolve a construção e fortalecimento de crenças adaptativas e funcionais (Padesky, 1994).

Cabe ressaltar a importância da ordem na qual a técnica foi sistematizada. As duas etapas iniciais destacadas na parte inferior esquerda da Figura 2 identificam os fatores referentes à doença

ou a alguma dificuldade, com a distorção cognitiva e suas conseqüências, que representam o início do raciocínio. Aceitar o que o lado esquerdo da figura representa e compreender que ele pode ser repensado é o primeiro passo para a mudança. A terceira e quarta etapas ilustram a saúde e o bem-estar, com a reestruturação cognitiva e conseqüente melhora na emoção e no comportamento e compõem a parte inferior direita da figura, concluindo a reflexão. Para a TC, a finalização do raciocínio deve ser sempre com a reelaboração para que a mesma situação seja interpretada de forma ponderada e sensata. Em geral, os pacientes tendem a retomar conteúdos configurados pela parte cinza do raciocínio, sendo necessário chamar a sua atenção para que, caso isso ocorra, o raciocínio deverá ser concluído com a parte colorida da Figura 2.

A seguir será apresentada a aplicação da técnica como modelo de estruturação das sessões. Tal roteiro foi adotado na pesquisa, mas, como já salientado, a técnica pode ser e é ajustada em função de necessidades clínicas específicas. Nesse sentido, demanda treinamento técnico dos profissionais não sendo indicada a mera replicação das sessões. Cada sessão é apresentada com seu objetivo principal e uma síntese das atividades realizadas.

Sessão 1 - Relação dos três níveis de cognição, não saudáveis e saudáveis, com a emoção e as conseqüências (Anexo 1): Apresentação do conceito básico da TC sobre os três níveis de pensamento, e a relação com a emoção e os resultados esperados tanto das cognições não saudáveis quanto das saudáveis. A técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” é repassada na forma de figura (Figura 2) e na forma escrita (Anexo 1).

Sessão 2 – Tomada de decisão pela construção do comportamento saudável (Anexo 2): Em um primeiro momento, as dificuldades são identificadas e os objetivos pessoais são estabelecidos. No segundo momento da sessão, o instrumento para a tomada de decisão pelo comportamento saudável é preenchido. Nele, são listadas as desvantagens em manter o comportamento considerado pelo participante como não saudável e as vantagens em construir o comportamento saudável, também definido por ele. O valor atribuído para cada uma das listas é definido e é chamada a atenção para o fato de que valores mais altos, em ambos os lados, são relacionados a uma maior motivação pela mudança. Também são abordados o gatilho que é a emoção, a qual, em desequilíbrio, leva ao retorno do padrão indesejado; os pensamentos de permissão e de reflexão; e o plano de ação que facilita a mudança.

Sessão 3 – Etapa 1: Identificação dos fatores que mantêm o comportamento atual (Anexo 3 – porção superior): O ponto de partida para a mudança passa pela identificação do comportamento não saudável, as suposições que o mantém, a emoção relacionada e as desvantagens que o comportamento tem ocasionado para a vida da participante e das pessoas próximas. Nessa sessão, a Etapa 1 (Anexo 3) é realizada por escrito e as Etapas 2 e 3 (Anexos 3 – porção inferior e 4 – porção superior) são discutidas para facilitar a perspectiva de construção e manutenção do padrão saudável determinado por cada participante.

Sessão 4 – Etapa 2: Identificação dos fatores que originaram o comportamento no passado (Anexo 3 – porção inferior): O comportamento que se originou no passado, as suposições que o mantiveram, a emoção associada e as desvantagens acarretadas para a vida de cada participante são identificados com o auxílio da imaginação. Uma situação do passado é detalhada na sessão, por escrito, e a imaginação de como pode ser daquele momento em diante é apontado. As Etapas 1 e 2 representam de forma escrita o abacate cinza.

Sessão 5 – Etapa 3: Identificação dos fatores que facilitarão a construção do comportamento saudável (Anexo 4 – porção superior): O comportamento saudável que foi o objetivo determinado, as suposições que podem auxiliar a manutenção do referido comportamento, a emoção que pode colocar em risco a tomada de decisão e as vantagens que o comportamento saudável pode trazer para a vida da participante são as principais reflexões da Sessão 5.

Sessão 6 – Etapa 4: Escolha de quatro experimentos comportamentais (Anexo 4 – porção inferior): representada por uma figura de uma corrida com obstáculos, a Etapa 4 é construída em conjunto com a Etapa 3, do comportamento saudável. As Etapas 3 e 4 representam o abacate colorido. A partir delas, quatro experimentos comportamentais são escolhidos, da maior facilidade até a maior dificuldade de execução, para testar e consolidar as hipóteses saudáveis.

Sessão 7 – Preparação cognitiva para o experimento comportamental (Anexo 5): Um experimento comportamental previamente escolhido na Sessão 6 é preparado, cognitivamente, durante a Sessão 7, para que seja avaliado na Sessão 8. Para a preparação, perguntas tais como: “o que pode acontecer de pior, de melhor, de mais provável, o que pode dificultar e o que pode facilitar a execução do experimento, assim como a emoção associada a esta expectativa” são centrais na sessão.

Sessão 8 – Registro diário dos comportamentos saudáveis (Anexo 6): A sessão é iniciada com os resultados e as reflexões sobre o experimento comportamental, que foi preparado cognitivamente na Sessão 7. O registro diário de comportamentos saudáveis é estimulado para consolidar o comportamento saudável (o abacate colorido). Um pequeno cofre de barro é entregue para cada participante para o depósito dos créditos com moedas, pelo próprio participante e também com a colaboração de familiares e de pessoas próximas.

Sessão 9 – Resumo das etapas: o exercício completo (Anexos 3 e 4): as Etapas 1, 2, 3 e 4, a preparação cognitiva para o experimento comportamental e o registro de comportamentos saudáveis fazem parte do resumo, sendo revistos em conjunto nessa sessão.

Sessão 10 – Monitoramento semanal das atividades planejadas (Anexo 7): A partir dos objetivos determinados, atividades semanais são lançadas em uma tabela por cada um dos participantes e monitoradas durante oito semanas. A legenda “A – atingido, AP – atingido parcialmente ou NA – não atingido” é utilizada para o lançamento na tabela com a finalidade de facilitar as reflexões sobre os investimentos para a melhora.

Sessão 11 – Construção do pensamento de reflexão e dos cartões de enfrentamento

(Anexo 8): As Sessões 13 e 14 do livro de referência (Kunzler, 2008b) são abordadas em conjunto. Todo o raciocínio distorcido é concluído com um raciocínio saudável para a amenização da emoção em desequilíbrio. Nos cartões de enfrentamento, as principais reflexões são transcritas desde a Sessão 1 para serem utilizadas em situação de desequilíbrio da emoção com prejuízo na execução do objetivo proposto.

Sessão 12 – Avaliação dos resultados do grupo e *feedback*: um resumo sobre os conteúdos desenvolvidos nas sessões, o *feedback* por parte dos participantes e a proposta para a manutenção do grupo em encontros mensais são o foco dessa sessão.

Durante as 12 sessões de aplicação da técnica, devem ser utilizados e preenchidos os seguintes instrumentos: Tabelas de monitoramento de execução das tarefas de casa propostas, da assiduidade, dos objetivos propostos e das atividades semanais.

Em síntese, o uso de uma representação ilustrativa, como recurso para favorecer respostas saudáveis, mobilizou a estruturação da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” como uma contribuição da TC para intervenção junto a pessoas que precisam mudar algo em suas vidas. A análise das desvantagens do comportamento não saudável e das vantagens do comportamento saudável favorece a tomada de decisão pela mudança e melhora da QV e são fatores significativos para a motivação e adesão ao tratamento.

Oferecer algo a mais do que os diagramas de conceituação cognitiva tradicionalmente utilizados na TC (Beck, 1997; Greenberger & Padesky, 1999) motivou a criação dos quatro pontos que caracterizam a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”: a conceituação não somente da doença, mas também da saúde; a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional; a tomada de decisão e a conclusão do raciocínio com o foco na saúde. Esses componentes são agrupados em uma mesma ilustração a partir da presente dissertação e a técnica foi estudada em relação à promoção da saúde e QV.

CAPÍTULO 4

DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, os objetivos da pesquisa, geral e específicos, são formulados a partir da necessidade de responder as questões norteadoras apresentadas na introdução deste trabalho. Também são descritos os procedimentos éticos e metodológicos adotados na condução da pesquisa de campo. Para tanto, são detalhados o contexto da investigação, os critérios de seleção da amostra, a coleta e a análise de dados.

4.1. Objetivos

Esta investigação teve por objetivo geral: avaliar a eficácia da técnica de TC “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, aplicada em grupo, para a redução de comportamentos não saudáveis e a construção e manutenção de comportamentos saudáveis. Os objetivos específicos são listados a seguir.

- aplicar a técnica da TC “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”;
- identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e desvantagens) que mantêm os comportamentos não saudáveis;
- identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e vantagens) que facilitam a construção e manutenção de comportamentos saudáveis;
- analisar os fatores envolvidos na tomada de decisão;
- analisar as contribuições da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” para a promoção da saúde;
- comparar o conceito de QV antes e após o uso da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”;
- avaliar os impactos da técnica em relação à QV, ansiedade e depressão medidas por instrumentos específicos;
- identificar fatores que dificultam ou facilitam a adesão à técnica;
- conhecer a percepção dos participantes sobre as vantagens e limitações da intervenção.

4.2. Método

4.2.1. Local

A investigação foi realizada em duas salas e no Auditório do prédio da Biblioteca Central da UnB. A primeira sala era a menor delas, medindo aproximadamente 20m², sem janelas. A segunda sala mede aproximadamente 50m², com uma das paredes totalmente envidraçada e com diversas janelas, com vista para um jardim, sendo a mais ventilada. O auditório mede aproximadamente 60 m², sem janelas, era a única das opções com cadeiras fixas, o que impossibilitava a disposição em círculo, porém não houve prejuízo na participação. Embora cada um dos locais tenha características diferentes, não foram evidenciadas condições que interferiram na condução do grupo ou na participação de seus membros. Os três espaços comportavam, de forma confortável, o número de participantes, tinham boa iluminação e condições de privacidade, além de possibilitarem o manuseio do material e preenchimento dos exercícios. O agendamento das sessões do grupo dependeu da disponibilidade de espaço físico no próprio local de trabalho das servidoras. O deslocamento da pesquisadora para o local do grupo também teve como intuito facilitar a participação.

4.2.2. Participantes

Foram estipulados como critérios de inclusão: servidores da UnB, sem distinção de gênero e idade, variando entre 18 e 60 anos. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: ausência de compromisso com o preenchimento de tarefas escritas que exigiriam de cinco a 30 minutos diários e ser acompanhado em terapia.

Um convite foi enviado por *e-mail* aos servidores da BCE, a partir da identificação da pesquisadora de necessidade de estabelecer um local como inicial para avaliação da melhor forma para recrutamento dos participantes. É preciso esclarecer que três funcionárias, lotadas em outros centros, souberam da proposta por intermédio de colegas da BCE e telefonaram pedindo inclusão no grupo. O retorno obtido com a mensagem eletrônica permitiu a composição da amostra sem a necessidade de ampliar a divulgação.

Sendo assim, a amostra desta pesquisa foi composta por um total de 18 servidoras, distribuídas em dois grupos. No grupo da manhã (G1), tomaram parte oito servidoras entre 30 e 55 anos de idade, todas lotadas na BCE. Por sua vez, o grupo da tarde (G2) reuniu 10 servidoras de 26 a 51 anos de idade, lotadas na BCE, no SAM, no Instituto de Ciências Exatas e no Instituto de Ciências Humanas.

Todas as participantes são do gênero feminino, com média de idade de 39,11 anos, a maior parte delas servidora do quadro da UnB (83,33%), sendo 16,67% de prestadoras de serviço. Parte do grupo era casada (61,11 %), parte era solteira (27,78%) e parte era divorciada (11,11%), com

escolaridade entre ensino médio completo (11,11%), superior (61,11%) e pós-graduação (27,78%). A média de assiduidade nas sessões foi de 81,5 %.

4.2.3. Instrumentos

Duas categorias de medidas de avaliação foram utilizadas na presente pesquisa: uma relativa às atividades que compõem a técnica e a outra para estimar a eficácia de sua aplicação.

Os instrumentos relacionados às atividades que compõem a técnica serão apresentados na seção sobre os procedimentos de coleta de dados. Vale lembrar que promoção da saúde baseia-se na redução de comportamentos não saudáveis e na construção e manutenção de comportamentos saudáveis.

Para estimar a eficácia da técnica específica da TC - “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” -, adotaram-se as seguintes medidas de avaliação: WHOQOL - *bref*, BAI, BDI, Questionário - Etapa de Admissão, Questionário sobre Fatores Associados à Prática da Técnica e Questionário - Etapa de Encerramento, descritos a seguir.

4.2.3.1. Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - *bref*)

A versão abreviada do WHOQOL - 100, o WHOQOL - *bref* (ver Anexo 9), reflete a necessidade de instrumentos de rápida aplicação. Em sua validação pelo WHOQOL - *Group*, o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Das 26 questões, uma é sobre QV em geral, uma sobre saúde e as 24 restantes representam as facetas que compõem os quatro domínios de QV: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck & cols., 2000; Fleck & cols., 2008).

4.2.3.2. Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Originalmente, o BAI foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, nos Estados Unidos, em 1988, e foi validado para o Brasil por Cunha, em 2001. Ele é um dos instrumentos de avaliação que compõem o *Manual da versão em Português das Escalas Beck* (Anexo 10). Segundo Cunha (2001), as alternativas de resposta para os 21 itens apresentam-se de caráter qualitativo, em uma série de 0 a 3 pontos e o escore total pode variar de 0 a 63. A autora apresenta ainda os pontos de corte para a versão do BAI em português para pacientes psiquiátricos e salienta que, em caso de pesquisa, os limites superiores dos níveis devem ser aumentados para que o número de falsos positivos seja reduzido. Os níveis e os escores correspondentes são listados na Tabela 1.

Tabela 1. Níveis e escores do BAI para pacientes psiquiátricos

Nível	Escore
Mínimo	0 - 10
Leve	11 - 19
Moderado	20 - 30
Grave	31 - 63

4.2.3.3. Inventário Beck de Depressão (BDI)

O BDI foi criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, em 1961, e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery no período entre 1979 e 1982. As informações a respeito dos seus escores, assim como a interpretação dos mesmos são descritas no *Manual da versão em Português das Escalas Beck* (Anexo 11) e também foi validado por Cunha em 2001. As alternativas de resposta assinaladas nos 21 itens, classificados em uma escala de 0 a 3, com a variação do escore total entre 0 e 63. A escala apresenta itens cognitivo-afetivos e outros relativos a queixas somáticas e de desempenho. Em caso de perda voluntária de peso, a resposta ao item 19 deve ser desconsiderada e não deve ser somada ao escore total. Cunha (2001) apresenta os pontos de corte para a versão do BDI em português para pacientes psiquiátricos. Os níveis e os escores correspondentes são listados na Tabela 2.

Tabela 2. Níveis e escores do BDI para pacientes psiquiátricos

Nível	Escore
Mínimo	0 - 11
Leve	12 - 19
Moderado	20 - 35
Grave	36 - 63

Oliver e Simmons (conforme citados por Cunha, 2001) sugerem que o BDI pode ser utilizado para triagem em populações normais, na qual um escore de 18 a 19 indicaria uma possível depressão.

4.2.3.4. Questionário - Etapa de Admissão

Este questionário (Anexo 12) teve como finalidade conhecer melhor o que as participantes pensavam sobre assuntos relacionados a sua QV e proporcionar ao terapeuta uma noção geral sobre

a visão das participantes a respeito de comportamentos não saudáveis e saudáveis e fatores a eles associados. Para tanto, elas lançaram suas respostas por escrito nas 10 questões abertas, que abordaram o conceito de QV (QV), fatores que favorecem e que interferem na QV, comportamentos não saudáveis e saudáveis, emoções associadas a comportamentos não saudáveis, tentativas de mudança, hábitos de manutenção de comportamentos saudáveis e fatores associados a solução de dificuldades. As participantes foram asseguradas de que não havia resposta certa ou errada, sendo destacada a importância de saber o que elas pensam.

4.2.3.5. Questionário sobre Fatores Associados à Prática da Técnica

Com o intuito de conhecer a opinião das participantes sobre o trabalho desenvolvido durante a pesquisa, foi solicitado que elas respondessem a um questionário (Anexo 13), com o foco principal na identificação dos fatores que facilitaram ou dificultaram a prática das habilidades aprendidas entre as sessões de terapia, vantagens em participar da pesquisa e sugestões para aprimoramento. O questionário foi respondido pelas participantes na Sessão 6.

4.2.3.6. Questionário - Etapa de Encerramento

Um questionário (Anexo 14) foi elaborado com o intuito de coletar dados referentes ao conceito de QV, possíveis contribuições da pesquisa para a melhora na QV e fatores a ela relacionados, assim como os comportamentos saudáveis que as participantes conseguiram manter.

4.3. Procedimentos éticos

Em atendimento às recomendações da Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde), o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (Anexo 15). Cabe destacar que, nessa etapa, a pesquisadora responsável discutiu a proposta com a vice-diretora da BCE, a qual apoiou a iniciativa e expressou sua concordância para que a pesquisa fosse conduzida com as servidoras lotadas naquela unidade. Na semana seguinte, iniciaram-se os contatos com os possíveis interessados em participar do estudo. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos (Anexo 16), bem como o Contrato de Sigilo (Anexo 17). Uma vez que a pesquisa foi realizada no próprio local de trabalho das participantes, optou-se pela não caracterização detalhada da amostra em termos de dados sociodemográficos para garantir sua confidencialidade.

4.4. Procedimentos para coleta de dados

No primeiro contato presencial com a pesquisadora - denominado Etapa de Admissão nesta pesquisa -, foram fornecidos mais esclarecimentos sobre a intervenção. Após assinarem o TCLE e o Contrato de Sigilo, as participantes responderam ao Questionário - Etapa de Admissão e preencheram o WHOQOL - bref, BAI e BDI, respectivamente. Todas as participantes receberam por *e-mail* os exercícios que compõem a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”.

Em seguida, foram realizadas 12 sessões, uma por semana, com cada grupo, de acordo com a intervenção “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, cuja fundamentação teórico-conceitual e procedimentos específicos foram introduzidos no Capítulo 3. Em cada sessão, as participantes tinham acesso a um instrumento impresso a ser preenchido durante a sessão, com a possibilidade de finalização após seu término e entrega na sessão subsequente. Algumas participantes preferiram preencher os exercícios e encaminhar eletronicamente. A Tabela 3 propõe uma síntese das sessões. Na Sessão 6, o Questionário sobre Fatores Associados à Prática da Técnica foi respondido pelas participantes.

