

**DESENVOLVIMENTO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE
INTERVENÇÃO POSITIVA PARA PACIENTES COM MIASTENIA GRAVIS**

Bruna Larissa Seibel

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Silvia Helena Koller e
Co-orientação do Dr. Pedro Schestatsky

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Junho de 2012**

Aos meus pais, que me receberam
com o maior amor que eu poderia ganhar e,
assim, me ensinaram o que é o amor pelo próximo.

“O homem que volta ao mesmo rio, nem o rio é o mesmo rio,
nem o homem é o mesmo homem”
Heráclito

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”
Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

O processo de construção dessa dissertação também foi uma grande oportunidade de aprendizados pessoais, além do conhecimento científico. Pessoas muito importantes fizeram parte desse desenvolvimento, me apoiando, me incentivando, me aconselhando. E como sou hoje resultado da minha história, quero agradecer a algumas pessoas que foram fundamentais na minha caminhada até aqui. Essa conquista também é delas.

Agradeço a Deus e aos meus amparadores, por me guiarem mesmo quando eu não sabia para onde eu estava indo. Sempre confiei que as coisas iriam tomar o melhor rumo, e vocês, com o amor e a sabedoria divinos, souberam me conduzir para que eu seguisse cumprindo meu papel aqui.

A minha mãe, Meuris Seibel, que me amou desde meu primeiro momento de vida e me incentivou ao crescimento sempre. Muitas vezes, confiou mais em meu potencial do que eu mesma, e me desafia a oferecer o melhor de mim ao mundo todos os dias.

Ao meu pai, Jaime Seibel, por mudar toda sua vida para me receber como filha, pela coragem de se tornar pai, pelo amor incondicional e pela base segura que me lançou a saltos mais altos. Hoje consigo reconhecer que só se faz o que tu fizeste por muito amor.

A minha avó Maria Pandolfo, por nos ensinar que, mesmo frente a muitas dificuldades, vale à pena investir na educação. Sua escolha por se dedicar a um curso superior, enfrentando questões financeiras e familiares, nos deu exemplo de perseverança e dedicação. E sua fé sempre me sustentou, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu avô Dirceu Pandolfo, exemplo de pai acolhedor e dedicado. Despertou meu amor pelas letras e me ensinou o valor da nossa língua. Esteve comigo nos meus primeiros passos, nos primeiros banhos de mar, na alfabetização, nos estudos para o vestibular. E estará sempre comigo.

A minha avó Noemia Von Müllen (em memória), que me criou como uma mãe e me deu mais amor do que eu podia entender. Vó, ainda te sinto perto de mim, me dando luz de onde está. Seja feliz e continue sua evolução com a certeza de que sempre te levarei no coração com o maior amor.

A minha família, meu presente divino, sem a qual tudo seria mais difícil e menos colorido. Não tenho palavras para agradecer por todo amor, amizade, parceria, dedicação, zelo, exemplo e confiança. Josiane Paraboni, Gilnei Paraboni, Alex Pandolfo, Claudete Pandolfo, Luana Paraboni, Júlia Roberta Pandolfo, Luci Meuris Pandolfo, Nélio Schmidt, Mônica Rieger Schmidt, Helen Rieger Schmidt, Ana Rieger Schmidt, Henrique Rieger Schmidt, Lígia Laux, Elimar Laux, Luca Gabriel Laux, Paola Laux, Cíntia Laux, Laura

Laux, Geovani Gandolfi, Leila Gandolfi, Emílio Gandolfi, Suly Calsing, Eduardo Duarte, Sunny Calsing Duarte, Sig Calsing Duarte, Dirceu Saibel, Simone Saibel, Katherine Saibel, Leonardo Saibel, Rafael Saibel, Ivone Sarquiz, David Sarquiz (em memória), Fabiano Sarquiz. A todos vocês, obrigada por fazerem parte da minha vida.

À família cepiana, por ter me acolhido tão bem e ter feito parte de toda a minha trajetória acadêmica. À Laíssa Eschiletti Prati, minha primeira orientadora, por ter me ensinado os primeiros passos da pesquisa científica. Aos amigos de todas as horas: Juliana Nobrega, Bruno Damásio, Jenny Ortiz, Carlos Nieto, Clarissa Freitas, Susana Nunez, Eva Diniz, Luciana Thomé, Maria Clara Couto, Diogo DeSousa, Airi Macias Sacco, Ana Paula Lazzaretti de Souza, Luísa Habingzan, Juliane Borsa, Fernando Niquice e a todos os integrantes desse grupo, amigos e companheiros de trabalho, que fazem o meu dia mais alegre e valioso. Um agradecimento especial aos amigos que me auxiliaram na finalização desse trabalho, Jean Von Hohendorf e Michele Poletto. Jean, tu és um profissional muito competente, certamente terá muito sucesso. Mi, obrigada por todo carinho e atenção, nossa amizade me dá forças. Ao Lucas Neiva, meu amigo de muitas vidas, que eu tenho o prazer de ter por perto em mais essa. Aos meus estagiários e colaboradores, por toda a ajuda, paciência e aprendizado que me ofereceram nesses dois anos, em especial ao Lucas Moreira Santos, à Tatiana Spalding, à Daiana Testa e à Lisie Ellwanger.

À Silvia Koller, nossa CEP-mãe, uma mistura única de cuidado, exigência, amor e humanidade que nos faz ser cada vez mais unidos e mais capacitados para ajudar o próximo. Uma bênção em minha vida.

Ao meu grande amigo Rafael Corsetti, pelos ensinamentos profissionais e pela confiança que sempre teve em meu potencial. Às amigas de Taquara, em especial às Serelepes, grupo de amigas de muito tempo que estão sempre presentes mesmo que distantes. Cecilia Molina e Natália Koch - minha amadas amigas de infância - , Vanice Muller, Daniela Ritzel, Bianca Beck, Luciana Ody, Ana Paula Matos, Gabriela Molina, Sibebe Volpi Schäfer é uma honra ser amiga dessa turma! Às amigas do Clube da Lulu, que me apoiaram e me motivaram a ir mais longe sabendo que eu teria sempre para onde voltar: Mônica Lencines, Paula Spessato, Luciana Cassal, Michele Brambilla, Cristiane Mondadori, Daniela Marchi. Um agradecimento especial à Larissa Guagnini, minha companheira de casa e na vida, que teve uma paciência incrível comigo e compartilhou as alegrias e os desafios dessa produção. À Tamara Zinn Ferreira, que, com um coração tão puro e verdadeiro, me ensina tanto. E à Paula Kellermann, minha amiga de tanto tempo que, a cada ano, para minha felicidade, está cada vez mais pertinho. À Evelyn Kronbauer e a sua família maravilhosa, pelo amor e amizade que sempre dedicaram a mim, desde que

abriram as portas de sua casa para minha estadia durante o vestibular. Aos amigos que cruzaram minha vida e que quero bem perto de mim, pelo carinho imenso que tenho por eles: Carolina Passuello Lacerda, Plínio Soares, Joel Felipe Guindani, Javier Guillermo Diaz Amaya, Gustavo Sander Costa, Fábio Guagnini (meu irmão emprestado), Michelle Deluchi e muitos outros que sou presenteada. E aos meus grandes amigos de graduação, Tatiana Buchabqui, Ângelo Costa, Flávio Paiva e Débora Finkler, pelos tantos momentos que vivemos juntos, pelo carinho, pela compreensão, pelos ensinamentos (às vezes tão difíceis), pelas aventuras, pelas risadas, pelas lembranças que guardo com tanto amor. Estarão comigo, mesmo que a vida corrida nos impeça de nos vermos como gostaríamos.

À equipe de saúde que cuidou de mim durante um dos momentos mais turbulentos de minha vida. Aos médicos Malgarino Roncato e Álvaro Ritter Scharnovski, pelo empenho e profissionalismo com que trataram meu caso, permitindo minha total recuperação. E à fisioterapeuta Ana Freitas da Silveira, que me reabilitou física e emocionalmente durante vários meses. É mais que uma profissional muito competente, é uma amiga.

Aos professores da banca, Simone Paludo e Marcelo Fleck, pelas contribuições e pela receptividade em todas as etapas do meu trabalho de mestrado. Um agradecimento especial à professora Lisiane Bizarro, que me ofereceu uma enorme oportunidade de aprendizado e evolução. Ao meu co-orientador, Pedro Schestatsky, por ter aceitado o desafio de ensinar suas lições de medicina e pesquisa a uma Psicóloga. Tornou-se um grande amigo, além de professor e parceiro de trabalho. E à equipe do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo auxílio e pela atenção com que me receberam.

Às pacientes do ambulatório, que se dispuseram a participar da pesquisa, contribuindo para o avanço de conhecimento sobre a miastena gravis. Aprendi muito com todas vocês, seus ensinamentos de vida também me tornaram uma pessoa melhor.

À todos vocês, o meu muito obrigada, de todo coração! Pessoas especiais como vocês tornam o meu caminhar mais iluminado e cheio de amor!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
RESUMO	10
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO I	14
INTRODUÇÃO	14
Psiconeuroimunologia, efeitos do estresse e possível ligação com doenças auto imunes	14
Intervenção psicológica para pacientes com doenças crônicas	19
Miastenia Gravis	21
Demandas psicossociais de pacientes com miastenia gravis	25
Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o atendimento de pacientes com doença crônica	27
Contribuições da Psicologia Positiva para a prática clínica	29
CAPÍTULO II	34
ESTUDO I	34
Desenvolvimento da Intervenção	34
Estrutura das intervenções	38
Aplicação da Intervenção e discussão das sessões	41
Discussão da aplicação do modelo e proposição de mudanças	54
CAPÍTULO III	64
ESTUDO II	64
Objetivo geral	64
Método	64
Participantes	64
Instrumentos	66
Delineamento	68
Procedimentos	69
Análise de Dados	70
Considerações Éticas	70
Resultados e Discussão	71
Considerações Finais	103
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Tradução das Forças Pessoais (Peterson & Seligman, 2004) realizada para a adaptação do instrumento VIA-IS</i>	30
Tabela 2. <i>Tradução das Forças Pessoais (Peterson & Seligman, 2004) realizada para a adaptação do instrumento VIA-IS (continuação)</i>	31
Tabela 3. <i>Estrutura dos Encontros da Intervenção</i>	39
Tabela 4. <i>Estrutura dos Encontros da Intervenção (continuação)</i>	40
Tabela 5. <i>Avaliação da Intervenção e da Equipe pelas Participantes</i>	54
Tabela 6. <i>Contribuições Percebidas pelas Pacientes sobre a Intervenção</i>	55
Tabela 7. <i>Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção</i>	56
Tabela 8. <i>Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)</i>	57
Tabela 9. <i>Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)</i>	58
Tabela 10. <i>Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)</i>	59
Tabela 11. <i>Dados Biossociodemográficos das Participantes</i>	63
Tabela 12. <i>Escore de Forças Pessoais de Ivone nos períodos Pré e Pós-intervenção</i>	73
Tabela 13. <i>Escore de Qualidade de Vida de Ivone nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	73
Tabela 14. <i>Escore de Forças Pessoais de Luísa nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	78
Tabela 15. <i>Escore de Qualidade de Vida de Luísa nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	78
Tabela 16. <i>Escore de Forças Pessoais de Tatiana nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	84
Tabela 17. <i>Escore de Qualidade de Vida de Tatiana nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	84
Tabela 18. <i>Escore de Forças Pessoais de Noemi nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	90
Tabela 19. <i>Escore de Qualidade de Vida de Noemi nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	90
Tabela 20. <i>Escore de Forças Pessoais de Mara nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	95
Tabela 21. <i>Escore de Qualidade de Vida de Mara nos Períodos Pré e Pós-intervenção</i>	95

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Relação entre Características e Estados Psicológicos e Suscetibilidades Físicas (Cohen & Herbert, 1996).....	14
<i>Figura 2.</i> Junção Neuromuscular Normal e em Pacientes com miastenia gravis (Torpy, Glass, & Glass, 2005, p. 1940).....	20
<i>Figura 3.</i> Ptose em paciente com miastenia gravis - imediatamente após a sustentação do olhar (A) e um minuto após (B) (Amato & Russell, 2008, p. 459).....	21
<i>Figura 4.</i> Passos para desenvolvimento de um modelo de intervenção psicológica para pacientes com miastenia gravis.....	35
<i>Figura 5.</i> Estrutura dos encontros, baseada na categorização de intervenções de Snyder e Lopez (2009).....	37
<i>Figura 6.</i> Amostra de diários produzidos pelas pacientes.....	42
<i>Figura 7.</i> Trabalhos manuais produzidos por pacientes do grupo.....	50
<i>Figura 8.</i> Distinguindo situações, estados de humor e pensamentos (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 45).....	116
<i>Figura 9.</i> Registro de Pensamentos – modelo (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 38)..	117
<i>Figura 10.</i> Registro de Pensamentos – exemplo (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 39).....	118
<i>Figura 11.</i> Treinamento em Solução de Problemas.....	119
<i>Figura 12.</i> Zorbuddha (Gaspar, 2009).....	126

RESUMO

Essa dissertação objetiva desenvolver, aplicar e avaliar um modelo de intervenção psicológica em grupo baseado nas abordagens cognitivo-comportamental e positiva para pacientes com miastenia gravis. Participaram cinco mulheres entre 20 e 53 anos diagnosticadas com a doença. A psicoterapia foi composta por oito encontros semanais, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas nos períodos pré e pós-intervenção e após seis meses, além de instrumentos psicológicos para as variáveis estresse, qualidade de vida e forças pessoais. Os dados foram analisados qualitativamente, a partir da análise de biografia e narrativas de Gibbs. Pôde-se observar redução de estresse em participantes que haviam apresentado algum nível antes dos encontros. Além disso, os resultados sugeriram modificações pertinentes ao modelo de intervenção proposto, tendo em vista o caráter exploratório e inicial do estudo. A pesquisa levantou considerações sobre a necessidade de um acompanhamento psicológico sistemático para pacientes com miastenia gravis.

Palavras-chave: Psicologia Positiva, miastenia gravis, intervenção psicológica, estresse, forças pessoais.

ABSTRACT

This research aims to develop, implement and evaluate a model of group psychotherapy based on cognitive-behavioral therapy and positive psychology for patients with myasthenia gravis. Participants were five women aged between 20 and 53 years old and diagnosed with the disease. Psychotherapy consisted of eight weekly meetings, which lasted approximately one hour and thirty minutes. Semi-structured interviews pre and post intervention and after six months were applied, as well as psychological instruments for the variables stress, quality of life and character strengths. Data were analyzed qualitatively, from the Gibbs' analysis of narrative biography. It was observed reduction of stress in participants who had experienced earlier. Furthermore, results suggested important modifications to the model proposed intervention, considering it was an exploratory study. The research raised considerations about the need for a systematic psychological counseling for patients with myasthenia gravis.

Keywords: Positive Psychology, myasthenia gravis, psychological intervention, stress, character strengths.

APRESENTAÇÃO

A ideia de estudar a miastenia gravis e de propor uma intervenção para pacientes hospitalares partiu de um interesse a respeito da Psiconeuroimunologia, uma área em expansão que estuda a relação de sistemas do organismo (Sistema Nervoso Central, Sistema Imunológico e Sistema Endócrino) com fatores psicossociais. A partir de uma busca por grupos de trabalho com pacientes de um hospital de Porto Alegre, encontrou-se uma demanda do Serviço de Neurologia desta instituição para a realização de um trabalho integrado com a Psicologia. A equipe médica trazia questionamentos sobre os fatores envolvidos em situações de crise e de melhoria em pacientes com uma doença neuromuscular autoimune - a miastenia gravis. O caráter autoimune da doença também levantava interesse, pois vários estudos em Psiconeuroimunologia abordam doenças com quadro autoimune. Além da demanda da equipe médica e da curiosidade sobre esse tipo de doença, também foi determinante o conhecimento sobre as questões psicossociais envolvidas na vida de pacientes portadores de doenças crônicas por ser uma condição que exige tratamento por longos períodos de tempo.

Em relação à miastenia gravis, os pacientes percebem mudanças em diferentes setores de suas vidas e em níveis de intensidade distintos, o que afeta a qualidade de vida percebida (Raggi et al., 2010). A natureza crônica da doença e suas características particulares exigem que os pacientes lidem com a flutuação dos sintomas, o que muitas vezes gera desânimo e perda de auto-eficácia. A sintomatologia em regime crônico e o tratamento clínico médico e medicamentoso podem causar diminuição da qualidade de vida (Leonardi et al., 2010). Além disso, embora existam medicamentos e tratamentos que possibilitem a estabilidade do quadro clínico, uma pequena percentagem de pacientes crônicos experiencia remissão sintomatológica de duração variável (Ochs et al., 1998).

Tendo em vista estes aspectos, o objetivo dessa dissertação foi desenvolver um método de intervenção facilitador de controle de estresse, mas que também possibilitasse a construção e o reforço de aspectos saudáveis desses indivíduos, tais como forças pessoais, a fim de promover a qualidade de vida desses indivíduos. O olhar adotado nesta pesquisa está pautado na complexidade dos seres humanos, ou seja, priorizou-se ampliar o entendimento desses indivíduos para além da sua doença. Além disso, entende-se que a ausência de doença não equivale à presença de saúde e que, por isso, tratar os aspectos

patológicos é tão importante quanto impulsionar os aspectos saudáveis (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003; Penninx et al., 2000; Richman et al., 2005).

Visto que pessoas em tratamento para outras doenças podem apresentar demandas psicológicas semelhantes, como amenização de estresse e promoção de potencialidades, um acompanhamento sistemático em psicologia inserido na rede de saúde pode ser coadjuvante no tratamento dos pacientes. Por essa razão, a proposta inicial de um modelo de intervenção, apresentada nesse trabalho, pode ser futuramente ampliada e desenvolvida para a aplicação com pacientes de outras doenças crônicas.

O Capítulo I dessa dissertação situa teoricamente o leitor, a fim de que sejam compreendidos aspectos relevantes aos estudos I e II, desenvolvidos na dissertação. Apontamentos sobre Psiconeuroimunologia e sua ligação com doenças autoimunes, conceituação sobre miastenia gravis e suas demandas psicossociais, além de introdução sobre as abordagens teóricas utilizadas nesse trabalho são detalhas no capítulo.

O Capítulo II relata o Estudo I da dissertação – o processo de construção do modelo de intervenção psicológica. Nessa etapa, estão compreendidos os passos iniciais para a elaboração da psicoterapia, apontamentos da literatura, descrição da aplicação, propostas de reajuste do modelo e considerações sobre esse processo.

O Capítulo III apresenta o Estudo II da dissertação – os casos clínicos. Esse estudo de casos múltiplos traz dados sobre as participantes, bem como resultados de entrevistas, realizadas em três momentos distintos – pré-intervenção, pós-intervenção e *follow up*. Também apresenta escores dos instrumentos que avaliaram as variáveis de interesse: estresse, qualidade de vida e forças pessoais.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas podem ser consideradas um fator de risco, não só pela debilidade provocada pela própria doença, mas também pelo impacto causado nos diferentes âmbitos da vida do indivíduo e de seus familiares. A condição crônica pode caracterizar um evento estressor para a vida dos pacientes, visto que provoca, durante um longo prazo, mudanças físicas, emocionais e sociais na vida dos portadores e de pessoas próximas. Dessa forma, os pacientes percebem impacto considerável em sua qualidade de vida (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). O estresse crônico, provocado por uma doença prolongada, pode produzir alterações imunológicas e danos orgânicos (Sternberg, 2000). Pacientes expostos a adversidades crônicas podem apresentar sequelas emocionais posteriores às internações (Pesce et al., 2004).

Dentre as demandas de tratamento biopsicossocial destes pacientes, o controle e manejo do estresse têm papel fundamental. O estresse provocado pela condição crônica de doença se mostra importante foco de atenção no atendimento deste público em serviços de saúde.

Psiconeuroimunologia, efeitos do estresse e possível ligação com doenças auto imunes

O conceito de estresse foi cunhado para designar um conjunto de reações não específicas que surgiam frente a agentes aversivos (Selye, 1936). Atualmente, o termo descreve tanto estímulos que geram quebra na homeostase orgânica quanto às respostas comportamentais a partir deste desequilíbrio (Lipp, 2003).

O estresse é um processo que se dá em diferentes etapas, tempos e intensidades. Tendo em vista estes fatores, propõe-se o Modelo Quadrifásico de estresse (Lipp, 2000), uma evolução do Modelo Trifásico desenvolvido por Selye (1956). O Modelo Quadrifásico sugere quatro principais etapas de desenvolvimento do estresse. A Fase de Alerta contempla a quebra homeostática e a busca do organismo em se autorregular a partir de uma ameaça percebida, gerando maior necessidade de força e energia. Mudanças hormonais ocasionadas por esta etapa contribuem para aumento de motivação e entusiasmo. Na Fase de Resistência, continua a busca pelo reequilíbrio, aumentando os níveis necessários de energia. Isto acarreta em um desgaste generalizado, com danos na memória e outras consequências. No entanto, se o organismo tem sucesso no processo

adaptativo, o ciclo de estresse se rompe sem provocar sequelas. A Fase de Quase-Exaustão, etapa proposta por Lipp ao modelo de Selye, se caracteriza pelo enfraquecimento do organismo frente às tensões e por uma nova configuração homeostática. Algumas doenças podem surgir, demonstrando fragilidade da resistência orgânica. Finalmente, a Fase de Exaustão provoca uma quebra total da resistência. É percebida a partir de uma exaustão psicológica e física, na forma de quadros depressivos e doenças. Embora grave, esta fase não é irreversível (Lipp, 2003).

O termo "Psiconeuroimunologia" foi cunhado pelo pesquisador Robert Ader, em 1981, para definir o campo da ciência que estuda a interação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico (Marques-Deak & Sternberg, 2004). Entre estes dois sistemas, estabelece-se uma comunicação de mão dupla pela qual se definem funções estimuladoras e inibidoras (Teixeira, 2003).

Em situação normal, o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) produz glicocorticóides de forma basal, com ritmo secretório a partir das oscilações circadianas. Entretanto, em situações de estresse, este ritmo é rompido, e o eixo HPA passa a produzir níveis altos de glicocorticóides (Teixeira, 2003). Ao se preparar para combater um estressor, o sistema imunológico inicia uma complexa cascata de eventos. O eixo HPA e o sistema simpático adrenomedular são os componentes neuroendócrinos e neuronais primários desta resposta. Uma série de substâncias endógenas é liberada no organismo, a fim de preparar o indivíduo para lidar com os estressores: o cortisol é liberado pelo córtex adrenal, as catelocaminas são produzidas pela medula adrenal e a norepinefrina parte dos terminais nervosos. Estas secreções também servem como mensageiros cerebrais para a regulação do sistema imunológico. Este sistema também produz mensageiros químicos, citocinas, que servem como mediadores entre o sistema imunológico e o neuroendócrino, além de controlar as respostas inflamatórias (Marques-Deak & Sternberg, 2004). A maior parte das células do sistema imunológico se encontra na medula óssea, no timo, nos gânglios linfáticos, no baço, nas amígdalas, no apêndice e nas placas de Peyer (aglomerados de tecido imunológico no intestino delgado). A origem exata de qualquer resposta imunológica varia de acordo com a história de exposição do organismo invadido, o tipo de antígeno, e a rota de entrada deste no corpo (Cohen & Herbert, 1996).

A relação integrada e equilibrada entre SNC e sistema imunológico permite ao organismo a prevenção de muitas doenças. Entretanto, a interrupção desse equilíbrio, provocada pelo estresse psicológico, é fator crucial de risco para o aparecimento de enfermidades (Teixeira, 2003). O eixo HPA normalmente possui um sistema autolimitador

que o mantém ativo apenas pelo tempo e a intensidade necessários para a resolução do estresse físico ou psicológico (O'Connor et al., 2000). Entretanto, tem-se demonstrado que uma variedade de estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imune. Variáveis psicológicas podem influenciar a imunidade a partir da inervação direta do SNC com o sistema imunológico ou através de vias hormonais. Mudanças comportamentais associadas à personalidade ou a um processo de adaptação ou *coping* diante de um evento estressor ou emoção negativa também podem influenciar a imunidade (Cohen & Herbert, 1996).

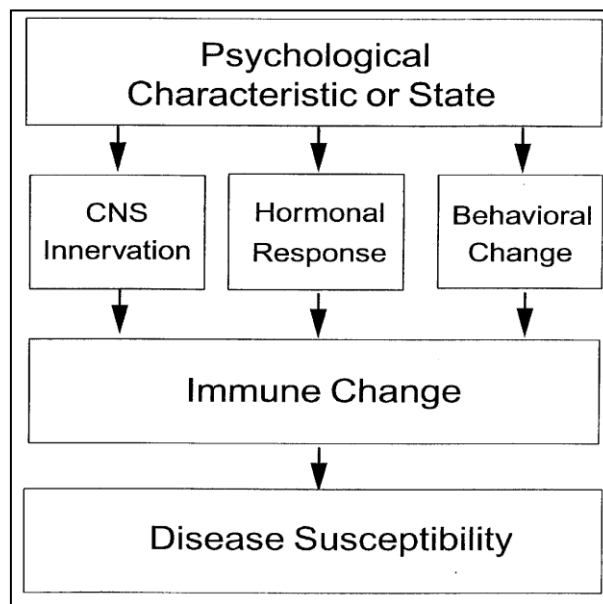


Figura 1. Relação entre características ou estados psicológicos e suscetibilidades físicas (Cohen & Herbert, 1996)

Quando as demandas impostas por eventos estressores excedem a habilidade do indivíduo para lidar com isto, é eliciada uma resposta ao estresse psicológico, composta por estados cognitivos e emocionais. Imagina-se que estas respostas influenciam a função imune através dos seus efeitos sobre o enfrentamento comportamental e a resposta neuroendócrina (Cohen & Herbert, 1996; Glaser et al., 1986; Kiecolt-Glaser et al., 1984). Eventos estressores que duram um longo período têm potencial similar para influenciar o sistema imunológico (Cohen & Herbert, 1996) e podem deixar consequências psicológicas e imunológicas mesmo após o término do evento estressor (Esterling et al., 1994). A maioria dos parâmetros imunológicos retorna a um nível de repouso após aproximadamente uma hora da cessação do estressor (Kiecolt-Glaser et al., 1992), embora

haja indícios de que a atividade das células NK (produtoras de citocina) permaneça deprimida após até 48 horas do término do evento estressor (Sieber et al., 1992).

Entretanto, a invasão de um agente de doença no organismo não é suficiente para o desenvolvimento de sintomas. A doença pode ocorrer quando as defesas do corpo (sistema imunológico) estão comprometidas ou não reconhecem o agente. É por isso que as variáveis psicológicas que influenciam a imunidade têm o potencial de interferir na progressão de uma doença. O que ainda não é claro é se as mudanças no sistema imunológico provocadas por questões psicológicas são capazes de alterar a habilidade do organismo de combater uma doença (Cohen & Herbert, 1996; Cohen & Williamson 1991, Laudenslager 1987; O'Leary 1990).

Buscam-se ainda explicações fisiológicas ou genéticas para a superestimulação do sistema imunológico a partir de eventos estressores. Algumas evidências indicam que indivíduos com alta ativação do sistema nervoso simpático - Sistema Nervoso Autônomo (com alta pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e grande liberação de hormônios do SNS como epinefrina e norepinefrina) frente a um estressor também mostram os maiores índices nas mudanças imunológicas (Bachen et al., 1995; Herbert et al., 1994; C; Zakowski et al., 1992). A correlação entre sistema simpático e respostas imunológicas sugere que o Sistema Nervoso Autônomo pode coordenar as mudanças imunológicas (Cohen & Herbert, 1996).

Os afetos negativos influenciam as respostas imunológicas, principalmente em casos que envolvem depressão. Indivíduos com depressão apresentam diminuição das atividades imunológicas, se comparados ao grupo controle (Herbert & Cohen, 1993). Estudos longitudinais mostram também que, logo que a depressão é tratada, a atividade imunológica retorna ao seu patamar (Irwin, Lacher, & Caldwell, 1992). A relação entre depressão e sistema imunológico é mais amplamente observada em idosos e em população hospitalizada, mas não há conclusões se isso ocorre pela maior incidência de depressão nestes grupos (Cohen & Herbert, 1996).

Pesquisas envolvendo outros estados de afeto, negativos e positivos, têm sido aprofundadas. Humores positivos e negativos foram associados a aumento da atividade imunológica, o que pode estar relacionado aos níveis de excitação durante a indução de humor, independente da valência do humor (Knapp et al., 1992). Apesar dos avanços sobre a influência de emoções negativas nos cuidados com a saúde, pouco ainda se sabe sobre a influência das emoções positivas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002). Isso pode ter ocorrido pelo olhar prevalente de que saúde física e mental equivaleria à ausência

de doença e de emoções negativas (Ryff & Singer 1998). De fato, as citocinas têm um importante efeito no SNC, inclusive na produção e manutenção de humor negativo e de sintomas físicos como letargia e fadiga (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998; Watkins & Maier, 2000).

A dor também contribui para a carga da doença, visto que altera aspectos do funcionamento físico, mental e social (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002; Turk & Melzack 1992). A dor é associada a níveis de depressão e outros estados negativos de humor, aumentando a severidade da doença e a mortalidade (Staats, 1999; Wells et al., 1989). Ela pode aumentar a liberação de hormônios relacionados ao estresse e desregular as atividades imunológicas (Kiecolt-Glaser et al., 1998; Liebeskind, 1991).