Tabela 3. Sequência das sessões de intervenção grupal

Número da sessão	Título da sessão
1	Relação dos três níveis de cognição, não saudáveis e saudáveis com a emoção e os comportamentos associados
2	Tomada de decisão pela construção do comportamento saudável
3	Etapa 1: Identificação dos fatores que mantém o comportamento atual
4	Etapa 2: Identificação dos fatores que originaram o comportamento no passado
5	Etapa 3: Identificação dos fatores que facilitarão a construção do comportamento saudável
6	Etapa 4: Escolha de quatro experimentos comportamentais
7	Preparação cognitiva para o experimento comportamental
8	Registro diário dos comportamentos saudáveis
9	Resumo das etapas: o exercício completo
10	Monitoramento semanal das atividades planejadas
11	Construção do pensamento de reflexão e dos cartões de enfrentamento
12	Avaliação dos resultados do grupo e <i>feedback</i>

Cabe explicitar que a 12ª. Sessão também constituiu a Etapa de Encerramento da pesquisa, quando foi solicitado às participantes que respondessem ao Questionário - Etapa de Encerramento (ver item 4.2.3.6) e reaplicação do WHOQOL - *bref*, BAI e BDI.

4.5. Procedimentos para análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados com o auxílio do *Microsoft Excel 2007* e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0)*. Os dados qualitativos, originários do Questionário - Etapa de Admissão, do Questionário sobre Fatores Associados à Prática da Técnica e do Questionário - Etapa de Encerramento foram categorizados, em conformidade com os procedimentos recomendados para análise de conteúdo temático (Bardin, 2009).

Em suma, o presente capítulo teve como propósito detalhar a elaboração do delineamento da pesquisa de campo. Planejar uma intervenção e propor a avaliação da eficácia de uma técnica de TC, em grupo, para a promoção da saúde e QV, fizeram parte da necessidade de aproximar pesquisa e prática. Com isso, um número maior de servidores pode ser beneficiado, com o atendimento no próprio local de trabalho.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo reporta e discute os principais resultados obtidos ao longo da pesquisa de campo, organizando-os a partir dos eixos conceituais introduzidos no Capítulo 1. Sendo assim, inicialmente, serão abordados parâmetros vinculados à promoção da saúde e à tomada de decisão, destacando-se aqueles associados a comportamento não saudável e saudável. Em seguida, serão comunicados os dados relativos, respectivamente, às análises quantitativa e qualitativa de QV. No intuito de estimar as repercussões da aplicação da técnica específica de TC, focalizada nesta Dissertação, serão relatadas as avaliações de ansiedade e depressão, antes e após a intervenção grupal. Por fim, discutir-se-á a percepção das participantes sobre a experiência vivenciada.

Cabe esclarecer que para evitar qualquer possibilidade de identificação das participantes, visto que a investigação ocorreu na própria instituição em que são servidoras, a cada participante atribuiu-se um código (ex. P2), gerado por distribuição randômica.

5.1. Promoção da saúde e tomada de decisão

A sistematização da técnica para reestruturação cognitiva em nível de crença condicional visando à tomada de decisão pelos comportamentos saudáveis baseou-se no conceito de promoção da saúde, processo no qual a pessoa passa a controlar e melhorar sua saúde (Marks & cols., 2000). Neste trabalho, buscou-se seguir a recomendação de Kerbauy (2002) quanto à importância de considerar as emoções na observação e descrição dos comportamentos, sob a luz da Psicologia da Saúde, com vistas à promoção da saúde. A seguir serão destacados os fatores associados aos comportamentos não saudável e saudável, especificando as emoções vinculadas à manutenção do comportamento não saudável.

Os dados analisados são aqueles diretamente relacionados à promoção da saúde e que fizeram parte das Sessões 3 e 5.

5.1.1. Comportamento não saudável

A partir da coleta da Sessão 3, foram identificados e categorizados os comportamentos não saudáveis listados pelas participantes (Figura 3). Seguem os fatores que os mantêm - emoções, crenças condicionais e desvantagens decorrentes desses comportamentos.

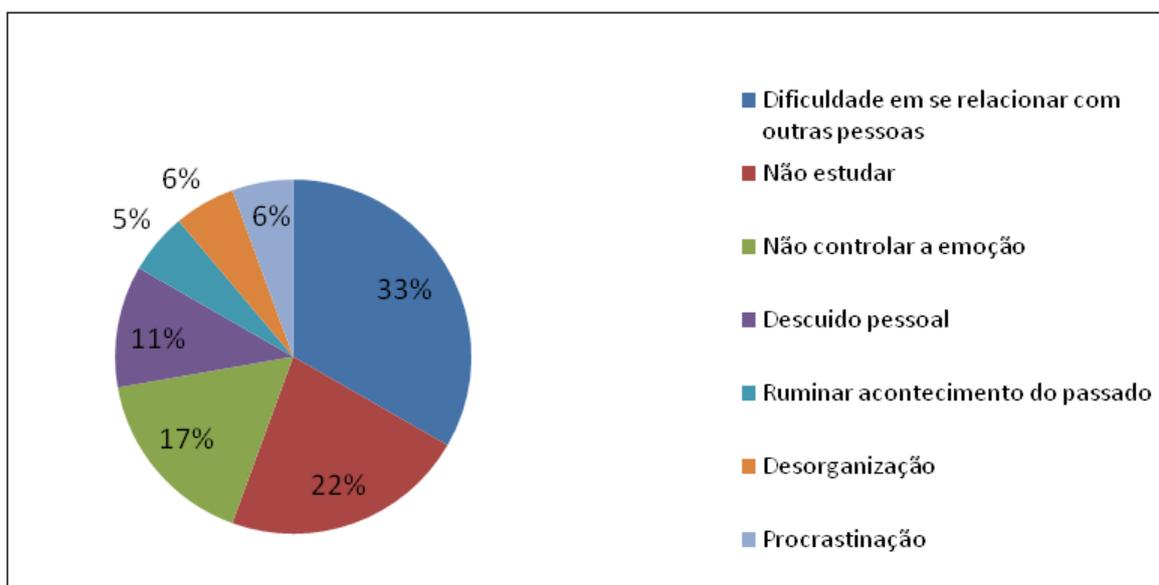


Figura 3. Comportamentos não saudáveis identificados.

A maior dificuldade relatada pelas participantes (33%) foi no relacionamento interpessoal, seguida por não estudar, não controlar a emoção e descuido pessoal. Um dado relevante é que a inabilidade para controlar a emoção e o descuido pessoal podem refletir diretamente nas relações pessoais. A desorganização e a procrastinação podem repercutir na dificuldade para estudar. Então, embora as participantes tenham especificado diferentes comportamentos não saudáveis, pode-se separar as respostas em afetivo-relacionais e operacionais.

5.1.1.1. Emoções e sentimentos e o comportamento não saudável

Em resposta a questão 3 da Etapa 1: “Qual é a emoção ligada ao comportamento?”, as participantes responderam não somente com emoções, mas também com sentimentos. Isso deve-se ao fato de não ter sido oferecida uma lista de emoções possíveis.

A Figura 4 ilustra os principais emoções e sentimentos relacionados com a manutenção dos comportamentos não saudáveis. Quatorze emoções e sentimentos foram identificados, sendo a rejeição e a ansiedade as respostas mais frequentes, totalizando, juntas, 52%. Essa análise traz a hipótese de que tais respostas possam estar diretamente associadas às dificuldades de relacionamento interpessoal identificadas como comportamento não saudável.

A diversidade de emoções e sentimentos listados pode estar ligada a não especificação de um limite do número para cada participante. A principal emoção ou sentimento é discutido na continuidade da aplicação da intervenção, já que a intenção é o conhecimento de qual é a emoção que mais frequentemente provoca desequilíbrio e mantêm os comportamentos não saudáveis.

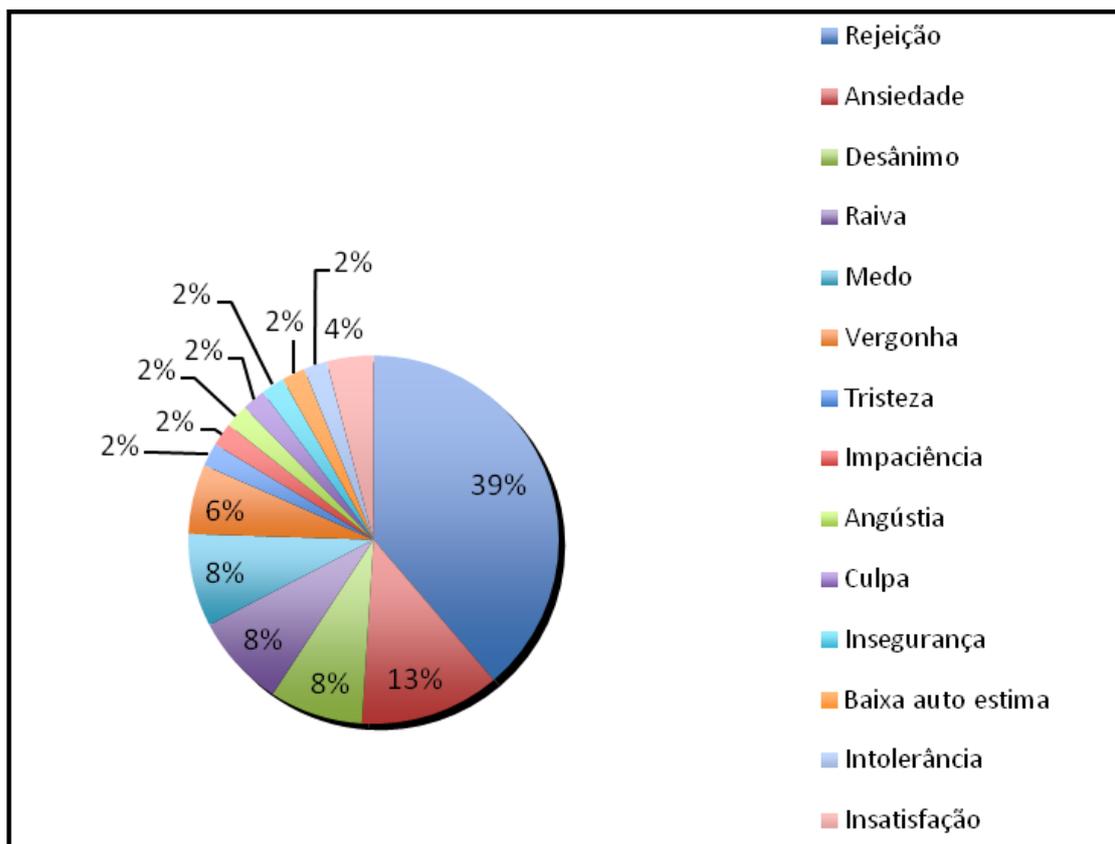


Figura 4. Emoções e sentimentos mantenedores do comportamento não saudável.

A influência das emoções no processo de tomada de decisão precisa ser mais bem estudada, conforme destacado por Bechara (2004). Uma crítica frequente à TC é de que ela não leva em conta o papel das emoções, privilegiando somente os pensamentos. Considerar as emoções é ponto de partida para a identificação de crenças condicionais, foco de intervenção para reestruturação cognitiva. Em relação à promoção da saúde, esse fato traz implicações diretas quando se observa uma diversidade de emoções associadas ao comportamento não saudável.

5.1.1.2. Crenças condicionais e o comportamento não saudável

Quando questionadas sobre quais as crenças condicionais que mantêm o comportamento não saudável, as participantes preencheram as suposições entre as opções que podem ser oferecidas pelo terapeuta para a identificação desse nível de cognição, conforme indicado por Kuyken e cols. (2007).

Das 18 participantes, 12 completaram a suposição com um comportamento relevante, tal como P7, que procrastina suas tarefas com a suposição “*Se eu não fizer da melhor forma, então é melhor não fazer*”. Seis delas completaram a sistematização do exercício com uma reflexão referente a uma emoção, tal como P4, também em uma situação de procrastinação, com a suposição

“Se eu estou cansada, com preguiça, não tenho ideia de como começar, então eu descanso e faço outras atividades mais interessantes”.

Embora os relatos apresentados evidenciem suposições distorcidas, destaca-se que não é a mesma suposição que mantém o comportamento não saudável, sendo primordial a identificação subjetiva de cada indivíduo. Esse resultado corrobora aqueles encontrados por Dattilio (2006), Cooper e cols. (2007) e Beck (2009), quando aplicam a TC em terapia familiar, no tratamento com pacientes com sintomas de bulimia nervosa e em casos de obesidade, respectivamente. Por isso, a ênfase da TC na necessidade de que cada pessoa identifique sua crença condicional distorcida para que ela seja reestruturada.

5.1.1.3. Desvantagens decorrentes do comportamento não saudável

Em relação às desvantagens que o comportamento não saudável tem acarretado para a vida de cada uma das participantes, ao final da Sessão 3, uma lista delas finaliza a Etapa 1 (Anexo 3 - porção superior). Essa etapa sintetiza os fatores que mantêm o comportamento não saudável.

Das 18 participantes, 12 delas identificaram desvantagens relacionadas a emoções negativas e seis delas referentes a algum comportamento. Como exemplo temos P7, que procrastina suas tarefas e listou as seguintes desvantagens relacionadas ao comportamento: *“Não concluo as tarefas, as tarefas continuam pendentes, fico com várias tarefas acumuladas e não alcanço objetivos”.* Para P4, também em uma situação de procrastinação, as desvantagens estão relacionadas com emoções, tais como: *“Me sentir incapaz, não ter confiança ou não passar confiança e ter medo de não conseguir fazer”.*

O fato de 75% das participantes relacionarem seus comportamentos não saudáveis com as emoções reforça a importância dada pela TC ao papel da emoção, conforme salientado no item 5.1.1.1.

A estratégia de solicitação de identificação das desvantagens apoia-se na recomendação de Jenkins (2007) de que para ocorrer uma mudança mais rápida e duradora para a tomada de decisão em relação à promoção da saúde, o comportamento não saudável deve ter seu custo maximizado.

Tradicionalmente, para a mudança de comportamento analisam-se as vantagens e desvantagens de cada uma das opções, tanto do comportamento não saudável quanto do comportamento saudável, conforme ressaltado por Bechara (2004). Em muitos casos, o foco desse processo são as vantagens futuras, possivelmente advindas do comportamento saudável. Ao identificar as desvantagens do comportamento não saudável, o foco inicial passa a ser a condição atual da pessoa em acompanhamento, o que representa uma situação concreta, fonte de insatisfação e conflitos, portanto mais próxima da realidade da pessoa do que os possíveis ganhos imaginados.

5.1.2. Comportamento saudável

Na Sessão 5, os comportamentos saudáveis listados pelas participantes foram identificados e categorizados (Figura 5). As respostas mais frequentes foram relacionar-se bem com outras pessoas, estudar e controlar a emoção. Quando esses dados são confrontados com os apresentados na Figura 3, evidencia-se uma relação direta entre comportamentos que seriam contrapontos aos listados como não saudáveis.

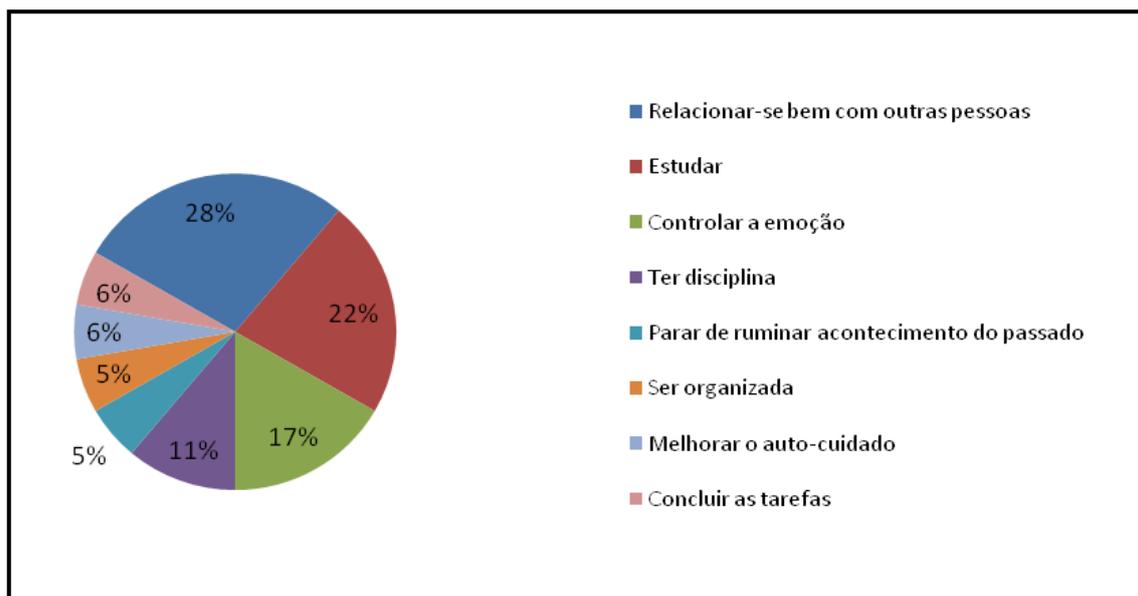


Figura 5. Comportamentos saudáveis identificados.

Para a OMS, promoção da saúde pressupõe que o indivíduo identifique os seus objetivos, o que na presente pesquisa foi facilitado quando cada participante escolheu qual o comportamento que gostaria de alcançar. Decidir o que é bom e ter a oportunidade de manifestar sua vontade são pontuados por Fortes e Zoboli (2004) como fatores envolvidos na promoção da saúde.

O estudo realizado por Haveman-Nies, Groot e van Staveren, em 2002, e descrito por Lyons e Chamberlain (2006) ressalta que cada um dos três comportamentos identificados como saudáveis - não fumar, praticar exercício físico e seguir uma dieta balanceada relacionou-se com uma sobrevida de 10 anos. A identificação dos fatores que mantêm os comportamentos saudáveis apoia-se na ênfase dada por Conner e Norman (2007) a essa identificação que se tornou o objeto de pesquisas da área da Psicologia.

Para Glanz e cols. (2008), cada vez mais as relações sociais influenciam a saúde e, por tal razão, é crescente o interesse tanto dos pesquisadores quanto dos clínicos pela compreensão dos fatores envolvidos em sua facilitação. A rede social e o suporte social influenciam a saúde e o bem estar de diversas formas. As evidências sugerem que quanto mais sólidas forem as relações

sociais, maior é o índice de saúde e maior é a expectativa de vida do indivíduo. Apesar de vários avanços na área, persistem questões a respeito de quem são aqueles que devem oferecer as estratégias - desde a família até profissionais especializados, quais são os objetivos a serem alcançados - comportamentos desejados e para quem e quando elas devem ser oferecidas - pessoas que enfrentam estressores.

5.1.2.1. Emoções e sentimentos prejudiciais ao comportamento saudável

Assim como além de emoções, alguns sentimentos foram listados como resposta a questão 3 da Etapa 1, o mesmo ocorreu com a Etapa 3.