A ligação entre relacionamentos e alterações do sistema imunológico é um dos achados mais robustos em psiconeuroimunologia (Uchino et al., 1996). Estudos mostram que ter uma rede social forte está associado com longevidade e que a percepção de suporte social é fator de proteção diante de eventos estressores (Cohen & Wills 1985; House et al., 1988). O relacionamento conjugal, por exemplo, mostra grande impacto na qualidade das atividades imunológicas (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001), inclusive com pacientes portadores de artrite reumatóide (Zautra et al., 1998). Contrariamente, dados sugerem que o isolamento social constitui o maior fator de risco para morbidade e mortalidade, com valores estatísticos semelhantes a fatores de risco já estabelecidos, como fumo, pressão alta, obesidade e falta de atividade física (House et al., 1988).

Em doenças autoimunes, o sistema imunológico produz anticorpos que atacam suas próprias células e tecidos (auto-anticorpos), falhando no reconhecimento do que é e o que não é seu (Rabin et al., 1989). Algumas doenças autoimunes são artrite reumatóide, diabetes dependente de insulina, lúpus, esclerose múltipla, miastenia gravis, entre outras. Cada uma delas está associada a um órgão específico e a algum processo diferente no sistema imunológico. As doenças imunológicas adquiridas ou produzidas pelo estresse psicológico ocorrem quando a conexão entre o sistema neuroendócrino e o imunológico está prejudicada. O eixo HPA pode se desequilibrar por hiperfuncionamento (tal como ocorre na fase de resistência ao estresse) ou por hipofuncionamento (o que acontece na fase de exaustão ao estresse). Percebe-se, portanto, que o estresse, em intensidade e duração distintos, pode provocar diferentes reações no organismo. No primeiro caso, ocorre uma superprodução de glicocorticóides, o que facilita a incidência de infecções. No segundo momento, o risco é de um aumento do processo inflamatório, levando até mesmo ao

desenvolvimento de doenças autoimunes. Assim, quando o estresse ultrapassa o limiar do que é considerado saudável, este influencia o surgimento e a evolução de quadros patológicos de cunho imunológico (Teixeira, 2003).

Muitos estudos sobre artrite reumatóide têm sido realizados e, em sua maioria, tem-se encontrada relação dos sintomas com fatores psicológicos, incluindo eventos estressores (Homo-Delarche et al., 1991; Rimón et al., 1977) e contexto sem apoio (DeVellis et al., 1986; Moos & Solomon, 1964). Resultados de intervenções cognitivo-comportamentais com estes pacientes indicam melhora após tratamento (Young 1992). É, portanto, plausível entender as explicações de como os fatores psicológicos podem influenciar a imunidade, mediando o desenvolvimento ou não da doença (Cohen & Herbert, 1996).

Quanto à miastenia gravis do tipo autoimune ou adquirida, não se sabe ainda se o estresse psicológico ou estados emocionais negativos estão relacionados ao aparecimento ou ao agravamento da doença. A hipótese é levantada, já que uma anomalia no sistema imunológico, especificamente na produção de anticorpos contra receptores de acetilcolina, é evidenciada nesta doença. Além disso, pesquisas indicam que o hiperfuncionamento do timo, produzindo células B e linfócitos exageradamente, pode ter relação com a miastenia gravis (Drachman, 2001; Engel, 1994; Penn & Rowland, 2000; Rowland, 2003).

Tendo em vista esses fatores, percebe-se que o estresse é um importante aspecto relacionado não só ao possível início de sintomas psiconeuroimunológicos quanto ao agravamento de doenças. Os efeitos do estresse podem ser atenuados por práticas que previnam o impacto dessas reações no organismo e no sistema psicológico. Além disso, pode-se promover a qualidade de vida de pacientes que já apresentam doenças crônicas, visto que o estresse está cotidianamente presente na vida desses indivíduos.

Intervenção psicológica para pacientes com doenças crônicas

Pesquisas têm mostrado que pacientes que sofrem de uma doença orgânica também costumam apresentar comorbidades psicológicas (Barth, Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004; Surtees et al., 2008). Entretanto, pesquisas indicaram que a forma de atendimento para esses pacientes deve se diferenciar do tratamento oferecido a pacientes psiquiátricos (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002; Ketterer et al., 2006). A explicação seria que medos e preocupações de pacientes diagnosticados organicamente são baseados na realidade, embora muitas vezes possam ser exagerados de acordo com a ameaça real, diferindo dos medos psicopatológicos típicos (Sirri, Grandi, & Fava, 2008). Muitos desses medos surgem de uma tarefa adaptativa comum à condição vivenciada pela pessoa (Farrell,

Heaven, Beaver, & Maguire, 2005). Entretanto, uma doença crônica amplia os efeitos citados, visto que o paciente terá que lidar com desafios sem prazo determinado de término e ciclos de piora e melhora dos sintomas.

Entende-se por doença crônica uma incapacidade prolongada que pode modificar o funcionamento físico, psicológico ou social do portador em diferentes níveis (Hymovich & Hagopian, 1992). As mudanças na vida do paciente estão relacionadas tanto aos sintomas orgânicos – provocando limitações físicas, emocionais e cognitivas - quanto a questões do ambiente em que está inserido, com modificações no desempenho de papéis, nas relações sociais, na dependência física e financeira dos familiares, entre outros (Cade, 2001). Por isso, muitas vezes, o caráter crônico de uma doença provoca uma série de dificuldades para o indivíduo, impondo desafios e um novo estilo de vida para ele e para seus familiares. Os cuidados com a alimentação, o uso constante de medicamentos e seus efeitos colaterais, a redução de atividades físicas e de lazer, além do medo de progressão da doença (Herschbach et al., 2010) são fatores com os quais o paciente deve aprender a conviver (Tomasi, 1996). Além disso, o caráter cíclico das manifestações clínicas pode tornar frágil a confiança do indivíduo sobre seu restabelecimento.

Tendo em vista estes aspectos, algumas intervenções psicoterápicas têm sido propostas, a fim de auxiliar a promoção de qualidade de vida e bem-estar dessas pessoas. Em face dos desafios enfrentados, é necessário trabalhar fatores psicológicos inerentes a uma situação limitadora e estressora como a doença crônica. Estudos que investigam a eficácia de intervenções psicoterapêuticas em pacientes indicam que a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo parece apresentar os melhores resultados (Vamos, 2006; Crepaz et al., 2008). Esta abordagem vem sendo aplicada a diferentes quadros clínicos de caráter crônico, com resultados positivos para o atendimento de pacientes com HIV (Petersen, 2007), síndrome de fadiga crônica, dores crônicas nas costas (Raine et al., 2002), câncer (Sabariego, Brach, Herschbach, Berg, & Stucki, 2011), artrite crônica (Herschbach et al., 2010), entre outros.

A organização de uma psicoterapia em grupo tem recebido cada vez mais atenção em virtude de seu caráter mais acessível para a saúde pública. Além dos custos, a otimização do tempo pelo número de pacientes atendidos também é um benefício para a oferta de atendimento no serviço público. Entretanto, sabe-se de outros benefícios de um atendimento em grupo que não os aspectos econômicos. A literatura deste campo sugere que o processo grupal é em si uma intervenção terapêutica (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004). A abordagem da psicoterapia em grupo defende que o grupo possui um alto

valor interpessoal e interativo, e que a interação entre os membros é o veículo primordial das mudanças.

No que se refere à miastenia gravis, não foram encontrados estudos recentes que propõem intervenções psicológicas para estes pacientes. Por se tratar de uma doença de menor incidência na população, entende-se que este pode não estar sendo o foco de interesse de pesquisadores da área. Além disso, para que seja desenvolvida uma psicoterapia voltada a esses pacientes, é importante que parta de uma equipe multidisciplinar, que promova a troca de conhecimentos entre a medicina e a psicologia.

Miastenia Gravis

A miastenia gravis (MG) é uma doença neuromuscular de longa duração que pode causar diferentes tipos de limitação para a realização de tarefas cotidianas. O termo é proveniente do latim e do grego, onde “mys” = músculo, “astenia” = fraqueza, “gravis” = pesado ou severo (Carvalho, Silva, Ortensi, Fontes, & Oliveira, 2005). Há diferentes formas clínicas de MG: miastenia do recém-nascido, miastenia congênita, miastenia de origem medicamentosa e miastenia autoimune ou adquirida, a forma mais comum da doença. Este tipo é caracterizado por uma alteração na transmissão entre o nervo e o músculo, decorrente da deficiência de receptores de acetilcolina (AChR) na junção neuromuscular (pós-sináptica), causada pela produção de anticorpos que atacam contra estes receptores (Adams & Vitor, 1998; Amato & Russell, 2008; Engel, 1994). Distúrbios pós-sinápticos de transmissão neuromuscular não afetam receptores colinérgicos muscarínicos, nem o sistema nervoso autônomo, interferindo apenas em músculos esqueléticos (Amato & Russell, 2008).

A maneira como se inicia a produção de anticorpos contra os receptores de acetilcolina ainda é desconhecida. Uma das hipóteses é de que o timo teria alguma relação com a MG, pois poderia transformar linfócitos normais em linfócitos imunocompetentes na transmissão sináptica. Cerca de 75% dos pacientes com MG apresentam anormalidades no timo, o qual produz maior número de células B e linfócitos tímicos que liberam anticorpos contra receptores de acetilcolina (Engel, 1994; Penn & Rowland, 2000; Drachman, 2001; Rowland, 2003). A remoção cirúrgica de timoma (tumor no timo) e a timectomia (retirada do timo) são dois procedimentos distintos. A timectomia é indicada para parte expressiva de pacientes com MG. Até 85% dos pacientes apresentam melhora após a cirurgia e 35% podem ter remissão da doença. Quando há timoma, a remoção cirúrgica é necessária devido à possibilidade de disseminação (Engel, 1994; Gronseth & Barohn, 2000).

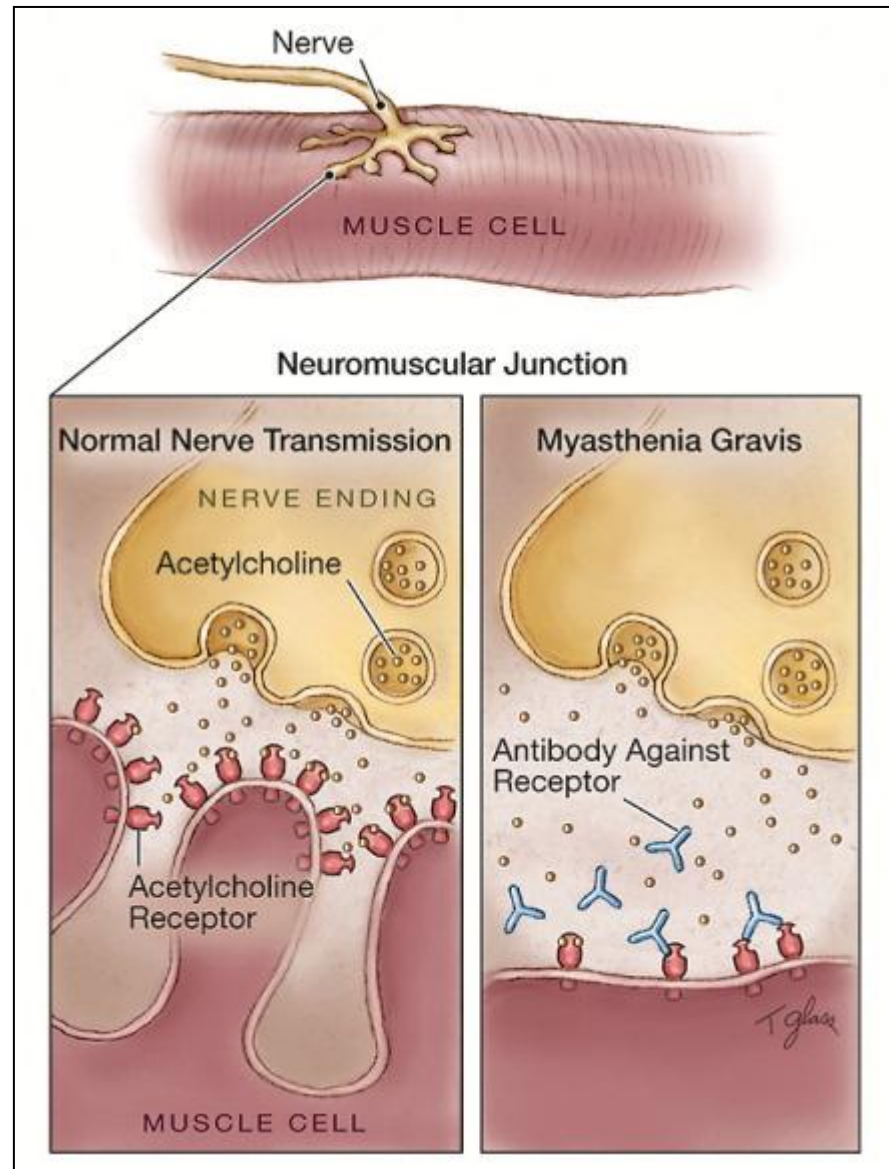


Figura 2. Junção neuromuscular normal e em pacientes com miastenia gravis (Torpy, Glass, & Glass, 2005, p. 1940)

A MG provoca, especialmente, fadiga muscular e resistência a movimentos, com agravamento quando o músculo é exigido. A gravidade clínica pode variar desde um prejuízo ocular (como diplopia – visão dupla - ou ptose – queda das pálpebras) até envolvimento generalizado dos músculos, havendo, nos casos mais graves, insuficiência respiratória pela fadiga do diafragma (Conti-Fine, Milani, & Kaminski, 2006). Outros sintomas possíveis são disfagia (dificuldade na deglutição), disartria (dificuldade de pronúncia), dificuldades de mastigação e acometimento dos membros superiores e inferiores (Amato & Russell, 2008). As limitações físicas dependem da gravidade da

doença, dos músculos envolvidos, da efetividade do tratamento e da presença de uma rede de apoio capaz de oferecer assistência quando necessário (Raggi et al., 2010).

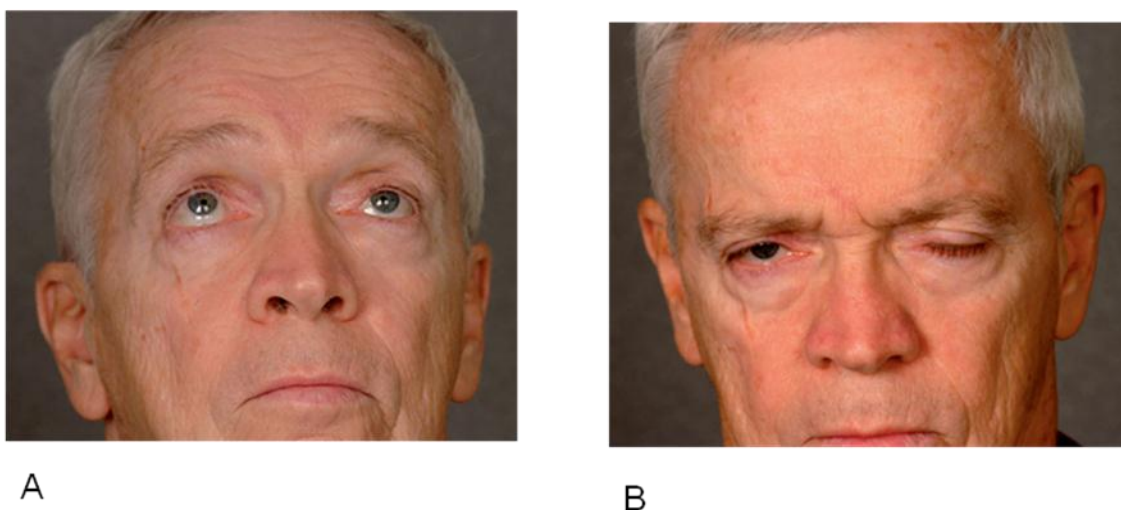


Figura 3. Ptose em paciente com miastenia gravis - imediatamente após a sustentação do olhar (A) e um minuto após (B) (Amato & Russell, 2008, p. 459)

De acordo com a Fundação Americana de Miastenia Gravis – MGFA – os pacientes com MG podem ser classificados entre Remissão Farmacológica (ausência de sintomas), Classe I (apenas sintomas oculares), Classe II (sintomatologia amena), Classe III (sintomatologia intermediária) e Classe IV (sintomatologia grave) (Raggi et al., 2010). Esta classificação é mensurada através do *Quantitative MG Score for Disease Severity*, um conjunto de 13 atividades que indicam a severidade da doença (Barohn et al., 1998; Jaretzki et al., 2000). Há outra classificação clínica, de acordo com a abrangência muscular e intensidade da doença, conhecida como escala de Osserman. Esta classificação divide os pacientes em cinco grupos: Grupo I: fadigabilidade e debilidade nos músculos oculares externos; Grupo IIA: MG de forma generalizada e pouco intensa, há o comprometimento dos músculos cranianos, das extremidades inferiores e do tronco, poupando-se os músculos respiratórios. Grupo IIB: MG de forma generalizada e moderadamente intensa, há a presença de diplopia, ptose palpebral, disartria, disfagia, dificuldade para soprar, debilidade dos músculos das extremidades e intolerância aos exercícios. Grupo III: MG aguda e fulminante, apresenta grande afecção bulbar e alteração dos músculos respiratórios o que pode levar a necessidade de ventilação mecânica. Grupo IV: MG tardia (Mora, Cortès, Mateo, Pla, & Cabarrocas, 1990; Osserman & Genkis, 1971).

A flutuação da força e da resistência dos pacientes configura o diagnóstico da MG (Amato & Russell, 2008). A percepção subjetiva sobre a interferência dos sintomas em

suas atividades diárias pode influenciar suas vidas em níveis distintos e, assim, configurar diferentes patamares de deficiência (Leonardi et al., 2006). Pacientes também podem apresentar remissão espontânea, mas a frequência, a intensidade e a duração disto ainda não podem ser previstas (Amato & Russell, 2008). A fadiga muscular constante pode influenciar negativamente a percepção dos pacientes sobre sua qualidade de vida, em especial em indivíduos cujas responsabilidades no trabalho, na família e outras atividades demandam maior esforço muscular. Para muitos pacientes que sofrem de fraqueza neuromuscular e limitação da capacidade de resistência física máxima significa consequências de longo alcance sobre a escola ou trabalho, bem como problemas em lidar com sua vida cotidiana. Os níveis de cansaço interferem também na capacidade de exercer funções sociais (Paul, Cohen, Gilchrist, & Goldstein, 2000). Quando comparados com pacientes com outras doenças (por exemplo, artrite e insuficiência cardíaca congestiva), a gravidade de interferência em atividades físicas é maior entre pacientes com MG (Paul, Nash, Cohen, Gilchrist, & Goldstein, 2001). Os aspectos físico e mental da qualidade de vida são diminuídos pelos pacientes com MG, e este decréscimo aumenta conforme a gravidade da doença, em especial nos pacientes com envolvimento bulbar (Leonardi et al., 2010; Padua et al., 2001; Rostedt, Padua, & Stalberg, 2006). Entretanto, estudos sugerem que pacientes com MG não relatam perturbação de humor diferente do grupo controle. Isso sugere que, apesar da qualidade de vida ser afetada, é possível manejar de forma eficaz o estresse causado pela doença (Paul, Cohen, Gilchrist, & Goldstein, 2000).

O comprometimento do Sistema Nervoso Central tem sido debatido desde a primeira descrição da doença. Apesar de, em alguns estudos, a MG ter sido apresentada em concomitância com outras disfunções neurológicas, esta relação não é clara. Os pacientes com MG não mostraram diferença significativa de escores para cognição global da população geral, apresentando escores baixos apenas em tarefas que exigiam velocidade motora e acurácia visual. A memória e a atenção se mostraram semelhantes as do grupo controle, em acordo com estudos anteriores (Sitek, Bilinska, Wieczorek, & Nyka, 2009). Alterações psicopatológicas em pacientes com a doença são temporários e totalmente reversíveis após o tratamento adequado (Köhler, 2007).

O conhecimento mais aprofundado da MG indica que as limitações físicas impostas pela doença poderiam gerar aspectos negativos relacionados ao bem-estar psicossocial desses indivíduos. Esses fatores podem, além disso, agravar o quadro clínico dos pacientes, podendo gerar outros sintomas ou potencializar os já existentes, tendo em vista as reações psiconeuroimunológicas.

Demandas psicossociais de pacientes com miastenia gravis

Pacientes com miastenia gravis podem apresentar uma importante demanda para o trabalho psicoterapêutico, visto que percebem mudanças em diferentes setores de suas vidas e em níveis de intensidade distintos (Raggi et al., 2010). Muitos pacientes com MG que sofrem de fraqueza neuromuscular e limitação da resistência física percebem consequências de longo alcance, que interferem em aspectos cotidianos. A natureza crônica da MG exige que os pacientes lidem com a flutuação dos sintomas. Além disso, embora existam medicamentos e tratamentos que possibilitem a estabilidade do quadro clínico, uma pequena percentagem de pacientes experiencia remissão sintomatológica de duração variável (Ochs et al., 1998).

A forma pela qual os indivíduos se identificam com sua doença, experienciam os sintomas e interpretam o impacto da doença influenciam a adaptação do paciente a uma condição crônica. Por isso, entender os fatores que desafiam e sustentam o bem-estar dos pacientes é importante quando o objetivo é a saúde mental destes. Na ausência de cura, os pacientes precisam gerenciar a doença crônica, o que pode gerar vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Os aspectos psicológicos da MG podem ser categorizados em duas áreas: 1) o efeito da saúde mental sobre a doença, e 2) o efeito da doença sobre a saúde mental dos pacientes (Paul & Gichrist, 2003).

A ideia de que aspectos psicológicos poderiam afetar a expressão da doença está relacionada com os efeitos do estresse no sistema imunológico. A doença crônica pode ser considerada um fator de risco para seus portadores, não só pelos efeitos nocivos à saúde, mas também pelo constante estresse que gera. O caráter crônico do estresse produz alterações na saúde física e mental, atingindo o sistema imunológico, agravando aspectos da própria doença e aumentando a ansiedade dos pacientes (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005; Sternberg, 2000). Diversos estudos com animais e com seres humanos também mostram que, sob condições de doença crônica, a magnitude do estresse associado a alterações no sistema imunológico é suficientemente grande para causar outros problemas de saúde (ver Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Desta forma, a carga de estresse agrava a doença em si, mas também leva a alterações psicopatológicas secundárias (Köhler, 2007). O estresse mental de pacientes com MG não difere fundamentalmente das condições em outras doenças crônicas. No entanto, em contraste com outras doenças neuroimunológicas com pior ou mesmo falta de possibilidades terapêuticas, os pacientes com MG, muitas vezes, apresentam estratégias de enfrentamento mais ativas (Rohr, Fabian-Milkau, & Harnecker, 1994).

Vários aspectos relacionados à qualidade de vida são negativamente influenciados pela MG, especificamente, nos domínios de funcionamento físico e energia percebida (Paul, Nash, Cohen, Gilchrist, & Goldstein, 2001). No entanto, a maioria apresenta curso estável da doença, caracterizado pela fraqueza do músculo, que piora com esforço e atenua com o repouso (Grob, 1999). A fadiga muscular constante pode influenciar negativamente a percepção dos pacientes sobre sua qualidade de vida, em especial em indivíduos cujas tarefas no trabalho, na família e em outras atividades demandam um esforço físico (Paul, Cohen, Gilchrist, & Goldstein, 2000). Com relação à abrangência, envolvimento bulbar, como disartria e disfagia, e MG generalizada mostraram afetar de forma mais intensa aspectos mentais da qualidade de vida, enquanto que o envolvimento ocular não apresenta tal intensidade (Padua et al., 2001; Rostedt, Padua, & Stalberg, 2006). A gravidade da doença, da mesma forma, está estatisticamente relacionada com a qualidade de vida percebida pelos pacientes com MG (Raggi et al., 2010).

O comprometimento da fala, as dificuldades para engolir e a impossibilidade de camuflar as debilidades também podem impedir a participação ativa e a vida pública dos pacientes, o que estimula a ansiedade social. Os indivíduos precisam mudar seu estilo de vida e seus hábitos, o que pode levar ao isolamento social (Strauss & Glaser, 1975; Trentini, Silva, & Leiman, 1990). Essas perdas podem gerar desânimo, tristeza e, em casos mais severos, depressão. Situações sociais, mais do que interação interpessoal, são contextos nos quais pacientes com MG experienciam dificuldades emocionais. Um dos sintomas observados, a fadiga, é um fenômeno complexo que inclui aspectos mentais e físicos, podendo ser uma das explicações para dificuldades sociais e estigmas (Leonardi et al., 2010).

O apoio social recebido mostra ter um efeito de mediação no reforço da capacidade de miastênicos em realizar atividades diárias (Leonardi et al., 2010). Sugere-se que situações sociais, mais que interações interpessoais, são contextos nos quais pacientes com MG experienciam dificuldades emocionais. O apoio social age primeiramente como um fator protetivo para mortalidade, morbidade e invalidez na população geral e em pacientes crônicos, facilitando comportamentos saudáveis e adesão ao tratamento (DiMatteo, 2004; Frasure-Smith et al., 2000). Além disso, receber apoio provoca efeitos imediatos na redução de estresse. Oferecer suporte também é mediador para o aumento da auto-eficácia, promovendo igualmente a redução de níveis de estresse. O apoio social e a auto-eficácia, preditores independentes de saúde, têm mostrado efeito na saúde e, facilitando o engajamento ao tratamento, auxilia na redução de morbidade e mortalidade (Raggi,

Leonardi, Mantegazza, Casale, & Fioravanti, 2010). Este aspecto é importante para lidar com condições crônicas porque isso pode impactar no esforço, perseverança, resiliência e adesão ao tratamento, exigências para uma bem-sucedida gestão da doença crônica. Ter um alto senso de confiança em suas próprias habilidades para controlar seus sintomas pode gerar maior percepção de saúde. Contrariamente, baixa auto-eficácia pode mediar mudanças nos comportamentos de autogerenciamento da doença, o que pode afetar negativamente a saúde mental e física (Marks, Allegrante, & Lorig, 2005). Isto indica que psicoterapias preocupadas em aumentar o nível de auto-eficácia podem alcançar resultado positivo para saúde mental dos pacientes com MG, principalmente entre mulheres (Raggi, Leonardi, Mantegazza, Casale, & Fioravanti, 2010).

As demandas psicossociais que podem ser trabalhadas através de uma intervenção estão sendo, em parte, contempladas pelas abordagens existentes. Uma das abordagens mais utilizadas atualmente é a Terapia Cognitivo-Comportamental, visto que estudos mostram sua eficácia no tratamento de várias disfunções psicológicas.

Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o atendimento de pacientes com doença crônica

A abordagem Cognitivo-Comportamental, tem origem na Terapia Cognitiva, a qual se expandiu a partir de Aaron Beck e seu modelo para o tratamento da depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) e hoje é usada para uma série de problemas psicológicos, como transtornos, fobias e compulsões. Há evidências empíricas sobre a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de psicopatologias, com mais de 350 estudos sobre o desfecho positivo desta prática clínica (Bieling, McCabe, & Antony, 2008). A TCC tem demonstrado sua eficácia no tratamento de diversas psicopatologias, desde a depressão aos transtornos de ansiedade e, até mesmo, transtornos psicóticos e de personalidade (Beck & Weishaar, 2000). É evidente o auxílio desta prática, portanto, para a amenização de sintomas e alívio do sofrimento (Craighead, Hart, Craighead, & Ilardi, 2002). Esta abordagem embasa sua teoria na determinação do comportamento e do afeto, em parte, pelo modo como cada indivíduo estrutura o mundo (Beck, 1976). As técnicas são empregadas para identificação, testagem da realidade e correção de conceitos distorcidos e crenças disfuncionais (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

O uso da TCC em atendimentos em grupo foi inicialmente sugerido por Beck et al. (1979) em seu texto clássico sobre tratamento para depressão. Estudos posteriores indicaram que o atendimento em grupo apresenta eficiência até 50% superior quando

comparado ao tratamento individual (Morrison, 2001). No tratamento para depressão, pesquisas demonstram equivalência de resultado entre a TCC individual e em grupos (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990). Apesar da acessibilidade do trabalho em grupo para uma variedade de transtornos, muitas destas aplicações são oriundas de protocolos para atendimento individual. Entretanto, é importante observar que uma intervenção em grupo é mais do que a aplicação de técnicas em vários indivíduos simultaneamente. O processo grupal deve ser considerado e entendido como fundamental para a geração de mudanças. Portanto, o processo grupal e a técnica devem estar em consonância (Bieling, McCabe, & Antony, 2008), pois um afeta e é afetado pelo outro.

Apesar da eficácia da TCC para a redução de sintomas, é importante lembrar que a ausência de doenças não equivale à presença de saúde e de bem-estar, de acordo com os preceitos da Psicologia Positiva (Keyes & Lopez, 2002). Mesmo que a TCC ofereça um consistente aporte teórico-prático para intervenções clínicas, é possível potencializar os efeitos de um tratamento a partir do desenvolvimento de aspectos positivos do indivíduo. Neste sentido, propõe-se que a Psicologia Positiva pode ser aplicada conjuntamente à TCC para uma potencialização da eficácia do tratamento (Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006). Sabe-se que, por exemplo, os afetos positivos e negativos são construtos independentes (Watson & Clark, 1997) e, por isso, uma redução nos afetos negativos não necessariamente induz o aumento dos afetos positivos (Diener, Lucas, & Oishi, 2002).