A Figura 6 mostra as emoções e sentimentos que, quando em desequilíbrio, podem fazer com que a pessoa volte atrás e faça o que não gostaria. O medo é a maior causa (23%), seguido por raiva, tristeza e incerteza. Em relação à Figura 4, desânimo, ansiedade, angústia, vergonha, culpa, insegurança e insatisfação são mantidas. Acrescentam-se a essa lista, a incerteza, a desconfiança, a melancolia, a saudade, a timidez e a contrariedade.

O medo, na Figura 4, totaliza 8% das emoções que mantêm o comportamento não saudável e passa, na Figura 6, para o percentual de 23% das emoções que, em desequilíbrio, podem comprometer a construção do comportamento saudável.

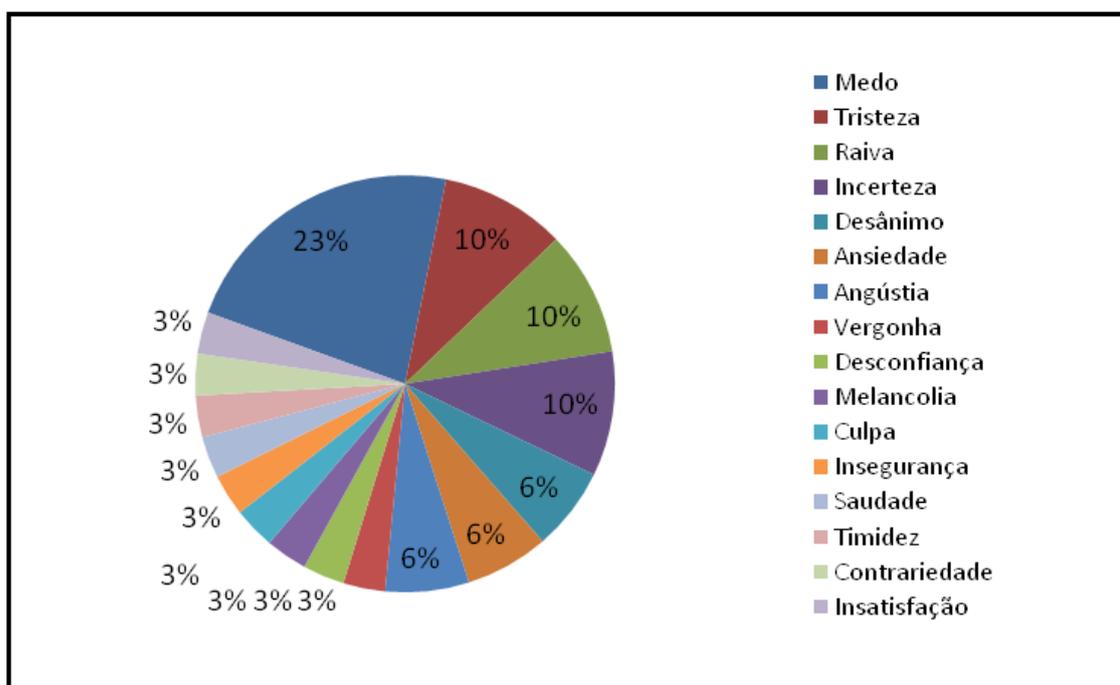


Figura 6. Emoções e sentimentos que interferem no comportamento saudável.

Para Fleck e cols. (2008), viver e sentir-se bem estão relacionados ao conceito de QV, porém as emoções negativas dificultam a manutenção dos comportamentos saudáveis, que são associados à promoção da saúde. Por esse motivo, a sistematização da técnica, aqui detalhada, não

incluiu a reflexão sobre as emoções positivas que são naturalmente vivenciadas quando o indivíduo executa comportamentos saudáveis e que influenciam a QV.

A técnica privilegia a identificação da emoção não saudável, que em desequilíbrio, tem o potencial de prejudicar a tomada de decisão pela manutenção do comportamento saudável. Conforme evidenciado no item 5.1.2.2, a emoção positiva integra a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional.

5.1.2.2. Crenças condicionais e o comportamento saudável

Tanto para a identificação de crenças condicionais distorcidas pela emoção quanto para sua reestruturação, foi solicitado que as participantes completassem algumas frases conforme proposto por Kuyken e cols. (2007).

Das 18 participantes, 10 completaram a suposição com um comportamento relevante, tal como P7, que determinou como comportamento saudável “começar as tarefas e objetivos sem hesitar” e reestruturou a crença condicional com a suposição “*Se eu iniciar esta tarefa, então ficarei mais próxima da conclusão*”. Oito delas completaram a sistematização do exercício com uma reflexão referente a uma emoção, tal como P4, a qual determinou “estudar” como seu comportamento saudável, com a suposição “*Se eu estudar e concluir a minha dissertação, então eu fico feliz e me sinto realizada*”.

Dattilio (2006) apresenta o comportamento que uma mãe experimentou de se permitir chorar em frente a sua família. A crença condicional reestruturada e testada foi “Se eu mostrar minhas emoções negativas, às vezes, isto não é tão terrível”. O resultado referido pela mãe foi “se sentir até bem em parte” (p. 32).

Palmini (2004) ressalta que equilibrar a equação, em que um dos lados é a emoção e o outro é a razão resulta em tomadas de decisão mais ponderadas e racionais. A reestruturação cognitiva em nível de crença condicional pode facilitar esse processo e proporcionar ao paciente uma alternativa para conquistar autonomia para suas tomadas de decisão e para controlar sua saúde e QV, conforme afirmam Fortes e Zoboli (2004).

5.1.2.3. Vantagens decorrentes do comportamento saudável

As vantagens que o comportamento saudável poderá acarretar para a vida de cada uma das participantes foram listadas na finalização da Etapa 3 (Anexo 4 - porção superior). Essa etapa sintetiza as reflexões a respeito dos fatores que contribuem e mantêm o comportamento saudável, determinado por cada uma das participantes. É uma etapa de abstração e imaginação que complementa a avaliação sobre as desvantagens do comportamento não saudável.

Das 18 participantes, 12 identificaram vantagens relacionadas a emoções positivas e seis referentes a algum comportamento.

P4, que tem como objetivo “estudar”, listou as seguintes vantagens relacionadas com emoções, *“Realização pessoal e ser o orgulho da família”*. Para P7, que tem como objetivo começar as tarefas e objetivos sem hesitar, as seguintes vantagens relacionadas ao comportamento foram listadas: *“Avançarei rumo aos objetivos traçados, terei tarefas concluídas e meus objetivos não ficarão estagnados”*.

As desvantagens relacionadas ao comportamento saudável não fazem parte da sistematização da técnica, pois elas já são as principais responsáveis pela manutenção dos comportamentos não saudáveis. Ao reforçar a lista de desvantagens do comportamento saudável e de vantagens do comportamento não saudável, o terapeuta estaria aumentando o arsenal de argumentos contra a mudança.

5.1.2.4. Comportamento mantido ao final da intervenção

Na sessão 12, que foi a última do procedimento experimental, as participantes responderam o Questionário - Etapa de Encerramento. Uma das perguntas foi relacionada a quais comportamentos elas consideravam saudáveis e que mantinham com o auxílio do Projeto Pense Saudável.

A Figura 7, referente à análise dos dados, mostra os comportamentos mantidos ao final da pesquisa. Controlar a emoção foi o mais frequente (23%), seguido por praticar atividade física (15%), melhorar relacionamento pessoal (12%) e ponderar (12%).

Duas participantes apresentaram um comportamento não saudável como resposta a questão e são evidenciadas nas verbalizações a seguir:

P6: “Não tenho praticado as técnicas”.

P12: “Está difícil praticar”.

Decidiu-se por apresentar a resposta “não praticar as técnicas da terapia” quando se buscou identificar quais as participantes que afirmaram que não houve melhora na QV com o Projeto Pense Saudável - análise que será desenvolvida no item 5.2.2. As seguintes verbalizações foram evidenciadas:

P6: “Não muita. Não tenho colocado em prática o que foi aprendido”.

P12: “Não”.

Cabe a observação de que as participantes que não praticaram as técnicas da terapia são as mesmas que não relataram melhora em sua QV com o Projeto Pense Saudável.

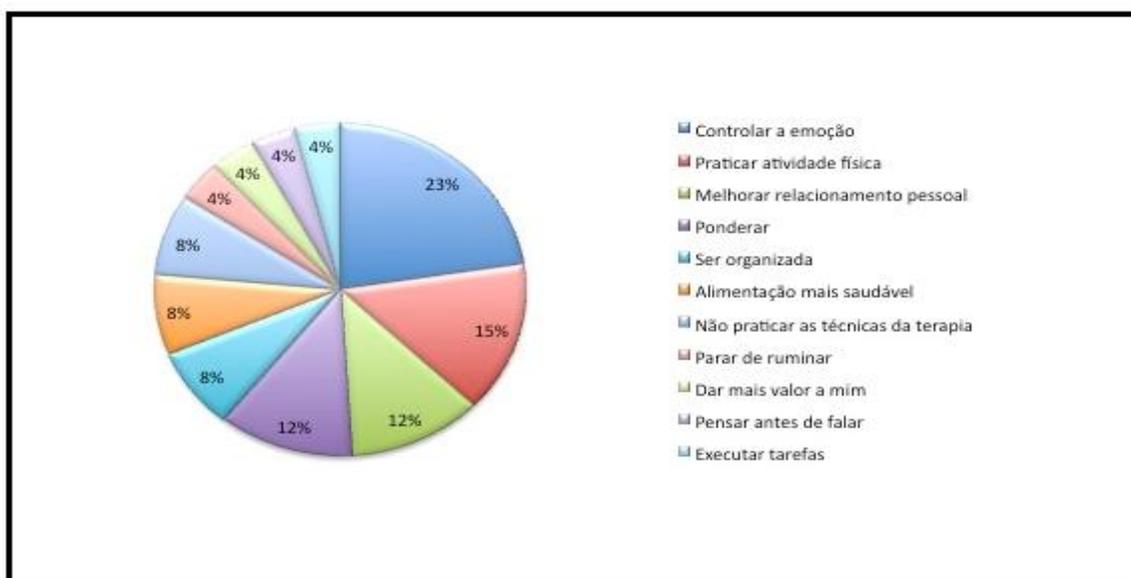


Figura 7. Comportamento mantido pós-intervenção.

5.2. Qualidade de Vida

Os escores resultantes das aplicações da Versão Abreviada da Avaliação da QV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - *Bref*) foram trabalhados estatisticamente com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 16.0) e do *Microsoft Excel 2007* e os resultados estão expostos na Tabela 4. A análise qualitativa das respostas a uma das questões do Questionário - Etapa de Encerramento é mostrada na Figura 9. Vale lembrar que Matos e Araujo (2009) ressaltam que os custos e benefícios dos programas de saúde podem ser analisados com o auxílio da avaliação da QV.

5.2.1. Análise quantitativa

Para comparar os escores obtidos nas aplicações do WHOQOL - *bref* antes e após a intervenção, adotou-se $p \leq 0,05$, utilizando o teste não paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks Test*, devido ao tamanho da amostra. Apresentaram diferenças estatisticamente significativas os domínios físico, psicológico, meio ambiente, geral e de saúde. Quanto ao domínio relações sociais, o acréscimo quantificado não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

A Tabela 4 apresenta, ainda, o cálculo do tamanho do efeito da intervenção (r) para o teste de *Wilcoxon Signed Ranks Test* (Rosenthal, 1991). O tamanho de efeito da intervenção explica o quanto a variável independente está relacionada com a variável dependente. A interpretação do resultado segue a seguinte classificação: 0 a 0,3 - efeito pequeno, 0,3 a 0,5 moderado ou > 0,5 - forte.

Tabela 4. Resultados dos domínios do WHOQOL-*bref* - antes e após a intervenção

Domínio	Mediana		<i>p</i>	<i>R</i>
	Pré	Pós		
Físico	14,29	14,86	0,05	0,33
Psicológico	12,67	14,33	0,04	0,33
Relações Sociais	13,33	14,67	0,47	0,12
Meio Ambiente	13,50	15,00	0,01	0,47
Geral	12,50	18,75	0,01	0,44
Saúde	12,50	18,75	0,01	0,41
Geral + Saúde	12,00	16,00	0,002	0,51

Cabe ressaltar que, no processo de adequação do WHOQOL - *bref*, na comparação dos resultados com a versão longa (WHOQOL 100), as características psicométricas são semelhantes. Porém, o WHOQOL - *bref* apresenta um número menor de domínios e o domínio relações sociais (domínio 3) não apresenta, na versão breve, a validade discriminante. Além disso, esse domínio não contribuiu significativamente para observar a variação da faceta geral de QV. Esse domínio também não mostrou diferença estatisticamente significativa entre pacientes e pessoas da população em geral. Ele é representado pelo menor número de questões, o que faz com que ele seja o domínio menos estável em termos psicométricos (Fleck & cols., 2008).

Em relação ao tamanho de efeito (*r*), com exceção do domínio relações sociais, todos os demais domínios representam um tamanho de efeito moderado. Se QV geral e QV saúde forem analisados em conjunto (*overall*), o tamanho do efeito passa a ser forte.

A Figura 8 apresenta uma comparação das etapas de admissão e de encerramento dos grupos em relação aos domínios da WHOQOL - *bref*.

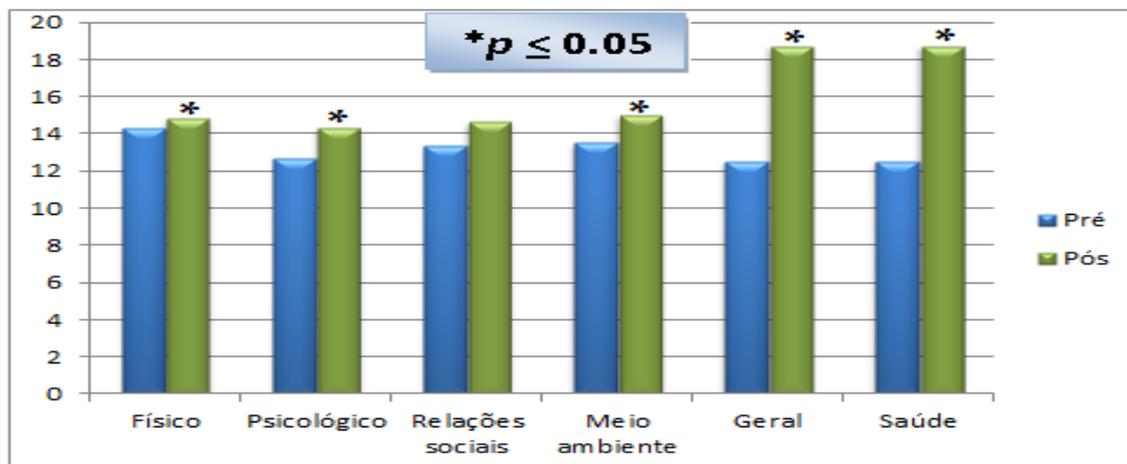


Figura 8. Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para os domínios de qualidade de vida.

A Tabela 4 e a Figura 8 evidenciam o desempenho do grupo, a partir das médias dos escores. Para uma análise mais específica do processo individual, os dados de P18 serão apresentados no Anexo 18, que mostra as diferentes respostas a cada um dos domínios.

5.2.2. Análise qualitativa

As respostas ao questionário utilizado na etapa de encerramento, Sessão 12, foram analisadas quanto ao seu conteúdo. Em relação à QV, a pergunta 2 foi o principal foco para este tópico. As respostas à pergunta “Com o Projeto Pense Saudável, houve melhora em sua qualidade de vida?” são apresentadas na Figura 9.

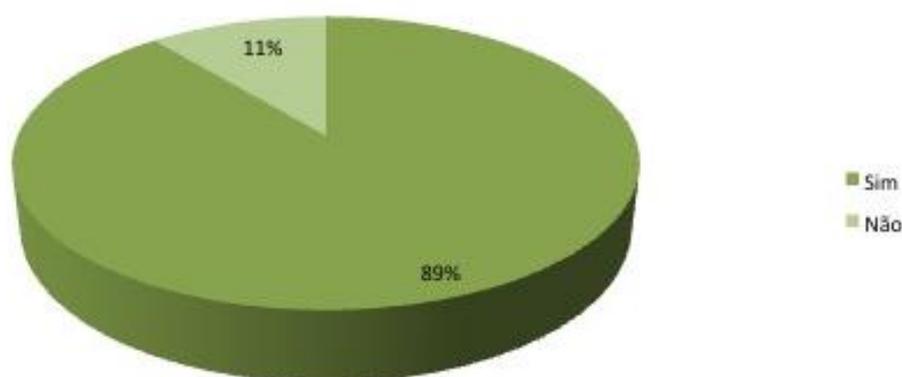


Figura 9. Melhora da qualidade de vida percebida após intervenção.

Das 18 participantes, 16 avaliaram que a melhora da QV ocorreu e esteve relacionada a diferentes fatores: 12 participantes identificaram a reestruturação cognitiva como responsável pela melhora da QV, três atribuíram a mudança de comportamento como foco para melhora da QV e uma atribuiu à descatastrofização. A prática dos exercícios foi citada por duas pessoas. Das duas participantes que não perceberam mudança em sua QV, P16 respondeu “Não muita. Não tenho

colocado em prática o que foi aprendido.” e P12 não justificou. Vale ressaltar que, embora não tenha observado muita mudança em sua QV, P16 relaciona a falta de prática dos exercícios como a possível causa da não variação da QV.

A reestruturação cognitiva é um importante fator em tratamentos efetivos. Com ela, os pacientes aprendem a identificar e modificar seus pensamentos não saudáveis (Beck, 2007; Beck & Knapp, 2008; Luty & cols., 2007). Devido ao efeito mediador dos pensamentos nas emoções e nos comportamentos, um padrão saudável pode ser estabelecido (Beck & cols., 1997) a partir da reestruturação cognitiva.

As verbalizações evidenciam a apropriação da técnica pelas participantes.

P4: “Sim. Consigo tomar mais decisões sem medo. Penso nas minhas ansiedades, nos meus medos. Procuo não embarcar nos meus medos identificando as emoções e os pensamentos que me fazem ter ansiedade.”;

P14: “Sim, porque estou aprendendo a conhecer minhas emoções para melhorar minha qualidade de vida.”;

P16: “Sim. Pensar antes de tomar qualquer decisão, no que isto vai me ajudar, quais os benefícios.”;

P17: “Muito. Eu estou conseguindo me livrar de pensamentos negativos, vencer alguns obstáculos e me sentir mais feliz. Eu sei que ainda faltam muitos obstáculos, mas hoje eu me sinto mais livre, mais livre de culpas.”