Partindo dessa ideia, a Psicologia Positiva tem sido aliada na potencialização de uma terapia que utilize a TCC. Os objetivos das duas áreas se somam e aliam amenização do sofrimento e promoção de bem-estar. Esses campos de intervenção demonstram grande diálogo e proximidade, visto que compartilham princípios básicos de intervenção (Beck, 1995), entre eles o estabelecimento de uma forte aliança terapêutica, o foco em objetivos, o foco no momento presente, a reavaliação cognitiva e a parceria colaborativa do paciente (Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006). A Psicologia Positiva também integrou muitos conceitos e técnicas de outras linhas teóricas, inclusive da TCC. Apesar do principal objetivo da TCC ser a redução de sintomas, muitas técnicas congruentes com a Psicologia Positiva se baseiam no desenvolvimento de forças e de bem-estar emocional. Entre as técnicas sobrepostas estão o monitoramento de humor, a técnica de resolução de problemas e o relaxamento (Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006).

O objetivo de utilizar as teorias da TCC e da Psicologia Positiva na intervenção com pacientes portadoras de miastenia gravis partiu da ideia de que a saúde mental não

depende exclusivamente da ausência de sintomas, mas também está vinculada à presença de bem-estar e qualidade de vida. Neste sentido, objetivou-se trabalhar, concomitantemente, a amenização dos sintomas e do sofrimento e a promoção de aspectos saudáveis, em especial, as forças pessoais. Também se pretendia, através desta estrutura, trabalhar a amenização do sofrimento a partir dos recursos positivos de cada paciente. Foi adotado o modelo proposto por Snyder e Lopez (2009) que sugere a divisão das intervenções psicológicas em quatro estágios: prevenção primária, prevenção secundária, potencialização primária e potencialização secundária. Essa divisão é feita de acordo com os objetivos da terapia e as demandas trazidas pelos pacientes.

Contribuições da Psicologia Positiva para a prática clínica

A Psicologia Positiva, que teve sua origem como campo de estudo em 1998 (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) nasceu da intenção de suprir uma lacuna até então deixada pela área psicológica. A Psicologia preocupou-se, em grande parte de sua história com o tratamento de psicopatologias e demandas relacionadas à doença (Maddux, 2009). Por isso, realizou importantes avanços e hoje demonstra sua eficácia para o tratamento do sofrimento psicológico. Entretanto, por manter o foco nas demandas patológicas, a Psicologia deixou um vasto campo de conhecimento a ser explorado: os aspectos saudáveis do ser humano (Snyder & Lopez, 2009). O modelo médico, que também direcionou os estudos e as práticas em psicologia, via o ser humano a partir das lentes da doença ou do disfuncional. Há algumas décadas, no entanto, a medicina passou a dar maior atenção à prevenção e à promoção de saúde, influenciando as demais áreas afins (Maddux, 2009). Adotar uma Psicologia clínica positiva significaria romper com o modelo médico estabelecido há anos e inaugurar uma visão mais ampla do ser humano, com a qual se entenderia a saúde não apenas como a ausência de doença. Neste sentido, um princípio básico da Psicologia Positiva é que os terapeutas não devem auxiliar apenas com o que está disfuncional, mas também otimizar a conquista de vidas mais felizes. Este campo objetiva, portanto, inaugurar um método preventivo (Paludo & Koller, 2007) que entende a saúde mental não só pela ausência de psicopatologias, mas pela presença de bem-estar (Keyes & Lopez, 2002).

A Psicologia Positiva possui, fundamentalmente, três eixos de inserção teórico-prática: as forças pessoais, as emoções positivas e as instituições positivas (Snyder & Lopez, 2009). Para esta pesquisa, serão explorados os dois primeiros conceitos.

Evidências indicam que a presença de emoções positivas não equivale à ausência de emoções negativas. Assim, as emoções positivas seriam um fator protetivo em si, principalmente diante do desenvolvimento de doenças (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003; Penninx et al., 2000; Richman et al., 2005). As emoções positivas foram associadas à diminuição dos níveis de hormônios do estresse, como a epinefrina, a norepinefrina e o cortisol. Também podem estar vinculados ao aumento de ocitocina e hormônio do crescimento, e à secreção de opióides endógenos (Pressman & Cohen, 2005). Estas podem ser algumas explicações para a melhoria de saúde, qualidade de vida e bem-estar. A diminuição de hormônios do estresse proporciona maior potência do sistema imunológico. Neste sentido, verificou-se que indivíduos com altos níveis de emoções positivas estão menos propensos a desenvolver resfriado quando expostos ao vírus (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003). Evidências mostram, inclusive, que emoções positivas podem aumentar a velocidade do processo homeostático interno, especificamente no funcionamento cardiovascular, reduzindo a resposta orgânica ao estresse frente a um novo evento negativo (Fredrickson & Levenson, 1998; Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000).

O conceito de forças (*character strengths*) também impulsiona o campo da Psicologia Positiva, baseado no desenvolvimento humano a partir de suas potencialidades. O indivíduo que conhece suas forças e virtudes motiva seu “florescimento” (*flourishing*), ou seja, uma condição que permite seu desenvolvimento pleno e saudável em todos os níveis - psicológico, biológico e social (Keyes & Haidt, 2003). A partir de pesquisa, encomendada inicialmente pela Fundação Mayerson, sugeriu-se a existência de 24 principais forças (*character strengths*), subdivididas em seis agrupamentos, denominados virtudes (*virtues*) (Peterson & Seligman, 2004). Da mesma forma que há uma classificação para terminologias patológicas, uma nova classificação foi estruturada, partindo de forças e qualidades humanas. Desta forma, a *VIA Classification of Strengths* é o contraponto do Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (Snyder & Lopez, 2009). Esta classificação originou uma medida de forças, o *Values in Action Inventory of Strengths* (VIA-IS). O inventário oferece, como resultado, uma Assinatura de Forças, ou seja, as forças mais bem pontuadas do indivíduo. A escala será melhor detalhada na seção de instrumentos do Estudo II.

Tabela 1

Tradução das Forças Pessoais (Peterson & Seligman, 2004) realizada para a adaptação do instrumento VIA-IS

Virtudes	Forças Pessoais
Sabedoria e Conhecimento	<p><i>Criatividade, engenhosidade e originalidade:</i> Pensar em novas formas de fazer as coisas é parte crucial de quem você é. Você nunca está satisfeito em fazer algo da forma convencional se é possível um modo melhor.</p> <p><i>Curiosidade e interesse no mundo:</i> Você é curioso sobre tudo. Está sempre fazendo questões e acha todos os assuntos fascinantes. Você gosta de explorar e descobrir.</p> <p><i>Juízo, pensamento crítico e abertura a novas idéias:</i> Pensar sobre as coisas e examiná-las de todos os lados são aspectos importantes de quem você é. Você não precipita conclusões e se baseia apenas em evidências sólidas para tomar suas decisões. Você é capaz de mudar de opinião.</p> <p><i>Amor pela aprendizagem:</i> Você adora aprender coisas novas, tanto em aula quanto por si próprio. Você sempre gostou da escola, de ler, e de museus, em qualquer lugar que haja oportunidade de aprendizado.</p> <p><i>Sabedoria:</i> Apesar de você não se considerar sábio, seus amigos tem essa visão de você. Eles levam em conta sua perspectiva e veem até você para aconselhamentos. Você tem uma visão de mundo que faz senti do para os outros e para você mesmo.</p>
Coragem	<p><i>Coragem e bravura:</i> Você é uma pessoa corajosa, que não recua diante de uma ameaça, desafio, dificuldade ou dor. Você defende o que é certo mesmo que haja oposição. Você age de acordo com suas convicções.</p> <p><i>Honestidade, autenticidade e sinceridade:</i> Você é uma pessoa honesta, não apenas por falar a verdade, mas por viver de forma genuína e autêntica. Você tem os pés no chão e não é pretensioso; é uma pessoa realista.</p> <p><i>Perseverança, assiduidade e diligência:</i> Você trabalha duro para terminar o que começou. Independentemente do projeto, termina-o no tempo previsto. Você não se distrai quando trabalha e tem satisfação em completar uma tarefa.</p>
Humanidade	<p><i>Capacidade de amar e ser amado:</i> Você valoriza relações próximas com outras pessoas, especialmente aquelas nas quais compartilhar e cuidar são recíprocos. As pessoas pelas quais você se sente mais próximo são as mesmas que se sentem mais próximas a você.</p> <p><i>Bondade e generosidade:</i> Você é bom e generoso para os outros, e nunca está ocupado para apoiar alguém. Você gosta de realizar boas ações para os outros, mesmo que não as conheça bem.</p> <p><i>Inteligência social:</i> Você está consciente dos motivos e sentimentos das outras pessoas. Você sabe o que fazer para se adequar a diferentes situações sociais e para deixar as pessoas à vontade.</p>

Tabela 2

Tradução das Forças Pessoais (Peterson & Seligman, 2004) realizada para a adaptação do instrumento VIA-IS (continuação)

Virtudes	Forças Pessoais
Justiça	<p><i>Cidadania, trabalho em equipe e lealdade:</i> Você se sobressai como membro de um grupo. Você é um colega leal e dedicado, sempre faz sua parte e trabalha duro pelo sucesso de seu grupo.</p> <p><i>Liderança:</i> <i>Você se sobressai em tarefas de liderança:</i> encoraja um grupo a realizar coisas e preserva a harmonia entre o grupo fazendo com que todos se sintam incluídos. Você faz um bom trabalho organizando atividades e vendo que elas acontecem.</p> <p><i>Integridade, igualdade e justiça:</i> Tratar todas as pessoas imparcialmente é um de seus princípios. Você não permite que seus sentimentos pessoais tendenciem suas decisões sobre os outros. Você oferece uma nova chance a qualquer um.</p>
Temperança	<p><i>Perdão e misericórdia:</i> Você perdoa aqueles que erraram com você. Sempre dá aos outros uma segunda chance. Seu princípio guia é misericórdia, e não vingança.</p> <p><i>Modéstia e humildade:</i> Você não procura pelos holofotes, preferindo que suas realizações falem por elas mesmas. Você não se considera especial, e os outros reconhecem e valorizam sua modéstia.</p> <p><i>Autorregulação e autocontrole:</i> Você regula conscientemente o que sente e o que faz. Você é uma pessoa disciplinada. Você está no controle de seus desejos e emoções, não vice-versa.</p> <p><i>Prudência, cuidado e discricção:</i> Você é uma pessoa cuidadosa e suas escolhas são consistentemente prudentes. Você não diz ou faz algo que possa se arrepender depois.</p>
Transcendência	<p><i>Apreciação da beleza e excelência:</i> Você percebe e aprecia a beleza, a excelência e/ou o bom desempenho em todos os domínios da vida, da natureza à arte, da matemática à ciência, nas experiências cotidianas.</p> <p><i>Gratidão:</i> Você é consciente das coisas boas que acontecem com você e nunca as dá como garantidas. Seus amigos e sua família sabem que você é uma pessoa grata porque você sempre expressa seus agradecimentos.</p> <p><i>Esperança, otimismo e visão de futuro:</i> Você espera o melhor do futuro e trabalha para alcançar. Você acredita que o futuro é algo que pode controlar.</p>
Transcendência	<p><i>Bom humor e diversão:</i> Você gosta de rir e caçar. Provocar sorrisos nas outras pessoas é importante pra você. Você tenta ver o lado bom de todas as situações.</p> <p><i>Espiritualidade, senso de propósito e fé:</i> Você tem crenças fortes e coerentes sobre um propósito maior e sobre o sentido do universo. Você sabe onde se encaixa nesta grande engrenagem. Suas crenças modelam suas ações e são um recurso para confortá-lo.</p> <p><i>Deleite, entusiasmo e energia:</i> Independentemente do que você faça, você o faz com empolgação e energia. Você nunca faz nada pela metade ou sem entusiasmo. Para você, a vida é uma aventura.</p>

A aplicação da Psicologia Positiva propõe-se a trabalhar tanto para aliviar o sofrimento quanto para promover um funcionamento ótimo (Linley & Joseph, 2004). Para esta área, o alívio e a potencialização são papéis que se complementam, diferente da preocupação exclusiva na redução do sofrimento que vem caracterizando a Psicologia. Neste sentido, pesquisadores da área propõem uma divisão que abrange tanto a redução de sintomas - etapas de prevenção - quanto o desenvolvimento ótimo - etapas de potencialização (Snyder & Lopez, 2009).

Os aspectos apresentados ilustram a relevância dada, nessa pesquisa, a uma intervenção psicológica que alie amenização sintomatológica e potencialização de aspectos saudáveis, a fim de promover um desenvolvimento ótimo – o florescimento (Seligman, 2011) – do indivíduo. Estas ideias se tornam ainda mais destacadas quando se trata de uma população com uma demanda contínua de atendimento psicológico para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar, como é o caso de pacientes portadores de alguma doença crônica.

CAPÍTULO II

ESTUDO I

O Capítulo II descreve o processo de construção de um modelo de intervenção psicológica em grupo para pacientes com doença crônica, especificamente a miastenia gravis. O objetivo desta intervenção foi a promoção de qualidade de vida destas pacientes, com foco específico na redução de níveis de estresse e na potencialização de forças pessoais. Trata-se de uma proposta que alia a Terapia Cognitivo-Comportamental à Psicologia Positiva, a fim de oferecer uma nova abordagem teórica para o atendimento psicológico de pessoas que estão em tratamento contínuo de uma doença, especificamente portadoras de miastenia gravis. Entende-se que esta é uma pesquisa inicial sobre um modelo de intervenção, tendo em vista seu caráter qualitativo. A aplicação do modelo possibilita identificar aspectos a serem modificados em pesquisas posteriores, indicando a necessidade de novos estudos para a calibragem do modelo psicoterapêutico.

Desenvolvimento da Intervenção

O processo de construção de uma intervenção psicológica para pacientes com miastenia gravis partiu de uma reunião com um médico neurologista *expert* na doença de interesse. Nesse diálogo, foram levantados aspectos importantes sobre as demandas psicossociais e físicas das pacientes, na visão médica (ver Figura 4). Além disso, salientou-se a dificuldade de deslocamento das pacientes, por se tratar de uma doença neuromuscular, e, por isso, a importância de estabelecer um número reduzido de encontros, ampliando a acessibilidade e a permanência das interessadas no grupo de atendimento. Os dados oferecidos por esse profissional foram o ponto de partida para a elaboração da intervenção. A partir das primeiras impressões oferecidas pelo *expert*, considerou-se acompanhar a rotina de atendimento médico dessas pacientes no ambulatório de neurologia da instituição parceira da pesquisa. Informações trazidas pelas pacientes no ambiente hospitalar, a discussão de casos clínicos entre médicos e residentes, as prescrições dadas pelos profissionais às portadoras de miastenia, conhecimentos mais detalhados sobre a doença e a relação entre pacientes e médicos também foram dados importantes para a formulação inicial da proposta de intervenção.

Em um segundo momento, buscaram-se, na literatura científica, dados que corroborassem ou não com as informações já trazidas pelos profissionais da área médica.

Produções acadêmicas sobre tipos de intervenção para doenças crônicas e seus objetivos foram pesquisados. Identificou-se que a maioria dos estudos encontrados estavam relacionados a intervenções com foco específico em sintomas de depressão (ver Rizzo, Creed, Goldberg, Meader, & Pilling, 2011) e dor (ver Morley, Eccleston, & Williams, 1999), além de medo disfuncional de progressão da doença (Herschbach et al., 2010). Por fim, percebeu-se que os principais achados clínicos para o tratamento de sintomas psicológicos de pessoas com doenças crônicas estavam embasados na abordagem Cognitivo-Comportamental, em atendimentos individuais ou em grupo (Rizzo et al., 2011; van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson, & Cuijpers, 2010). Os estudos encontrados relataram a utilização de um número variável de sessões, com duração de quatro a 16 encontros (Rizzo et al., 2011; van Straten et al., 2010), além de modelos de sessão única (Kunik, 2001).

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho envolvia não só a amenização de sintomas, mas também a potencialização de saúde, buscou-se literatura sobre a aplicação da abordagem positiva no atendimento clínico. A principal implicação da Psicologia Positiva para as práticas de saúde é a mudança de paradigma que influencia os psicólogos a pensarem diferentemente sobre os pressupostos fundamentais que sustentam seu trabalho. Dessa forma, a Psicologia Positiva aplicada assume outras concepções, além da doença e do modelo médico, para o atendimento clínico (Linley, Joseph, Maltby, Harrington, & Wood, 2009).

Baseados nessa ideia, Maddux, Snyder e Lopez (2004) argumentam que a Psicologia clínica não deve ser definida unicamente pela ideologia patológica e, por isso, desenvolveram os pressupostos da Psicologia Positiva clínica: 1) tem foco nos problemas cotidianos, e não apenas nas condições extremas de funcionamento mal adaptativo; 2) entende a psicopatologia e os problemas clínicos como pertencentes a um *continuum* de funcionamento humano e, por isso, propõe um modelo dimensional ao invés de um modelo categórico de desenvolvimento humano; 3) os distúrbios psicológicos – diferentes dos biológicos – refletem problemas de interação do indivíduo com seu ambiente; e 4) o papel do psicólogo clínico positivo é identificar forças pessoais e promover saúde mental como um fator protetivo contra a doença mental (Linley, Joseph, Maltby, Harrington, & Wood, 2009; Maddux, 2009).

Algumas pesquisas empíricas têm sugerido diferentes técnicas em Psicologia Positiva aplicada à prática clínica. Alguns modelos de intervenção propostos são a Terapia do Bem-estar (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998; Ruini & Fava, 2004), a Terapia Cognitiva baseada em *mindfulness* (Brown & Ryan, 2003; 2004; Grossman,

Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Ma & Teasdale, 2004; Ryan & Deci, 2000), a Terapia da Qualidade de Vida (Frisch, 2006) e a Psicoterapia Positiva (Seligman, Rashid, & Parks, 2006), entre outros.

As práticas citadas utilizam técnicas que partem da identificação e do desenvolvimento de aspectos saudáveis do indivíduo – afetos positivos, forças pessoais e domínios do bem-estar psicológico (ver Ryff, 1989) – como promotoras do bem-estar e protetivas contra sintomas. Entretanto, para este trabalho, entende-se que o sofrimento psíquico – de mesma forma que os aspectos saudáveis – é legítimo e que, portanto, deve ser tratado especificamente. Dessa forma, a Psicologia Positiva poderia ser aplicada conjuntamente a outra abordagem psicológica eficaz no tratamento de aspectos disfuncionais. Optou-se, nessa pesquisa, pela Terapia Cognitivo-Comportamental, visto que está em consonância com a Psicologia Positiva (Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006) e, além disso, mostra-se uma abordagem eficaz no tratamento de aspectos mentais disfuncionais (ver Bieling, McCabe, & Antony, 2008).

A partir da leitura de materiais sobre Psicologia Positiva, também foi possível acessar as ideias de Snyder e Lopez (2009) sobre sua classificação de intervenções psicológicas. Os autores propuseram uma categorização de intervenções baseada nos objetivos principais dos atendimentos. Para eles, a *prevenção primária* objetiva interromper o que está ruim, reduzindo ou eliminando os problemas físicos ou psicológicos antes que estes surjam – caráter preventivo. A *prevenção secundária* reduziria os problemas após o surgimento destes, o que caracteriza a maioria de intervenções psicológicas. As demais classificações se referem à potencialização, ou seja, à promoção de aspectos saudáveis de acordo com aquilo que as pessoas almejam em suas vidas. Nesse sentido, a *potencialização primária* estabelece um bom funcionamento e uma boa satisfação, enquanto a *potencialização secundária* parte de um funcionamento e satisfação já em níveis elevados para que se chegue a experiências máximas, no melhor patamar que pode ser atingido (Snyder & Lopez, 2009). Estes conceitos influenciaram a divisão desta intervenção em duas etapas: a *prevenção secundária* e a *potencialização primária*.

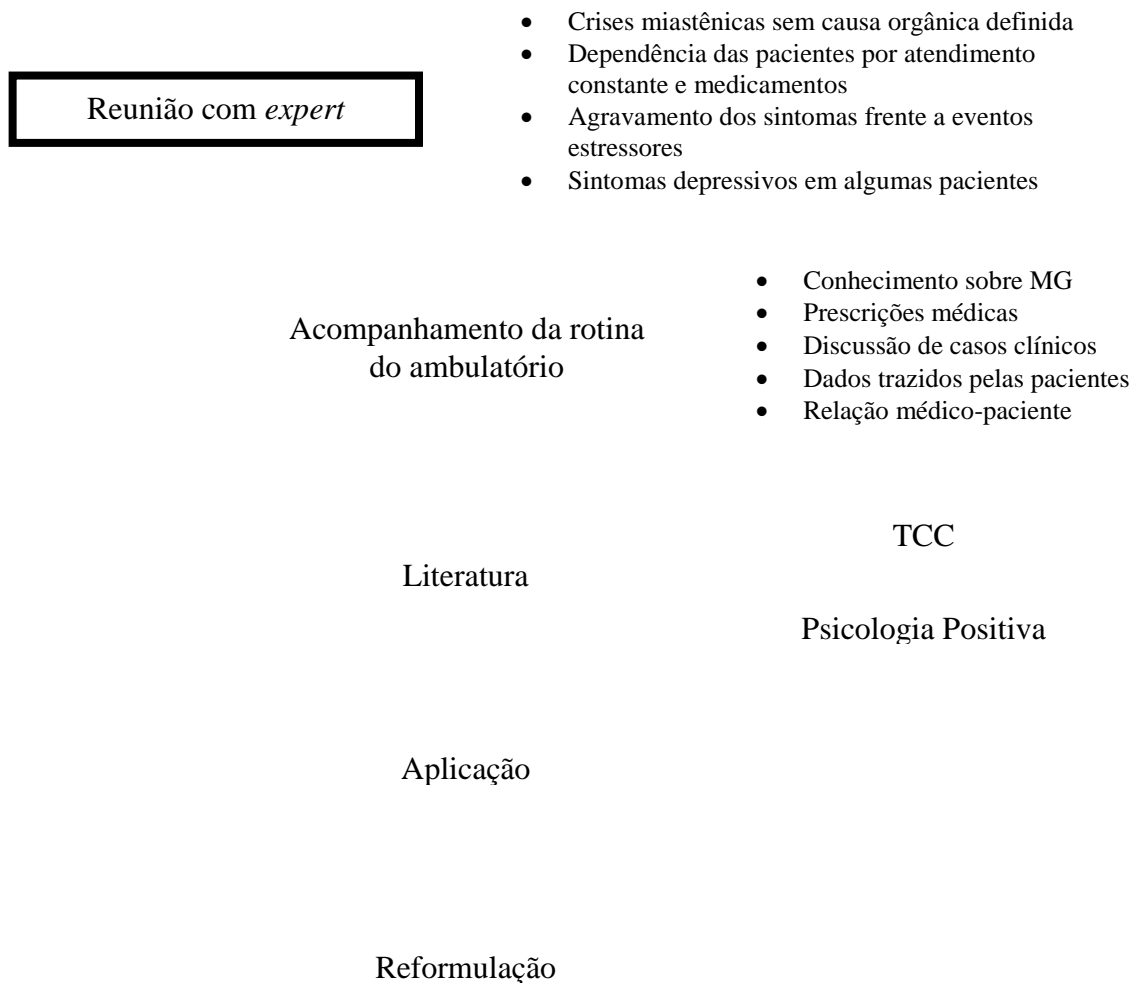


Figura 4. Passos para desenvolvimento de um modelo de intervenção psicológica para pacientes com miastenia gravis

A partir do conhecimento sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com doença crônica e do interesse em trabalhar aspectos relacionados à Psicologia Positiva nesse público, pensou-se na possibilidade de aliar estas duas abordagens para a construção de uma prática mais ampla. Entretanto, esta ideia não é inédita. Karwoski, Garratt e Ilardi (2006) defendem a ideia de que os efeitos de um tratamento embasado na abordagem Cognitivo-Comportamental podem ser potencializados pela Psicologia Positiva. O desenvolvimento de aspectos positivos poderia ampliar a eficácia do tratamento e, nesse sentido, a Psicologia Positiva poderia ser aliada à prática da Terapia Cognitivo-Comportamental. Os autores identificaram que a remoção de sintomas de depressão, por exemplo, não é suficiente para garantir o desenvolvimento ótimo – florescimento – dos pacientes. Essa ideia está em consonância com a definição de saúde da

Organização Mundial de Saúde, que considera o construto como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (World Health Organization, 1946).

Estrutura das intervenções

A intervenção terapêutica foi composta por oito encontros – um por semana – de uma hora e trinta minutos cada. Os encontros ocorreram em uma sala de reuniões do ambulatório do hospital onde o estudo foi realizado. O dia e horário da intervenção foram escolhidos de acordo com o período de atendimento das pacientes ao ambulatório, a fim de conciliar o deslocamento para consultas com o atendimento psicológico. Dessa forma, as participantes, que já apresentavam dificuldades de locomoção em virtude da doença, foram poupadas de esforços exagerados. O número de encontros – oito – foi proposto de acordo com alguns estudos de construção de intervenções psicológicas para pacientes com alguma doença crônica (Deale, Chalder, Marks, & Wessely, 1997; Keefe, Dunsmore, & Burnett, 1992; Peters & Large, 1990; Petersen, 2007; Puder, 1988; Turk, 2002; Wilson & Gil, 1996). Além disso, preocupou-se novamente com o desgaste de deslocamento das participantes, priorizando um atendimento mais breve.

Para estruturar os encontros, optou-se por métodos e técnicas baseadas na Psicologia Positiva e na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). As oito sessões foram subdivididas em duas etapas, inspiradas na classificação de Snyder e Lopez (2009). Por esta razão, a intervenção proposta nesta pesquisa concentrou suas atividades em dois dos agrupamentos citados: *a prevenção secundária* e *a potencialização primária*. Este foco foi escolhido em virtude das demandas das pacientes e do tempo estipulado para as intervenções. Os primeiros quatro encontros foram dedicados à *prevenção secundária*, a fim de amenizar os sintomas e o sofrimento já existentes por conta da doença crônica. Neste primeiro período, a intervenção utilizou técnicas prioritariamente da TCC, tais como tarefas de controle do estresse, resolução de problemas, técnicas de relaxamento e visualização, trabalho de crenças disfuncionais e psicoeducação (Bieling, Mc Cabe, & Antony, 2008; Caballo, 2003; Lipp, 2003). Os demais encontros tiveram como foco a *potencialização primária*, a fim de trabalhar com as pacientes aspectos positivos relacionados a sua saúde, como as forças pessoais e as emoções positivas. Por isso, a segunda parte da intervenção trabalhou prioritariamente com técnicas da Psicologia Positiva (Fredrickson, 2009; Seligman, 2004).

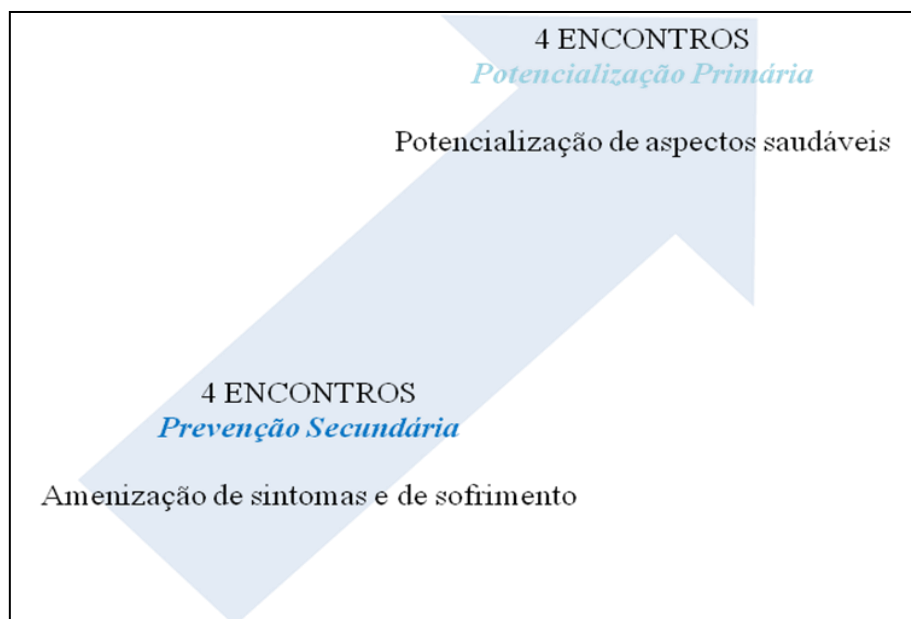


Figura 5. Estrutura dos encontros, baseada na categorização de intervenções de Snyder e Lopez (2009)

A intervenção não foi desenhada com foco apenas em aspectos específicos da miastenia gravis, mas no desenvolvimento de recursos positivos, como a identificação e o trabalho de forças pessoais, o treino de habilidades para lidar com estresse e problemas, o autoconhecimento e a mudança de pensamentos disfuncionais. Por isso, a intervenção proposta não está limitada apenas para uso com indivíduos portadores de miastenia gravis. Um breve resumo da estrutura de intervenção planejada é descrito nas Tabelas 3 e 4. O detalhamento de cada encontro será apresentado na seção seguinte.