A incorporação das habilidades aprendidas ao cotidiano das participantes pode ser evidenciada pelos relatos a seguir:

P7 “Sim. Hoje percebo quando minhas emoções estão desequilibradas e busco praticar alguns exercícios ensinados. Quando começo a pensar em desculpas para procrastinar algo, lembro das sessões, do que foi conversado e do que planejei e na maioria das vezes consigo ir em frente.”;

P13: “Sim. Quando consigo reconhecer a emoção em desequilíbrio, eu procuro praticar as técnicas”.

Os dados acima permitem afirmar que a participação no projeto auxiliou no cumprimento das metas estabelecidas na primeira sessão, por propiciar o desenvolvimento de recursos para lidar com as dificuldades cotidianas, sugerindo uma repercussão positiva direta na QV.

Estes resultados são compatíveis com o de Morales e Esparcia (2008), que relacionam a melhor QV à presença de um enfrentamento ativo. Além disso, nos relatos das participantes também são descritos aprimoramentos das estratégias de manejo de situações conflituosas.

O monitoramento realizado ao longo das 12 sessões propicia um acompanhamento antes, durante e depois da tomada de decisão para a manutenção de um comportamento eleito, semelhante à intervenção de pré e pós-operatório, onde Ravagnani e cols. (2007) acreditam que por contribuir para adoção de enfrentamentos mais eficazes, promovem a melhora da QV.

5.2.3. Conceito de qualidade de vida pré e pós - intervenção

Tanto na etapa de admissão quanto na etapa de encerramento, as participantes responderam um questionário, no qual uma das questões indagava acerca dos significados atribuídos a QV por cada uma delas. As respostas referentes às duas etapas constam no Anexo 19.

Na etapa de admissão, o conceito de QV foi relacionado ao equilíbrio dos seguintes níveis da vida: ter uma boa alimentação, sentir-se bem com seu corpo, conseguir pagar as contas, sentir satisfação em viver, ter uma vida saudável e ter direito e poder desfrutar dos serviços de saúde, entre outros.

O conceito de QV das participantes, após o uso da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, passou a descrever comportamentos saudáveis não incluídos na etapa de admissão, tais como manter práticas saudáveis de vida, ter pensamentos positivos, lidar com questões emocionais, tomar decisões sem protelar, planejar, executar e concluir objetivos, praticar exercício físico, estar bem consigo, não trabalhar horas a mais, sentir satisfação pessoal e profissional, resolver conflitos, lidar melhor com as situações, estabelecer boa convivência, buscar em si mesma a solução dos problemas, entre outros.

5.3. Ansiedade

De acordo com os dados do BAI, as medianas dos escores no encerramento foram menores do que na admissão, no entanto não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores total do BAI na admissão em relação ao encerramento ($p= 0,26$). Em relação ao tamanho de efeito da intervenção (r), o valor foi de 0,19, o que representa um efeito pequeno.

Alguns dados são relevantes quando se pensa no critério da ansiedade como medida relacionada à QV. O instrumento utilizado mensura os sintomas físicos da ansiedade, não abordando os pensamentos associados.

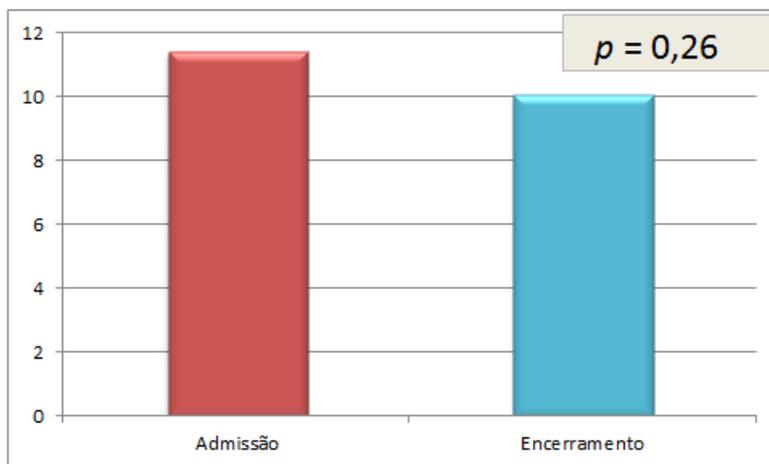


Figura 10. Resultados do Inventário Beck de Ansiedade nas etapas pré-intervenção e pós-intervenção.

Em relação ao BAI, de um lado, nove participantes apresentaram escores menores no encerramento em comparação aos da admissão. Por outro lado, os resultados do encerramento foram maiores do que na admissão em seis participantes, e três não apresentaram diferença entre as duas etapas.

Como resposta emocional, a ansiedade é frequentemente encontrada em situações nas quais a pessoa se percebe como vulnerável, nas situações avaliadas como potencialmente arriscadas ou perigosas e por considerar não ter recursos para enfrentá-las. Considerando que durante o período em que ocorreu a coleta de dados, houve um momento crítico da situação de trabalho das participantes, que se mantiveram assíduas nas sessões, mas que envolveu uma paralisação das atividades laborais por duas semanas - Sessões 10 e 11, com ameaça de corte salarial, essa situação pode ter repercutido nos resultados.

5.4. Depressão

Foram encontradas diferenças entre os escores do BDI na admissão com relação ao encerramento, uma vez que as medianas dos escores no encerramento foram estatisticamente menores do que as medianas na admissão ($p = 0,02$). Quando avaliado o tamanho de efeito da intervenção (r), o resultado de 0,39 representa um efeito moderado.

Tal resultado é particularmente relevante, porque o BDI mede os sintomas depressivos por meio de 21 itens, sendo o maior escore relacionado com a maior distorção. Como a intervenção está focada nos pensamentos, então a redução estatisticamente significativa nessa escala sugere que a reestruturação cognitiva foi efetivada.

A utilização das escalas Beck se deu pelo fato desses instrumentos apresentarem correlação significativa com todos os domínios do WHOQOL, descrito no item 5.2, sendo os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico.

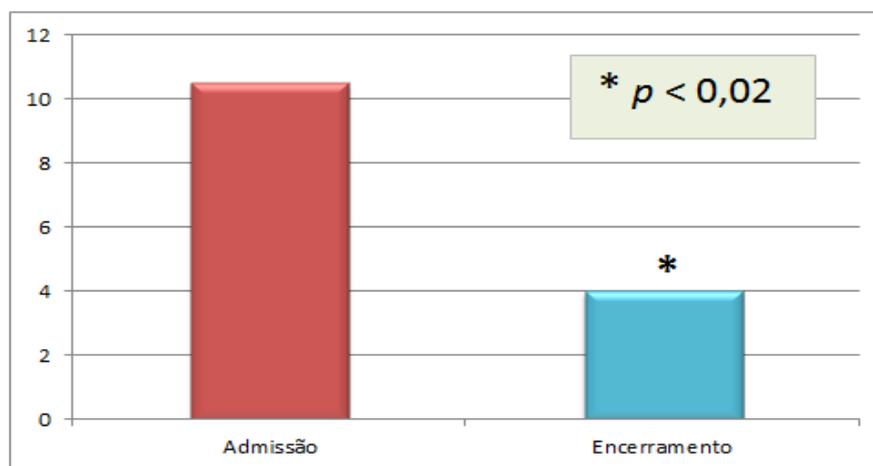


Figura 11. Resultados do Inventário Beck de Depressão nas etapas pré-intervenção e pós-intervenção.

Doze participantes tiveram o escore total no encerramento menor do que na admissão e o escore de seis delas foi maior no encerramento do que na admissão. Em nenhum caso, o escore de admissão e de encerramento se manteve inalterado.

Tradicionalmente, os escores de depressão têm sido utilizados como referência para avaliação das técnicas cognitivo-comportamentais (Beck, 1963; Beck, 1964; Beck & cols., 1997; Strunk & cols., 2007). Nesse contexto, a melhora encontrada nos escores de depressão é uma medida importante, uma vez que essa condição interfere diretamente na capacidade da pessoa em tomar decisões.

É importante lembrar que o grupo estudado não tinha diagnóstico estabelecido de depressão ou qualquer condição psicopatológica e, ainda assim, apresentou mudança significativa. Tal fato pode estar relacionado ao impacto que a situação focalizada tem em seu estado emocional ou mesmo a um quadro subliminar não identificado.

5.5. Fatores prejudiciais e facilitadores para a prática das técnicas

Em função do alto grau de não adesão a programas de saúde, houve uma preocupação em identificar os fatores que interferem na participação e na prática das técnicas. A identificação desses fatores foi planejada para o meio da intervenção com a finalidade de prevenir o abandono. Consistente com a proposta da TC, os fatores que dificultam são, em regra, primeiramente identificados para que então possam ser explorados juntos àqueles que facilitam.

Um questionário foi respondido pelas participantes na Sessão 6 e os dados coletados em duas das respostas foram analisados. Elas relataram o que dificultava e o que facilitava a prática das técnicas entre as sessões de terapia. As respostas foram categorizadas a partir de análises temáticas.

5.5.1. Fatores prejudiciais para a prática das técnicas

A estruturação de um programa de promoção da saúde tem no diagnóstico do comportamento não saudável o ponto de partida para a mudança, conforme enfatizado por Jenkins (2007). Somente depois dessa primeira etapa é que o tratamento é planejado.

Os fatores que dificultam a prática das técnicas e habilidades cognitivas e comportamentais aprendidas, entre as sessões de terapia, foram agrupados em relação ao paciente, à técnica, a fatores externos e à mudança (Figura 12).

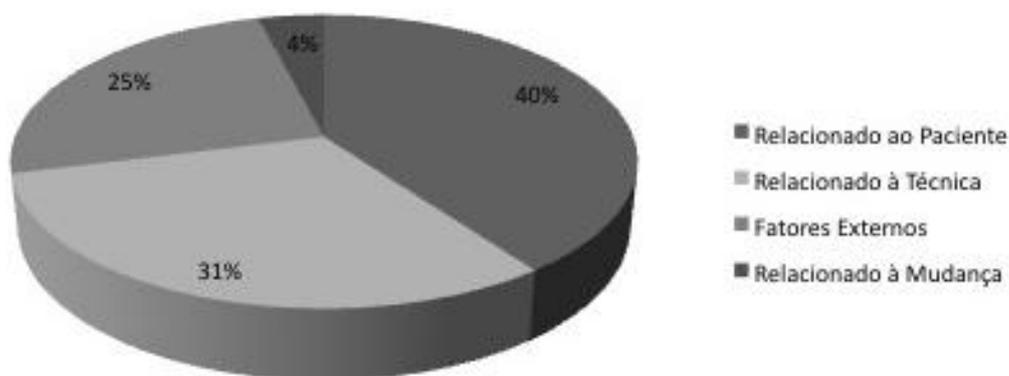


Figura 12. Fatores que dificultam a prática das técnicas.

5.5.1.1. Fatores relacionados às participantes

A Figura 13 apresenta as respostas fornecidas pelas participantes para justificar a não adesão às propostas construídas nas sessões. O automatismo definido como a realização habitual de um determinado comportamento é identificado como o fator mais frequente (40%), seguido pela indisciplina (17%) e pela preguiça (11%).

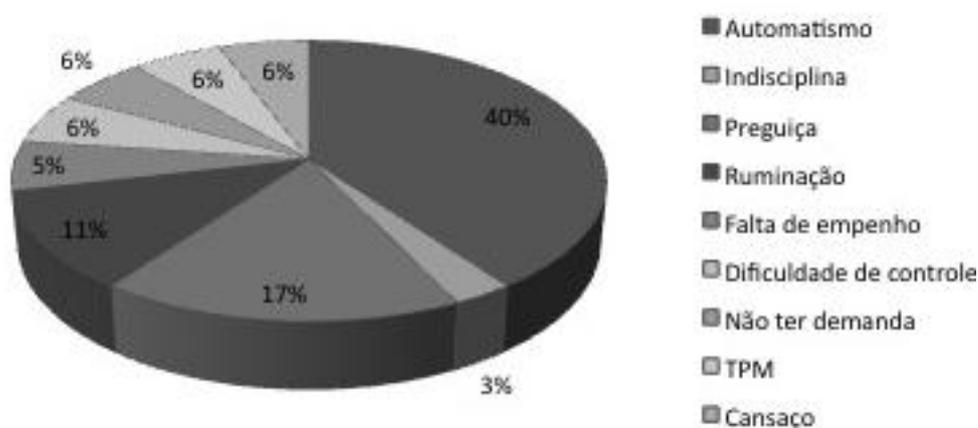


Figura 13. Fatores relacionados às participantes.

As características do paciente são determinantes na abordagem da TC (Beck & Knapp, 2008; Padesky, 1995), o controle do comportamento está relacionado a opções que são conflitantes (Bear & cols., 2008) e o processo de mudança de comportamento é algo complexo de ser efetivado (Straub, 2005). Em face dessa consideração, deve-se dar atenção às crenças que mantêm a não adesão a uma proposta que efetivamente contribuirá para promoção da saúde.

5.5.1.2. Fatores relacionados à terapia cognitiva

O número de sessões (35%), lidar com a emoção (35%) e não executar a tarefa de casa (12%) são os fatores mais frequentemente identificados em relação à terapia cognitiva (Figura 14).

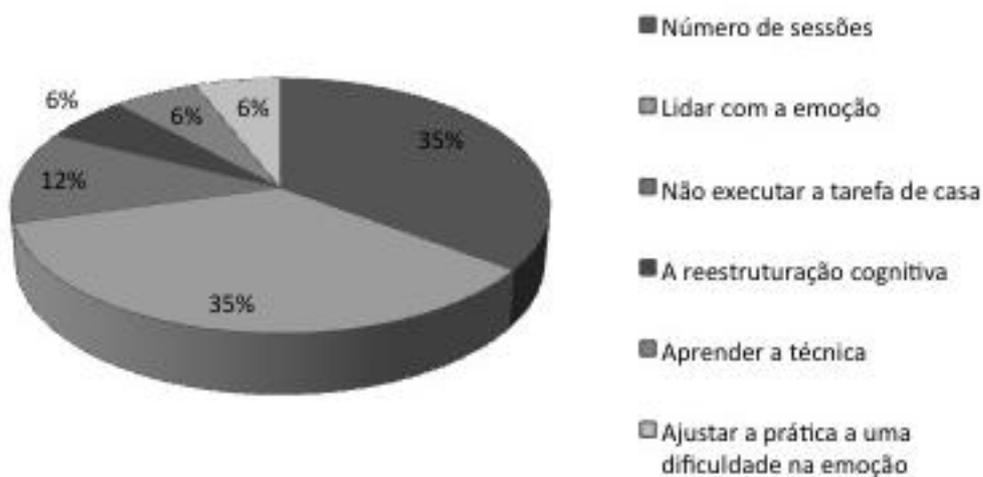


Figura 14. Fatores da técnica.

As participantes reconhecem que a estruturação das atividades facilita a mudança de comportamento e, por essa razão, avaliam que um número maior de sessões contribuiria para essa

efetivação. O número ideal de sessões é uma questão controversa na literatura, mas desde a década de 1990, os estudos na TC preveem entre 12 e 24 encontros (Beck & cols., 1997; Cordioli, 2007).

Lidar com a emoção foi categorizada em relação à técnica, porque é foco da intervenção proposta. Tradicionalmente a TC tem como propósito a reestruturação da distorção cognitiva, porém identificar a emoção em desequilíbrio é condição para a eficácia das intervenções. Ao perceber uma mudança na emoção, o indivíduo é orientado a rever o pensamento e sua vinculação com o estado de humor e a partir disso construir o pensamento alternativo ou compensatório (Cordioli, 2008a; De-Oliveira, 2008).

A prática das técnicas apresentadas nas sessões é fator determinante para o sucesso da TC (Beck, 2007; White & Freeman, 2003). Wilhelm e Steketee (2006) definem como critério para início da terapia a disponibilidade do paciente para execução das tarefas previstas. Na presente pesquisa, tal necessidade foi estabelecida no TCLE previamente assinado.

5.5.1.3. Fatores externos

A responsabilidade pelo próprio tratamento é destacada na literatura como fator promotor de saúde (Fortes & Zoboli, 2004; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Straub, 2005). Muitas vezes, a atribuição de causalidade externa protege o paciente de entrar em contato com sua real participação nesse processo. Sobrecarga (57%), falta de tempo (36%) e o ambiente de trabalho (7%) foram os fatores externos identificados como dificultadores da adesão (Figura 15).

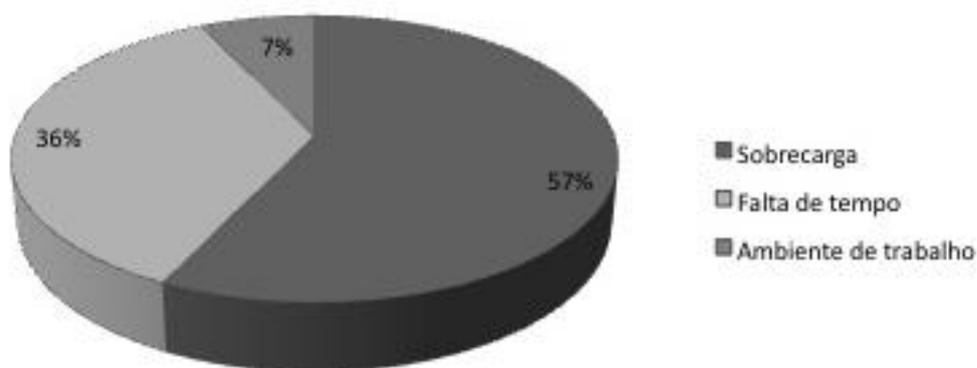


Figura 15. Fatores externos.

A variável gênero pode explicar a sobrecarga denunciada pelas participantes. Os múltiplos papéis assumidos pelas mulheres nas últimas décadas têm resultado em queixas frequentes relacionadas à diversidade de demandas que acabam por comprometer os comportamentos saudáveis. A falta de tempo merece ser pensada sob dois aspectos. Embora apareçam como itens separados, a falta de tempo talvez possa ser consequência da sobrecarga discutida. Por outro lado, vale lembrar que o tempo envolvido na execução das tarefas foi formalmente negociado com cada participante.

5.5.1.4. Fatores relacionados à mudança

A Figura 16 mostra que somente dois fatores foram descritos como potencialmente dificultadores da prática das técnicas entre as sessões: mudar o comportamento não saudável (50%) e mudar uma situação confortável (50%).

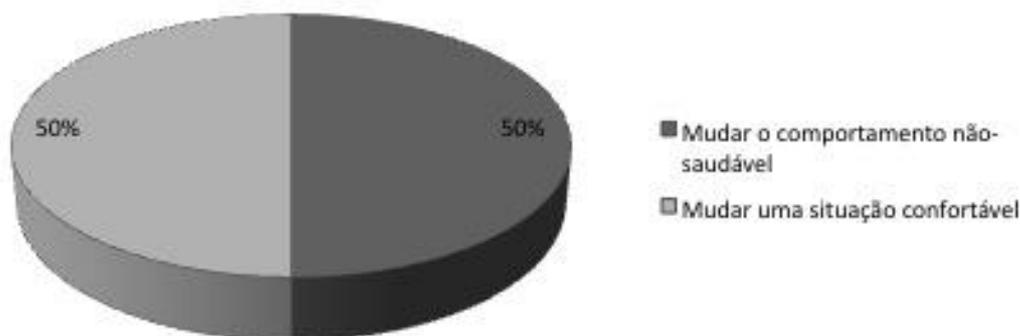


Figura 16. Fatores relacionados à mudança.