Tabela 3

Estrutura dos Encontros da Intervenção

<i>Prevenção Secundária</i>	Encontro 1	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das pacientes • Apresentação da terapeuta e do programa • Expectativas e objetivos das pacientes com os encontros • Relaxamento • Entrega do material • Explicação das tarefas de casa – Diário
	Encontro 2	<ul style="list-style-type: none"> • Combinações finais • Conversa inicial • Retomada da tarefa de casa • Relaxamento com bolas de borracha • Exercício sobre Crenças Pessoais e Pensamentos Automáticos • Exercício de diferenciação entre situação, estado de humor e pensamento • Explicação da tarefa de casa – RPD • Exercício de visualização • Combinações finais
	Encontro 3	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Retomada da tarefa de casa • Superando as barreiras para poder pensar no futuro: Trechos do filme Duas Vidas • Troca de ideias sobre o filme • Explicação da tarefa de casa - Treinamento em Solução de Problemas • Combinações finais
	Encontro 4	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Retomada da tarefa de casa • Atividade sobre Estresse • Troca de ideias sobre estresse e maneiras de enfrentá-lo • Explicação da tarefa de casa - Treino de Controle do Estresse • Relaxamento e visualização • Combinações finais

Tabela 4

Estrutura dos Encontros da Intervenção (continuação)

	Encontro 5	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Retomada da tarefa de casa • Atividade sobre Forças Pessoais • Trabalho com Assinatura de Forças • Combinações finais
	Encontro 6	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Atividade sobre Forças Pessoais <ul style="list-style-type: none"> ○ Sabedoria e conhecimento ○ Humanidade • Combinações finais
<i>Potencialização Primária</i>	Encontro 7	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Atividade sobre Forças pessoais <ul style="list-style-type: none"> ○ Coragem – mesma atividade ○ Temperança - mesma atividade • Tarefa de casa – ZorBuddha
	Encontro 8	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa inicial • Retomada da tarefa de casa • Atividade sobre Forças pessoais <ul style="list-style-type: none"> ○ Justiça ○ Transcendência • Combinação de reencontro de confraternização • Despedida e avaliação da intervenção

Aplicação da intervenção e discussão das sessões

A intervenção proposta nessa pesquisa foi dividida em duas etapas: prevenção secundária e potencialização primária. Na fase de prevenção secundária, objetivou-se, prioritariamente, trabalhar estratégias para a amenização do sofrimento psíquico envolvido no contexto de doença crônica, principalmente aspectos relacionados ao estresse. Por essa razão, foram utilizadas, nos quatro primeiros encontros, técnicas da abordagem Cognitivo-Comportamental. Em algumas sessões, foram acrescentadas atividades do livro “A Mente Vencendo o Humor” (Greenberger & Padesky, 1999). O material oferece estratégias acessíveis de trabalhar aspectos cognitivo-comportamentais. Buscou-se realizar atividades que pudessem ser aplicadas em grupo, seguindo uma estratégia diferente da adaptação de protocolos individuais para o trabalho coletivo (Bieling, McCabe, & Antony, 2008). Na segunda etapa – potencialização primária – focou-se na identificação e na potencialização de aspectos positivos das pacientes, em especial o desenvolvimento de forças pessoais. Nessa fase, técnicas foram construídas a fim de trabalhar, no grupo, reflexões e estratégias sobre as potencialidades identificadas pelas pacientes. Durante todo o processo terapêutico,

técnicas de relaxamento e visualização foram incluídas, tendo em vista a eficácia desse tipo de atividade para redução de sintomas somáticos e psicológicos (Seers & Carroll, 1998). Essas técnicas foram criadas de acordo com o processo grupal e com o objetivo de trabalho de cada sessão. Todos os encontros também foram compostos por momentos de diálogo aberto, tendo em vista a necessidade e o interesse apresentados pelas pacientes por troca de experiências e de conhecimento sobre a doença. Na maioria das sessões, eram propostas tarefas de casa vinculadas ao que havia sido trabalhado naquele encontro. As tarefas de casa objetivavam otimizar o tempo dos encontros e estender as reflexões sobre os temas propostos para além do período disponível em grupo.

Participaram da intervenção terapêutica cinco mulheres, com idades entre 20 e 53 anos, diagnosticadas com miastenia gravis e em atendimento em um hospital de Porto Alegre (ver descrição dos casos no Capítulo III). Os encontros foram realizados em uma sala de aula do hospital em um dia da semana que as participantes costumavam marcar suas consultas médicas. Essas medidas foram tomadas a fim de facilitar o acesso da pacientes à intervenção. Das cinco participantes, duas compareceram a todos os encontros e as demais se ausentaram em dois encontros. Os motivos citados pelas pacientes foram complicações no quadro de saúde, cuidado com os filhos e dificuldade de locomoção. As sessões foram coordenadas pela pesquisadora desta dissertação, que possui conhecimento e habilitação para a intervenção clínica proposta. Os encontros foram inicialmente gravados. Entretanto, este material não pôde ser utilizado na pesquisa, em virtude do barulho excessivo no ambiente hospitalar que impossibilitou a transcrição dos dados. Por essa razão, a avaliação do processo de construção e aplicação do modelo foi realizada a partir de registros da terapeuta ao longo dos encontros, além das impressões gerais das pacientes, oferecidas nas entrevistas pós-intervenção e de *follow up*.

Prevenção Secundária

Primeiro encontro

No primeiro encontro, as participantes foram recebidas pela terapeuta, que se apresentou e, resumidamente, explicou os objetivos e a estrutura da intervenção, as fundamentações teóricas para a proposição do modelo de intervenção, em especial os preceitos da Psicologia Positiva e o papel ativo das participantes no processo terapêutico. As pacientes também tiveram um momento de auto-apresentação, no qual expuseram suas rotinas, planos, características pessoais, relações interpessoais, conquistas e demais temas que tinham interesse em compartilhar. Além disso, cada participante apresentou suas motivações e objetivos para participarem do programa, além das expectativas que tinham

sobre a intervenção. Foi conduzida, então, uma técnica de relaxamento e percepção corporal, a fim de que as pacientes pudessem sentir a integralidade de seu corpo e aliviar as tensões do dia. A técnica foi acompanhada por uma música específica para relaxamento.

“Fechem os olhos, escutem a música, respirem bem tranquilamente. Agora vamos relaxar a cabeça, os ombros, os braços, as pernas, os pés. Fiquem bem soltinhas na cadeira, respirem tranquilamente. Quero que vocês sintam cada parte do corpo de vocês, começando pelos pés, mexendo bem devagar. Vão sentindo as pernas de vocês bem relaxadas, o tronco, os braços, sintam as mãos de vocês, o pescoço, o couro cabeludo. Agora eu quero que vocês criem uma imagem de vocês, que vocês se enxerguem num espelho, de corpo inteiro. Quero que vocês registrem na memória. Que vocês tenham tempo, tempo pra vocês. Olhem para cada parte do corpo de vocês, se vocês gostariam de mudar alguma coisa, o que vocês poderiam fazer pra mudar. Fiquem somente olhando para essa imagem, sentindo amor por essa imagem. Olhem para todo o corpo, desde os pés até a cabeça. Esse corpo é um presente pra vocês. O corpo que vocês ganharam. Ele é único, só de vocês, oriundo de cuidados, mas principalmente de amor. Agora registrem na memória de vocês tudo o que vocês sentiram com essa experiência, e vão esticando aos pouquinhos os pés, as mão, as pernas, a cabeça. Quando quiserem, podem abrir os olhos.”

A terapeuta entregou às pacientes uma pasta contendo folhas em branco para anotações, uma caneta, um bloco (utilizado posteriormente para a tarefa de casa) e um CD com as músicas utilizadas durante as técnicas de relaxamento. O objetivo era estimular as pacientes a praticarem o relaxamento também em casa. Após isso, partiu-se para a explicação da tarefa de casa. Foram dadas instruções para que cada participante transformasse o bloco que receberam em um diário. Poderiam fazê-lo da forma como preferissem se expressar (escrita, colagem, desenho, bordado). O objetivo da atividade foi criar um espaço no qual as pacientes pudessem expressar o que quisessem, podendo mostrar ao grupo ou não. Por fim, foram conduzidas combinações finais sobre a próxima sessão e sobre deslocamento das pacientes.

As pacientes, no primeiro encontro, demonstraram interesse em participar e motivação para a troca de experiências entre pessoas portadoras da mesma patologia. Nessa sessão, as participantes se mostraram surpresas com a técnica de relaxamento, mas

avaliaram positivamente. A entrega de materiais, em especial o CD com músicas para relaxamento e o bloco para confecção do diário, também instigou interesse. O encontro, que tinha como objetivos principais passar informações iniciais sobre o andamento da intervenção e um momento de descontração, pareceu ter cumprido sua tarefa.

Segundo encontro

A segunda sessão iniciou com um diálogo aberto entre as participantes, espaço para conversar sobre a semana, eventos particulares, temas de interesse, informações sobre miastenia gravis, entre outros. Retomou-se a tarefa de casa, onde as participantes expuseram sua experiência de construção do diário e suas opiniões sobre a técnica. Caso quisessem, poderiam mostrá-lo ao grupo.

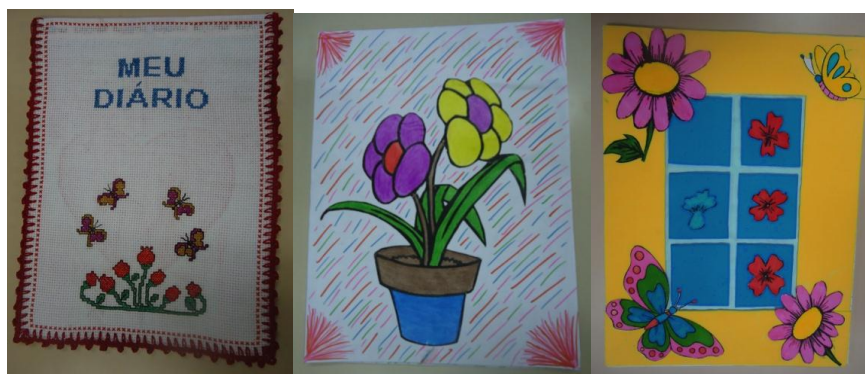


Figura 6. Amostra de diários produzidos pelas pacientes

A terapeuta então conduziu uma técnica de relaxamento e percepção corporal, a fim de que as pacientes pudessem sentir a integralidade de seu corpo e aliviar focos de tensão. A técnica foi acompanhada por uma música específica para relaxamento.

“Então vamos sentir a bolinha, vamos passar a bolinha, com a mão, no braço, tentem ir relaxando os músculos, tirando as tensões. Deixem fluir por todo o corpo. Prestem atenção no corpo de vocês. Passem em um braço, no outro. Passem nas pernas, vamos relaxar. Vamos colocar a bolinha no chão, coloquem a bolinha embaixo de um pé, façam uma massagem. No outro pé. Coloquem entre os pés, nas plantas.”

Em seguida, foi introduzido um exercício sobre crenças pessoais e pensamentos automáticos (Anexo A). O material sobre esse tema foi lido em conjunto com as pacientes e, após compreendido, preenchido por elas, com auxílio da terapeuta. Esta tarefa tinha como objetivo apresentar o tema e iniciar o processo de percepção dos próprios pensamentos automáticos. Também foi estimulado o debate em grupo, a fim de problematizar o assunto e trocar experiências. Ao final, uma atividade individual de compreensão dos temas relacionados, inspirada no livro “A Mente Vencendo o Humor” (Greenberger & Padesky, 1999, p. 20) foi conduzida pela terapeuta. Também foi aplicado um exercício de diferenciação entre situação, estado de humor e pensamento (Anexo B). Uma lista de palavras e frases, retirada do livro “A Mente Vencendo o Humor” (Greenberger & Padesky, 1999, p. 45) foi entregue para as participantes. Esta atividade foi realizada em grupo, com troca de ideias e discussão de opiniões. A tarefa tinha o objetivo de introduzir a diferença entre situação, estado de humor e pensamento para que, mais tarde, as pacientes pudessem preencher o Registro de Pensamentos. Após isso, a tarefa de casa foi explicada. Tratava-se de um Registro de Pensamentos Disfuncionais, através do qual as participantes poderiam treinar a identificação e o monitoramento de pensamentos disfuncionais. As pacientes receberam um modelo do Registro de Pensamentos e um exemplo de preenchimento (Anexos C e D), ambos retirados do livro “A Mente Vencendo o Humor” (Greenberger & Padesky, 1999, p. 38-39). A terapeuta explicou-lhes a atividade e alguns exemplos em conjunto foram levantados para verificar a compreensão das participantes sobre a tarefa. Combinou-se que todas trariam o Registro de Pensamentos Disfuncionais preenchido na próxima sessão, contendo alguma situação que vivenciaram ao longo da semana. Por fim, foi conduzida uma técnica de relaxamento e visualização. A técnica trabalhou, de forma visual, auto e heteropercepção, aspectos mobilizadores do passado, expectativas e planos para o futuro e auto-aceitação do corpo.

“Agora relaxem na cadeira, fechem os olhos. Respirem bem fundo. Soltem o ar, encham os pulmões, soltem devagar. Sintam o corpo na cadeira. Sintam os músculos de vocês relaxados, os músculos das pernas, dos braços, do pescoço. Percebam o corpo de vocês. Se tem algum lugar que ainda está tenso. Enviem um comando para relaxar. Nós vamos fazer agora um passeio. Nós vamos fazer uma caminhada por uma floresta. Então imaginem essa floresta e vocês entrando nela. Percebendo todas as sensações que ela traz para vocês. Observem o que tem ao redor. Como são as árvores, se tem animais, como é o caminho que vocês estão trilhando.”

Quais são as cores. Percebam a terra onde vocês estão pisando, que cor ela é. E continuem o caminho. Vocês vão caminhar e vão encontrar um arroio. Uma água bem clara, bem transparente. Vocês vão olhar para essa água e enxergar o próprio rosto de vocês. Quando vocês enxergarem o rosto de vocês, vocês vão enxergar como vocês se veem. Como vocês se sentem. Agora a água vai se modificando, vai dando outra imagem para vocês. E vai mostrar o passado de vocês. Ai vocês vão enxergar imagens do passado de vocês, o que marcou vocês, o que foi bom, o que não foi tão bom assim, o que vocês gostariam que fosse diferente. Olhem para essa água com o passado de vocês e guardem na memória tudo isso que vocês estão vendo. Agora a água vai modificar de novo. E vai mostrar imagens do futuro de vocês, como vocês enxergam o futuro de vocês. O que vocês querem que aconteça no futuro de vocês, como vai estar o corpo de vocês, a vida de vocês, quais são os sonhos de vocês. E agora a água vai modificar de novo e vai mostrar o rosto de vocês novamente. Como vocês se veem. Agora pensem em como os outros veem vocês. Percebam a imagem que aparece na água. Guardem isso na memória. E agora pensem o que vocês gostariam de mudar nessa imagem. Como vocês realmente se amam, como vocês querem ser. Agora olhando para essa imagem de vocês mesmas, e sentindo paz, sentindo amor por essa imagem, levem essa imagem na mente de vocês e voltem pelo caminho que vocês fizeram, devagar, observando o que tem ao redor. E continuando a sentir a paz, a vontade de viver, o amor por si mesmo. Agora que vocês voltaram pelo caminho, vamos voltando para a sala. Mexendo os braços, as pernas, abrindo os olhos.”

Os últimos momentos do encontro foram direcionados à avaliação das participantes sobre as atividades propostas, espaço no qual as participantes puderam oferecer um *feedback* à terapeuta sobre o andamento da intervenção. Além disso, foram realizadas combinações sobre a próxima sessão.

Esse encontro revelou a importância dada pelas pacientes para o diálogo aberto, sugerindo que esse momento se estendesse mais, o que foi reavaliado para os encontros seguintes. As técnicas de relaxamento e visualização foram bem avaliadas, e as pacientes demonstraram menos ansiedade e maior atenção no momento presente. O exercício

proposto sobre diferenciação de pensamentos, estados de humor e pensamento pareceu ser bem compreendido pelas pacientes, que não precisaram de muito auxílio da terapeuta e gerou uma troca produtiva entre as participantes. Já a tarefa de casa - o Registro de Pensamentos – levantou maiores questionamentos entre as pacientes. Seria interessante que essa atividade pudesse ser, em um primeiro momento, feita durante o encontro, a fim de preparar melhor as pacientes para o preenchimento do registro em casa.

Terceiro encontro

O terceiro encontro iniciou com um diálogo aberto entre as participantes. Retomou-se, a partir disso, a tarefa de casa proposta – o Registro de Pensamentos. As pacientes contaram sobre suas experiências para preencher o registro e esclareceram dúvidas sobre isso. Também puderam compartilhar momentos que as impactaram durante a semana, referindo o que sentiram e os pensamentos que identificaram. Após isso, foram apresentados alguns trechos do filme *Duas Vidas* (Walt Disney Pictures, 2000). Este filme foi selecionado tendo em vista as reflexões instigadas pela obra relativas aos desafios do passado e às perspectivas de futuro. Tratou-se de uma estratégia visual que levantasse a troca de ideias sobre planos, sonhos, limitações e superação. Após uma breve introdução sobre o filme feita pela terapeuta, foram reproduzidos os capítulos dois, três, quatro, sete e oito da obra. Ao final, a terapeuta motivou um diálogo sobre o filme, conectando às vidas das pacientes: limites, barreiras superadas e a superar, objetivos, sonhos, planejamentos e estratégias de superação. A partir das discussões levantadas, a terapeuta explicou a tarefa de casa – o Treinamento em Solução de Problemas (Anexo E). O material sobre resolução de problemas, inspirado em Nezu e Nezu (1999), foi entregue a todas as pacientes e lido em grupo. A terapeuta explicou de que forma as participantes preencheriam o material, escolhendo uma situação a superar ocorrida ao longo da semana. Após escolhida a situação, as pacientes teriam que elaborar uma estratégia de resolução, encarando o problema de forma objetiva. Novamente, por fim, fez-se combinações gerais sobre a próxima sessão.

A tarefa de casa proposta no encontro anterior – o Registro de Pensamentos – não teve uma boa adesão entre as participantes. Isso pode ter ocorrido por dúvidas que tiveram no preenchimento. De qualquer forma, sugere-se, em edições futuras da intervenção, trabalhar o questionamento de pensamentos automáticos disfuncionais de maneira mais descontraída e de fácil compreensão, tendo em vista as particularidades de trabalhar este

tipo de tema em grupo. O filme *Duas Vidas* possibilitou às pacientes uma produtiva troca de percepções e vivências relacionadas aos seus planos pessoais e as limitações para atingi-los. No entanto, um dos entraves para um melhor andamento da tarefa foi a estrutura da sala de aula – cadeiras desconfortáveis e barulho excessivo do hospital. A explicação sobre a tarefa de casa seguinte não gerou muitas dúvidas, e as que surgiram foram esclarecidas. Entretanto, a terapeuta sentiu falta de um período maior de tempo para iniciar um diálogo sobre problemas já vivenciados pelas pacientes e quais foram as estratégias de enfrentamento. Visto que as participantes são portadoras da mesma patologia, é provável que algumas delas relatariam problemas semelhantes, e as demais colegas de grupo poderia auxiliar na formulação ou reestruturação da estratégia de enfrentamento e resolução de problema. Tentou-se contornar a situação do pouco tempo para troca de experiências no encontro seguinte.

Quarto encontro

A quarta sessão iniciou com um diálogo aberto entre as participantes, espaço para que pudessem expor vivências e dúvidas. Foi retomada a tarefa de casa proposta na semana anterior. As pacientes puderam compartilhar a situação que escolheram – problema a ser trabalhado – para a formulação de uma estratégia de enfrentamento – resolução. Também receberam dicas de outras participantes para a resolução do problema. Após isso, foi introduzido o tema do estresse, iniciado com uma breve explicação do construto (Anexo F). Um material explicativo sobre estresse, baseado em Lipp (2003), foi entregue às participantes e lido em conjunto. Durante essa tarefa, as pacientes puderam esclarecer dúvidas sobre o tema e trocar ideias sobre formas de enfrentamento. Seguindo a mesma proposta, a terapeuta explicou a tarefa de casa, relacionada ao Treino de Controle do Estresse (Anexo G), inspirado em Lipp (2003). O objetivo da atividade era motivar as pacientes a refletirem sobre eventos estressores e como poderiam criar estratégias para reduzir ou eliminar o estresse frente a eles. Para a construção de uma estratégia, considerou-se aspectos físicos e cognitivos (relaxamento, atividade física, alimentação e reestruturação cognitiva – crenças), de acordo com pontos trazidos por Lipp (2003). Ao final, a terapeuta conduziu uma técnica de relaxamento e visualização. A técnica, além de promover relaxamento e diminuição da ansiedade, objetivou o enfrentamento de situações desafiadoras e formulação de estratégias de resolução através de metáforas.

“Fechem os olhos. Encham os pulmões, depois soltem. Respirem profundamente, tranquilamente. Agora relaxem os pés, deixem-nos bem

molinhos. As pernas, os braços, a cabeça, os ombros. Sintam o corpo de vocês bem pesado na cadeira, bem relaxado. Percebam que todo o corpo de vocês está relaxado. Agora se concentrem só na atividade. Deixem o corpo de vocês na cadeira. Respirem fundo. Sintam a música. Sintam a calma, tranquilidade. Agora pensem num lugar que vocês gostariam de estar. Um lugar calmo, um lugar sereno. Olhem para esse lugar, e sintam o que faz bem pra você. Agora quero que vocês caminhem, vocês vão encontrar uma trilha no caminho. Vocês vão caminhando. E logo vocês vão ver, lá no final do caminho, um muro muito alto. E vocês vão chegar perto desse muro e o muro parece muito mais alto. Agora eu quero que vocês vejam nesse muro uma imagem daquilo que tem incomodado vocês. Observem essa imagem como se vocês estivessem assistindo a uma TV. O que está acontecendo? E agora observando o que tem incomodado vocês, eu quero que vocês pensem em como vocês vão lidar com isso. O que vocês podem fazer para deixar melhor essa situação. E a partir do momento que vocês conseguirem deixar melhor essa situação, esse muro vai se desmanchando, e as pedras dele vão caindo. O muro vai ficando cada vez menor e fica tão pequeno, que vocês podem pular por cima dele. E aí vocês vão continuar o caminho de vocês, vão seguir caminhando por esse lugar que vocês gostam, que faz bem pra vocês. Que enche vocês de energia, de alegria, onde sentem uma alegria muito forte no peito de vocês. Com toda essa energia, com toda essa força, revitalizadas, vocês vão voltar pra casa e vão voltando aqui pra sala também. Mexendo o corpo, abrindo os olhos.”

O encontro finalizou com um diálogo sobre as atividades realizadas na sessão, além de combinações gerais para a próxima sessão. Grande parte do quarto encontro foi direcionado para o diálogo aberto e para a troca de experiências sobre a tarefa de casa anterior, sobre resolução de problemas. Dessa forma, pouco tempo foi investido para o trabalho sobre estresse. Mesmo assim, as pacientes puderam trazer eventos estressores pessoais, e algumas fizeram relação do estresse com o aparecimento dos sintomas de miastenia gravis. Sugere-se que este assunto seja abordado em grupo de outras formas além da construção de um material gráfico e do diálogo, potencializando o trabalho. A técnica de relaxamento e visualização, que objetivava trabalhar a superação de barreiras de forma mais lúdica, pareceu ter resultados positivos entre as participantes, apesar da dificuldade de uma das integrantes em se concentrar na atividade.

Potencialização Primária

Quinto encontro

A quinta sessão iniciou com um diálogo sobre questões e vivências trazidas pelas pacientes. Retomou-se a tarefa de casa proposta na semana anterior, e um debate sobre situações de estresse e controle sintomatológico frente a esses eventos. Também foram esclarecidas dúvidas sobre o preenchimento da tarefa, a qual poderia ser uma ferramenta para inoculação de estresse em outros momentos. Neste encontro, foram introduzidos alguns conceitos da Psicologia Positiva, em especial o tema forças pessoais. A terapeuta explicou que, a partir do presente encontro, seriam trabalhadas as forças pessoais, explicando o conceito a partir dos estudos de Peterson e Seligman (2004). A partir disso, foi entregue um material explicativo sobre cada força (Anexo H): uma lista com as 24 forças pessoais identificadas por Peterson e Seligman (2004), juntamente com a tradução dos conceitos de cada uma, de acordo com o sistema de classificação VIA. As participantes também receberam sua assinatura de forças, ou seja as cinco forças mais pontuadas de acordo com o instrumento VIA-IS aplicado no período pré-intervenção. Juntamente a cada força, uma tarefa escrita sobre a forma como as participantes identificavam cada uma das forças em seu dia-a-dia foi realizada. A atividade levantou questionamentos, exemplos de experiências, trocas de opiniões e percepções. Ao final do encontro, considerações pertinentes para a próxima semana foram tratadas.

O quinto encontro foi bastante preenchido pelo diálogo aberto, muito valorizado pelas pacientes, e pela retomada do tema estresse. Visto que o encontro anterior não supriu todas as demandas desse assunto, sugere-se que as próximas edições da intervenção direcionem maior espaço para a troca de vivências estressoras e estratégias de inoculação do estresse. Tentou-se, ao falar sobre Psicologia Positiva, não se ater à linguagem acadêmica, trazendo o tema de forma mais acessível às participantes. O material entregue pareceu auxiliar nessa tarefa. O trabalho com a assinatura de forças instigou a curiosidade das participantes, e houve uma troca de opiniões sobre a identificação ou não das forças mais pontuadas entre elas. A tarefa de identificação de cada força no seu dia-a-dia produziu um diálogo pertinente entre as pacientes.

Sexto encontro

No sexto encontro, as pacientes iniciaram um diálogo aberto sobre vários temas de interesse, como habitualmente estava sendo feito. A partir desta sessão, o trabalho

específico sobre cada agrupamento de forças – virtudes (Peterson & Seligman, 2004) – foi realizado. Para iniciar, foram abordadas forças dos grupos *Sabedoria e Conhecimento* e *Humanidade*. As pacientes receberam a descrição das forças referentes a cada agrupamento e foram orientadas a escolher, dentre elas, uma que gostariam de desenvolver em cada grupo. A partir da escolha, a ficha (Anexo I) foi preenchida individualmente, com troca de ideias coletivamente, a fim de identificar a presença dessa força no dia-a-dia da paciente e de estruturar uma estratégia para a potencialização desta. A mesma tarefa foi realizada para cada um dos agrupamentos de forças propostos no dia. Após isso, foi solicitado para que, no encontro seguinte, as pacientes trouxessem materiais produzidos por elas a partir de suas atividades de lazer, visto que a maioria estava engajada em trabalhos manuais e gostaria de mostrar às demais participantes. O objetivo era o compartilhamento das atividades que geravam prazer, possibilitando aproximação entre as pacientes e reconhecimento de suas potencialidades. Ao final, combinações relativas ao próximo encontro foram realizadas.

O exercício sobre forças que gostariam de desenvolver em cada agrupamento gerou uma série de dúvidas, em especial sobre de que forma a percebiam em seu dia-a-dia. Por terem que escolher uma força a ser melhor desenvolvida, as participantes, de imediato, entenderam que esta força não poderia ser vista em seu cotidiano pela sua inexistência. Entretanto, a troca de ideias fez com que pudessem entender que todas as forças poderiam estar presentes de alguma forma, mesmo que elas não estivessem satisfeitas com sua aplicação. A identificação no dia-a-dia de forças que poderiam ser desenvolvidas objetivava desmistificar a ideia da força como um traço, abordando os preceitos que Peterson e Seligman (2004) estudaram sobre a existência, em maior ou menor grau, das 24 forças em todos. A tarefa de trazer materiais produzidos pelas pacientes no próximo encontro partiu do interesse delas em compartilhar o que faziam em suas atividades de lazer. Achou-se pertinente oferecer este espaço, visto que estariam mostrando às colegas de grupo algumas expressões de si mesmas – tal como o diário – e do que trazia prazer a elas.

Sétimo encontro

A sétima sessão também foi iniciada com um diálogo aberto entre as participantes, momento de troca de experiências e esclarecimento de dúvidas sobre a miastenia gravis. A atividade envolvendo os agrupamentos de forças pessoais foi continuada, sendo as virtudes trabalhadas nesse encontro a *Coragem* e a *Temperança*. Novamente, as pacientes receberam as forças referentes a esse agrupamento (virtude) e foram orientadas a escolher, dentre elas, uma que gostariam de desenvolver. A partir da escolha, a ficha (Anexo I) foi

preenchida, a fim de identificar a presença dessa força no dia-a-dia da paciente e de estruturar uma estratégia para a potencialização desta. O mesmo foi aplicado para as duas virtudes referidas. Durante o preenchimento do material entregue, houve troca de ideias e opiniões entre as participantes sobre o tema. Concluída a atividade, foi explicada a última tarefa de casa. O exercício ZorBuddha (Anexo J) foi apresentado às participantes como uma possibilidade de continuidade mesmo após o término dos encontros. O ZorBuddha é uma ferramenta desenvolvida por Gaspar (2009), a partir de pesquisas de diferentes autores sobre o desenvolvimento de aspectos saudáveis do ser humano. A técnica se propõe a ser um diário que possibilita maior consciência e discernimento de suas práticas e preferências cotidianas, oferecendo uma imagem do seu dia para possíveis reflexões e potencializações. O criador da ferramenta sugere o uso diário durante 90 dias, a fim de instaurar um hábito mental saudável. Entretanto, nesse programa, foi oferecida às pacientes uma amostra de uma semana, com a possibilidade de continuação caso se adaptem à técnica. O instrumento está disponível gratuitamente em português e inglês através do site www.zorbuddha.org. Por fim, as participantes mostraram ao grupo seus trabalhos manuais, conforme combinado na sessão anterior. Foi um momento de descontração do grupo, mas mostrou-se também terapêutico, já que as participantes puderam reconhecer, entre elas, aspectos positivos, fortalecendo o vínculo entre elas e a auto-eficácia de cada uma.



Figura 7. Trabalhos manuais produzidos por pacientes do grupo

A atividade sobre forças pessoais e estratégias para o desenvolvimento das mesmas levantou menos questionamentos nessa sessão, visto que as pacientes já haviam realizado a tarefa na semana anterior. Apesar de isso ser um ponto positivo, evidenciou-se que as participantes ficaram, de certa forma, incomodadas em ter que realizar a atividade novamente, mesmo que com forças diferentes. Para as próximas edições da intervenção,

seria importante pensar em estratégias diferentes para o trabalho de forças pessoais, a fim de motivar as participantes no engajamento da tarefa. Mesmo assim, a troca de opiniões sobre a aplicação das forças no cotidiano foi produtiva. A proposição do ZorBuddha como uma ferramenta para tornar hábito o desenvolvimento de pensamentos saudáveis e afetos positivos poderia, na visão da terapeuta, ter sido inserida mais cedo no programa de intervenção. A utilização da técnica durante algumas semanas poderia ter otimizado o desenvolvimento de forças pessoais, mesmo que este não seja objetivo prioritário da atividade. Tendo em vista que algumas pacientes não estavam cumprindo as tarefas de casa solicitadas, seria pertinente trazer esta ferramenta para uso ao longo das sessões, instaurando, inicialmente, o hábito a partir dos encontros com o grupo para depois ser acrescentado na rotina das participantes. A mostra de produtos feitos pelas pacientes em seus momentos de lazer promoveu um momento saudável de descontração, aliança no grupo e motivação entre as participantes para a busca de atividades que gerem bem-estar.

Oitavo encontro

O oitavo e último encontro também foi iniciado com um diálogo aberto entre as participantes, sobre situações do seu cotidiano e outros temas de interesse. Foi retomada a tarefa de casa – ZorBuddha – e as pacientes puderam relatar como foi o preenchimento da atividade, além de expressar suas opiniões sobre isso. Neste encontro, foram trabalhados os últimos agrupamentos de forças pessoais, a *Justiça* e a *Transcendência*. As pacientes receberam as forças referentes a cada agrupamento e foram orientadas a escolher, dentre elas, uma que gostariam de desenvolver. A partir da escolha, a ficha (Anexo I) foi preenchida, a fim de identificar a presença dessa força no dia-a-dia da paciente e de estruturar uma estratégia para a potencialização desta. Um debate sobre o tema entre as participantes também foi motivado, a fim de que trocassem ideias sobre a aplicação das forças no seu cotidiano e de que forma poderiam ampliá-las. Ao final, as participantes demonstraram interesse em realizar um encontro de confraternização na semana seguinte, para que pudessem ter mais um momento de trocas e para que pudessem se despedir. A terapeuta concordou em organizar a confraternização. O último momento do encontro foi direcionado para uma avaliação geral das pacientes sobre o processo de intervenção. Elas puderam apontar críticas e realizar sugestões para as próximas edições.

Percebeu-se que as pacientes não apresentaram adesão à tarefa de casa, sendo pertinente pensar na introdução da atividade ao longo dos encontros, formando o hábito do preenchimento em conjunto. As participantes, na atividade sobre forças pessoais,

continuaram a troca de ideias sobre a aplicação e a identificação das forças trabalhadas em seu cotidiano. Entretanto, a tarefa escrita poderia ter sido trabalhada de formas diferentes, para que não se tornasse repetitiva. O interesse das pacientes em organizar uma confraternização final demonstrou uma avaliação positiva sobre os encontros e a relevância dada pelas participantes às novas relações interpessoais estabelecidas. As participantes também puderam expressar suas opiniões e críticas sobre a intervenção.

Discussão da aplicação do modelo e proposição de mudanças

Para uma discussão detalhada sobre o modelo de intervenção proposto, partiu-se da importância de uma avaliação sistemática de intervenções sociais (ver Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Esta avaliação permite o aperfeiçoamento de tecnologias sociais mais eficazes para o cumprimento do objetivo da prática.

Segundo Khandker et al. (2010), existem três grandes tipos de avaliação de intervenção: avaliação operacional, de processo e de impacto ou de efeito. Nesta pesquisa, priorizou-se aspectos da avaliação operacional e de processo, a fim de aprimorar a discussão sobre a aplicação do modelo. A avaliação de processo permite identificar os aspectos positivos e negativos da intervenção, esclarecendo de que forma o programa foi implementado. A avaliação de processo está focada em explorar a satisfação dos participantes quanto à intervenção, permitindo a observação de forças e limitações do modelo (Khandker et al., 2010). Por essa razão, a primeira etapa de análise dos dados sobre a aplicação da intervenção foi baseada em um tópico da avaliação de processo: a satisfação das participantes quanto à prática. As informações obtidas com entrevistas pós-intervenção e após seis meses do término dos encontros – *follow up* – permitiram identificar as impressões das pacientes sobre o modelo de intervenção, críticas e sugestões sobre as propostas e contribuições percebidas a partir da participação nas sessões (Tabelas 5 e 6). Já a avaliação operacional busca identificar se a aplicação do programa se desenvolveu de acordo ao que estava planejado, segundo seus objetivos, indicadores e metas. Este tipo de avaliação pode se embasar em entrevistas com os participantes do programa, bem como a partir de impressões feitas pelos profissionais responsáveis pela execução. A coleta dessas informações permite a comparação entre o executado e o planejado, podendo avaliar as diferenças e propor modificações (Khandker et al., 2010). Verificou-se que a estrutura planejada do modelo de intervenção foi contemplada em sua aplicação. Entretanto, algumas modificações foram propostas, a partir de informações obtidas por relato e observações. A impressão da terapeuta sobre o processo de aplicação e as observações – de participantes e profissional – realizadas ao longo dos encontros subsidiaram a estruturação

de uma avaliação operacional. Nesse sentido, foram listadas as atividades propostas no modelo e, a partir da aplicação delas, foram levantados aspectos positivos e negativos de cada uma. Esta organização permitiu a reformulação de algumas técnicas que se mostraram falhas, propondo uma calibragem do modelo para futuras pesquisas e intervenções (Tabelas 7, 8, 9 e 10). A adesão das participantes aos encontros e às tarefas também foram indicativos para a proposição de modificações.

Tabela 5

Avaliação da Intervenção e da Equipe pelas Participantes

Participante	Avaliação da intervenção e da equipe	
	Pós-teste	Follow up
Ivone	“Achei muito interessante, me ajudou bastante, saber que tem outras pessoas como eu, fiz amizades e vi que estou muito bem em comparação com algumas e de ter servido de exemplo para outras pessoas.”	“Estava meio achando que era só eu, ficava meio para baixo, vi que tinha pessoas pior que eu, isso me deixou animada por ter superado bem a doença.” “[...] E a Bruna, ela é um amor.”
Luísa	“Foi bom, aprendi com as outras pessoas, sei que elas aprenderam comigo também. Conheci pessoas maravilhosas, que foram inspiradoras para realizar coisas no futuro e também fiquei esperançosa de ver que algumas pessoas melhoraram quanto à miastenia.”; “Tinha a expectativa de que seria mais informativo, mas como foi, foi bom. Achei que fôssemos aprender a lidar melhor com a miastenia, e no pensar e falar aprendemos, mas na prática segue como está, com as dificuldades da doença.”	“[...] eu aprendi coisas novas e conheci pessoas novas, tá valendo.”
Tatiana	“Foram bem interessantes, para conhecer gente nova, trocar experiências, até vou visitar.”	“Foi bom que nos encontros eu vi pessoas que conseguiam se comunicar muito bem e que conseguiram superar a doença, sabe?” “Tudo foi bom. [...] o penúltimo encontro, que a gente se despediu e cada um levou o que queria fazer, foi muito legal. Os temas de casa também. O diário, eu nunca escrevi, mas usei de outras formas.”
Noemi	“Foi muito bom, valeu bastante, poderia ter mais, a Bruna é um amor. A gente conheceu pessoas, a Tatiana vai dia 19 visitar a Ivone.” “Conhecer pessoas que tinham o mesmo problema, trocar experiências, isso foi muito bom pra mim e para a Tatiana, porque até então achava que era só eu e ela.”	“O encontro foi bem bom porque a gente via que não somos só nós quem tem a doença, né, tem pessoas piores e outras melhores. Me ajudou bastante também ver como outras pessoas enfrentam a doença.” “O carinho que fomos tratados pela Bruna e pelo Lucas, né. Sempre conversando, nos ouvindo, rindo... A confiança neles foi o que mais me marcou, sabe? Porque com o médico é diferente. A gente chega lá, fala o que ta sentindo e logo ele dá um remédio, não quer saber muito. Com a Bruna e o Lucas não, tinha uma segurança.”
Mara	“Muito boas, eu gostei, não se puxa item por item, se analisa o todo [...] eu adquiri conhecimento que nos livros a gente não encontra. Gostei de ver posturas, no meu caso serviu para reafirmar posturas.” “Eu notava, não por culpa da Bruna, que os focos que a Bruna colocava eram dispersados pelos demais, acho que seria melhor explicitar a pergunta e o que se quer saber.”	“ Eu percebi nos encontros que tem pessoas que sofrem menos, outras que sofrem mais, mas não somos únicas. A gente é feliz e não sabe.” “Sabe, são poucos os conhecimentos sobre a miastenia e eu acho que tudo que houver para melhorar, para que as pessoas conheçam melhor a doença, é ótimo.”

Tabela 6

Contribuições Percebidas pelas Pacientes sobre a Intervenção

Participante	Contribuições percebidas	
	Pós-teste	Follow up
Ivone	<p>“Me senti mais entusiasmada para me auto-analisar e me encorajar mais em geral.”; “[...] tinha vontade de saber das outras pessoas e em como estavam e como eu estava e me senti bem. Assim pude aceitar bem a MG, o que ajuda no tratamento, a não resistir.”</p>	<p>“[...] vi que tinha pessoas pior que eu, isso me deixou animada por ter superado bem a doença.”; “[...] fiz novas amizades, a gente mantém contato.”; “De ver pessoas que estão pior que eu e de pessoas que estão de alto astral como a Leila, ela me da força e eu dou força.”</p>
Luísa	<p>“Não mudei meu jeito, nem nada físico, mas conhecer as pessoas que tinham isso foi bom.”</p>	<p>“[...] conheci pessoas legais, se não tivesse ido não teria conhecido, mas na doença não mudou.”; “ eu aprendi coisas novas e conheci pessoas novas ... tá valendo, eu sou a mesma pessoa de antes.”; “Deixa eu só pensar, pensar antes de tomar uma atitude, antes de tomar uma decisão, isso é uma coisa que eu faço ainda.”</p>
Tatiana	<p>“A Ivone até comentou que eu era muito fechada, que eu não aceitava a doença. Depois eu fiquei mais comunicativa, eu aprendi a conviver com a doença, mas não aceito.”</p>	<p>“Eu não era muito comunicativa. Depois eu comecei a me comunicar mais. Energia [...] agora acho que eu to mais.”; “Acho que to melhor. Agora consigo me comunicar melhor com as pessoas”; “[...] comecei a sair, antes eu não saía de casa. Converso mais.”; “Fiquei mais motivada a voltar a estudar. Vi que tinham pessoas que estavam fazendo cursos e me motivei.”; “Pra mim é bom, a gente fez amizade e conversa bastante”; “Acho que meu relacionamento em casa ficou melhor. Antes eu já chegava em casa muito irritada. Agora eu tento ficar mais calma.”</p>
Noemi	<p>“Senti bastante mudança, a autoconfiança mudou, a gente vê que tem mais gente que passa por isso, que tem bastante gente que não pode sair.”; “Conhecer pessoas que tinham o mesmo problema, trocar experiências, isso foi muito bom pra mim e para a Tatiana, porque até então achava que era só eu e ela.”</p>	<p>“Eu tava menos confiante. Melhorou bastante.”; “Me ajudou bastante também ver como outras pessoas enfrentam a doença. Aqui em casa somos duas miastênicas, então eu tinha meio que perdido a confiança na gente, de que a gente pudesse sair sozinha, fazer as coisas sozinhas.”; “Sim, antes eu não fazia quase nada. Agora to mais disposta, tenho confiança.”; “É bom porque a gente troca ideias, conversa sobre o que uma pode ou não pode. Sim, o grupo foi bom porque a gente conheceu pessoas bem legais, que também tem a doença, e que vivem com ela numa boa. Com a família melhorou. Acho que como a gente passou a entender melhor, nós chegávamos em casa e explicávamos o que a gente aprendeu e com isso eles passaram a entender melhor também.”; “Com o meu trabalho [...] fiquei mais confiante. Eu consigo fazer!”</p>
Mara	<p>“Me senti mais forte em relação a miastenia, principalmente por aquela menina que fez a cirurgia ter ficado bem, ate por saber que se eu precisasse fazer uma cirurgia, fiquei mais confiante.”</p> <p>“[...] já me senti mal por não conseguir terminar as coisas, agora meu nível de aceitação é maior.”</p>	<p>“Sim, antes eu me achava numa situação muito ruim.”; “[...] foi ótimo descobrir que tem outras pessoas com a mesma doença que eu.”; “ Tenho me sentido muito mais madura, mais segura para fazer as coisas e saber o que posso ou não.”</p>

Tabela 7

Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção

Encontro	Atividade	Resultado esperado	Parecer sobre aplicação	Sugestão de mudança
Encontro 1	Apresentação das pacientes Apresentação da terapeuta	Conhecimento sobre as pacientes Troca de experiência entre elas Início do vínculo com terapeuta Descontração e entrosamento	O objetivo pode ser atingido, estimulando a troca de experiências entre as pacientes e o início do vínculo com a terapeuta	
	Apresentação do programa Levantamento de expectativas sobre encontros	Combinações iniciais Alinhamento entre programa e expectativas das pacientes	O esclarecimento de expectativas e a explicação sobre a proposta de intervenção possibilitou o alinhamento	
	Técnica de relaxamento	Percepção corporal Redução de ansiedade e efeitos de estresse Consciência no momento presente	As impressões das pacientes e da terapeuta indicaram que o relaxamento foi alcançado, e as participantes se mostraram mais atentas à intervenção	
	Tarefa de casa - Diário	Espaço para expressão particular de sentimentos e pensamentos Desenvolvimento de criatividade Atividade de lazer	As pacientes aderiram à tarefa, produzindo diários criativos e utilizando-os para o compartilhamento experiências pessoais	
	Relaxamento com bolas de borracha	Percepção corporal Alívio das tensões	As pacientes puderam melhorar a percepção de seu corpo	
Encontro 2	Exercício sobre crenças e pensamentos automáticos	Psicoeducação sobre o tema Preparação para demais atividades sobre o tema	Tema foi discutido, mas permaneceram algumas dúvidas, principalmente sobre crenças	Utilizar outras formas de explicação dos conceitos, mais visuais
	Exercício de diferenciação entre situação, estado de humor e pensamento	Introduzir diferença entre conceitos Facilitar o preenchimento posterior do RPD	A atividade foi bem compreendida e alimentou troca de ideias entre as participantes	

Tabela 8

Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)

Encontro	Atividade	Resultado esperado	Parecer sobre aplicação	Sugestão de mudança
	Tarefa de casa - RPD	Apresentar atividade útil para monitoramento e modificação de pensamentos disfuncionais	A atividade não teve adesão, por levantar uma série de dúvidas	Realizar atividade no encontro, reduzindo o tempo dos exercícios anteriores e focando nesta
Encontro 2	Técnica de relaxamento e visualização	Trabalho visual de auto e heteropercepção, aspectos mobilizadores do passado, expectativas e planos para o futuro e auto-aceitação do corpo	Foi verificada, a partir da observação da terapeuta, a mobilização das pacientes com a técnica	
	Trechos do filme Duas Vidas	Estimular reflexões sobre planos para o futuro e barreiras a superar	O filme estimulou a troca de ideias sobre planos, perspectivas para o futuro, medos e limitações, e formulação de estratégias para o alcance de metas	Realizar a atividade em uma sala mais confortável e silenciosa
Encontro 3	Tarefa de casa – Treinamento em Solução de Problemas	Formulação de estratégias para enfrentamento de problemas identificados	A atividade não gerou dúvidas, mas não teve boa adesão	A atividade seria mais produtiva se trabalhada na sessão, pois pacientes apresentavam vivências semelhantes e poderiam auxiliar umas as outras
	Atividade de explicação sobre estresse	Psicoeducação sobre o conceito e seus efeitos	As pacientes consideraram o material claro e pertinente Foi fomentado um debate sobre estresse, percepção das pacientes sobre seus efeitos e possível relação com sintomas miastênicos	Direcionar mais tempo para discussão do conceito e seus efeitos, investigando melhor a relação de estresse com miastenia gravis
Encontro 4				

Tabela 9

Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)

Encontro	Atividade	Resultado esperado	Parecer sobre aplicação	Sugestão de mudança
	Tarefa de casa - Treino de Controle do Estresse	Identificar situações de estresse e seus efeitos no corpo, e pensar em estratégias de enfrentamento	Não houve adesão à tarefa Resultados esperados pareceram não terem sido atingidos	O Treino de Controle do Estresse deve ser trabalhado durante a sessão, direcionando mais encontros para o desenvolvimento de estratégias cognitivas de enfrentamento
Encontro 4	Técnica de relaxamento e visualização	Relaxamento e diminuição de ansiedade Enfrentamento, visual e metafórico, de situações desafiadoras e estressoras	A técnica pareceu atingir os objetivos propostos, a partir do relato das pacientes sobre a experiência	
	Atividade sobre forças pessoais	Explicação sobre Psicologia Positiva e psicoeducação sobre conceito	O material esclareceu o conceito e gerou debate sobre a abordagem	
Encontro 5	Assinatura de forças	Identificação de forças e reflexões sobre a prática desses aspectos no cotidiano das pacientes	As pacientes debateram sobre a forma como identificavam as forças no seu dia-a-dia e preencheram a tarefa com poucas dúvidas	
	Atividade sobre forças pessoais - virtudes	Trabalhar agrupamentos de forças – virtudes – a fim de potencializar forças de interesse das participantes	A atividade promoveu troca de ideias, questionamento e reflexões sobre identificação e desenvolvimento de forças	Trabalhar agrupamento de forças de forma mais lúdica e ilustrativa, pois atividade escrita provocou cansaço das pacientes
Encontro 6	Atividade sobre forças pessoais - virtudes	Trabalhar agrupamentos de forças – virtudes – a fim de potencializar forças de interesse das participantes	A atividade promoveu troca de ideias, questionamento e reflexões sobre identificação e desenvolvimento de forças	Trabalhar agrupamento de forças de forma mais lúdica e ilustrativa, pois atividade escrita provocou cansaço das pacientes
Encontro 7				

Tabela 10

Proposta de Modificação do Modelo de Intervenção (continuação)

Encontro	Atividade	Resultado esperado	Parecer sobre aplicação	Sugestão de mudança
	Tarefa de casa - ZorBuddha	Introduzir uma atividade que estimula o hábito saudável sobre aspectos positivos do dia	A tarefa não apresentou boa adesão entre as participantes	Realizar a atividade em todos os encontros, ao final, para que seja mais fácil a instauração do hábito
Encontro 7	Atividade sobre forças pessoais - virtudes	Trabalhar agrupamentos de forças – virtudes – a fim de potencializar forças de interesse das participantes	A atividade promoveu troca de ideias, questionamento e reflexões sobre identificação e desenvolvimento de forças	Trabalhar agrupamento de forças de forma mais lúdica e ilustrativa, pois atividade escrita provocou cansaço das pacientes
Encontro 8				

De forma geral, a intervenção apresentou resultados positivos, verificados a partir da adesão das pacientes à maioria dos encontros e às atividades. O registro da terapeuta sobre algumas falas das pacientes no último encontro ilustram a visão geral delas sobre a intervenção.

“podia ter isso mais vezes né, não precisava ser toda semana, uma vez por mês...” (Noemi)

“eu achei assim, tu muito legal, tu nos ajudou bastante, pelo menos da minha parte achei que tu ajudou bastante, valeu, valeu por ter conhecido estas pessoas legais” (Ivone)

“a ultima esperança que tu tem de alguém te dizer alguma coisa é aqui, sabe, alguém que vá te dizer, te explicar alguma coisa assim [...]” (Luísa)

A partir do que foi percebido ao longo das aplicações das técnicas e nos dados de *feedback* oferecidos pelas pacientes, algumas modificações são propostas. Entende-se que o número de sessões poderia ser expandido, a fim de potencializar o trabalho de alguns aspectos, como controle do estresse e resolução de problemas. As pacientes também demandaram um espaço maior para o diálogo livre e a troca de ideias, o que foi atendido ao longo dos encontros, mas prejudicou, em termos de tempo, as outras tarefas. Seguindo as sugestões das pacientes, uma sessão de explicação teórica e esclarecimento de dúvidas sobre miastenia gravis poderia ser inserida. Pensou-se que este tema poderia ser suprido ao longo dos diálogos, mas um detalhamento técnico sobre origem e desenvolvimento da doença, medicamentos permitidos e proibidos, procedimento de timectomia, entre outros, mostrou ser importante para esse público. Além desses aspectos, observou-se que atividades que envolviam escrita provocavam cansaço das pacientes. Sugere-se pensar em estratégias mais didáticas e visuais, a fim de facilitar o trabalho de conceitos complexos e mobilizadores.

O modelo de intervenção psicológica proposto nessa pesquisa estava voltado à amenização de sintomas de estresse e potencialização de forças pessoais. Entretanto, parece relevante ampliar o processo terapêutico aqui desenhado, adicionando técnicas que também amenizem efeitos da dor e sintomas depressivos (Morley, Eccleston, & Williams, 1999; Rizzo, Creed, Goldberg, Meader, & Pilling, 2011), visto que pacientes com miastenia gravis também apresentam essas demandas. De maneira geral, a proposição de um modelo de psicoterapia, não só para pacientes com miastenia gravis, mas também para indivíduos com outras doenças crônicas, deve considerar como objetivo principal a

promoção de bem-estar dos participantes. Desse modo, é importante considerar a redução de causas que acentuem o sofrimento psíquico e a ampliação de fatores de proteção, tais como as forças pessoais, os afetos positivos e a rede de apoio.

Outro aspecto a ser considerado no delineamento de estratégias de intervenção para pacientes com doença crônica, em especial envolvendo doenças neuromusculares, é a dificuldade de deslocamento geralmente apresentada. Este cuidado foi tomado na pesquisa, com a sugestão de um número baixo de sessões. Mesmo com o deslocamento semanal, as participantes desse estudo relataram o interesse em permanecer em atendimento e sugeriram encontros continuados e espaçados, para facilitar o comparecimento.

O modelo de intervenção proposto foi desenhado para pacientes com miastenia gravis, embora tenha-se prestado atenção a demandas psicossociais de doenças crônicas em geral. A maioria das intervenções oferecidas para portadores de uma doença crônica é desenhada a partir de uma demanda específica, como a amenização dos efeitos provocados pela dor (ver Morley, Eccleston, & Williams, 1999) e a redução de sintomas de depressão (ver Rizzo, Creed, Goldberg, Meader, & Pilling, 2011). Um dos diferenciais desse modelo é a proposição de uma prática mais ampla, que objetiva a promoção de bem-estar de forma mais ampla. O caráter inovador da aliança entre Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicologia Positiva pode contribuir para a busca equilibrada de amenização de sofrimento e potencialização de aspectos positivos, fatores relacionados e fundamentais para a promoção de saúde (World Health Organization, 1946). Cabe ressaltar ainda que, a aplicação de uma intervenção em grupo deve estar atenta à dinâmica deste. A estruturação de um modelo se mostra importante, na medida em que são definidas metas e estratégias para alcançá-las. Entretanto, o movimento grupal pode demandar do profissional uma forma mais flexível de trabalho, que considere o ritmo de desenvolvimento dos participantes, as trocas entre os membros, o processo criativo e outros aspectos que caracterizam cada grupo como único no processo terapêutico.

CAPÍTULO III

ESTUDO II

O estudo II compreende a análise dos casos clínicos envolvidos no processo terapêutico em questão, a fim de verificar os efeitos do modelo de intervenção proposto (ver Estudo I) com relação às variáveis de interesse – qualidade de vida, estresse e forças pessoais. Foi realizado um estudo de casos múltiplos com as participantes da psicoterapia. A análise qualitativa da influência da intervenção sobre as variáveis de interesse foi realizada a partir de coleta de dados em três momentos distintos: pré e pós-intervenção, e após seis meses do término dos encontros (*follow up*).

Objetivo geral

O objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente os efeitos do modelo de intervenção proposto para a ampliação da qualidade de vida, a redução de estresse e a potencialização de forças pessoais em pacientes com miastenia gravis.

Método

Participantes

Participaram do estudo cinco mulheres, com idade entre 20 e 53, diagnosticadas com miastenia gravis, em acompanhamento em um hospital de Porto Alegre. As participantes foram selecionadas de acordo com seu interesse em participar da pesquisa e com sua disponibilidade para comparecer semanalmente ao hospital para atendimento psicológico. A descrição de cada caso será realizada na seção posterior. Um breve resumo dos dados biossociodemográficos das participantes é oferecido na Tabela 11.

Tabela 11

Dados Biossociodemográficos das Participantes

Participante	Dados biossociodemográficos das pacientes							
	Idade	Cidade	Escolaridade	Estado civil	Nro de filhos	Renda familiar	Tempo de sintomas	Tempo do diagnóstico
Ivone	53	Porto Alegre	9 a 11 anos	Solteira	0	até 4 salários	14 anos	13 anos
Luísa	20	Ivoti	9 a 11 anos	Solteira	0	até 5 salários	4 anos	1 ano
Tatiana	21	Eldorado do Sul	9 a 11 anos	Divorciada	0	até 1 salário	11 anos	8 anos
Noemi	47	Eldorado do Sul	5 a 8 anos	Casada	3	até 2 salários	32 anos	30 anos
Mara	48	Santa Maria	9 a 11 anos	Casada	5	até 1 salário	6 anos	6 anos

Optou-se pela adesão apenas de mulheres por dois motivos principais: 1) a grande maioria de pacientes portadores de miastenia gravis neste hospital e na população geral é feminina; e 2) a inclusão de algum participante do sexo masculino poderia inibir o relato e a adesão de participantes mulheres.

Ocorreram duas perdas amostrais ao longo do processo de coleta e aplicação da intervenção. Uma das integrantes compareceu apenas ao primeiro encontro da intervenção psicológica, configurando desistência. Outra participante não pôde comparecer à coleta de dados pós-teste, em virtude de falta de recursos financeiros e de organização doméstica (cuidado com os filhos). Os dados coletados sobre estas pacientes não foram incluídos neste trabalho.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram aplicados por uma equipe treinada e em ordem aleatória, para controle de desejabilidade social e efeito de ordem. A Ficha de Dados Biossociodemográficos foi aplicada apenas no início da coleta de dados, imediatamente após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo K).

Para realização desta pesquisa, foram aplicados os seguintes instrumentos:

Ficha de dados biossociodemográficos (Anexo L): contendo perguntas abertas e de múltipla escolha sobre aspectos socioeconômicos, estado de saúde, hábitos de saúde, aspectos da miastenia gravis, relações de apoio, entre outros.

Entrevista semi-estruturada pré-intervenção (Anexo M): composta por sete questões abertas para investigar estado de saúde atual, auto-estima, autoconfiança (auto-eficácia), identificação de forças pessoais, expectativas quanto ao futuro, atividades de interesse e desejo de mudanças na vida, criada para este estudo pela equipe.

WHOQOL-Abreviado (Anexo N): o instrumento, em formato abreviado, avalia qualidade de vida considerando quatro diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente). Consiste em 26 questões, sendo duas gerais – correspondentes à avaliação geral de qualidade de vida – e 24 correspondentes às facetas do teste original – indicando escores de domínios específicos. Os itens são preenchidos a partir de escalas de cinco pontos. Em uma amostra de 250 participantes clínicos, o instrumento apresentou consistência interna para cada um dos domínios (físico – $\alpha=0,83$; psicológico – $\alpha=0,78$; relações sociais – $\alpha=0,69$; meio-ambiente – $\alpha=0,71$) e para as 26 questões ($\alpha=0,90$). Em avaliação da validade discriminante, comparou-se o escore médio das pacientes ($n=250$) e de indivíduos sem diagnóstico clínico ($n=50$). Identificou-se uma tendência de escores

superiores em participantes não-clínicos, nos quatro domínios de qualidade de vida (físico=16,61; psicológico=15,58; relações sociais=15,52; ambiente=14,04), se comparados aos valores de participantes clínicos (físico=13,35; psicológico=14,54; relações sociais=15,29; ambiente=13,36). Os domínios físico e psicológico apresentaram validade discriminante estatisticamente significativas ($p < 0,01$), enquanto o domínio relações sociais discriminou de forma limítrofe ($p = 0,66$) e o domínio ambiente não teve validade discriminante significativa (Fleck et al., 2000). Estes dados são contrários aos achados de aplicações internacionais, onde os quatro domínios apresentaram validade discriminante entre pacientes e indivíduos sem diagnóstico (The WHOQOL Group, 1998).