Muito se tem discutido sobre o impacto da mudança do comportamento não saudável (Jenkins, 2007; Straub, 2005; Street Jr, 2003). Sobre mudar uma situação confortável, Beck (2007) apresenta então as suposições que mais frequentemente mantêm esses comportamentos: “Se eu me sentir mal, então eu vou ficar arrasada (mas, se eu evitar me sentir mal, então eu ficarei bem, p. 259); Se eu tiver um problema, então eu não conseguirei resolvê-lo (mas, se eu ignorá-lo ou evitá-lo, então eu ficarei bem, p. 268) e/ou Se eu me sentir melhor, então a minha vida ficará pior (mas, se eu ficar como estou, eu, pelo menos, sei como é, p. 269).”

5.5.2. Fatores facilitadores para a prática das técnicas

Os fatores que facilitam a prática das habilidades cognitivas e comportamentais aprendidas, entre as sessões de terapia, foram agrupados em relação à técnica (terapia cognitiva), ao resultado alcançado, ao paciente, à terapia em grupo e à terapeuta (Figura 17).

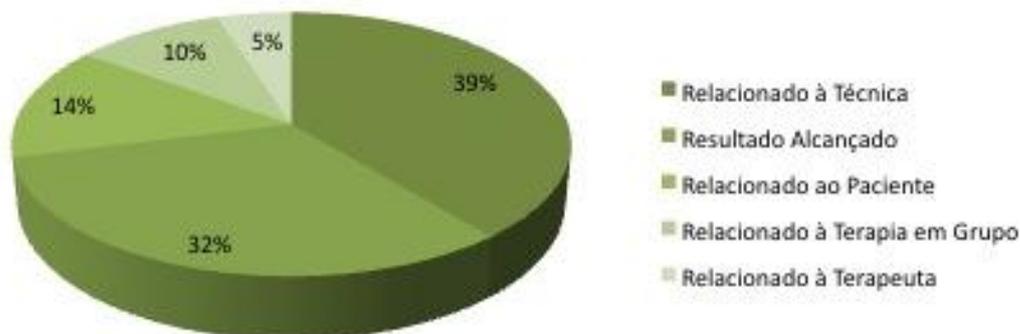


Figura 17. Fatores que facilitam a prática das técnicas.

Em comparação com os fatores que dificultam a prática das técnicas, destacam-se o resultado alcançado, os relacionados à terapia em grupo e os vinculados à terapeuta. Cada qual será abordado, porém, ressaltam-se as reflexões de que a mudança tem uma relação direta com o efeito que a pessoa percebe sobre sua ação, a possível influência de outros que estão em busca de objetivos semelhantes e a habilidade do terapeuta em termos dos recursos que oferece para viabilizar a efetivação da conduta proposta.

5.5.2.1. Fatores relacionados à terapia cognitiva

A Figura 18 mostra os fatores relacionados à técnica e que foram identificados como facilitadores para a prática das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões de terapia. Exercícios sistematizados (27%), aplicabilidade das técnicas (27%) e treinamento (21%) totalizam 75% da frequência. Revisar a tarefa de casa (11%) também é identificado como um fator importante.

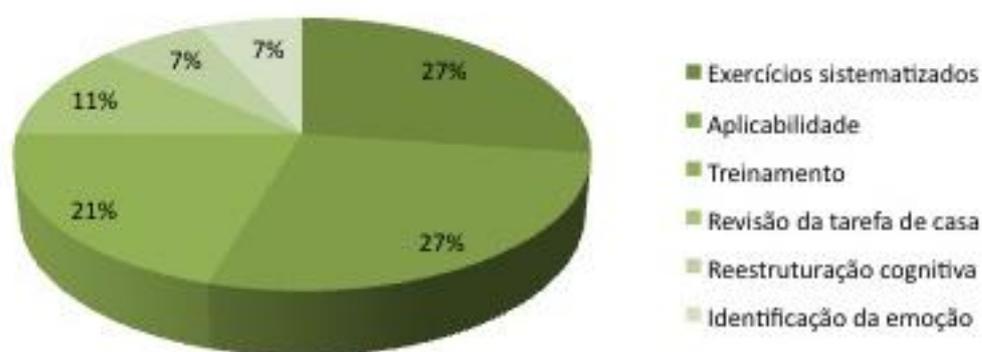


Figura 18. Fatores relacionados à técnica.

Os exercícios sistematizados seguem o princípio de caracterização da conceituação cognitiva conforme proposta por Beck (1997) e Greenberger e Padesky (1999). Estes evoluíram a partir dos resultados dos diferentes trabalhos realizados por Kunzler e Pereira (2006) e Kunzler

(2006, 2006b, 2007d, 2008a, 2008b). A transição da situação supervisionada em grupo para o cotidiano é facilitada pelo planejamento e treinamento previstos na TC (Beck & Alford, 2000; White & Freeman, 2003).

A citação de revisar a tarefa de casa como importante para a prática já aponta para a incorporação do paciente de sua responsabilidade no processo, alvo final da intervenção (Beck & Knapp, 2008; Beck, 1997; Kunzler, 2008a; Rangé & cols., 2007; Wright & cols., 2008).

5.5.2.2. Resultados alcançados

Entre os fatores relacionados aos resultados alcançados na terapia mostrados na Figura 19, a melhora do enfrentamento é o fator mais frequente (58%), seguido por atingir objetivos (19%) e pela mudança de hábitos (10%).

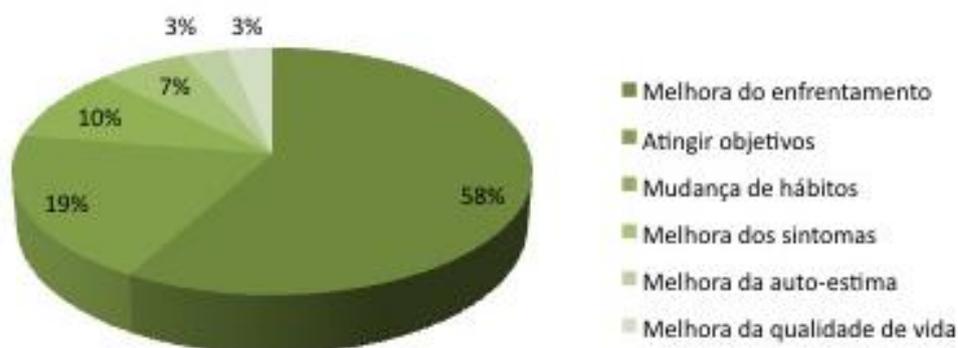


Figura 19. Efeitos associados à intervenção.

A ênfase atribuída à melhora do enfrentamento pode ser explicada pelos recursos desenvolvidos com a prática da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”. Por intermédio do treinamento, as participantes tiveram a possibilidade de não só identificar o comportamento saudável, mas reconhecer o desequilíbrio provocado e lidar concretamente com alternativas pela reescrita das regras expressas em cartões de enfrentamento (Beck, 1997; Knapp & cols., 2001; Wright & cols., 2008).

5.5.2.3. Fatores relacionados às participantes

Como fatores que facilitam a prática das técnicas entre as sessões de terapia em relação às próprias participantes, a validação externa e o autoconhecimento totalizam 50% da frequência (Figura 20). A persistência foi um fator que atingiu 11 % de frequência.

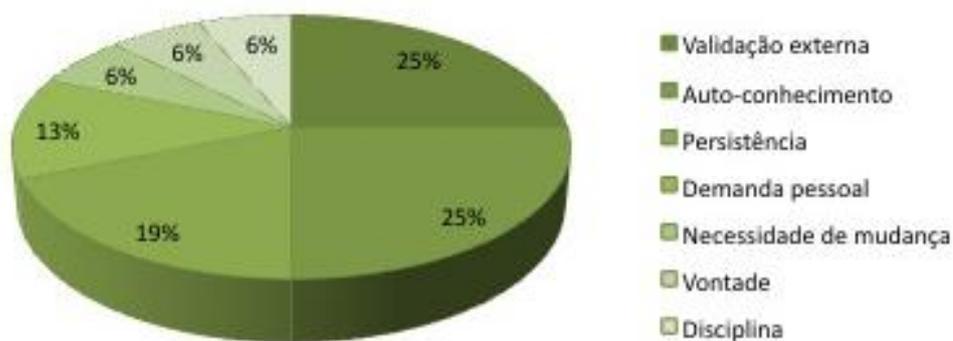


Figura 20. Fatores relacionados às participantes.

Na área de saúde, o apoio social é uma variável bastante estudada em relação à adesão ao tratamento (Straub, 2005). Esse dado corrobora a influência do grupo sobre o comportamento individual (Cordioli & cols., 2003; Himle & cols., 2001), bem como a relevância do *feedback* dado pelo terapeuta sobre a evolução das conquistas (Becheli & Santos, 2006; Free, 2007). Tais fatores são tão importantes que foram também descritos separadamente.

5.5.2.4. Fatores relacionados à terapia em grupo

De acordo com a Figura 21, o fator apontado como o mais importante para a prática das habilidades cognitivas e comportamentais em relação à terapia de grupo é compartilhar resultados (73%), seguido pela empatia (27%).

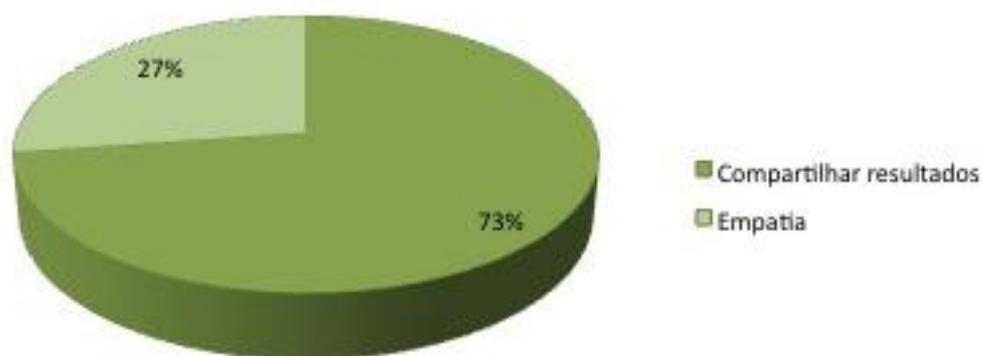


Figura 21. Fatores da terapia em grupo.

O fato de apresentar ao grupo os resultados alcançados de acordo com os objetivos estabelecidos favorece que a crença na possibilidade de mudança seja vivenciada de maneira concreta. Isso faz com que uma possibilidade de controle sobre o comportamento seja estabelecida mediante ampliação de perspectivas individuais e uma rede de apoio social mútuo que promovem a saúde (Souza & Carvalho, 2003).

Contudo, é importante ressaltar que a presente pesquisa não teve como propósito focalizar e aprofundar aspectos relativos às vivências em grupo, apesar da pesquisadora responsável reconhecer sua relevância.

5.5.2.5. Fatores relacionados à terapeuta

Quatro fatores relacionados à terapeuta foram identificados como facilitadores da prática das técnicas, conforme evidencia a Figura 22: material impresso (50%), exemplos utilizados (17%), forma de apresentação da técnica (17%) e disponibilidade (16%).

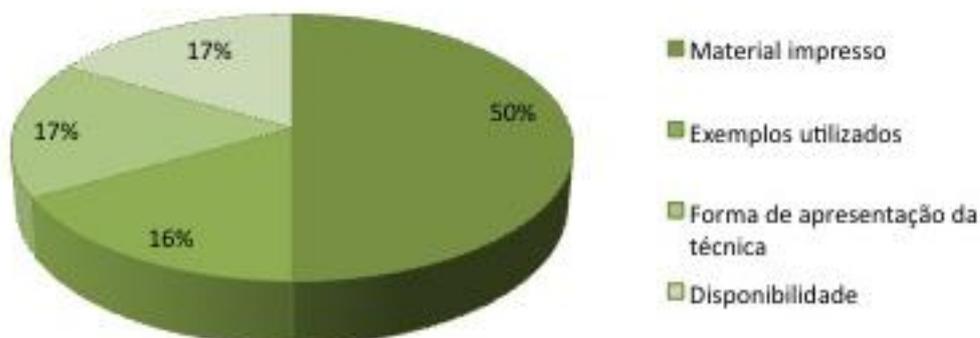


Figura 22. Fatores referentes à terapeuta.

Embora não tenha sido intenção avaliar o papel desempenhado pela terapeuta, autora desta pesquisa, este conteúdo foi trazido pelas participantes. A literatura sobre TC e sobre intervenções em grupo é rica em considerações sobre a importância da formação do profissional, as características do terapeuta, a relação com a prevenção de recaídas e a necessidade de que ele entenda que o objetivo final da intervenção deve ser a autonomia do paciente (Oliveira & cols., 2009; Street Jr, 2003; Strunk & cols., 2007; Sudack & cols., 2003).

O material impresso referido é o livro texto elaborado por Kunzler (2008b), formulado a partir dos princípios da TC, mas especialmente diagramado para favorecer a aproximação gradativa do comportamento saudável, mediante uso de recursos didáticos planejados para o paciente. É um recurso pensado não para o terapeuta, mas para a pessoa que toma a decisão pela mudança do comportamento. Nesse sentido, demanda do profissional, um conhecimento técnico-científico para o seu uso devido.

O uso de exemplos focado em situações cotidianas, próximas do repertório das participantes, é tarefa deliberada do terapeuta, para que elas possam se identificar com a possibilidade tanto de contato com aquela situação quanto com alternativas para a resolução de problemas.

A disponibilidade diz respeito ao canal de comunicação estabelecido nas sessões e a possibilidade de contato via e-mail, inclusive para esclarecimento de dúvidas na realização das tarefas.

5.6. Avaliação da intervenção pelas participantes

As limitações, as vantagens e sugestões a respeito da intervenção em relação à reestruturação cognitiva em nível de crença condicional, que resulta na construção e manutenção de comportamentos saudáveis foram listadas em questionário respondido nas Sessões 6 e de Encerramento. As limitações incluem questões relacionadas aos horários das reuniões, ao tempo da intervenção e algumas dificuldades para a prática das técnicas e para a exposição de questões pessoais.

De um lado, em relação às limitações, algumas verbalizações são apresentadas a seguir:

P6: “Os horários dos encontros (horário de trabalho), a leitura extensa do livro, a falta de tempo e de coragem para fazer as tarefas”;

P7: “Às vezes, é difícil aplicar as técnicas e descobrir a emoção envolvida”;

P8: “Poderia ser mais tempo”;

P10: “Por ser no horário do trabalho, às vezes, fica difícil sair para as sessões, mas isto também faz parte do meu aprendizado de ter um tempo comigo”;

P14: “O tempo! Deveria ser mais”;

P17: “Por serem aplicadas em ambiente de trabalho e com colegas, limita o aproveitamento da terapia, porque isto produz uma atitude de defesa, pois ninguém quer se expor em um ambiente competitivo”.

Por outro lado, em relação às vantagens em participar do Projeto Pense Saudável, algumas verbalizações assinalam a incorporação dos princípios básicos das técnicas, como citadas a seguir:

P1: “Trabalhar um problema, transformando o que vinha afetando a minha vida de forma negativa, de modo que posso afirmar que atravessei uma “lonnnnnnga noite tempestuosa”. Hoje estou mais tranquila e harmonizada, conseqüentemente melhorei em vários níveis e estou vivendo um “dia ensolarado”;

P11: “A vantagem principal é aprender a conhecer as emoções e administrar um comportamento mais saudável na vida pessoal e social”;

P14: “São muitas que levarei para a vida toda! Desde controlar sentimentos a mudanças de comportamentos traumáticos na minha vida. Também está me ajudando a entender as mesmas situações, sentimentos e atitudes dos outros”;

P15: “Dar mais segurança para a pessoa que não sabe como controlar seus problemas; ajudar a administrar as emoções; a autoconfiança melhora muito”;

P17: *“O fato de as sessões serem realizadas no ambiente de trabalho e não ter a necessidade de compensar as horas. Na verdade, foi um benefício que nós recebemos. Está sendo uma oportunidade valiosa de melhora interior”;*

P18: *“Pensar saudável a cada dia, por etapas e assim ser feliz!”*

Algumas falas sugerem a percepção do limite de tempo e de possibilidade de estender o número de sessões para a manutenção dos resultados alcançados:

P2: *“Ter mais sessões para que tenhamos mais temas”;*

P5: *“Não sei! Talvez colocar alguns lembretes na bolsa”;*

P8: *“Mais sessões”;*

P12: *“Que o grupo possa ter uma continuidade”;*

P15: *“Acho que o tempo é pouco. Talvez com mais sessões as pessoas possam ficar mais confiantes. O medo é que ao terminar esses exercícios da terapia, no dia-a-dia, os problemas voltem a ser tudo como era. Quando se é acompanhado, a autoconfiança é maior”;*

P17: *“Não sei se seria possível incluir sessões individuais”;*

P18: *“Não ser no horário de trabalho (apesar de que é o único momento que tenho)”.*

A análise dos dados em questão pode auxiliar no delineamento de pesquisas futuras e também em relação à melhora da intervenção propriamente dita.

As verbalizações de duas participantes confirmam a avaliação positiva sobre a técnica. Elas foram enviadas via *e-mail*. A primeira delas após a sessão que aborda o registro de comportamentos saudáveis e a segunda ao final da pesquisa.

Como as técnicas de reestruturação cognitiva devem ser praticadas com o registro diário dos comportamentos que cada participante executa, é solicitado que sejam lançados dois ou três comportamentos saudáveis (Beck, 1997). Na Sessão 8 do presente estudo, uma tabela foi preenchida com os comportamentos saudáveis determinados pelas participantes. Todas as participantes receberam um pequeno cofre de barro para reforçar a importância da valorização dos comportamentos saudáveis. Uma das participantes enviou um e-mail após a sessão para relatar que seus familiares haviam se envolvido na tarefa de lançamento de moedas pelos comportamentos alcançados, o que foi compartilhado com os demais participantes durante a sessão seguinte.

P18: *“Só para registrar a chegada do cofrinho lá em casa, falei para o meu marido do propósito do porquinho... meu marido sacou três moedas de um real e depositou imediatamente, em seguida as minhas filhas fizeram o mesmo, só depois, emocionada, é que falei que a família pode participar... não dá para explicar o estado de graça em que me encontro, e a noção da importância de um simples gesto...”.*

Ao final da pesquisa, P16 enviou um e-mail e se referiu também à opinião e participação de um familiar próximo.