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL: o instrumento é inspirado no modelo quadrifásico de *stress* de Lipp. A medida avalia três aspectos: presença ou não de estresse, fase do estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e tipo de estresse (físico, psicológico ou ambos). Inclui 37 sintomas de natureza somática e 19 de caráter psicológico distribuídos em três quadros. Os quadros possuem dimensão temporal, sendo que o primeiro se refere às últimas 24 horas, o segundo à última semana, e o terceiro ao último mês. O instrumento é validado para participantes com idades a partir de 15 anos e tem consistência interna de 0,91 (Lipp, 2000).

Values in Action Inventory of Strengths - VIA-IS (Anexo O): instrumento de aplicação *online* com 240 questões em escala de cinco pontos (de 1 a 5) para mensurar o nível de relevância que o respondente atribui a cada força. No total, são avaliadas 24 diferentes forças, divididas em seis categorias, de acordo com a classificação VIA (Peterson & Seligman, 2004). Ao final da aplicação *online*, é oferecido ao participante o resultado das cinco forças mais bem pontuadas, denominadas Assinatura de Forças. A partir de pesquisas realizadas, os autores identificaram 24 forças pessoais, que estariam presentes, em maior ou menor grau, em todos os indivíduos. Essas 24 forças foram subdivididas em seis agrupamentos, denominados virtudes. Aplicações do instrumento VIA-IS em 54 diferentes países indicaram consistência interna significativa ($\alpha > 0,70$). Além disso, a grande maioria das forças pessoais apresentou escore médio superior a três (Park, Peterson, & Seligman, 2006). Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil para utilização nesse estudo, em parceria com o *Values in Action Institute on Character*. O processo de adaptação da escala para o Brasil iniciou a partir da autorização solicitada ao *Institute on Character* para a tradução do instrumento. Após a assinatura de um contrato, os dados para tradução foram enviados. A tradução do inglês para o português brasileiro foi realizada por um pesquisador nativo do Brasil com fluência no idioma inglês.

Essa tradução foi encaminhada a um juiz, o qual realizou uma *backtranslation* do português para o inglês novamente. A partir desse resultado, uma comparação entre a versão original e o resultado da *backtranslation* foi realizada. Identificou-se concordância de 226 itens, com algumas variações de sinônimos. Um segundo juiz, com fluência nos idiomas português e inglês ofereceu sugestões de tradução para os 14 itens discrepantes, finalizando o processo de tradução do instrumento. O instrumento traduzido foi disponibilizado no *website* da instituição e um convite de preenchimento foi encaminhado a rede de contatos do grupo de pesquisa. O contrato estipulado com o *Institute on Character* solicitava a participação de 200 indivíduos brasileiros para que as primeiras análises da adaptação do instrumento pudesse ser realizada. A instituição ofereceu um código de pesquisa para que a coleta pudesse ser realizada, separadamente, com as participantes desta pesquisa. Análises sobre a coleta de dados brasileira ainda não puderam ser realizadas, pois o *Institute on Character* não forneceu dados biossociodemográficos dos participantes. Portanto, a adaptação do instrumento VIA-IS não pode ser avaliada de acordo com sua validade e fidedignidade. O instrumento está disponível no site www.viame.org.

Entrevista semi-estruturada pós-intervenção (Anexo P): composta por 11 questões abertas que investigaram, além dos pontos aprofundados na entrevista pré-intervenção, avaliação e possíveis contribuições das intervenções, expectativas sobre os encontros e sugestões de mudanças.

Entrevista de follow up (Anexo Q): consiste em dez questões abrangendo sentimento antes das intervenções, eventos estressores antes do aparecimento dos sintomas de MG, avaliação dos encontros, mudanças pessoais percebidas após as intervenções, entre outros.

Delineamento

Foi realizado um estudo de casos múltiplos, de acordo com a proposição de Yin (2003). Segundo o autor, a investigação de estudo de caso parte de várias fontes de dados, que convergem para uma análise integrada. O estudo de caso não deve ser confundido com estudo qualitativo, podendo incluir ou mesmo focar em dados quantitativos. Esta técnica pode ter como objetivo uma simples apresentação de casos ou o objetivo de generalizações amplas baseadas em evidências (Yin, 2003). Esta pesquisa possui um caráter exploratório, o que justifica a escolha de estudo de casos múltiplos.

Procedimentos

Foram entrevistadas pacientes em acompanhamento médico em um hospital de Porto Alegre. A seleção das pacientes para a entrevista foi realizado a partir dos critérios de inclusão (idade entre 20 e 53 anos, sexo feminino, diagnóstico de miastenia gravis, disponibilidade para comparecimento semanal ao hospital) e de exclusão (presença de outra doença neurológica concomitante). As pacientes foram consultadas sobre o desejo e a disponibilidade de participar da pesquisa-intervenção. De acordo com estes dados, foram incluídas na pesquisa cinco mulheres.

Ao aceitarem participar da pesquisa, as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes do início das intervenções psicoterapêuticas, todas as participantes realizaram a avaliação pré-teste, preenchendo os seguintes instrumentos: Ficha de Dados Biossociodemográficos, Entrevista semi-estruturada pré-intervenção, WHOQOL-Abreviado, ISSL e VIA-IS. Optou-se pela aplicação dos instrumentos dividida em dois encontros, considerando a condição física das participantes.

Ao final da testagem com todas as pacientes, a equipe de pesquisa divulgou por telefone a data e o local do primeiro encontro. As sessões foram realizadas em uma sala de reuniões do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Cada encontro teve duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Esta organização foi escolhida em virtude do dia em que as pacientes eram atendidas pela equipe médica. Após oito encontros correspondentes ao período de intervenção, todas as participantes que concluíram este processo foram novamente contatadas pela equipe pesquisadora, no mês seguinte ao término das intervenções. A equipe agendou dias para aplicação dos seguintes instrumentos pós-intervenção: Entrevista semi-estruturada pós-intervenção, WHOQOL-Abreviado, ISSL e VIA-IS. Esta etapa também foi realizada em dois encontros e com ordem aleatória de avaliações.

Após seis meses do período pós-teste, um novo contato foi realizado com as pacientes, a fim de realizar a entrevista *follow up*. Este procedimento foi feito por telefone, tendo em vista a dificuldade das pacientes para se deslocarem até o hospital. As avaliações pré e pós-intervenção e o *follow up* foram realizados por uma equipe de pesquisa treinada pela mestranda. Este cuidado foi tomado para controlar níveis de desajustamento social, visto que a primeira autora foi a terapeuta da intervenção.

Análise de Dados

O caráter exploratório deste estudo indicou a necessidade de uma análise de dados mais ampla, que considerasse os conteúdos literais trazidos pelas participantes, além de observações realizadas pela terapeuta e de dados de escalas e prontuário. Por esse motivo, optou-se pela análise de biografia e narrativas de Gibbs (2009). Para o autor, os indivíduos dão sentido ao que vivem e compartilham suas experiências por meio das histórias relatadas. Sugere-se que este processo de análise seja realizado a partir dos seguintes passos: 1) Leitura repetida do resultado das entrevistas, a fim de se familiarizar com a estrutura e o conteúdo da narrativa; 2) Elaboração de um breve resumo que abarque as características fundamentais da narrativa; 3) Realização de anotações de ideias temáticas e questões estruturais da narrativa; 4) Busca por subtramas que possam estar embutidas; 5) Levantamento da linguagem emotiva, imagens mentais e uso de metáforas que denotem sentimentos do narrador; 6) Codificação das ideias temáticas e desenvolvimento de uma estrutura de codificação; 7) Conexão das temáticas da narrativa com referencial teórico pertinente; e 8) Realização de comparações entre os casos (Gibbs, 2009). A análise dos conteúdos levantados nas entrevistas (passo 1) possibilitou a elaboração do resumo sobre cada participante do estudo (passo 2). A apresentação dos casos clínicos, além de resumir os dados trazidos pelas próprias pacientes, também possibilitou apontar impressões da pesquisadora-terapeuta ao longo do processo de atendimento, bem como possíveis interpretações do conteúdo (passos 4 e 5). Tópicos das entrevistas e resultados de avaliações foram fundamentados teoricamente, a fim de investigar as variáveis de interesse em cada caso (passo 7). Por fim, as análises pós-intervenção também possibilitaram ilustrar uma associação entre as participantes (passo 8). Entende-se, portanto, que a maioria dos passos sugeridos por Gibbs (2009) para análise de biografia e narrativas foram contemplados.

Considerações Éticas

O estudo iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa em Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG HCPA). Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O TCLE garantiu liberdade para que as pacientes pudessem optar pela participação na pesquisa. O Termo antecedeu qualquer avaliação e foi requisito para continuidade do processo. Os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios, com a finalidade de preservar a identidade das participantes.

Resultados e Discussão

As participantes foram apresentadas a partir de dados coletados em três momentos distintos. Organizaram-se os dados de cada caso seguindo a ordem dos períodos de coleta de dados – pré-intervenção, pós-intervenção e *follow up*. A descrição inicial dos casos foi feita a partir de dados biossociodemográficos e de informações do prontuário das pacientes, coletadas a partir de um protocolo padronizado (Anexo R). Os dados obtidos nas entrevistas foram apresentados qualitativamente, a fim de dar subsídio a análises sobre qualidade de vida, estresse e forças pessoais das participantes. Escores de estresse, coletados a partir do instrumento ISSL, foram descritos a fim de auxiliar na análise qualitativa dos casos. Resultados de qualidade de vida geral e de diferentes domínios (físico, psicológico, social e ambiental), obtidos com a avaliação WHOQOL-Abreviado, bem como escores das forças pessoais, de acordo com o VIA-IS, foram apresentados. As entrevistas buscaram investigar o estado de saúde e a percepção das pacientes sobre si e sobre o futuro a partir de aspectos relacionados (auto-estima, autoconfiança, desejo por mudanças na vida, entre outros).

Ivone

No período pré-teste, Ivone tinha 53 anos, estava aposentada há 13 anos de uma carreira de enfermeira, era solteira e não tinha filhos. Sua escolaridade média era de nove a 11 anos. Morava sozinha em Porto Alegre em casa própria. Sua renda mensal era de até quatro salários mínimos e declarava seu nível socioeconômico como “nem satisfatório, nem insatisfatório”. Ivone descreveu-se como religiosa e praticava a religião católica. Ela também participava de atividades vinculadas a uma instituição religiosa.

Sobre seus hábitos, parou de fumar há 15 anos, após consumir cigarros por 10 anos. Não consumia bebidas alcoólicas ou qualquer outra droga e declarava seu estado de saúde como “bom”. Ivone já realizou atendimento psicológico entre 1998 e 1999, pois não aceitava a condição da doença. A paciente relatava se sentir apoiada quando precisava de auxílio. Sentia apoio de outros familiares (que não mãe e pai) e de amigos.

Com relação à miastenia gravis, dizia ter sentido os primeiros sintomas há 14 anos, quando tinha 40 anos. Recebeu o diagnóstico da doença um ano depois. Apesar disso, não relatava outras doenças concomitantes. Ivone realizou timectomia aos 45 anos e, após isso, sentiu melhora dos sintomas. Seu pico de gravidade da doença culminou em uma internação que durou 59 dias.

De acordo com os dados de seu prontuário, Ivone possuía, além do diagnóstico de miastenia gravis, o quadro de apnéia. Iniciou seu atendimento no hospital no ano 2000 sem motivo registrado. Desde então, sofreu três internações em decorrência da miastenia gravis. No ano em que ocorreu a intervenção psicológica, Ivone realizou sete consultas no mesmo hospital. Quanto aos medicamentos, estava com prescrição de Piridostigmina 60mg (um comprimido e meio, cinco vezes ao dia) ao iniciar as intervenções psicológicas. Este fármaco, segundo a equipe médica, é geralmente utilizado para amenizar os sintomas de miastenia gravis. Após os encontros, permanecia com a mesma dosagem. Em razão de seu quadro estável, Ivone foi considerada assintomática pela equipe médica.

Em sua entrevista inicial, Ivone demonstrou ser uma mulher independente e, por isso, mostrou força para seguir sua vida. Procurava fazer o que gostava e até mesmo se desafiava, por exemplo, ao aprender a dirigir. Gostava de se sentir útil e parecia confiante de sua auto-eficácia, principalmente por ter superado a doença. Entretanto, notou-se que Ivone não tinha expectativas sobre seu futuro e não comentava sobre objetivos ou projetos. Por essa razão, se sentia desmotivada e angustiada. Problemas familiares também a prejudicavam, gerando um sentimento de impotência.

“Me sinto sem objetivo, sem motivação, não vejo sentido, estou angustiada, meio triste pelos problemas familiares, sinto-me impotente.”

“Insatisfeita com a imagem, me sinto gorda, me sinto feia.”

“Me sinto confiante dentro das minhas condições, quando faço, faço com certeza. Aprendi a dirigir depois de internada. Cheguei a ver a luzinha.”

“Me sinto forte por ter superado a doença, certas coisas se eu não fizer ninguém vai fazer por mim, eu preciso ser forte. Não tenho marido, nem filhos, nem ninguém, se eu não me ajudar ninguém vai.”

“Gostaria de ter tido mais oportunidade de estudar, de aprender mais coisas, ser mais econômica, fazer mais com o meu dinheiro.”

“Não penso muito nisso (futuro).”

Os dados de sintomas de estresse foram investigados a partir do Inventário de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL). Os resultados indicaram que Ivone apresentava estresse de tipo psicológico e em nível de exaustão antes da intervenção. Estes dados indicavam que a paciente já estava sofrendo os efeitos de um alto nível de estresse em sua saúde, em especial relacionado a fatores cognitivos. O estresse pode ter alcançado esse alto

nível por aspectos relacionados à doença e ao seu caráter crônico. Entretanto, por estar apresentando quadro assintomático de miastenia gravis e pelos dados trazidos por ela na entrevista, pode-se pensar em outras fontes de estresse. Quanto às forças pessoais, Ivone, no período pré-intervenção, apresentou escores dispostos na Tabela 12. Os resultados de qualidade de vida de Ivone, no período pré-intervenção, são descritos na Tabela 13.

Na entrevista pós-intervenção, Ivone mostrou muita angústia e preocupação com situações familiares graves, o que acabava a atingindo negativamente por não poder resolvê-las. Apesar de dizer que continuava sem expectativas quanto ao seu futuro, conseguiu listar vários objetivos. Sobre as intervenções, avaliou de forma positiva. Disse ter a ajudado, pois conheceu pessoas com a mesma doença, fez amizades e pode ser exemplo para pessoas com mais dificuldade do que ela. Relatou ainda que a intervenção psicoterapêutica a deixou mais corajosa e motivada, além de ajudar na aceitação da doença. Ivone ainda sugeriu que os encontros continuassem o que reflete uma avaliação positiva dela quanto às intervenções.

“Muito angustiada, com muito taquicardia em função de problemas familiares graves (sentimento atual).”

“Acaba ficando baixa (auto-estima) em função de todos os problemas, mas continuo me gostando, me aceito bem.”

“Mais ou menos (confiança) porque tem coisas que não consigo resolver, que estão fora do meu alcance.”

“Tenho vontade de ajudar, ser útil e isto me dá força, coragem, e quando consigo ajudar me sinto bem.”

“Tanta coisa: ter estudado mais, feito faculdade (mudança na vida).”

“Não tenho expectativas para o futuro. Me sinto desanimada. Me vejo viajando bastante, comprando um carro zero, fazendo reforma na minha casa, terminar implante de dentes.”

Os dados obtidos através do ISSL indicaram que, no período pós-intervenção, Ivone teve redução do nível de estresse para a fase de resistência. Esta redução é considerável, visto que estava, em um primeiro momento, no nível de exaustão.

Apresentou, nesse momento sintomas psicológicos e também físicos. A presença de sintomatologia de ambas as fontes pode estar relacionada aos problemas familiares relatados pela paciente na entrevista. Quanto às forças pessoais no período pós-intervenção (Tabela 12), os escores foram mais baixos do que os valores do período pré-intervenção. As medidas de qualidade de vida, após a intervenção (Tabela 13), foram iguais para os domínios físico e psicológico, e para o escore geral de qualidade de vida. Os valores de qualidade de vida social e ambiental aumentaram após os encontros.

Após seis meses do término das intervenções, Ivone comentou sobre as mudanças que percebeu após a participação no grupo. Informou que antes se sentia sozinha, pois não conhecia outras pessoas com a mesma doença. Os encontros a ajudaram a se identificar com outras pessoas que encaram as mesmas limitações, e isso a fez perceber que lida bem com a doença. Notou que se sentiu mais motivada e confiante com relação ao controle da doença, lidando melhor com seus limites e os aceitando. Fez novas amizades e as cultiva. Relatou algumas marcas deixadas pelo grupo, como as pessoas mais impactadas pela miastenia gravis, a força e o bom humor de Luísa, a relação de super-proteção e de reforço da doença entre Noemi e Tatiana, e sua boa impressão sobre a terapeuta.

“Estava meio achando que era só eu, ficava meio para baixo, vi que tinha pessoas pior que eu, isso me deixou animada por ter superado bem a doença.”

“Quando eu comecei a participar dos grupos eu já tinha feito a cirurgia, então eu já sabia e eu vi que era bastante da força de vontade de controlar a doença, eu posso de tudo, quando noto que... quando não posso eu não posso.”

“Minha saúde tá bem e a minha vida tá meio monótona, tá meio caseira, a idade faz a gente ficar parada, às vezes tenho umas perdas de força, mas eu sei que depois passa.”

Tabela 12

Escores de Forças Pessoais de Ivone nos períodos Pré e Pós-intervenção

Força Pessoal Pré	Escore	Força Pessoal Pós	Escore
Gratidão	4,7	Modéstia e humildade	4,1
Honestidade, autenticidade e sinceridade	4,6	Bondade e generosidade	4,0
Bondade e generosidade	4,6	Integridade, igualdade e justiça	4,0
Integridade, igualdade e justiça	4,5	Prudência, cuidado e discrição	4,0
Prudência, cuidado e discrição	4,5	Capacidade de amar e ser amado	4,0
Capacidade de amar e ser amado	4,4	Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	4,0
Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	4,2	Gratidão	4,0
Perdão e Misericórdia	4,2	Juízo, pensamento crítico e abertura	4,0
Coragem e bravura	4,1	Liderança	4,0
Modéstia e Humildade	4,1	Apreciação pela beleza e excelência	3,9
Religiosidade, Espiritualidade, Senso de Propósito e Fé	4,0	Honestidade, Autenticidade e Sinceridade	3,9
Perserverança, Engajamento e Diligência	4,0	Inteligência Social	3,8
Curiosidade e interesse no mundo	3,9	Coragem e bravura	3,8
Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	3,8	Religiosidade, Espiritualidade, Senso de Propósito e Fé	3,6
Apreciação pela beleza e excelência	3,7	Perdão e Misericórdia	3,6
Inteligência Social	3,7	Esperança, Otimismo e Visão de futuro	3,6
Entusiasmo e Energia	3,6	Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,6
Esperança, Otimismo e Visão de futuro	3,6	Sabedoria	3,4
Liderança	3,5	Perserverança, Engajamento e Diligência	3,4
Amor pela aprendizagem	3,5	Entusiasmo e Energia	3,4
Sabedoria	3,3	Bom humor e Diversão	3,1
Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,2	Amor pela aprendizagem	3,1
Bom humor e Diversão	2,9	Autorregulação e Autocontrole	3,0
Autorregulação e Autocontrole	2,7	Curiosidade e interesse no mundo	3,0

Tabela 13

Escores de Qualidade de Vida de Ivone nos Períodos Pré e Pós-intervenção

WHOQOL-Abreviado	Escore Pré	Escore Pós
Domínio Físico	15,43	15,43
Domínio Psicológico	10,67	10,67
Domínio Social	14,67	17,33
Domínio Ambiental	15,5	16
Qualidade de Vida Geral	14	14

Luísa

Luísa, no início da intervenção, tinha 20 anos, escolaridade média de nove a 11 anos, estava trabalhando sem registro como costureira há quatro anos. Era solteira, sem filhos, e morava em Ivoti na casa de sua família com seus pais e seu irmão. Tinha uma renda familiar de cinco ou mais salários mínimos e avaliava seu nível socioeconômico como “muito insatisfatório”.

Sobre seus hábitos, Luísa não fumava nem consumia álcool ou outras drogas. Avaliava seu estado de saúde como “muito bom” e não relatou nenhuma doença associada. Nunca esteve em atendimento psicológico. Luísa se declarou religiosa e praticante da religião católica. Também participava de atividades vinculadas a uma instituição religiosa. Quanto ao apoio percebido, Luísa se sente apoiada pelo pai, pela mãe, por outros familiares, por amigos e pela equipe médica.

Os sintomas de MG iniciaram quando tinha 17 anos, mas seu diagnóstico só foi concluído três anos depois. Realizou timectomia aos 20 anos, mas não sentiu melhora após a intervenção cirúrgica. Luísa já sofreu uma internação que durou 16 dias e seu pico da doença foi em janeiro de 2010, quando caiu e não conseguiu levantar sozinha. No momento da avaliação pré-intervenção, estava sentindo melhoras com relação à MG.

Os dados retirados do prontuário indicaram que Luísa possuía apenas o diagnóstico de miastenia gravis. A paciente iniciou suas consultas no hospital referido em 2009, por conta de perda de força e quedas abruptas decorrentes há dois anos. No ano de realização da intervenção psicológica, não apresentava registro de consultas médicas, podendo ter comparecido ao hospital, no dia da entrevista inicial, para uma consulta de acompanhamento. Seu último registro de dosagem medicamentosa antes das intervenções psicológicas indicava prescrição apenas de Piridostigmina 60mg, três vezes ao dia. Após os encontros, não foram encontrados novos registros de prescrições, sugerindo que esta dosagem foi mantida pela paciente. A ausência de queixas e dores, relatada nas últimas consultas registradas, aponta um quadro estável e assintomático da paciente.

Luísa, na entrevista pré-intervenção, ofereceu respostas curtas e superficiais para as perguntas. Suas respostas não demonstraram demandas para atendimento, tornando um desafio descobrir porque a paciente buscou atendimento psicológico. Suas respostas breves podem ter ilustrado algum retraimento ou proteção diante da equipe, ou mesmo negação de sua condição médica.

“Bem (estado atual).”

“Perfeitamente maravilhosa. Sempre foi (auto-estima).”

“Boa, confio em mim (confiança).”

“Sim, por exemplo o otimismo (identificação de forças pessoais).”

“Nada (mudanças na vida).”

“Brilhante (perspectiva de futuro).”

Com relação aos resultados de estresse, obtidos através do ISSL, verificou-se a ausência sintomatológica no período pré-intervenção. Este dado está de acordo às falas da paciente na entrevista semi-estruturada e com dados de prontuário, indicando boas condições de saúde física e psicológica. Os escores de forças pessoais valores dispostos na Tabela 14. Os dados de qualidade de vida pré-intervenção, a partir da aplicação do WHOQOL-Abreviado estão presentes na Tabela 15.

Na entrevista após a intervenção, ficou claro que Luísa tinha uma expectativa diferente sobre os atendimentos, acreditando que fosse de caráter apenas informativo. Sua expectativa pode explicar a inicial ausência de demandas para atendimento psicológico. Mesmo assim, Luísa avaliou positivamente as intervenções, dizendo ter aprendido com as pessoas do grupo e ter reforçado sua esperança ao ver pacientes com crescentes melhorias. Disse que as pacientes aprenderam a falar e a pensar melhor sobre a doença (o que pode ter ajudado inclusive a expandir suas respostas na entrevista pós-intervenção). Entretanto, não percebeu mudanças quanto aos aspectos físicos da doença. Ao final, sugeriu a criação de uma associação para MG no Estado e a continuidade dos encontros.

“Muito bem, mas podia ser melhor. Sempre quero alguma coisa melhor pra depois (estado atual).”

“Muito bem, gosto de mim mesma. Me amo, me adoro, sou poderosa, inteligente, confio em mim.”

“Grande, confio em mim (confiança).”

“Acredito em mim porque tenho força de vontade, faço as coisas, sou dedicada. Quando tem um pensamento ruim, não fico remoendo, tento resolver o problema.”

“Nada, hoje nada. Ah, não queria ter esta doença (mudança na vida).”

“Brilhante, magnífico (futuro). Eu muito bem, na saúde. Cheia de pessoas me amando, me adorando e eu também. Com um emprego que eu goste, uma família linda e maravilhosa.”

No período após a intervenção psicológica, Luísa permaneceu não apresentando sintomas psicológicos ou somáticos de estresse. Este resultado pode indicar algum efeito da intervenção na manutenção do quadro não sintomatológico para estresse. Quanto às forças pessoais, em geral, apresentaram escores mais elevados em todas (Tabela 14). Resultados de qualidade de vida indicaram maiores escores nos domínios físico e psicológico, bem como na avaliação geral de qualidade de vida, se comparados aos resultados do período pré-intervenção. Em contrapartida, houve redução dos valores nos domínios social e ambiental. (Tabela 15).

No período de *follow up*, Luísa comentou que estava bem de saúde antes das intervenções. Disse que os primeiros sintomas da doença começaram no ano em que iria se formar no Ensino Médio, mas não relacionou a situação com o início da MG. Não percebeu que os encontros tenham mudado aspectos da doença, mas disse ter conhecido pessoas e aprendido coisas novas. Afirmou ser a mesma pessoa de antes e disse que estava bem mesmo antes das intervenções. Manteve contato com outras participantes (Ivone, Tatiana, Noemi e Gisele). Das técnicas realizadas durante os encontros, Luísa afirmou que estava praticando a reflexão antes da tomada de decisão. Reconheceu o otimismo, a confiança e a ajuda aos outros como suas forças pessoais. Sua avaliação sobre a própria saúde continuou positiva.

“Bem, normal, eu tava super bem, eu sempre to bem, eu sempre tava bem, continuo bem.”

“Claro, acho que a minha é otimismo, essa eu sei, e confiante, eu não consigo lembra, ela deu umas 5 ou 6; e de ajudar os outros também, eu sou muito boa, eu não podia ser assim.”

“Perfeita, perfeita capaz. Não, tá muito boa (vida e saúde).”

Tabela 14

Escores de Forças Pessoais de Luísa nos Períodos Pré e Pós-intervenção

Força Pessoal Pré	Escore	Força Pessoal Pós	Escore
Esperança, otimismo e visão de futuro	4,3	Esperança, otimismo e visão de futuro	4,8
Bom humor e diversão	4,2	Religiosidade, espiritualidade, senso de propósito e fé	4,7
Gratidão	4,2	Entusiasmo e energia	4,7
Curiosidade e interesse no mundo	4,2	Bom humor e diversão	4,5
Entusiasmo e energia	4,2	Curiosidade e interesse no mundo	4,5
Perserverança, Engajamento e Diligência	4,1	Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	4,3
Religiosidade, Espiritualidade, Senso de Propósito e Fé	4,1	Perserverança, Engajamento e Diligência	4,3
Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	4,1	Integridade, Igualdade e Justiça	4,2
Perdão e Misericórdia	4,0	Gratidão	4,2
Liderança	4,0	Amor pela aprendizagem	4,2
Integridade, Igualdade e Justiça	3,9	Coragem e bravura	4,1
Amor pela aprendizagem	3,9	Sabedoria	3,9
Inteligência Social	3,8	Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	3,9
Sabedoria	3,7	Modéstia e Humildade	3,8
Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	3,7	Liderança	3,8
Coragem e bravura	3,7	Capacidade de amar e ser amado	3,8
Capacidade de amar e ser amado	3,7	Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	3,7
Autorregulação e Autocontrole	3,6	Perdão e Misericórdia	3,7
Bondade e Generosidade	3,5	Autorregulação e Autocontrole	3,7
Honestidade, Autenticidade e Sinceridade	3,4	Inteligência Social	3,7
Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	3,4	Bondade e Generosidade	3,5
Modéstia e Humildade	3,2	Apreciação pela beleza e excelência	3,4
Apreciação pela beleza e excelência	2,8	Honestidade, Autenticidade e Sinceridade	3,3
Prudência, cuidado e discrição	2,7	Prudência, cuidado e discrição	2,8

Tabela 15

Escores de Qualidade de Vida de Luísa nos Períodos Pré e Pós-intervenção

WHOQOL-Abreviado	Escore Pré	Escore Pós
Domínio Físico	16	17,14
Domínio Psicológico	16,67	18
Domínio Social	20	18,67
Domínio Ambiental	19	18,5
Qualidade de Vida Geral	16	18

Tatiana

No início da coleta de dados, Tatiana tinha 21 anos, com escolaridade média de nove a 11 anos e recebia auxílio doença. Era divorciada, não tinha filhos e morava em uma casa própria no mesmo terreno da casa dos pais, em Eldorado do Sul. Sua renda era de até um salário mínimo mensal e avaliava seu nível socioeconômico como satisfatório.

Não tinha o hábito de fumar nem de ingerir bebidas alcoólicas ou outras drogas. Praticava a religião católica e participava de atividades vinculadas a uma instituição religiosa. Avaliava seu estado de saúde como médio e nunca esteve em atendimento psicológico. No período pré-intervenção, disse estar melhorando da doença. Sentia-se apoiada quando necessário, sendo a origem desse apoio apenas sua mãe.

Tatiana havia percebido os sintomas de quando tinha 10 anos. Entretanto, seu diagnóstico foi concluído aos 13 anos de idade. Relatou outras doenças associadas, como pressão alta e diabetes. Realizou sua timentomia aos 13 anos e, após o procedimento, sentiu-se melhor. Sofreu internações e, em uma delas, permaneceu mais de um ano no hospital. Seu pico de gravidade da doença, segundo ela, foi em abril de 2008, quando foi internada em consequência de uma parada respiratória.

Os dados do prontuário de Tatiana indicavam diagnóstico de 42 quadros clínicos distintos, além da miastenia gravis. Iniciou atendimento médico no hospital em questão em 2000, sem motivo registrado. A partir dessa data, consultou 25 especialidades diferentes, entre elas a Psicologia e a Psiquiatria. Já havia realizado 33 internações, 24 delas em decorrência da miastenia gravis. No ano da intervenção psicológica proposta, possuía registro de 64 consultas, a maioria delas em virtude da cirurgia bariátrica que realizou no ano. No período anterior à intervenção psicológica, tinha prescrição medicamentosa extensa: Piridostigmina 60mg (um comprimido, de três em três horas), Prednisona 20mg (um comprimido ao dia), Metotrexate (10 comprimidos, uma vez por semana), Ácido Fólico 5mg (três comprimidos ao dia), Sertralina 50mg (três comprimidos ao dia), Topiramato 10mg (dois comprimidos ao dia), Metformina 500mg (dois comprimidos ao dia), Enalapril 10mg (um comprimido, de dois em dois dias), HCTZ 25mg (um comprimido ao dia), Omeprazol 20mg (um comprimido, de dois em dois dias), Sulfato ferroso e vitamina B (dose não registrada), Hidroxizini (dose não registrada) e Tiroxina (um comprimido ao dia). Os mesmos medicamentos e doses foram mantidos após as sessões psicoterapêuticas, com exceção da Piridostigmina, que teve sua dose aumentada para dois comprimidos de três em três horas.

No período pré-teste, Tatiana não parecia conformada com a MG, tinha baixa aceitação da doença, e por isso se sentia fracassada e decepcionada. Em suas respostas, refletiu certa instabilidade de humor, auto-estima e autoconfiança. Citou sentimentos de agressividade, irritabilidade e culpa, trazendo ideação suicida. Seus pensamentos automáticos disfuncionais geravam falta de confiança em si e no seu futuro. Identificava forças pessoais ao lembrar dos desafios que já superou com a MG. Não gostaria de se tornar dependente de outras pessoas, e isso a mobilizava para a mudança. Tatiana demonstrou muita vontade de modificar seu passado e de ter feito outras escolhas. Parecia inconformada, culpabilizando-se pelas escolhas que fez. Citou planos para o futuro, mas pareceu descrente da realização destes sonhos.

“Às vezes me sinto um fracasso como pessoa, mas faz o que? Se desse pra nascer de novo... acho que minha decepção, tipo a miastenia, o que ela acarretou, decisões que tomei.”

“Às vezes tá boa, às vezes tá ruim (auto-estima), às vezes quero matar todo mundo, às vezes quero me matar e não tenho coragem, às vezes levanto irritada e acho que os outros têm culpa, mas sei que a culpa não é deles. São três irmãos e às vezes acho que era para eles terem (MG) e não eu. Sei que isso é egoísta da minha parte.”

“Tem dias que tenho uma confiança enorme em mim, que acho que posso, que vou conseguir. Aí tudo acaba, penso demais, eu fico pensando e vejo que não vou conseguir. Se não consegui nada até agora, não vai ser agora que vou conseguir.”

“Acho que tenho muita força de vontade de conseguir vencer, de melhorar apesar de pessimista, desejei a melhora, parar de depender dos outros, sair da cama, da cadeira de rodas.”

“O meu passado todo a partir dos 15 anos (mudança na vida), queria que certas coisas tivessem um rumo diferente.”

“Acho que não tem futuro para mim. Não sei se faço planos e não dão certo, aí não faço planos.”

A primeira aplicação do instrumento ISSL indicou presença de estresse em nível de exaustão e tipo psicológico. Este resultado está de acordo ao que foi trazido na entrevista

da paciente, além de dados observados em prontuário. Os dados sobre forças pessoais foram dispostos na Tabela 16. O instrumento de qualidade de vida aplicado antes da intervenção mostrou baixos escores de Tatiana nos domínios físico, psicológico e ambiental (Tabela 17).

Depois das intervenções, Tatiana disse estar se sentindo bem. A paciente realizou uma cirurgia bariátrica e comentou ter melhorado sua auto-estima e autoconfiança. Como força pessoal, identificou sua fé, que fortaleceu sua esperança na cura da MG. Novamente, referiu seu desejo de mudar seu passado, incluindo o não aparecimento da doença, seu casamento e seu desejo de ser independente. Novamente, informou planos para o futuro, mas ainda com desconfiança sobre sua realização. Comentou sobre um sentimento de desânimo, inclusive para fazer o que gosta. Avaliou positivamente as intervenções, pois conheceu outras pessoas e trocou experiências com pacientes com MG. Percebeu mudanças em si depois dos encontros, tornou-se mais aberta, comunicativa e se adaptou melhor à doença, apesar de ainda não aceitá-la. De acordo com seu comentário, suas expectativas sobre a intervenção foram atendidas, mas sugeriu que os encontros tivessem mais espaço para conversas.

“Bem, normal (estado atual).”

“Depois que fiz cirurgia(bariátrica) minha auto-estima tá melhor, tenho me sentido mais confiante pra sair na rua, pra falar com as pessoas.”

“Tá melhor (confiança), não tô mais me sentindo como Godzilla.”

“A minha fé, tem me dado esperança de que as coisas vão dar certo, esperança de que um dia alguém ache a cura para a miastenia.”

“Tudo, dos meus 10 anos pra cá, de não ter ficado doente. Gostaria de não ter casado, ter feito tudo o que eu tinha planejado, ter completado meus estudos, ter feito minha faculdade, trabalhar, alugar uma casa (mudança na vida)”

“Eu imagino, não quer dizer que eu faça, quero terminar meus estudos e fazer uma faculdade. Mas é só plano, não tem nada concreto, porque eu penso em um dia ainda trabalhar.”

Os resultados de estresse indicaram que, após a intervenção proposta, Tatiana reduziu seu nível de estresse para a fase de resistência, com sintomatologia psicológica. Os dados sugerem que a psicoterapia pode ter auxiliado a paciente no controle do estresse,

reduzindo consideravelmente seus efeitos. Os escores de forças pessoais do período pós-intervenção também foram apresentados na Tabela 16. Quanto à qualidade de vida, Tatiana apresentou aumento de escores nos domínios físico, psicológico e ambiental, indicando melhoria nesses aspectos. Entretanto, houve redução de qualidade de vida geral e no domínio social (Tabela17).

Tatiana, seis meses após o término das intervenções, salientou novamente as mudanças que percebeu em sua comunicação, acrescentando melhora também na sua disposição e energia. Sua motivação tem ajudado a sair de casa, se comunicar melhor e até mesmo a voltar a estudar. Conhecer pessoas que superaram a doença também foi importante para ela. Sua relação com os pais está melhor porque tem estado mais calma. Quanto às crises miastênicas, comentou que haviam diminuído ao fim das intervenções, mas que agora haviam retornado. Entretanto, sentiu melhora nos olhos. Sobre algum evento estressor anterior ao aparecimento da doença, fala do diagnóstico de esquizofrenia do pai, descoberto dois anos antes do seu próprio diagnóstico. Por esse espaço de tempo, Tatiana não sabe se teve relação com o aparecimento da MG, mas diz ter ficado muito abalada. Sobre o que mais lhe marcou no grupo, Tatiana traz algumas técnicas trabalhadas, como o diário e o encontro de despedida. Fala ainda que aplica algumas técnicas em seu dia-a-dia, como a de identificação das forças e a de planejar objetivos. Sobre suas forças, percebe que aperfeiçoou sua serenidade e sua adaptação às situações. Comenta sobre mudanças percebidas na equipe médica após o início do trabalho terapêutico. Por fim, avalia sua vida como boa, mesmo estando com algumas crises miastênicas.

“Eu não era muito comunicativa. Depois eu comecei a me comunicar mais. Quanto ao físico, as crises tinham dado um tempo e agora voltaram... Energia. Antes eu não estava sempre muito disposta. Agora acho que eu to mais.”

“Acho que to melhor. Agora consigo me comunicar melhor com as pessoas. Foi bom que nos encontros eu vi pessoas que conseguiam se comunicar muito bem e que conseguiram superar a doença, sabe? Quanto à doença acho que só o olho melhorou mesmo.”

“Ultimamente não ando muito bem da miastenia, mas posso dizer que a minha vida está boa.”

Tabela 16

Escores de Forças Pessoais de Tatiana nos Períodos Pré e Pós-intervenção

Força Pessoal Pré	Escore	Força Pessoal Pós	Escore
Honestidade, autenticidade e sinceridade	4,5	Honestidade, autenticidade e sinceridade	4,7
Modéstia e humildade	4,4	Modéstia e humildade	4,4
Religiosidade, espiritualidade, senso de propósito e fé	4,4	Gratidão	4,4
Sabedoria	4,3	Liderança	4,3
Perseverança, engajamento e diligência	4,2	Integridade, igualdade e justiça	4,3
Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	4,0	Bondade e Generosidade	4,2
Liderança	4,0	Prudência, cuidado e discricção	4,2
Coragem e bravura	3,9	Religiosidade, Espiritualidade, Senso de Propósito e Fé	4,1
Gratidão	3,8	Coragem e bravura	4,0
Entusiasmo e Energia	3,8	Esperança, Otimismo e Visão de futuro	3,9
Bom humor e Diversão	3,7	Autorregulação e Autocontrole	3,9
Inteligência Social	3,6	Perserverança, Engajamento e Diligência	3,9
Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,5	Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	3,9
Prudência, cuidado e discricção	3,5	Apreciação pela beleza e excelência	3,8
Esperança, Otimismo e Visão de futuro	3,5	Bom humor e Diversão	3,7
Bondade e Generosidade	3,4	Sabedoria	3,7
Autorregulação e Autocontrole	3,4	Inteligência Social	3,7
Apreciação pela beleza e excelência	3,3	Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,6
Capacidade de amar e ser amado	3,1	Capacidade de amar e ser amado	3,4
Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	3,1	Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	3,3
Integridade, Igualdade e Justiça	3,1	Amor pela aprendizagem	3,3
Perdão e Misericórdia	2,9	Entusiasmo e Energia	3,2
Amor pela aprendizagem	2,8	Curiosidade e interesse no mundo	2,8
Curiosidade e interesse no mundo	2,6	Perdão e Misericórdia	2,4

Tabela 17

Escores de Qualidade de Vida de Tatiana nos Períodos Pré e Pós-intervenção

WHOQOL-Abreviado	Escore Pré	Escore Pós
Domínio Físico	10,86	11,43
Domínio Psicológico	9,33	11,33
Domínio Social	14,67	12
Domínio Ambiental	11,5	13,5
Qualidade de Vida Geral	14	12

Noemi

Noemi, na época da coleta, tinha 47 anos e com escolaridade média de cinco a oito anos. Estava aposentada há 12 anos, após uma carreira de 20 anos como professora. Era casada e tinha três filhos, sendo Tatiana um deles. Morava em uma casa própria junto com marido e um dos filhos, em Eldorado do Sul. Sua renda era de até dois salários mínimos mensais e a avaliação de seu nível socioeconômico era insatisfatória.

Noemi não fumava nem consumia bebidas alcoólicas ou outras drogas. É religiosa e pratica a religião católica. Também estava envolvida em atividades de uma instituição religiosa. Noemi, às vezes, se sentia apoiada quando precisa, e esse apoio vem dos filhos, do esposo, de outros familiares e da equipe médica.

Avaliava seu estado de saúde como mediano, mas sentia que estava melhorando. Nunca esteve em atendimento psicológico. Percebeu os primeiros sintomas da doença aos 15 anos, mas só recebeu o diagnóstico de MG dois anos depois. Informou outras doenças associadas, como reumatismo, pressão alta e, há 15 anos, suspeita de lúpus. Realizou timectomia aos 18 anos, e sentiu melhora de sua saúde após a cirurgia. Noemi já sofreu internações por conta da MG, sendo a mais extensa de dois meses. Disse que seu pico de gravidade da doença foi entre seus 15 e 18 anos.

O prontuário de Noemi não apresentava registro de diagnóstico, indicando que o quadro de miastenia gravis foi concluído por outra equipe médica. Iniciou atendimento no hospital referido no ano 2000, sem registro sobre o motivo de consulta. Buscou atendimento médico em 14 diferentes especialidades e não tinha registro de internações nessa instituição. No ano da intervenção psicológica, havia realizado 10 consultas médicas, a maioria relacionada à triagem para cirurgia bariátrica que aguardava. Antes dos encontros psicoterapêuticos, sua prescrição medicamentosa incluía Piridostigmina 60mg (dois comprimidos a cada três horas), Prednisona 20mg (uma vez ao dia), Omeprazol 20mg (sem registro de dosagem), Dorflex (a cada oito horas) e Dipirona 500mg (caso sentisse dor). Além disso, ingeria o psicofármaco Fluoxetina 20mg ao dia, com indicação para sintomas depressivos. Ao final da intervenção, Noemi reduziu a prescrição de Piridostigmina para um comprimido a cada três horas, e de Prednisona para 15mg ao dia. Entretanto, havia aumentado a dose de Fluoxetina para 40mg ao dia. Também estava utilizando Captropil 25mg ao dia, HCTZ 25 mg ao dia, Azatioprina 50mg ao dia e Trazodona (dose não registrada).

Na entrevista antes das intervenções, as respostas de Noemi foram diretas e superficiais, talvez pela falta de proximidade e confiança com a equipe pesquisadora.

Noemi estava triste pela filha (Tatiana) estar doente. Acreditava que a filha a culpava pela MG. Sua auto-estima estava muito baixa, mas ainda confiava que superaria a doença, apesar de algumas vezes ter vontade de desistir. Usava o bom humor (força pessoal) como ferramenta para superar as dificuldades. Gostaria de não ter a MG e também de mudar a vida da filha, passando a ideia de que a culpa também era um sentimento dela. Não tinha boas expectativas quanto ao seu futuro e da família, e se sentia sobrecarregada pelas preocupações.

“Triste por causa da filha, dela estar doente e culpar-me por isso (estado atual).”

“Péssima (auto-estima). Tem horas que dá desânimo, vontade de desistir, desesperança.”

“Ainda confio que vou superar.”

“Procuro reagir, passar por cima de tudo, pelos filhos e netos. O bom humor ajuda a disfarçar a tristeza.”

“Não ter MG (mudança na vida). Mudar o estilo de vida da Tatiana (filha), ajudá-la a ter mais bom humor.”

“Nada bom (perspectiva de futuro), pela Tatiana, pela minha MG, o meu marido tem esquizofrenia. Não sei o que pode melhorar. Tenho muita preocupação, muito sobrecarregada.”

O resultado do instrumento ISSL para estresse mostrou que, nessa etapa, Noemi estava com estresse do tipo psicológico em nível de exaustão. Este dado pareceu estar de acordo com as falas da paciente na entrevista pré-intervenção, tendo em vista os apontamentos feitos sobre situações estressoras vivenciadas por ela no período. As forças pessoais foram descritas na Tabela 18. Os resultados de qualidade de vida da participante, antes da intervenção psicológica, indicou baixos escores para o domínio ambiental (Tabela 19).

No momento pós-intervenção, Noemi trouxe preocupação com os diagnósticos que ela e a família estavam tratando, e reclamação quanto ao atendimento médico. Além dela e de Tatiana, seu filho mais novo também passava por um tratamento médico e seu marido possuía diagnóstico de esquizofrenia. Demonstrou sentimento de responsabilidade com a família, não se permitindo ficar doente ou ausente. Entretanto, essa mesma situação lhe causava um sentimento de orgulho, por ser autossuficiente, não depender de outros. Sua

autoconfiança era alimentada por esse orgulho, mas tinha medo de perdê-la. Diferente da resposta no período pré-teste, Noemi desejou mudar apenas seu estado de saúde, sentir-se menos cansada. Outra mudança foi acreditar que o futuro tendia a melhorar, demonstrando que estava mais esperançosa e otimista com sua vida. Não estava conseguindo praticar atividades que gostava, em virtude do cuidado com os filhos. Avaliou positivamente os encontros por ter conhecido outras pessoas e ter redimensionado a MG, rompendo seu sentimento de solidão pela doença. Pode trocar experiências, fazer amizades, ver a filha se aproximar de pessoas com os mesmos desafios e, em especial, percebeu expressiva mudança em sua autoconfiança. Também comentou sobre a boa relação com a terapeuta. Por fim, sugeriu a continuidade dos encontros.

“Péssima, conjunto de coisas, da miastenia e outros diagnósticos que estamos tentando ver, faz uns dois meses. Vim procurar ajuda e um empurra para o outro e troca de medicação e vem piorando cada vez mais (estado atual).”

“Baixa (auto-estima), devido a tudo isso. Fico pensando "tava tão bem", a gente não espera que vá piorar, se fico doente tenho que me esforçar para não transparecer que tô doente. Tenho a Tatiana e o guri pra cuidar, não posso depender do pai. Não tem como ficar internada, fico pensando na casa.”

“Por enquanto ainda to (confiança), e ao mesmo tempo tenho medo de perder a confiança em mim mesma.”

“Orgulho de ser autossuficiente, pelos meus filhos, pelos meus netos, mantendo o comando da casa, a família depende de mim.”

“Queria não sentir mais estas canseiras, esta fraqueza.”

“A tendência é melhorar no geral (perspectiva de futuro).”

A avaliação de estresse indicou que, após os encontros psicoterapêuticos, os sintomas de estresse passaram a ser apenas físicos, em nível de quase-exaustão. A mudança de tipo sintomatológico pode sugerir que a intervenção auxiliou na redução de sintomas psicológicos. O nível de estresse também diminuiu, podendo indicar redução de seus efeitos. As forças pessoais, no segundo período de aplicação do instrumento VIA-IS, apresentaram considerável elevação dos escores, com pontuação máxima em três forças.

Os resultados de qualidade de vida de Noemi, no período pós-intervenção, apresentaram redução, em especial no domínio físico.

Após seis meses da intervenção, Noemi reconheceu mudanças pessoais após a psicoterapia, como aumento da confiança, disposição e tranquilidade. Noemi comentou sobre uma tentativa de estupro que ocorreu cinco meses antes do aparecimento dos sintomas. Não tem certeza sobre a conexão do fato com a doença, mas durante um dos encontros, Noemi levantou espontaneamente essa possibilidade, sendo a primeira vez que contava o que havia ocorrido. Isso também evidenciou sua confiança no grupo e uma possibilidade de diminuição do peso do problema ao compartilhá-lo com a terapeuta e as colegas de grupo. Noemi salientou a importância da intervenção para o redimensionamento da MG, ao ver outras pessoas enfrentando dificuldades semelhantes, identificando o quanto já havia superado a doença e conhecendo outras pessoas que estavam vivendo normalmente. Percebeu que, depois dos encontros, sentiu-se mais disposta e autoconfiante. As relações familiares também melhoraram, tornando a comunicação mais acessível. Noemi referiu a técnica da identificação de forças pessoais como marcante durante o processo terapêutico, destacando sua perseverança. Disse aplicar todos os dias, e percebeu que as forças a motivavam para o trabalho e a deixavam mais confiante. Noemi também relatou maior proximidade e compreensão com a equipe médica. No período da entrevista, Noemi avaliou sua qualidade de vida como instável, pois estava passando por dificuldades com a saúde de seu filho. Entretanto, ao que se referiu sobre a MG dela e de Tatiana, pareceu mais adaptada.

“Eu tava menos confiante. Melhorou bastante. Tava meio para baixo por causa da Tatiana, eu acho. Eu andava muito cansada, com dificuldade. Péssima. Tudo me irritava, tudo me incomodava.”

“Com o meu trabalho, né? Fiquei mais confiante. Eu consigo fazer!”

“Tá abalada (estado atual). Acontece que eu estou com outros problemas sérios que não consigo resolver... É de saúde, com o meu filho mais novo, ele tá com problemas sérios e nós não estamos conseguindo resolver, não temos recurso, enfim... Isso me deixou muito abalada ultimamente.”

Tabela 18

Escores de Forças Pessoais de Noemi nos Períodos Pré e Pós-intervenção

Força Pessoal Pré	Escore	Força Pessoal Pós	Escore
Prudência, cuidado e discrição	4,6	Perseverança, engajamento e diligência	5,0
Gratidão	4,5	Esperança, otimismo e visão de futuro	5,0
Perseverança, engajamento e diligência	4,5	Integridade, igualdade e justiça	5,0
Esperança, otimismo e visão de futuro	4,4	Cidadania, trabalho em equipe e lealdade	4,9
Religiosidade, espiritualidade, senso de propósito e fé	4,4	Gratidão	4,9
Bondade e Generosidade	4,3	Honestidade, autenticidade e sinceridade	4,9
Honestidade, Autenticidade e Sinceridade	4,3	Religiosidade, espiritualidade, senso de propósito e fé	4,9
Entusiasmo e Energia	4,3	Perdão e Misericórdia	4,8
Coragem e bravura	4,3	Curiosidade e interesse no mundo	4,8
Apreciação pela beleza e excelência	4,2	Coragem e bravura	4,8
Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	4,2	Prudência, cuidado e discrição	4,7
Perdão e Misericórdia	4,2	Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	4,7
Integridade, Igualdade e Justiça	4,1	Bondade e Generosidade	4,7
Modéstia e Humildade	4,1	Liderança	4,7
Sabedoria	4,0	Modéstia e Humildade	4,7
Autorregulação e Autocontrole	4,0	Inteligência Social	4,7
Inteligência Social	4,0	Apreciação pela beleza e excelência	4,5
Capacidade de amar e ser amado	4,0	Entusiasmo e Energia	4,3
Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	4,0	Autorregulação e Autocontrole	4,2
Curiosidade e interesse no mundo	4,0	Amor pela aprendizagem	4,2
Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,9	Bom humor e Diversão	4,1
Bom humor e Diversão	3,9	Sabedoria	4,1
Liderança	3,9	Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	4,0
Amor pela aprendizagem	3,3	Capacidade de amar e ser amado	3,8

Tabela 19

Escores de Qualidade de Vida de Noemi nos Períodos Pré e Pós-intervenção

WHOQOL-Abreviado	Escore Pré	Escore Pós
Domínio Físico	13,71	5,71
Domínio Psicológico	12,67	8
Domínio Social	12	12
Domínio Ambiental	11	8,5
Qualidade de Vida Geral	12	10

Mara

No momento pré-intervenção, Mara tinha 48 anos e havia estudado de nove a 11 anos. Declarou-se ativa em tempo parcial, após trabalhar 30 anos como comerciária e ter se afastado dessa profissão há cinco anos. Tinha um companheiro e cinco filhos. Morava sozinha em uma casa alugada na cidade de Santa Maria. Sua renda mensal era de até um salário mínimo e avaliava seu nível socioeconômico como satisfatório.

Mara não tinha o hábito de fumar nem de ingerir bebidas alcoólicas ou outras drogas. Avaliava seu estado de saúde como mediano, mas percebia flutuações entre momentos melhores e piores. Nunca esteve em atendimento psicológico. Relatou outras doenças associadas a MG, como miomas e suspeita de nódulos no tórax e no fígado. Mara se considerava espiritualizada e praticava a religião espírita. Também estava vinculada a atividades em uma instituição religiosa. Percebia-se apoiada quando necessário, sendo este apoio proveniente de seu pai, seus filhos e outros familiares.

Mara disse ter sentido os primeiros sintomas há seis anos, quando tinha 42 anos, e recebeu o diagnóstico no mesmo ano. Realizou timentomia aos 38 anos e sentiu-se melhor após a intervenção cirúrgica. Mara já sofreu uma internação que durou cinco dias e o pico de gravidade da doença foi em 2008.

Os dados de seu prontuário indicaram diagnóstico apenas para miastenia gravis. A primeira consulta registrada no hospital da pesquisa foi em 2007, por motivo relacionado à miastenia gravis. Além do setor de neurologia, havia buscado atendimento em outras quatro especialidades. Possuía registro de uma internação em 2008, por agravamento de sintomas relacionados à miastenia gravis. No ano de realização da intervenção psicológica, compareceu em duas consultas médicas, ambas em virtude da doença. Antes e após a psicoterapia em grupo, estava com prescrição médica de Piridostigmina e Azatioprina, sem dosagens registradas no prontuário.

Na entrevista anterior às intervenções, Mara se mostrou bastante reservada em suas respostas, talvez pela falta de proximidade e abertura com a equipe de pesquisadores. Mostrou insatisfação por ter a doença, mas, apesar disso, tinha boas expectativas quanto ao seu futuro. Identificava a perseverança como uma força pessoal que a auxiliava a superar as dificuldades. Neste período, estava envolvida em uma atividade voluntária que gostava.

“Cansada ao menor esforço (estado atual).”

“Bem (auto-estima).”

“Bem (auto-confiança).”

“Perseverança. Não desisto frente a dificuldades, sou decidida, gosto muito de viver (força).”

“Nada (mudança na vida). Apenas não gostaria de ser portadora de MG.”

“Maravilhoso (perspectiva de futuro). Tenho boas expectativas em relação ao futuro: cirurgia, nascimento de outro neto, formatura do meu companheiro, formatura dos meus filhos meninos.”

Mara não apresentou sintomas de estresse no período pré-intervenção. O resultado parece estar de acordo com os dados qualitativos da primeira entrevista. As forças pessoais da paciente, no primeiro momento de coleta, estão descritas na Tabela 20. Verificou-se alta pontuação em diversas forças. A avaliação de qualidade de vida antes dos encontros indicou escores altos, em especial nos domínios psicológico, social e ambiental (Tabela 21).

Após as intervenções, Mara estava se sentindo bem, apesar de alguns problemas familiares. Estava mais confiante, mais calma, diferente de quando achava que a MG não estava sendo tratada corretamente. Quando perguntada sobre o que gostaria de mudar em sua vida, não citou mais a MG, parecendo estar aceitando melhor sua condição de saúde. Avaliou positivamente os encontros por ter conhecido outras pessoas com MG, ter informações além daquelas presentes nos livros e por reafirmar seu posicionamento frente à MG. Sentiu-se mais forte e confiante com relação à MG por ter conhecido pessoas que estavam lidando bem com a doença. Suas expectativas sobre a intervenção foram contempladas. Entretanto, notou que algumas perguntas lançadas pela terapeuta não eram aprofundadas e trabalhadas pelas demais participantes do grupo.

“Bem, emocionalmente bem (estado atual), este problema com a minha filha é temporário e tudo vai se acomodar e até a dor dela vai passar. O caso dela é infidelidade por parte do marido, mal uso das finanças e maltrato com os filhos. Na última vez que fui lá, quando ele foi pegar algo perto da menor, no que ele levantou a mão perto dela ela se encolheu, aí fui conversar com ela e descobri que ela apanha.”

“Bem, me sinto bem dentro do possível (auto-estima). Nem sempre foi assim, já me senti mal por não conseguir terminar as coisas, agora meu nível de aceitação é maior.”

“Muito melhor (auto-confiança), antes quando eu não caminhava porque a miastenia estava subtratada aí eu ficava com raiva e ia parar na UTI.”

“Respeito pelos princípios que eu valorizo, dentro destes princípios as coisas acabam se encaminhando (forças).”

“Gostaria de morar em uma chácara, tô quase lá, meu marido vai ver uma para comprar (mudanças na vida).”

“Eu tenho as melhores perspectivas para o futuro, sei que vou viver muito, nada físico me incomoda, só estes conflitos que meus filhos estão passando (perspectiva de futuro).”

No período pós-intervenção, Mara continuou não apresentando sintomas de estresse. O resultado pode indicar auxílio da intervenção na manutenção do quadro assintomático. Quanto aos resultados sobre forças pessoais, identificou-se que a paciente teve escore máximo em cinco forças (Tabela 20). Os escores de qualidade de vida indicaram que, após a intervenção, a paciente apresentou melhoria em todos os domínios e na avaliação geral desse fator (Tabela 21).

Na entrevista de *follow up*, Mara novamente demonstrou estar mais adaptada à MG, apesar de, na época, estar se sentindo pior em virtude de nódulos encontrados no fígado e no tórax. Reclamou das equipes médicas, que não têm investigado corretamente os nódulos, mas elogiou os médicos do Hospital de Clínicas que vem a auxiliando com a MG. Na sua cidade, os médicos não a atendiam bem, não conheciam a MG. Mara relatou uma situação estressora antes dos sintomas da MG aparecerem, e achava que poderia ter relação com seu estado de saúde, pois já havia sido questionada pelos médicos sobre isso. Relatou tentar não se preocupar mais, trazendo o tema “morte” como sendo inevitável, mas descontextualizado da resposta. Sobre a avaliação dos encontros, percebeu maior confiança após ter participado da intervenção. Disse que conhecer pessoas com MG a ajudou a redimensionar a doença e as formas de encará-la. Ficou apreensiva que sua filha pudesse ter MG após conhecer Noemi e Tatiana. Estava mais cuidadosa com sua saúde, mas sentia mais disposta, inclusive para lutar por seu tratamento. O que mais lhe marcou nas intervenções foram os diferentes comportamentos das participantes, pois algumas não valorizavam a pesquisa ou não participavam das atividades. Comentou que continuava utilizando a técnica da resolução de problemas em seu dia-a-dia, mas não recordava as forças pessoais vistas ao longo das intervenções. Mara teve a assiduidade mais baixa entre as participantes do grupo 1, mas participou de mais de 50% dos encontros.