P16: *“Estou muito feliz com os resultados alcançados na terapia, até meu esposo se rendeu, não sei se você lembra que eu comentei que ele achava uma bobagem, que nós estávamos servindo de*

cobaia, mas ele viu que não é assim, ele está lendo os cartões de enfrentamento e praticando, quem diria...”.

O apoio social pode beneficiar a saúde e os relacionamentos sociais desempenham um papel de proteção contra os efeitos do estresse. As pessoas que recebem apoio social significativo apresentam menor probabilidade de ruminarem quando necessitam enfrentar situações estressantes. Quando ruminam, as pessoas interpretam os eventos de modo mais negativo do que realmente são, o que leva a reavivar lembranças do passado, dificulta na resolução de problemas e compromete o interesse por atividades prazerosas (Straub, 2005).

De acordo com Glanz e cols. (2008), difundir as inovações é o desafio diário para que as novas maneiras, os produtos, os programas e as práticas sociais se espalhem entre as diferentes sociedades. A história das inovações demonstra que em geral um longo período de tempo transcorre entre a comprovação dos conceitos e dos programas e a prática. A difusão de programas efetivos é um desafio para a saúde pública e para a promoção da saúde. Os fatores que podem estar relacionados com a difusão mais rápida ou mais lenta das intervenções são classificados em três categorias, em relação a características (1) da inovação, (2) dos usuários e (3) do contexto ambiental. Dentre as características da inovação são relevantes (1) as vantagens que a nova técnica testada em pesquisas propicia para a comunidade, quando comparada com intervenções já colocadas em prática e (2) quando os benefícios são observados e percebidos de forma clara por outras pessoas, e não somente medidos por escalas validadas.

Pode-se concluir que nesta pesquisa, o Projeto Pense Saudável mostrou-se um instrumento efetivo para promoção da saúde, maximizando os benefícios da Terapia Cognitiva para a aplicação de uma técnica que privilegia a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional, para obter um efeito positivo nas emoções e comportamentos associados.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a eficácia da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” para a promoção da saúde e QV, estruturada em 12 sessões de TC em grupo, realizadas semanalmente. A análise dos dados apontou ganho na qualidade de vida mediante tomada de decisão pela redução de comportamentos não saudáveis e pela construção e manutenção dos comportamentos saudáveis, facilitada pela reestruturação cognitiva em nível de crença condicional. Em geral, os indivíduos acreditam que cognições, emoções, comportamentos e reações físicas saudáveis são somente compatíveis com situações favoráveis. Neste estudo as participantes aprenderam, com o auxílio da figura, que, em situações desfavoráveis, as cognições saudáveis podem prevalecer (Kunzler, 2008a).

Conforme revisão de literatura realizada, trata-se de um trabalho pioneiro. Como enfatizado ao longo dos capítulos, em geral, a TC aborda a conceituação cognitiva da doença e a reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos e de crenças nucleares. Especificamente em relação à reestruturação cognitiva em nível de crença condicional, poucos estudos foram conduzidos, talvez por se tratar do nível de cognição associado a um comportamento. A reestruturação cognitiva em nível de crença condicional é um auxílio para que a entrevista motivacional e os experimentos comportamentais se estabeleçam.

Diante dos resultados encontrados pode-se afirmar que a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” contribui para a promoção da saúde. Além de identificar o comportamento não saudável e as desvantagens acarretadas por ele, as suposições e as emoções também fazem parte da sistematização da técnica, ampliando a compreensão por parte da pessoa sobre os fatores que são potencialmente capazes de mantê-lo. O mesmo estudo é executado na identificação dos fatores que podem manter o comportamento saudável, porém com a ênfase não só nas suposições reestruturadas para mantê-lo como também nas vantagens dele decorrentes. Essas etapas favorecem a tomada de decisão pela saúde, melhorando a autonomia e a determinação dos objetivos de cada indivíduo no controle de sua vida e QV.

As principais emoções e sentimentos que estão envolvidos na construção e manutenção de comportamentos não saudáveis são a rejeição e a ansiedade. Em nível de crença condicional, as suposições a elas associadas foram completadas pelas participantes com um comportamento relevante ou uma emoção não saudável.

Em relação aos comportamentos saudáveis, o medo passa a ser a emoção mais citada pelas participantes, quando questionadas sobre qual a emoção, que em desequilíbrio, pode fazer com que o padrão não saudável retorne. Isso evidencia a importância de conhecer a emoção negativa associada à execução do comportamento não saudável e à dificuldade em manter o comportamento saudável.

Dentre os demais fatores associados aos comportamentos saudáveis, os pensamentos envolvidos, em forma de suposição, foram preenchidos por 10 das 18 participantes identificando um comportamento relevante. Porém, as oito restantes completaram a frase de estrutura “Se–, então.”, com uma emoção positiva. Em pesquisa futura, poderia ser construída uma escala com as suposições mais frequentemente mantenedoras dos comportamentos saudáveis, assim como das emoções e sentimentos vinculados. A identificação da emoção positiva esperada com a execução do comportamento saudável não faz parte desse estudo e da sistematização da técnica por não ser ela a responsável pelo retorno do comportamento não saudável, porém isso não significa que ela não seja importante.

A tomada de decisão por comportamentos saudáveis envolve o conhecimento das desvantagens que o comportamento não saudável tem acarretado para a vida de cada participante, hoje, com impacto no momento. Logo após, a reflexão é complementada pelas vantagens que o comportamento saudável pode acarretar, sendo algo mais abstrato, imaginário e futuro. A técnica busca equilibrar a equação entre a emoção e a razão, cujo resultado é a tomada de decisão pelos comportamentos saudáveis.

A preparação para o experimento comportamental, apresentado na Sessão 7 do protocolo de reestruturação cognitiva em crença condicional, pode ser uma ferramenta utilizada para construir o comportamento saudável e facilitar seu monitoramento. Não somente as possíveis dificuldades são identificadas e solucionadas na sessão, como também os fatores que podem contribuir para a execução do experimento são identificados e planejados.

Foram evidenciados aumento dos escores de qualidade de vida entre as participantes após a intervenção com essa técnica, em todos os domínios do WHOQOL - *brief*. A melhora somente não foi estatisticamente significativa no domínio relações sociais, domínio esse que, na validação do WHOQOL - *brief*, não contribuiu significativamente para a variação da faceta geral de qualidade de vida (Fleck & cols., 2008).

A melhora da qualidade de vida pode ser explicada pela contribuição da Técnica para a promoção da saúde, por ser este o processo no qual o indivíduo é capacitado para controlar e melhorar a sua saúde (Glanz & cols., 2008; Lyons & Chamberlain, 2006; Marks & cols., 2000; Straub, 2005). A maior autonomia de cada participante trouxe reflexões pessoais com impacto no grupo. Com isso, cada uma delas determinou objetivos, monitorou sua execução, percebeu-se de outra maneira, de acordo com seu anseio de viver bem e de se sentir bem (Fleck & cols., 2008).

Os escores totais nas medidas de ansiedade avaliados com o BAI após a intervenção foram menores do que na admissão, o que significa melhora, porém essa melhora não foi estatisticamente significativa. Isso pode ser explicado pelo fato de o instrumento ser composto por 21 itens que citam sintomas físicos de ansiedade e sua intensidade, sem a apresentação dos mesmos, formulada como frases que podem ser interpretadas de maneira mais ou menos distorcida. Outra possível razão foi que um período de greve do funcionalismo ocorreu em duas das últimas sessões da intervenção.

Em uma pesquisa futura, pode ser utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) como instrumento específico para medir a ansiedade e pode ser planejada a utilização de uma intervenção específica para a reestruturação cognitiva diante de situações ansiogênicas (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1979).

A avaliação por meio do BDI, dos escores totais de depressão, antes e após a intervenção, evidenciou que houve diferença estatisticamente significativa. Esse dado é relevante, tendo em vista que a técnica se propõe a reestruturar as cognições distorcidas com efeito positivo na emoção e no comportamento, pois quanto menor o escore, menor a distorção cognitiva.

Na TC, os instrumentos BAI e BDI são utilizados para a verificação do humor e avaliação da evolução do processo psicoterápico. Os resultados sugerem que as participantes passaram a pensar de forma menos absoluta e mais relativa.

As dificuldades para a prática das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões foram categorizadas em fatores relacionados à participante, à técnica, a fatores externos e à mudança. Em relação à mudança, a dificuldade identificada foi mudar o comportamento não saudável propriamente dito ou mudar uma situação confortável. Esse dado reforça a necessidade de ênfase nas desvantagens do comportamento não saudável e na crença condicional que o mantém.

As categorias dos fatores que facilitaram a prática das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões relacionam-se à técnica, aos efeitos associados à intervenção, à participante, à terapia em grupo e à terapeuta. Compartilhar os resultados e estabelecer empatia foram os fatores referidos em relação à terapia em grupo.

Como a adesão ao tratamento é foco constante de preocupação na área de saúde, esses fatores analisados a partir do questionário aplicado na Sessão 6 podem servir de base para a criação de uma escala em uma pesquisa futura, com o intuito de favorecer tal resposta e também para melhorar a eficácia das intervenções planejadas. A presente pesquisa trouxe o inconveniente decorrente da exposição de questões pessoais no ambiente de trabalho. Apesar disso, a realização da atividade no local de trabalho possui mais vantagens do que desvantagens, contribuindo para que a busca de ajuda não seja retardada.

Oferecer o acompanhamento em uma das unidades da UnB, com o deslocamento da pesquisadora até o local contribuiu para amenizar possíveis fatores que comprometessem a participação. Maior assiduidade garante um melhor acompanhamento, visto que a mudança de

comportamento é enfatizada em termos de autonomia necessária para a tomada de decisão pela construção e manutenção de comportamentos saudáveis.

Cabe ressaltar que os dois grupos de pesquisa facilitaram que a mesma terapeuta dispusesse de um número menor de horas para acompanhar um número maior de pessoas, com o objetivo de construir e manter comportamentos saudáveis. O mesmo protocolo pode ser utilizado no treinamento de outros terapeutas para que um número maior de servidores seja beneficiado em diversas unidades da instituição. Isso pode ser facilitado pela avaliação dos resultados pelo grupo, quando cada participante expõe seu *feedback* sobre a intervenção e os fatores a ela relacionados.

Como servidora da UnB, pretendo disponibilizar a intervenção em diferentes unidades da instituição. Uma proposta é a composição da amostra com pacientes que apresentem patologias diagnosticadas, tanto na clínica médica, quanto nas clínicas cirúrgica e psiquiátrica. A Técnica poderá ser oferecida também para familiares e pessoas próximas, junto ao paciente, ou em grupos independentes. Ressalta-se, porém, que a reestruturação cognitiva terá o propósito de facilitar reflexões sobre quais serão os comportamentos saudáveis apesar do diagnóstico recebido.

Tendências recentes em pesquisa evidenciam que o paciente deve ser informado para poder tomar as suas decisões junto com o profissional de saúde (Becheli & Santos, 2002; Becker & cols., 2004; Street Jr, 2003). Tal perspectiva consolidaria a transição do modelo biomédico para o biopsicossocial caracterizando, de fato, a reavaliação do papel do paciente e do profissional de saúde (Queiroz & Araujo, 2009). Pesquisas futuras devem explorar a relação entre a comunicação, o estado de saúde e a QV. Em relação ao estilo de repasse de informações, o protocolo de reestruturação cognitiva é predominantemente centrado no paciente, em coparticipação com o terapeuta. Tem como finalidade favorecer o conhecimento de terapeutas sobre a técnica e otimizar o tempo entre resultados das pesquisas e aproveitamento destes na prática.

O conceito de QV das participantes após o uso da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” passou a abranger comportamentos saudáveis não incluídos na etapa de admissão, tais como tomar decisões sem protelar, planejar, executar e concluir objetivos, resolver conflitos, lidar melhor com as situações, manter boa convivência, buscar em si mesma a solução dos problemas, entre outros.

Após o encerramento das sessões semanais de terapia, é indicado que os participantes do grupo mantenham encontros a cada quatro ou seis semanas com o objetivo de manter os resultados alcançados e, assim, avaliar o desempenho das habilidades treinadas, tirar dúvidas, rever dificuldades e objetivos específicos. Com as sessões de manutenção, também denominadas de sessões de encorajamento, cada vez mais, os três níveis de pensamento saudáveis são fortalecidos e o “abacate” tende a se tornar mais saudável em sua totalidade: “do caroço até a casca”.

As participantes do grupo de pesquisa solicitaram a continuidade das sessões, sendo então tomada a decisão pela continuação das sessões em frequência mensal, com os dois grupos, com

vistas à manutenção dos resultados. Das tarefas utilizadas na pesquisa, reflexões foram transcritas para os cartões de enfrentamento e são ferramentas úteis para a prevenção de recaída.

Tão importante quanto a melhora do padrão de comportamento é a prevenção de recaída, pois é natural que a pessoa enfrente dificuldades em manter o comportamento saudável. Esse padrão requer dedicação, atenção e monitoramento constantes. É um processo trabalhoso, porém, com o passar dos meses, o padrão saudável tende a preponderar. O objetivo é manter as mudanças e não voltar atrás.

Em serviços que oferecem encontros para o grupo de forma continuada, as sessões para manutenção das mudanças se tornam enriquecedoras, pois é facilitada a interação entre os participantes de vários grupos com suas características próprias. Enfim, a intenção de manter encontros mensais é manter os ganhos que foram construídos, identificar um possível risco de recaída e colocar em prática as ações preventivas.

Os dados obtidos durante as sessões de manutenção com os dois grupos conduzidos na BCE não foram analisados e apresentados no presente estudo por se tratar de um projeto de mestrado com uma limitação de tempo de execução e conclusão. As sessões de manutenção foram realizadas no mesmo local, tendo a última delas ocorrido em fevereiro de 2011. Programa-se a continuidade das sessões no SAM, a partir de abril de 2011, após o retorno da pesquisadora para o serviço, tendo em vista que, desde 2009, constituiu-se como Unidade de Qualidade de Vida da UnB.

A avaliação da técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” representou a possibilidade de reflexões mais aprofundadas sobre os diferentes componentes que envolvem a promoção da saúde e a difusão das pesquisas envolvendo a TC.

Além disso, trouxe a relevância da técnica como recurso para ser utilizado em grupo e em ambiente de trabalho, com resultados individuais e repercussões sociais. Tal efeito tem relação direta com QV, meta procurada por todos, desde os primórdios da humanidade.

A ideia é tomar uma decisão pela saúde, de forma ponderada, e não voltar atrás devido a uma emoção em desequilíbrio. A Técnica funciona como um treinamento, um curso. Isso equivale dizer que é um processo de aprendizagem e, portanto, carece de tempo para sua efetivação e demanda do terapeuta a organização das etapas que compõem esse processo.

Durante o acompanhamento, o estabelecimento de parceria é estimulado. Manter o comportamento saudável depende da dedicação tanto do paciente quanto do terapeuta. O trabalho não termina na data da última sessão de intervenção inicial e ele deve ser incorporado na rotina diária. Quanto mais as novas habilidades forem exercitadas, melhor será o efeito em curto e em longo prazo.

Desde 2002, a terapia cognitiva tem, cada vez mais, feito parte da minha prática tanto na iniciativa privada quanto na pública, inicialmente para atendimento individual. Nos primeiros anos, não havia uma sistematização do uso das técnicas da TC, porém, na medida em que bons resultados

foram observados, a prática ficou mais estruturada com o auxílio cada vez mais imprescindível das bases teóricas e da análise dos dados de pesquisas.

A partir de 2006, grupos foram organizados para intervenção breve. Desde então, algumas tentativas foram feitas em relação ao número e frequência das sessões, de participantes, entre outras. No momento atual, a proposta é de aplicação de uma intervenção em grupo, com a utilização do livro texto, com o total de 16 sessões. Dessas, as 12 sessões iniciais têm frequência semanal e as quatro últimas sessões ocorrem a cada 15 dias, totalizando cinco meses de atendimento. Busca-se consolidar, de maneira mais duradora, as mudanças alcançadas.

A partir do término das 16 sessões iniciais, sessões de manutenção são oferecidas, com frequência quinzenal ou mensal. Esse é um espaço de troca e aprendizado para a manutenção dos comportamentos saudáveis. Na iniciativa privada, os participantes do grupo de prevenção de recaída ou grupo de manutenção como era intitulado tomaram a decisão de se autodenominar de “TCnianos”.

A proposta inicial de auxiliar os pacientes acompanhados a tomar uma decisão e não voltar atrás passa a ter seu propósito ainda maior de construir o comportamento de “pensar saudável”. O pensamento em si não é um comportamento observável, porém as suas consequências o são.

Uma questão importante para estudos futuros diz respeito ao tamanho do grupo. Com o intuito de determinar qual o número ideal de participantes para uma pesquisa futura, o cálculo para o seu delineamento é apresentado a seguir.

Trata-se de um estudo experimental em que os participantes serão randomizados em um grupo controle (lista de espera) e em um grupo intervenção e avaliados antes e após a aplicação das sessões de terapia cognitiva. Esse experimento é conhecido na literatura estatística como estudo de análise de medidas repetidas com dois grupos e duas repetições. Partindo-se do princípio de que a metodologia estatística a ser utilizada na análise desses dados será uma análise de covariância e considerando-se um nível de significância de 5 %, um poder de teste de 90 %, uma correlação das observações entre os dois instantes de 0,37 e um tamanho de efeito de 0,46, entre a hipótese nula de igualdade de médias entre os grupos e a hipótese alternativa de diferença de médias entre os grupos (ambos estimados desse estudo piloto), utilizou-se a seguinte expressão para o cálculo do tamanho da amostra (Datallo, 2008):

$$n = \left(\frac{2,90}{d_{Diff}} \right)^2$$

$$\text{onde: } d_{Diff} = \frac{d}{\sqrt{2(1 - \rho_{12})}}$$

Das fórmulas acima resulta:

$$d_{diff} = \frac{0,462774}{\sqrt{2(1-0,36912)}} = 0,41198$$

Portanto,

$$n = \left(\frac{2,900}{0,41198} \right)^2 = 50$$

Assim sendo, a amostra ideal do ponto de vista estatístico deveria incluir 25 participantes em cada grupo - intervenção e controle. Tal recomendação, quando confrontada com as questões operacionais do trabalho em grupo, resulta em algumas necessidades específicas de planejamento. O tamanho do grupo é uma delas, porque requer do terapeuta habilidades diferenciadas de manejo. Além disso, o espaço físico para comportar o maior número de participantes é um limitador. Em relação à técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida”, as tarefas programadas demandam um acompanhamento e *feedback* impossíveis de serem fornecidos a 25 pessoas simultaneamente, sem o risco de comprometer o desenvolvimento dos objetivos propostos para cada sessão.

Uma alternativa pode ser a replicação do que foi feito na presente pesquisa com a divisão do número total de cada grande grupo em dois ou três subgrupos para aplicação da Técnica e depois realizar a avaliação conjunta dos dados. Uma amostra maior permitiria a comparação entre um grupo de intervenção e um grupo controle. A partir do interesse em participar de nova pesquisa, as pessoas seriam organizadas em dois grupos, sendo que, enquanto um receberia a intervenção, o outro aguardaria para nova oferta após o término da primeira. Os dois seriam avaliados, com os mesmos instrumentos, no mesmo período.

Para concluir, cabe destacar que a realização do Mestrado favoreceu diversas reflexões sobre as etapas profissionais percorridas e os obstáculos transpostos. Identifico agora que talvez esse processo tenha seu início na Residência Multiprofissional em Saúde Mental oferecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, entre 1998 e 2000, na qual fui a única médica a participar da formação proposta, em um grupo composto por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Apesar de ser criticada por alguns naquela época que acreditavam que eu deveria conviver somente com residentes da psiquiatria, a minha tomada de decisão foi em direção oposta, motivada pela crença condicional: “Se eu posso fazer parte de um grupo multiprofissional, então com certeza será mais enriquecedor”.

Tal experiência foi relevante não somente pelo convívio com outras áreas, mas o grande diferencial foi ter a oportunidade de planejar e executar intervenções em grupo, desde então. Na Residência, foram planejados e desenvolvidos dois grupos: um para os pacientes acompanhados,

que abordava o uso de medicamentos e outro oferecido para os seus familiares, relacionado ao impacto emocional da experiência para os mesmos por serem familiares de pacientes diagnosticados com distúrbios psiquiátricos. Em ambos, apesar de se tratar de pacientes com quadros crônicos na área da saúde mental, a abordagem visava maneiras alternativas de lidar com as dificuldades individuais, familiares, laborais e relativas à inserção na comunidade, perspectiva tão defendida e difundida na Psicologia da Saúde.

Provavelmente também se consolidou daquela formação a minha valorização ao trabalho desenvolvido em equipe, preferencialmente não somente constituída por médicos, mas integrando também além de outros profissionais de saúde, o paciente e seus familiares. Na UnB, desde minha chegada no SAM, fui acolhida pelos profissionais e, apesar da desaprovação de poucos, a intenção de atender pacientes em grupo, com qualidade, para diminuir a lista de espera por atendimento se constituiu em um movimento natural.

A finalização da presente pesquisa possibilitou a fundamentação teórica de uma experiência de atendimento clínico e incorporação de um referencial que certamente em muito ampliou o entendimento da contribuição que a técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” pode ter para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 123-137. Retirado em 24/9/2009, de http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&_udi=B6TBV-51FWRFN-2&user=687355&_coverlversion=1&_urlVersion=0&_userid=687355&md5=c3bb74ef683368d5250696f9a1d37c74&searchtype=a
- Ayotte, B. J., Margrett, J. A., & Hicks-Patrick, J. (2010). Physical activity in middle-aged and young-old adults: the roles of self-efficacy, barriers, outcome expectancies, self-regulatory behaviors and social support. *Journal of Health Psychology*, 15, 173-185.
- Barbosa, J. G., Luiz, A. M. A. G., Domingos, A. M., & Fernandes, L. F. B. (2008). Grupo de sala espera em ambulatório de ansiedade: Um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 56-72.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª ed.) (L. A. R. e A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2008). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Bechara, A. (2004). The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbital damage. *Brain and Cognition*, 55(1), 30-40.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2004). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 118-125.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 249-254.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2006). Transferência e psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 110-117.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression - I - Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression - II - Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy – a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Beck, A. T., & Knapp, P. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S54-S64.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (2009). *Pense magro: a dieta definitiva de Beck. Treine o seu cérebro a pensar como uma pessoa magra*. Porto Alegre: Artmed.

Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N. R., Bonatto, D., & Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 655-667.

Beer, J. S., Knight, R. T., & D'Esposito, M. (2006). Controlling the integration of emotion and cognition: the role of frontal cortex in distinguishing helpful from hurtful emotional information. *Psychological Science*, 17(2), 448-453.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.

Berlim, M. T., & Fleck, M. P. A. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.

Bieling, P. J., McCabe, R. E., Antony, M. M., Freeman, A., Nguyen, T. A., Penn, D. L., Pinkham, A. E., Roberts, D. L., Rotgers, F. & Stewart, J. L. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.

Braga, A. R. M., Hua, F. Y., & Kunzler, L. S. (no prelo). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos: reconhecimento do distúrbio e proposta de intervenção da terapia cognitiva. *Brasília Médica*.

Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 180-186.

Burns, D. D., & Auerbach, A. (2004). Empatia terapêutica em terapia cognitivo-comportamental: ela realmente faz diferença? Em P. M. Salkovskis (Org.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 127-150). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. Retirado em 07/03/2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 mar. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014.

Buss, A. S., & Silva, L. M. C. (2009). Comparative study of two quality of life questionnaires in patients with COPD. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(4), 318-324.

Cabete, D. G., Cavaleiro, A. M., & Pinteus, M. T. (2003). Visualização: uma intervenção possível em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 21(2), 195-200.

Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 300-304.

Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 19(2), 128-136.

Carvalho, M. R., Nardi, A. E., & Rangé, B. (2008). Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(2), 66-73.

Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 24(1), 23-31.

Conner, M., & Norman, P. (Orgs.) (2007). *Predicting health behaviour* (2ª ed.). Berkshire: Open University Press.

Cooper, M., Todd, G., Turner, H., & Wells, A. (2007). Cognitive therapy for bulimia nervosa: an A-B replication series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 402-411.

Cordioli, A. V. (2007). O modelo cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. Em I. R. Oliveira, M. C. Rosário, & E. C. Miguel. *Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo* (pp. 227-238), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cordioli, A. V. (2008a). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (2008b). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S65-S72.

Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margi, R., De-Sousa, M. B., Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 113-120.

Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margi, R., Sousa, M. B., Tonello, J. F., Manfro, G. G., & Kapczinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(4), 211-216.

Coricelli, G., Dolan, R. J., & Sirigu, A. (2007). Brain, emotion and decision making: the paradigmatic example of regret. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(6), 258-265.

Cortez, M. B., Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 22(1), 13-21.

Costa Neto, S. B. (2002). *Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2001). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 9(2), 125-135.

Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. *Estudos Goiânia*, 30(1), 165-179.

Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida em enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, & L. H. C. Barros (Org.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 195-208). São Paulo: Summus.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Datallo, P. (2008). *Determining sample size balancing power, precision and practicality*. Oxford University Press.

Dattilio, F. M. (2006). Reestruturação de esquemas familiares. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 17-34.

Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 427-441.

De-Oliveira, I. R. (2007). Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with "yes, but..." dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *European Review of Applied Psychology*, 57(1), 17-22.

De-Oliveira, I. R. (2008). Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 30(1), 12-18.

Espie, C. A. (1986). The group treatment of obsessive compulsive ritualizers. Behavioral management of identified patterns of relapse. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 21-33.

Falcone, E. M. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 23-32.

Fals-Stewart, W., & Lucent, S. (1994). Behaviour group therapy with obsessive-compulsive: an overview. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 35-51.

Fielder, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Finkler, L., Oliveira, M. Z., & Gomes, W. B. (2004). HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. *Aletheia*, 20, 9-25.

Fleck, M. P. A. (Org.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Fortes, P. A. C., & Zoboli, E. L. C. P. (2004). Bioética e promoção da saúde. Em F. Lefèvre & A. M. C. Lefèvre (Orgs.), *Promoção da saúde: a negação da negação* (pp. 147-160). Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*. England: John Wiley & Sons.

Gielissen, M. F. M., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4882-4887.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Orgs.) (2008), *Health behavior and health education. Theory, Research and practice* (4^a ed.) San Francisco: Jossey-Bass.

Gomes, M. J. C., & Scrochio, E. F. (2001). Terapia da gagueira em grupo: experiência a partir de um grupo de apoio ao gago. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(2), 25-34.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.

Hardy-Vallée, B. (2007). Decision-making: a neuroeconomic perspective. *Philosophy Compass*, 6(2), 939-953.

Himle, J. A., Rassi, S., Haghigthatgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven versus twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety*, 13(4), 161-165.

Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.

Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbhar, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S96-S101.

Jenkins, C. D. (2007). *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 11-28.

Knapp, P. (Org) (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P., Luz Jr, E., & Baldisserotto, G. V. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 332-350). Porto Alegre: Artmed.

Kobak, K. A., Rock, A. L., & Greist, J. H. (1995). Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal for Specialists in Group Work*, 20(1), 26-32.

Kunzler, L. S., & Pereira, M. O. (2006, setembro). Terapia cognitivo-comportamental na depressão. Em *III Simpósio Internacional sobre depressão e transtorno de humor bipolar*. Associação Psiquiátrica de Brasília (Org.), Brasília: DF.

Kunzler, L. S. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da ansiedade dos dependentes químicos. Em Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (Org.), *Mesa redonda, I Jornada Baiana de Terapias Cognitivas*. Salvador: BA.

Kunzler, L. S. (2007a). As cognições e suas intervenções. Em Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (Org.), *Mesa redonda, VI Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas*. Gramado: RS.

Kunzler, L. S. (2007b). Comportamento e emoção saudáveis e funcionais: a construção dos três níveis de cognição. Em Instituto de Neurociências Integradas (Org.), *Resumos de comunicações científicas, 3º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções* (p.44). Bento Gonçalves: RS.

Kunzler, L. S. (2007c, abril). A contribuição da terapia cognitivo-comportamental para a construção de um modelo feminino saudável e funcional. Em *Simpósio Internacional Multidisciplinar sobre a Saúde da Mulher*. Associação Psiquiátrica de Brasília (Org.). Brasília: DF.

Kunzler, L. S. (2007d). Contribuição da terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo: “calar as rumações para calar as compulsões”. Em Associação Brasileira de Psiquiatria (Org.), *Pôster, XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. Porto Alegre: RS.

Kunzler, L. S. (2008a). A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Médica*, 45(1), 30-40.

Kunzler, L. S. (2008b). *Como dominar o seu pensamento – Tome uma decisão e não volte atrás*. Brasília: Atalaia.

Kunzler, L. S. (2008c). Prevenção, detecção precoce e tratamento do ganho de peso e síndrome metabólica em pacientes psiquiátricos. Em Associação Brasileira de Psiquiatria (Org.), *Mesa redonda, XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. Brasília: DF.

Kunzler, L. S.; Araujo, T. C. C. F., & Lima, R. A. (2010a, outubro). Pensamentos e emoções: aportes da terapia cognitiva para promoção da saúde e qualidade de vida. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XL Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Curitiba: PR.

Kunzler, L. S.; Araujo, T. C. C. F., & Lima, R. A. (2010b, outubro). Terapia cognitiva aplicada à promoção da saúde: alguns subsídios para desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XL Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Curitiba: PR.

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive - behavioral therapy*. New York: Guilford.

Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. C. (2004). *Promoção da saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

Lesak, M. D. (Org.) (2005). *Neuropsychological assessment* (4^a ed.). New York: Oxford University Press.

Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 537-548.

Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.

Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J., Rae, A. M., Frampton, C. M. A., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial - interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioral therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502.

Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology. A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S81-S87.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55(4), 317-325.

Marks, D., Murray, M. P., Evans, B., Willig, C. Sykes, C. M., & Woodall, C. (2000). *Health psychology. theory, research and practice*. London: Sage.

Matos, D. R. (2006). *Qualidade de vida e reabilitação: Casos cirúrgicos de artroplastia total de quadril*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Matos, D. R., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 511-518.

McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: social cognitive theory. Em K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Orgs.), *Health behavior and health education. Theory, Research and practice* (4^a ed.) (pp.167-188). San Francisco: Jossey-Bass.

Meyer, E., Shavitt, R. G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P., & Cordioli, A. V. (2010). Adicionando a entrevista motivacional e o mapeamento cognitivo à terapia cognitivo-comportamental em grupo: resultados de um ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 20-29.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Monteiro, C. M., Benatti, M. C. C., & Rodrigues, R. C. M. (2009). Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 101-107.

Morales, A. U., & Esparcia, A. J. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento em personas con patologias crónicas. *Interamerican Journal of Psychological*, 42(1), 151-160. Retirado em 8/8/2009, de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04216.pdf>

Moretti, A. C., Almeida, V., Westphal, M. F., & Bógus, C. M. (2009). Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 8(2), 346-354.

Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 39-47.

Niederauer, K. G., Braga, D. T., Souza, F. P., Meyer, E., & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 271-278.

Oliva, A. D., Otta, E., Bussab, V. S. R., Lopes, F. A., Yamamoto, M. E., & Moura, M. L. S. (2006). Razão e emoção em cena: a mente humana sob um olhar evolucionista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 53-62.

Oliveira, C. I., Pires, A. C., & Vieira, T. M. (2009). A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 637-645.

Padesky, C. A. (1993, setembro). *Socratic questioning: changing minds or guiding discovery?* Trabalho apresentado em Congresso Europeu (European Congress) de Behavioral and Cognitive Therapies, London, Inglaterra. Retirado em 14/04/2008 de <http://www.padesky.com/clinicalcorner/pdf/socquest.pdf>.

Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(5), 267-278.

Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford.

Palmini, A. (2004). O cérebro e a tomada de decisões. Em P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 71-88). Porto Alegre: Artmed.

Petrone, L. (1994). *Qualidade de vida e doenças psicossomáticas*. São Paulo: Lemos.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudack, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S73-S80.

Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho em equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia*, 43(19), 177-187.

Rangé, B. P., Falcone, E. M. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. Retirado em 20/9/2008, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1808-5687.

Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II, Suplemento), S88-S95.

Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 177-184.

Riesgo, R., & Rohde, L.A. (2004). Transtorno de déficit de atenção hiperatividade. Em F. Kapczinski, J. Quevedo & I. Izquierdo. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos* (pp. 337-345). Porto Alegre: Artmed.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research (revise)*. Newbury Park (CA): Sage.

Santos, L. M., Da Ros, M. A., Crepaldi, M. A., & Ramos, L. R. (2006). Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 1-7.

Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. O. (2005). Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1(1), 83-90.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Serfaty, M. A., Haworth, D., & Buszewicz, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332-1340.

Souza, J. R., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Eficácia de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(2), 187-196.

Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de Ansiedade Traço - Estado - IDATE - Manual de Psicologia Aplicada*. Rio de Janeiro: CEPA - Centra Editor de Psicologia Aplicada.

Staliano, P., Araujo, T. C. C. F., & Coêlho, A. E. L. (2009). Práticas emergentes em psicologia: atuação com agentes comunitários de saúde. *Psico*, 40(4), 473-477.

Stekette, G. S., & Pigott, T. (2006). *Obsessive compulsive disorder: the latest assessment and the treatment strategies* (3^a ed.). Kansas City: Dean Psych Press Corporation.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Street Jr., R. L. (2003). Communication in medical encounters: an ecological perspective. Em T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrot (Orgs.), *Handbook of health communication* (pp. 63-94) Mahwah/New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Strunk, C. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. (2007). Patient's competence in and performance of cognitive therapy skills: relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 523-530.

Sudack, D. M. (2008). *Terapia cognitivo comportamental na prática*. Porto Alegre: Artmed.

Sudack, D. M., Beck, J. S., & Wright, J. (2003). Cognitive behavioral therapy: A blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Academic Psychiatry*, 27(3), 154-159.

Tavares, H., Martins, S. S., Zilberman, M. L., & el-Guebaly, N. (2002). Gamblers seeking treatment: why haven't they come earlier? *Addict Disorder Therapy Treatment*, 1(2), 65-69.

Teixeira, P. F., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C., Álvares, J., Aguiar, R. A. T., & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2, Suplemento), 2115-2122.

White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.

Wilhelm, S., & Stekette, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 1

TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE DE VIDA

Situação difícil e/ou que eu percebo uma mudança em minha emoção: _____

_____. Então eu me pergunto:

- Em qual abacate eu realmente estou? Quais são os pensamentos mais saudáveis? E, conseqüentemente, qual é o comportamento mais saudável?

Abacate cinza Pensamento não saudável	Abacate colorido Pensamento saudável
# Qual é a emoção que me desequilibra?	# Qual é a emoção que me equilibra?
# Quais são os pensamentos que passam pela minha cabeça? <ul style="list-style-type: none"> • Crença condicional - polpa do abacate (Se ..., então...): • Crença nuclear - caroço do abacate (Eu sou...): 	# Quais são os pensamentos que passam pela minha cabeça? <ul style="list-style-type: none"> • Crença condicional - polpa do abacate (Se ..., então...): • Crença nuclear - caroço do abacate (Eu sou...):
# Qual é o meu comportamento?	# Qual é o meu comportamento?

Para que o equilíbrio seja mantido ou retomado, qualquer raciocínio (qualquer pensamento) que passa em minha cabeça deve ser concluído de forma saudável. O raciocínio deve estar de acordo com a minha tomada de decisão e não com o que eu gostaria que os outros fizessem ou pensassem.

Presto atenção à ordem, pois eu tenho duas opções. Então faço a minha escolha:

- lado colorido, “mas” lado cinza com pior resultado na emoção; **OU**
- lado cinza, “mas” lado colorido com melhor resultado na emoção.

_____, **mas OU**
então _____.

Anexo 2

TOMADA DE DECISÃO

Para a construção de um comportamento saudável

Comportamento não saudável: _____ _____ _____ Desvantagens (abacate cinza)	Comportamento saudável: _____ _____ _____ Vantagens (abacate colorido)
Qual é a importância que os argumentos têm para mim (de 0 a 100)? Valor: _____	Qual é a importância que os argumentos têm para mim (de 0 a 100)? Valor: _____

Qual é a melhor tomada de decisão? _____

Gatilho (Qual é a emoção em desequilíbrio que ativa o processo e faz com que eu corra o risco de manter o comportamento que eu não quero mais repetir?): _____

Pensamento de permissão (Permite que eu faça o que eu não deveria; ou permite que eu não faça o que eu deveria; ou permite que eu volte atrás.): _____

Pensamento de reflexão/ ponderação/ avaliação (Auxilia na manutenção da tomada de decisão): _____

O que é que eu posso fazer? Qual é o plano de ação? _____

Anexo 3

A mudança de um comportamento não saudável
EU NÃO QUERIA TER FEITO NOVAMENTE, MAS ... EU VOLTEI ATRÁS E FIZ!

<p>ETAPA 1 - Como é hoje em dia? Comportamentos e suposições não saudáveis Abacate cinza - polpa da fruta</p> <p>1 - Qual é o comportamento não saudável e que tem comprometido a minha vida? _____</p> <p>2 - Quais são as suposições que mantêm este comportamento? - Se eu _____, então _____. - Se eu (não) _____, então _____.</p> <p>3 - Qual é a emoção ligada ao comportamento? _____</p> <p>4 - Quais são as desvantagens para a minha vida? _____ _____ _____</p>
--



<p>ETAPA 2 - Como era no passado? Comportamentos e suposições antigos Abacate cinza - polpa da fruta</p> <p>1 - Qual é o comportamento não saudável e que se originou no passado? _____</p> <p>2 - Quais foram as suposições que mantiveram este comportamento? - Se eu _____, então _____. - Se eu (não) _____, então _____.</p> <p>3 - Qual era a emoção relacionada ao comportamento? _____</p> <p>4 - Quais foram as desvantagens para a minha vida? _____ _____ _____</p>

Anexo 4

A construção de um comportamento saudável

COMO EU NÃO QUERO TOMAR UMA DECISÃO E VOLTAR ATRÁS, ENTÃO ...



ETAPA 3 - Como pode ser de agora em diante?

Comportamento e suposições mais saudáveis

Abacate colorido - polpa da fruta

1 - Qual é o comportamento saudável e que eu gostaria de experimentar?

2 - Quais são as suposições que podem manter o comportamento saudável?

- Se eu _____,
então _____.

- Se eu _____,
então _____.

3 - Qual é a emoção que, em desequilíbrio, pode fazer com que eu volte atrás e faça o que eu não gostaria? _____

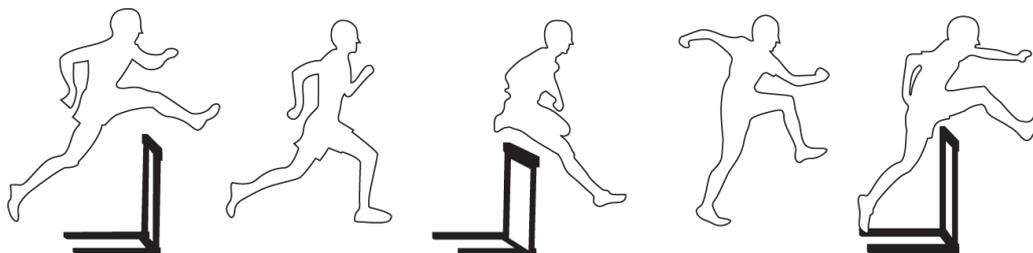
4 - Quais serão as vantagens para a minha vida? _____



ETAPA 4 - Experimento comportamental - a corrida de obstáculos

O que eu posso experimentar e como fazer?

Monitorar a dificuldade e a emoção associada



Ob
stá
cul
os:
do
mai

s fácil ao mais difícil (+, ++, +++, +++)

+ _____

++ _____

+++ _____

++++ _____

Anexo 5

PREPARAÇÃO COGNITIVA PARA O EXPERIMENTO COMPORTAMENTAL

Para consolidar o comportamento e as suposições mais saudáveis
O que fazer e como experimentar? Monitorar a emoção!

Cada obstáculo da corrida de obstáculos é um experimento comportamental a ser testado. As etapas, as dificuldades, e a emoção associada devem ser monitoradas.

1 - Experimento comportamental a ser testado (um obstáculo de cada vez):

Na sessão
Preparação para o experimento comportamental

2 - Qual será o pior resultado (o extremo do negativo)? _____

3 - Qual será o melhor resultado (o extremo do positivo)? _____

4 - O que é mais provável que aconteça (o meio termo)? _____

5 - Quais são os fatores que podem prejudicar a execução? _____

6 - Como eu posso construir um bom experimento? O que eu posso fazer para obter o melhor resultado possível? _____

7 - Qual a emoção que identifico agora? _____

Tarefa de casa
Avaliação e reflexão sobre o experimento

8 - O que realmente aconteceu? _____

9 - Quais foram as conseqüências? _____

10 - O que eu aprendi com este experimento comportamental? _____

11 - O que posso fazer de maneira diferente da próxima vez? _____

12 - Qual a emoção que identifico agora? _____

Anexo 6

REGISTRO DIÁRIO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

LANÇAMENTO DE CRÉDITOS PESSOAIS

Você tem como hábito há algum tempo criticar a si mesmo ou ser criticado, tendo sido lançados mais débitos do que créditos em sua “conta pessoal”. Como se você investisse em sua poupança pessoal, de agora em diante, você efetuará créditos diários.

Ao final de cada dia da semana e de acordo com o comportamento mais saudável que você determinou construir, utilize a tabela abaixo para lançar dois (2) comportamentos saudáveis e avaliar o seu desempenho com uma nota que varia de 0 a 100.

COMPORTAMENTO SAUDÁVEL A SER MONITORADO: _____

<p>Exemplo</p> <p>Objetivo: consolidar hábitos mais saudáveis.</p> <p>Domingo, dia: 4 de maio - nota: 90</p> <p># caminhei 30 min. # comi somente um bombom a mais.</p>	<p>Segunda, ___/___ - ___</p>	<p>Terça, ___/___ - ___</p>
<p>Quarta, ___/___ - ___</p>	<p>Quinta, ___/___ - ___</p>	<p>Sexta, ___/___ - ___</p>
<p>Sábado, ___/___ - ___</p>	<p>Domingo, ___/___ - ___</p>	<p>Créditos extras:</p>

Anexo 7

MONITORAMENTO SEMANAL DE ATIVIDADES

Semana / Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8

Legenda: A - atingido / AP - atingido parcialmente / NA - não atingido

MONITORAMENTO SEMANAL DE ATIVIDADES

Semana / Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8

Legenda: A - atingido / AP - atingido parcialmente / NA - não atingido

Anexo 8

PENSAMENTO DE REFLEXÃO E CARTÕES DE ENFRENTAMENTO

Pratique diariamente a construção do pensamento de reflexão, em situações de emoção em equilíbrio, para então desenvolver a habilidade de aprender a dominar a emoção em desequilíbrio com o auxílio dos cartões de enfrentamento.

<p>Manter a decisão pelo objetivo _____</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se eu _____, então eu alcançarei o meu objetivo. 2. Se eu (não) _____, então eu não alcançarei o meu objetivo. 3. Se o meu objetivo é _____, então eu _____. 4. O que fazer e como experimentar? 	<p>Quando eu percebo uma mudança na emoção, eu pergunto:</p> <p># <u>O que é que está passando pela minha cabeça (pensamentos _____ e/ou _____ imagens)?</u> _____, e questiono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como eu provo que o pensamento é 100% verdadeiro? 2. Como eu provo que ele não é 100% verdadeiro? 3. Qual é a maneira mais saudável de ver esta situação? 4. O que eu diria para um amigo que estivesse passando pela mesma situação?
<p>OPÇÃO _____ _____</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as vantagens na escolha desta opção? 2. Quais as desvantagens na escolha desta opção? 3. Qual é a melhor tomada de decisão? 4. O que fazer? 	<p>SITUAÇÃO GERADORA DE ANSIEDADE E MEDO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é que pode acontecer de pior? 2. O que é que pode acontecer de melhor? 3. O que é mais provável que aconteça? 4. O que é que eu diria para um amigo? 5. Qual é a maneira alternativa e ponderada de avaliar a situação? 6. O que fazer?
<p>SER ASSERTIVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descreva a situação: somente os fatos, da maneira mais objetiva: 2. Expresse os seus sentimentos: sem culpar, usando frases com “eu” e não com “você”: 3. Sugira quais as mudanças que você gostaria de ver no relacionamento, e em relação ao seu comportamento e ao do outro: 4. Quais são as coisas boas que podem vir desta mudança? 	<p>TOMADA DE DECISÃO</p> <p># Em qual abacate eu realmente estou neste momento?</p> <p># Qual é o abacate que prevalece neste momento?</p> <p># O que eu faço é realmente o correto e saudável?</p> <p># Qual é outra maneira de analisar esta situação?</p>

Anexo 9

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 10



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Anexo 11



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

Anexo 12**QUESTIONÁRIO - ETAPA DE ADMISSÃO****Nome:** _____ **Data:** _____

Introdução: O objetivo deste questionário é conhecer melhor o que você pensa sobre assuntos relacionados à sua qualidade de vida. Não há resposta certa ou errada, porém saber o que você pensa é muito importante.

1. O que é qualidade de vida para você?
2. O que você considera importante para ter uma boa qualidade de vida?
3. O que interfere na sua qualidade de vida?
4. Quais são os comportamentos que você considera saudáveis e que você tem enfrentado dificuldades para manter em sua rotina?
5. Você identifica, em sua rotina, comportamentos que você faz e que você considera que não são saudáveis?
6. Você identifica alguma emoção que pode estar prejudicando os seus planos mais saudáveis (tristeza, raiva, preocupação, culpa, entre outros)?
7. O que você faz para mudar um comportamento que você julga não saudável?
8. O que você faz para manter os comportamentos saudáveis?
9. O que faz suas dificuldades piorarem?
10. O que ajuda a solucionar suas dificuldades?

Anexo 13**QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES ASSOCIADOS À
PRÁTICA DA TÉCNICA****Nome:** _____ **Data:** _____

O objetivo deste questionário é conhecer sua opinião sobre o trabalho que está sendo desenvolvido no Projeto **Pense Saudável**. Não há resposta certa ou errada, porém saber o que você pensa é muito importante.

1. No seu dia a dia, o que tem facilitado a prática das técnicas apresentadas nas sessões?
2. No seu dia a dia, o que tem dificultado a prática das técnicas apresentadas nas sessões?
3. Para você, quais são as vantagens em participar do Projeto Pense Saudável?
4. E quais as limitações?
5. O que sugere para aprimorar?

Anexo 14**QUESTIONÁRIO - ETAPA DE ENCERRAMENTO**

Nome: _____ **Data:** _____

Introdução: O objetivo deste questionário é saber a avaliação que você faz sobre a tomada de decisão e manutenção de comportamentos mais saudáveis. Não há resposta certa ou errada, porém saber o que você pensa é muito importante.

1. O que é qualidade de vida para você?
2. Com o Projeto Pense Saudável, houve melhora em sua qualidade de vida?
3. Quais são os comportamentos que você considera saudáveis e que você têm mantido com o Projeto Pense Saudável?
4. Quais são os comportamentos que você considera saudáveis e que você não tem conseguido manter mesmo com a participação no Projeto Pense Saudável?
5. Você identifica alguma emoção que pode colocar em risco os seus planos mais saudáveis (tristeza, raiva, preocupação, culpa, entre outros)?
6. Como você se sente quando consegue mudar um comportamento e mantiver?
7. O que ajuda a solucionar seus problemas e superar as dificuldades?

Anexo 15

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 73/09

Título do Projeto: Projeto Pense Saudável – Avaliação da eficácia da técnica

Pesquisadora Responsável: Lia Sílvia Kunzler

Data de Entrada: 04/08/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 73/09 com o título: “Projeto Pense Saudável – Avaliação da eficácia da técnica”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 18 de agosto de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 24 de agosto de 2009.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo 16



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do Projeto Pense Saudável: Avaliação da Eficácia da Técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” na Promoção da saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia de uma técnica para a construção e manutenção de comportamentos mais saudáveis. O trabalho será executado com dois grupos de 12 participantes.

Se você decidir participar do estudo, será solicitado a comparecer em reuniões de grupo 12 vezes, uma vez a cada semana. Você deverá se comprometer ainda a fazer os exercícios escritos diários que lhe serão fornecidos em cada reunião semanal. O preenchimento de tais tarefas lhe tomará entre cinco e 20 minutos todos os dias, durante o tratamento. Duas faltas consecutivas ou três faltas alternadas às sessões do grupo implicarão em sua saída do estudo.

A sua participação é voluntária e, caso se recuse a participar ou se retire do estudo, não será penalizado de forma alguma.

Sua participação, certamente, nos ajudará a verificar como ajudar as pessoas a manter hábitos de vida mais saudáveis. Pretendemos, com isso, contribuir para a promoção da qualidade de vida da população.

O resultado deste estudo será apresentado como uma dissertação de mestrado e poderá ser divulgado em revistas e encontros científicos e de formação de profissionais. Não haverá nenhuma forma de identificação dos participantes, preservando, assim, seu anonimato.

Esta pesquisa está registrada junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (tel.: 3307-3799) sob o número 73/09 e em caso de dúvida você pode procurar a pesquisadora (Lia Silvia Kunzler: 3307-3069) ou procurar o Comitê a qualquer momento.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este consentimento, esclareceu todas as suas dúvidas e livremente concordou em participar desta atividade nos termos indicados acima.

Ressaltamos que este documento foi elaborado em duas vias, uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra ficará com você.

Data

Assinatura (Pesquisadora)

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Nome / identidade: _____

Assinatura do participante: _____

Pesquisadora responsável: Lia Silvia Kunzler, telefone (61) 3307-3069

e-mail: liask@terra.com.br

Anexo 17



Contrato de Sigilo

Projeto Pense Saudável: Avaliação da Eficácia da Técnica “Tomada de Decisão e Qualidade de Vida” na Promoção da saúde.

Por meio deste instrumento, eu, _____

_____, abaixo assinado, declaro estar ciente do compromisso de sigilo relativo a qualquer assunto tratado durante as sessões de terapia cognitiva do referido projeto de pesquisa.

Concordo que qualquer dúvida e/ou comentário deve se restringir ao espaço terapêutico.

Ressaltamos que este documento será arquivado pela pesquisadora responsável.

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Nome / identidade: _____

Assinatura do participante: _____

Data

Assinatura (Pesquisadora)

Pesquisadora responsável: Lia Silvia Kunzler, telefone (61) 3307-3069 e-mail liask@terra.com.br

Anexo 18

DADOS REFERENTES À QUALIDADE DE VIDA DE P18

WHOQOL -*bref* – Domínio Físico

Item	Questão	A	E	-, =, +
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3	2	+
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3	2	+
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3	4	+
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	5	5	+
16	Quão satisfeito você está com o seu sono?	2	4	++
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3	4	+
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	3	4	+

WHOQOL -*bref* – Domínio Psicológico

Item	Questão	A	E	-, =, +
5	O quanto você aproveita a vida?	2	4	++
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3	5	++
7	O quanto você consegue se concentrar?	2	4	++
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	2	4 (*1)	++
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	2	5	+++
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	2	2 (*2)	=

(*1) P8 fez esta observação no próprio questionário: “Sabendo que vou melhorar”

(*2) Na opinião da pesquisadora, o número 2 é a resposta mais saudável, pois a opção 1 é “nunca”.

WHOQOL -*bref* – Domínio Relações Sociais

Item	Questão	A	E	-, =, +
------	---------	---	---	---------

20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	2	5	+++
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	3	5	++
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4	5	+

WHOQOL -*bref* – Domínio Meio Ambiente

Item	Questão	A	E	-, =, +
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	3	5	++
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3	4	+
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3	2	-
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4	5	+
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2	2	=
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	4	4	=
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	5	5	=
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	5	5	=

WHOQOL -*bref* – Domínio Geral

Item 1 = Admissão 3; Encerramento 5

WHOQOL -*bref* – Domínio Saúde

Item 2 = Admissão 3; Encerramento 4

Anexo 19

CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA - ETAPA DE ADMISSÃO E DE ENCERRAMENTO

Paciente	Etapa de admissão	Etapa de encerramento
1	Qualidade de vida é o equilíbrio de todos os níveis de nossa vida: do corpo físico, mental, espiritual e emocional.	Significa ter uma vida equilibrada em todos os níveis: físico, mental, espiritual e emocional.
2	É você ter uma boa alimentação, fazer exercícios físicos e estar bem emocionalmente.	Ter práticas saudáveis de vida como fazer exercícios físicos, ter uma alimentação saudável, pensamentos positivos.
3		Trabalhar o emocional. Fazer o que gosta, o que não gosta também, se for para o bem do conjunto.
4	Sentir-se bem com o corpo, poder viajar, ter saúde física e mental, ter bom convívio familiar, conseguir comer adequadamente, manter relação sexual com certa frequência e conseguir pagar as contas.	Conseguir tomar decisões sem protelar. Ter certeza ou pelo menos confiança no que estou fazendo. Ter uma vida saudável, praticando exercício físico.
5	Penso que qualidade de vida está relacionada à satisfação que se tem em viver.	Qualidade de vida é estar bem consigo, sentir-se em paz e sem ansiedade. Conseguir cuidar-se, ter saúde, relacionar-se bem com as pessoas e ser feliz. É estar satisfeito com a própria vida.
6	É poder fazer o que me proponho, como uma atividade física, uma viagem, um cinema, um trabalho sem chateação, uma comida saudável. É poder planejar uma viagem com meus filhos e executá-la.	Viver com calma e serenidade, com saúde e sentindo-se feliz.
7	Viver de forma equilibrada material, física e espiritualmente.	Viver em equilíbrio com minhas emoções, sabendo controlá-las em momentos críticos; planejar, executar e concluir objetivos traçados; cuidar da saúde e do intelecto.
8	É não precisar ficar correndo contra o	Conseguir ter tempo para cada aspecto da

	tempo sempre.	vida.
9	Morar numa cidade tranquila, respirar um ar “quase” puro, ter uma alimentação saudável e “poder” praticar algum exercício.	É podermos morar bem, gozando de boa saúde, trabalhar em um lugar tranqüilo, ter vida social e poder fazer, dentro dos limites, tudo aquilo que você gosta e deseja.
10	É saber dosar trabalho, lazer, tempo para os amigos, família, dinheiro suficiente para as necessidades e alguns supérfluos.	É eu estar bem no trabalho (sem trabalhar horas a mais), estar em um ambiente saudável, conseguindo resolver os conflitos ou pelo menos lidar melhor com as situações. Ter em casa um ambiente organizado, ter tempo para amigos, família e viajar.
11	Qualidade de vida é ter moradia, condições de manter a família, acesso a boas informações e saúde.	Qualidade de vida é ter condições para viver no sentido financeiro, psicológico e espiritual.
12	Qualidade de vida para mim é ter, além de moradia, saúde, trabalho, alimentação adequada, educação, família, amigos e lazer.	
13	É ter uma vida saudável física e mentalmente.	Estar feliz, animada, disposta, e ter boa saúde. Me sentir realizada pessoalmente e profissionalmente.
14	É poder levar uma vida de forma saudável e tranquila e viver também sem aperto financeiro.	É ter uma moradia tranquila do jeito que a gente gosta (decoração) e também ter o necessário (dinheiro) para desfrutar a vida com saúde.
15	É tudo que traz satisfação pessoal, boa moradia, segurança, tranquilidade, amizade e saúde.	É estar de bem com a vida. Manter boa convivência com as pessoas que estão a minha volta. Uma alimentação saudável, moradia digna para dar tranqüilidade e saúde.
16	É viver bem, sem se preocupar com os problemas financeiros e familiares.	Estar bem comigo mesma, comer bem e ter um bom salário.
17	É um ambiente familiar saudável, um	É além de boa alimentação, exercícios

	ambiente de trabalho saudável, ter lazer, boa alimentação e cuidar da saúde mental, principalmente.	físicos e uma mente positiva. É fazer o dia a dia com menos angústias.
18	É ter direito e poder desfrutar de serviços (saúde, escolas...), como também trabalhar em um local que, apesar da existência de conflitos saudáveis, não esteja ocorrendo assédio moral e perseguições e que reflitam em sua vida profissional e social.	É estar bem e em paz com as minhas escolhas. É estar em harmonia comigo e saber que apesar dos problemas eu posso buscar em mim a solução para os mesmos.