“Atualmente sim eu tenho me sentido muito pior, mas acho que é por causa dos nódulos que eu tenho e ninguém consegue descobrir direito. [...] Quanto ao emocional e social ta sempre bem. Eu sou uma pessoa muito lógica, sabe? Eu não dou dimensão maior às coisas. Eu procuro a solução para os meus problemas e isso é o melhor para todo mundo.”

“Quanto à doença, eu não sei bem se os sintomas que eu tenho agora são em função da miastenia ou por causa dos nódulos. Eu tenho uns nódulos no coração, não sei explicar direito, estão apertando, enfim... Não sei se o que eu sinto é da miastenia ou não. Eu tenho muita dor nas artérias e muito cansaço, estou muito devagar, mas é tudo quimicamente, só físico mesmo.”

“Ta bem, só o cansaço mesmo que incomoda. Mas é só físico, no mais está tudo bem (estado atual).”

Tabela 20

Escores de Forças Pessoais de Mara nos Períodos Pré e Pós-intervenção

Força Pessoal Pré	Escore	Força Pessoal Pós	Escore
Honestidade, autenticidade e sinceridade	5,0	Coragem e bravura	5,0
Esperança, otimismo e visão de futuro	4,9	Esperança, otimismo e visão de futuro	5,0
Perseverança, engajamento e diligência	4,8	Bondade e generosidade	5,0
Entusiasmo e energia	4,7	Religiosidade, espiritualidade, senso de propósito e fé	5,0
Juízo, pensamento crítico e abertura	4,7	Integridade, Igualdade e Justiça	4,9
Integridade, igualdade e justiça	4,7	Perserverança, Engajamento e Diligência	4,9
Prudência, cuidado e discrição	4,7	Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	4,8
Cidadania, Trabalho em equipe e Lealdade	4,5	Juízo, Pensamento Crítico e Abertura	4,8
Gratidão	4,5	Honestidade, Autenticidade e Sinceridade	4,8
Bondade e Generosidade	4,5	Entusiasmo e Energia	4,8
Coragem e bravura	4,4	Autorregulação e Autocontrole	4,7
Autorregulação e Autocontrole	4,3	Modéstia e Humildade	4,7
Amor pela aprendizagem	4,3	Gratidão	4,7
Modéstia e Humildade	4,2	Prudência, cuidado e discrição	4,6
Perdão e Misericórdia	4,1	Liderança	4,6
Liderança	4,1	Amor pela aprendizagem	4,6
Religiosidade, Espiritualidade, Senso de Propósito e Fé	4,1	Inteligência Social	4,6
Apreciação pela beleza e excelência	4,0	Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	4,5
Inteligência Social	3,9	Capacidade de amar e ser amado	4,3
Sabedoria	3,8	Sabedoria	4,3
Curiosidade e interesse no mundo	3,7	Apreciação pela beleza e excelência	4,2
Capacidade de amar e ser amado	3,7	Curiosidade e interesse no mundo	3,9
Bom humor e Diversão	3,5	Bom humor e Diversão	3,4
Criatividade, Engenhosidade e Originalidade	3,4	Perdão e Misericórdia	3,1

Tabela 21

Escores de Qualidade de Vida de Mara nos Períodos Pré e Pós-intervenção

WHOQOL-Abreviado	Escore Pré	Escore Pós
Domínio Físico	10,86	13,14
Domínio Psicológico	16	17,33
Domínio Social	16	17,33
Domínio Ambiental	15,5	17,5
Qualidade de Vida Geral	12	16

A partir dos dados apresentados sobre cada participante, pode-se identificar aspectos relacionados à avaliação qualitativa do modelo de intervenção proposto. Alguns apontamentos, em especial vinculados às variáveis de interesse no estudo – qualidade de vida, estresse e forças pessoais – foram dispostos, a fim de contribuir com o aprimoramento da intervenção, conforme o Estudo I desta dissertação. Os dados obtidos nos três momentos de coleta – pré-intervenção, pós-intervenção e *follow up* – permitiram uma análise conjunta dos casos clínicos, como proposto por Gibbs (2009). A relação entre os resultados permite um entendimento mais detalhado sobre o andamento dos casos ao longo das sessões.

Verificou-se que duas participantes da intervenção apresentavam quadro clínico estável de miastenia gravis – Ivone e Luísa – de acordo com os parâmetros da equipe médica. Entretanto, mesmo com caráter assintomático, as pacientes buscaram o atendimento psicológico, tendo em vista, principalmente, o interesse por maiores informações sobre a doença e a curiosidade em conhecer pessoas que também precisavam lidar com a miastenia gravis. Ivone, ao longo do processo de intervenção, também pôde expor preocupações que afetavam seu estado de saúde.

Noemi e Tatiana, mãe e filha respectivamente, mostraram ser as participantes com quadro sintomatológico – físico e psicológico – mais acentuado. Isso pode ser verificado a partir de dados de prontuário, informações trazidas por elas nas entrevistas e escores dos instrumentos psicológicos. Já a participante Mara pareceu oscilar entre a estabilidade da doença crônica e o sofrimento gerado por outras questões de caráter físico, psicológico e social.

Os resultados sobre estresse, obtidos a partir de dados pré e pós-intervenção, podem indicar a relação do modelo proposto com escores de estresse indicados pela aplicação do instrumento ISSL nos dois momentos, além de informações relatadas pelas participantes a partir das entrevistas. Pôde-se identificar que todas as pacientes que apresentaram sintomas de estresse no período pré-intervenção passaram por uma redução dos níveis. Ivone, Noemi e Tatiana, que estavam com estresse em nível de exaustão antes dos encontros, amenizaram seus efeitos após a intervenção: passaram para níveis de resistência (Ivone e Tatiana) e quase-exaustão (Noemi). Estes resultados se mostram pertinentes, tendo em vista a relação entre estresse e produção ou agravamento de sintomas físicos e psicológicos. Sabe-se que a saúde psicológica pode afetar a expressão de uma doença, já que o estresse psicológico pode gerar desregulação imunológica (Teixeira, 2003). A interação entre os sistemas psicológico e imunológico se dá, inicialmente, pela ativação do

sistema nervoso simpático durante uma resposta emocional. De acordo com essa resposta, o hipotálamo secreta uma série de hormônios que provocam a liberação de cortisol a partir do córtex adrenal. O cortisol desencadeia processos orgânicos que fornecem energia para suportar a resistência ao estressor percebido (Sherwood, 1993). Outro efeito do cortisol é a desregulação temporária do sistema imunológico, a partir da ligação do cortisol com células desse sistema (Maes, Bosmans, & Metlzer, 1995). Os circuitos interdependentes dos sistemas nervoso central e imunológico permitem explicar porque fatores psicológicos podem afetar o desenvolvimento de uma doença. Contudo, ainda não existem comprovações empíricas de que estes fatores psicológicos possam influenciar o início ou a evolução da miastenia gravis (Paul & Gilchrist, 2003). Por essas razões, a dúvida sobre os efeitos do estresse no aparecimento ou no agravamento dos sintomas de miastenia gravis é pertinente e deve ser alvo de pesquisas, visto que é igualmente uma doença que envolve os processos imunológicos e a relação destes com o sistema nervoso. Não há conclusões sobre a influência do estresse ou de estados emocionais negativos no desenvolvimento desta doença específica, porém investigações mostram que o hiperfuncionamento do timo – uma anomalia do sistema imunológico - pode ter relação com a miastenia gravis (Drachman, 2001; Engel, 1994; Penn & Rowland, 2000; Rowland, 2003). Além disso, desregulações imunológicas por consequência do estresse mostram origem ou agravamento de doenças autoimunes, tais como artrite reumatóide, diabetes dependente de insulina, lúpus e esclerose múltipla (Teixeira, 2003). Entretanto, pouco se sabe sobre a origem desta desregulação do sistema imunológico em pacientes com miastenia gravis. Sendo uma doença adquirida, pode-se levantar a questão sobre os efeitos da reação orgânica frente a um evento estressor – desequilíbrio do eixo HPA – no hiperfuncionamento do sistema imunológico de pacientes com miastenia gravis. Este pode ser um tema para pesquisas futuras, tendo em vista a importância de verificar, experimentalmente, os efeitos do estresse em pacientes com miastenia gravis, bem como a possível relação entre a origem dos sintomas e eventos estressores.

Quanto à potencialização de forças pessoais, os resultados qualitativos das pacientes e os escores obtidos pelo VIA-IS indicaram que a identificação das forças e das formas de aplicação destas são aspectos pouco claros para as participantes. Tanto nas entrevistas pré e pós-intervenção quanto nas atividades durante os encontros envolvendo a identificação e a prática de forças, percebeu-se a dificuldade, por parte das pacientes, em identificar estes aspectos. As aplicações do VIA-IS indicaram mudança de escores e ordem de prevalência das forças nos períodos pré e pós-intervenção. Estas informações podem

sugerir que as forças pessoais são construtos dinâmicos, e não podem ser considerados traços, como defendido pelos autores da escala (Seligman & Peterson, 2004). Entretanto, dados de teste reteste deste instrumento ainda são inexistentes no Brasil, o que dificulta qualquer análise nesse sentido. Além disso, entende-se que o número de participantes não possibilita uma conclusão sobre isso a alteração de forças pessoais a partir de uma intervenção psicológica.

Os resultados referentes à qualidade de vida foram analisados a partir de aspectos qualitativos trazidos pelas participantes nas entrevistas e dos escores do instrumento WHOQOL-Abreviado. Os dados relatados pelas pacientes nas entrevistas indicaram que muitas delas perceberam melhorias na qualidade de vida após a intervenção, principalmente relacionadas a aspectos psicológicos e da rede de apoio. Os escores do instrumento de qualidade de vida mostraram, em geral, melhoria neste fator no período pós-intervenção. A paciente Mara apresentou aumento em todos os escores relacionados à qualidade de vida – avaliação geral e de cada um dos domínios. Já Noemi teve redução de todos os resultados após os encontros. As demais participantes tiveram melhoria de dois ou mais aspectos relacionados à qualidade de vida. Entretanto., os escores não foram tratados estatisticamente, o que limita a interpretação dos resultados. Neste sentido, os dados qualitativos se mostraram mais relevantes.

A partir dos dados relacionados às variáveis em estudo, sugere-se que o modelo de intervenção proposto (ver Estudo I) pode estar vinculado a alguns dos resultados verificados após as sessões de psicoterapia. Em especial, a redução de níveis de estresse em todas as participantes que apresentaram sintomatologia pré-intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas pesquisas no campo da miastenia gravis têm investigado a etiologia, os sintomas e os possíveis tratamentos para esta doença. Estes achados oferecem consideráveis contribuições para a qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, ainda na ausência de cura, os pacientes portadores de miastenia gravis precisam manejar seus sintomas e, além disso, lidar com a vulnerabilidade psicológica que o estresse provocado por uma doença crônica demanda. A forma como os portadores de miastenia gravis se identificam com a condição de saúde, experienciam os sintomas e interpretam o impacto da doença sobre suas vidas influenciam sua adaptação ao caráter crônico da doença (Paul & Gilchrist, 2003).

A presente pesquisa tinha como objetivo principal propor um modelo de intervenção psicológica em grupo para pacientes com doença crônica, especificamente com portadores de miastenia gravis. Este objetivo foi enriquecido com resultados de dois diferentes estudos: o primeiro, que avaliou o processo de construção e aplicação do modelo de psicoterapia, e o segundo, que acompanhou os casos clínicos participantes da intervenção. Entretanto, o número reduzido de participantes e a avaliação prioritariamente qualitativa caracterizaram o estudo como uma etapa inicial para a proposição de uma intervenção.

A pesquisa apresentada nessa dissertação é inovadora, ao aliar duas diferentes abordagens – Psicologia Positiva e Terapia Cognitivo-Comportamental – para o desenvolvimento de uma prática clínica integrativa. A proposta está fundamentada no conceito sobre saúde da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1946) que considera o bem-estar além da ausência de doença. Sobressai-se, portanto, a importância de intervenções que possam conciliar amenização de sintomas e potencialização de aspectos saudáveis. Entretanto, por seu caráter inovador, a pesquisa apresentou algumas limitações. A literatura já traz a aproximação das abordagens como uma possibilidade de trabalho que potencializa a amenização de sintomas e a ampliação de aspectos positivos, como forças e emoções positivas (Karwoski, Garrat, & Ilardi, 2006). A intervenção proposta nessa pesquisa envolveu técnicas de resolução de problemas, controle do estresse e identificação de pensamentos disfuncionais, práticas geralmente utilizadas na abordagem Cognitivo-Comportamental. A Psicologia Positiva ainda oferece poucas técnicas para o trabalho clínico, em especial para intervenções em grupo. Por isso, novas atividades foram desenvolvidas, sem a fundamentação empírica que técnicas da abordagem Cognitivo-Comportamental, por exemplo, apresentam. Além disso, a vinculação entre as

duas bases teóricas utilizadas é uma proposta inovadora, com experimentações recentes e ainda com poucas publicações científicas. Entretanto, o estudo não permite concluir se a união dessas abordagens foi eficiente para o atendimento psicológico de pacientes com miastenia gravis.

A avaliação da intervenção, realizada no Estudo I e aprofundada com o estudo de casos múltiplos desenvolvido no Estudo II, mostrou que a maioria das participantes aprovou a forma de trabalho e a reunião de pacientes com a mesma doença. A possibilidade de diálogo entre elas promoveu ampliação da rede de apoio, identificação com um grupo e sentimento de pertença, visto que relataram não se sentirem mais sozinhas com relação à doença. Outras contribuições da psicoterapia foram indicadas pelas pacientes, em ambos os estudos, como melhorias na comunicação e nas relações familiares. Algumas pacientes relacionaram a piora da saúde física e mental ao término dos encontros. Esses dados sugerem que as pacientes seriam beneficiadas com um atendimento psicológico sistemático, preferencialmente em grupo, para que pudessem trocar experiências e se sentirem apoiadas. A demanda de atendimento apresentada pela equipe médica na escolha da população a ser atendida também estava baseada na dependência por tratamento que algumas pacientes apresentavam mesmo sem crises miastênicas. Essa informação corrobora com a indicação de um atendimento continuado de pacientes com doença crônica, especificamente miastenia gravis. Tal organização pode ser oferecida em pesquisas posteriores, a fim de verificar se um atendimento continuado ofereceria benefícios psicológicos ampliados a pacientes com doenças crônicas.

O modelo de intervenção desenvolvido nesta dissertação foi proposto para pacientes com miastenia gravis. Entretanto, como as sessões trazem atividades não específicas para a doença, a psicoterapia poderia ser adaptada para portadores de outras doenças crônicas. Optou-se por sugerir o modelo como uma possibilidade de intervenção para demandas psicossociais de indivíduos com doença crônica, não só para pacientes miastênicos. Além disso, as práticas foram adaptadas para o trabalho em grupo, sendo uma possibilidade de intervenção para a rede pública de saúde e para outros contextos onde o atendimento individual é limitado. No caso de tratamento psicológico para pacientes com doenças crônicas, o atendimento em grupo pode ser mais aconselhável, visto que a reunião dos membros é em si terapêutica (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004).

Ao longo do processo de construção, avaliação e aplicação da intervenção psicológica, foram identificadas limitações do estudo, as quais devem ser consideradas para futuras pesquisas no campo. Esta dissertação é considerada um passo inicial para a

proposição de um modelo de intervenção integrativo para pacientes com doenças crônicas, em especial para miastenia gravis. O caráter qualitativo da pesquisa pode indicar aspectos positivos e negativos desse modelo, trazendo também as impressões das pacientes e os possíveis efeitos do tratamento em algumas variáveis abordadas. Entretanto, mostrou-se necessária a calibragem da intervenção, buscando diferentes estratégias para atividades com pouca adesão e impacto. Estudos posteriores poderão reformular o modelo proposto e aplicá-lo a partir de um delineamento experimental. Dessa forma, a proposta de psicoterapia de grupo para este público permanecerá sendo desenvolvida e aperfeiçoada.

Intervenções com pacientes miastênicos foram pouco encontradas para fundamentar um modelo inicial de psicoterapia, o que gerou outra limitação para o estudo. A doença é considerada, em certo nível, rara e, portanto, as pesquisas ainda direcionam atenção para tratamentos farmacológicos em detrimento do auxílio psicossocial.

Dificuldades na avaliação dos pacientes e da intervenção também foram identificadas. Não foi possível realizar análises estatísticas com os resultados dos instrumentos, tendo em vista o número de participantes. Além disso, o instrumento VIA-IS não ofereceu dados sólidos para análise de mudanças sobre forças pessoais. Isso também se deve à ausência de estudos do tipo teste-reteste no Brasil. Quanto à avaliação da intervenção, entende-se que um acompanhamento sistemático, que avaliasse cada encontro seguindo os passos de uma avaliação de processo e impacto, mostraria de forma mais concreta quais foram as contribuições da intervenção e quais atividades se mostraram mais eficientes na promoção de qualidade de vida e redução do estresse.

Por estas razões, sugere-se que a investigação sobre acompanhamentos psicológicos para pacientes com miastenia gravis e outras doenças crônicas seja aprofundada. A presente pesquisa oferece dados qualitativos que ilustram a relevância da construção de uma psicoterapia para este público, em especial para redução de estresse. Entretanto, muito ainda precisa ser aprimorado para a consolidação de um modelo de intervenção. Além disso, a união entre as abordagens Cognitivo-Comportamental e Positiva é inovadora e também precisa de novas pesquisas, a fim de verificar a efetividades dessa aliança na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- Adams, R. D., & Victor, M. (1998). *Neurologia*. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill.
- Amato, A. A., & Russel, J. A. (2008). *Neuromuscular disorders*. New York: McGraw-Hill.
- Bachen, E. A., Manuck, S. B., Cohen, S., Muldoon, M. F., Raible, R., Herbert T. B., & Rabin, B. S. (1995). Adrenergic blockade ameliorates cellular immune responses to mental stress in humans. *Psychosomatic Medicine*, 57(4), 366-372.
- Barohn, R. J, McIntire, D., Herbelin, L., Wolfe, G. I., Nations, S., & Bryan, W. (1998). Reliability Testing of the Quantitative Myasthenia Gravis Score. *Annual of New York Academic Science*, 841, 769-772. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb11015.x
- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. I., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2000). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. (Eds.), *Wedding, Current psychotherapies* (pp. 241-272). Itasca: E. E. Peacock.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations from Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. doi: 10.1093/clipsy.bph078
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In A. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 647-696). New York: Wiley.

- Caballo, V. E. (2003). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Editora.
- Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 300-304.
- Carvalho, A. S. R., Silva, A. V., Ortensi, F. M. F., Fontes, S. V., & Oliveira, A. S. B. (2005). Miastenia gravis autoimune: aspectos clínicos e experimentais. *Revista de Neurociências*, 13(3), 138-144.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652–657. doi: 10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA
- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142. doi: 10.1146/annurev.psych.47.1.113
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24. doi: 10.1037/0033-2909.109.1.5
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 2, 310-357.
- Conti-Fine, B. M., Milani, M., & Kaminski, H. J. (2006). Myasthenia gravis: past, present, and future. *Journal of Clinical Investigation*, 116(11), 2843–2854. doi: 10.1172/JCI29894
- Craighead, W. E., Hart, A. B., Craighead, L. W., & Ilardi, S. S. (2002). Psychosocial treatments for major depressive disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 245-261). New York: Oxford Press.
- Crepaz, N., Passin, W. F., Herbst, J. H., Rama, S. M., Malow, R. M., Purcell, D. W., Wolitski, R. J. (2008). Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology*, 27(1), 4-14. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.4
- Deale, A., Chalder, T., Marks, I., & Wessely, S. (1997). Cognitive Behavior Therapy for Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 408-414.
- DeVellis, R. F., McEvoy De Vellis, B., Sauter, S. V. H., Harring, K., & Cohen, J. L. (1986). Predictors of pain and functioning in arthritis. *Health Education Research*, 1(1), 61-67. doi: 10.1093/her/1.1.61

- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology, 23*, 207–218. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.207
- Drachman, D. B. (2001). Myasthenia gravis and other diseases of the neuromuscular junction. In: A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (pp. 2515-2520). Mc Graw Hill.
- Engel, A. G. (1994). Acquired autoimmune myasthenia gravis. In: Engel, A. G., & Franzini-Armstrong (Eds.), *Myology* (pp. 1769-1797). Mc Graw Hill.
- Esterling, B. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Bodnar, J. C., & Glaser, R. (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology, 13*(4), 291-298. doi: 10.1037/0278-6133.13.4.291
- Farrell, C., Heaven, C., Beaver, K., & Maguire, P. (2005). Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. *Patient Education and Counseling, 56*(1), 72-77. doi: 10.1016/j.pec.2003.12.008
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine, 28*, 475-480.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública, 34*(2), 178-183.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation, 101*(16), 1919–1924. doi: 10.1161/01.CIR.101.16.1919
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positividade*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion, 12*, 191-220. doi: 10.1080/026999398379718

- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion, 24*, 237-258. doi: 10.1023/A:1010796329158
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: Wiley.
- Gaspar, V. (2009). *Zorbuddha: diário positivo para uma vida consciente versão 1.6*. Retirado de www.zorbuddha.org
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology, 5*, 243–251. doi: 10.1038/nri1571
- Glaser, R., Mehl, V. S., Penn, G., Speicher, C. E., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1986). Stress-associated changes in plasma immunoglobulin levels. *International Journal of Psychosomatic, 33*, 41-42.
- Govindji, R., & Linley, P. A. (2007). Strengths use, self-concordance and well-being: Implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review, 2*(2), 143-153.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A Mente Vencendo o Humor*. Porto Alegre: Artemed.
- Grob, D. (1999). Natural history of Myasthenia Gravis. In A. E. Engel (Ed.), *Myasthenia Gravis and myasthenic disorders* (pp. 131-141). New York: Oxford University Press.
- Gronseth, G. S., & Barohn, R. J. (2000). Practice parameter: Thymectomy of autoimmune myasthenia gravis (an evidence based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology, 55*, 7–15.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics, 43*(4), 259-281.
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine, 55*, 364-79.
- Herbert, T. B., Cohen, S., Marsland, A. L., Bachen, E. A., Rabin, B. S., Muldoon, M. F., & Manuck, S. B. (1994). Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosomatic Medicine, 56*, 337-44.

- Herschbach, P., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Henrich, G., Book, K., & Dinkel, A. (2010). Group Psychotherapy of Dysfunctional Fear of Progression in Patients with Chronic Arthritis or Cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 31-38. doi: 10.1159/000254903
- Homo-Delarche, F., Fitzpatrick, F., Christeff, N., Nunez, E. A., Bach, J. F., & Dardenne, M. (1991). Sex steroids, glucocorticoids, stress and autoimmunity. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, *40*, 619-637. doi: 10.1016/0960-0760(91)90285-D
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-45. doi: 10.1126/science.3399889
- Hymovich, D. P., & Hagopian, G. A. (1992). *Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Irwin, M., Lacher, U., & Caldwell, C. (1992). Depression and reduced natural killer cytotoxicity: a longitudinal study of depressed patients and control subjects. *Psychological Medicine*, *22*, 1045-1050. doi: 10.1017/S0033291700038617
- Jaretzki, A., Barohn, R. J., Ernstoff, R. M., Kaminski, H. J., Keeseey, J. C., Penn, A. S., & Sanders, D. B. (2000). Recommendations for clinical research standards. *Neurology*, *55*, 16-23.
- Karworski, L., Garratt, G. M., & Ilardi, S. S. (2006). On the integration of cognitive-behavioral therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, *20*(2), 159-169. doi: 10.1891/088983906780639763
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 528-536. doi: 10.1037/0022-006X.60.4.528
- Ketterer, M. W., Wulsin, L., Cao, J. J., Schairer, J., Hakim, A., Hudson, M., Keteyian, S. J., Khanal, S., Clark, V., & Weaver, W. D. (2006). "Major" Depressive Disorder, coronary heart disease, and the DSM-IV threshold problem. *Psychosomatics*, *47*(1), 50-55. doi: 10.1176/appi.psy.47.1.50
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: positive psychology and a life well lived*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.

- Khandker, S., Koolwal, G., & Samad, H. (2010). *Handbook on impact evaluation: Quantitative methods and practices*. Washington: The World Bank.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Cacioppo, J. T., Malarkey, W. B., & Glaser, R. (1992). Acute psychological stressors and short-term immune changes: what, why, for whom, and to what extent? *Psychosomatic Medicine*, *54*, 680-685.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Garner, W., Speicher, C. E., Penn, G., & Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immune competence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, *46*, 7-14.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J. T., & Malarkey, W. B. (1998). Marital stress: Immunologic, neuroendocrine, and autonomic correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *840*, 649-655. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09604.x
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, *64*(1), 15-28.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, *127*, 472-503. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.472
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Köhler, W. (2007). Psychosocial aspects in patients with myasthenia gravis. *Journal of Neurology*, *254*(2), 90-92. doi: 10.1007/s00415-007-2022-5
- Kunik, M. E., Braun, U., Stanley, M. A., Wristers, K., Molinari, V., Stoenber, D., & Orengo, C. A. (2001). One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine*, *31*, 717-723. doi: 10.1017/S0033291701003890
- Laudenslager, M. L. (1987). Psychosocial stress and susceptibility to infectious disease. In: E. Kurstak, Z. J. Lipowski, & P. V. Morozov (Eds.) *Viruses, Immunity and Mental Disorders* (pp. 391-402). New York: Plenum.
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Consortium, M. (2006). The definition of disability: what is in a name? *Lancet*, *368*, 1219-1221. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69498-1
- Leonardi, M., Raggi, A., Antozzi, C., Confalonieri, P., Maggi, L., Cornelio, F., & Mantegazza, R. (2010). The relationship between health, disability and quality of life in Myasthenia Gravis: results from an Italian study. *Journal of Neurology*, *257*, 98-102. doi: 10.1007/s00415-009-5279-z

- Leventhal, H., Leventhal, E., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: a perceptual cognitive approach. *Psychology and Health, 13*, 717–734.
- Liebeskind, J.C. (1991). Pain can kill. *Pain, 44*, 3-4. doi: 10.1080/08870449808407425
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Linley, P. A., Joseph, S., Maltby, J., Harrington, S., & Wood, A. M. (2009). Positive Psychology Application. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 35-48). New York: Oxford University Press.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de Sintomas para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.31
- Maddux, J. E. (2009). Stopping the “Madness”: Positive Psychology and Deconstructing the Illness Ideology and the DSM. In: S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.) *Handbook of Positive Psychology* (pp. 61-70). New York: Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: Wiley.
- Maes, M., Bosmans, E., & Meltzer, H. Y. (1995). Immunoendocrine aspects of major depression: relationships between plasma interleukin-6 and soluble interleukin-2 receptor, prolactin and cortisol. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 245*, 172-178. doi: 10.1007/BF02193091
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability, implications for health education practice (Part II). *Health Promotion Practice, 6*(1), 37-43. doi: 10.1177/1524839904266792
- Marques-Deak, A., & Sternberg, E. (2004). Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(3), 143-144.

- Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1964). Minnesota Multiphasic Personality Inventory response patterns in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 17-28. doi: 10.1016/0022-3999(64)90018-2
- Mora, A., Cortés, C., Mateo, E. M., Pla, M., & Cabarrocas, E. (1990). Miastenia grave. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 37, 284-290.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00255-3
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332. doi: 10.1017/S1352465801003058
- Nezu, M., & Nezu, C. M. (1999) Treinamento em Solução de Problemas. In: V. E. Caballo (Ed.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do comportamento* (471-493). Santos: São Paulo.
- Ochs, C., Bradley, J., Katholi, C., Byl, N., Brown, V., Jones, L., & Sholet, J. (1998). Symptoms of patients with myasthenia gravis receiving treatment. *Journal of Medicine*, 29, 1-12.
- O'Connor, T. M., O'Halloran, D. J., & Shanahan, F. (2000). The stress response and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, from molecule to melancholia. *QJ Medicine*, 93, 323-333. doi: 10.1093/qjmed/93.6.323
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382. doi: 10.1037/0033-2909.108.3.363
- Osserman, K. E., & Genkins, G. (1971). Studies in myasthenia gravis: a review of a 20-year experience in over 1200 patients. *Mont Sinai Journal of Medicine*, 38, 497-537.
- Padua, L., Evoli, A., Aprile, I., Caliandro, P., Mazza, S., Padua, R., & Tonali, P. (2001). Health-related quality of life in patients with myasthenia gravis and the relationship between patient-oriented assessment and conventional measurements. *Neurological Sciences*, 22, 363-369. doi: 10.1007/s100720100066
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20. doi: 10.1590/S0103-863X2007000100002
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 118-129. doi: 10.1080/17439760600619567

- Paul, R., Cohen, R., Gilchrist, J., & Goldstein, J. (2000). Fatigue and its impact on patients with Myasthenia Gravis. *Muscle Nerve*, 23, 1402–1406. doi: 10.1002/1097-4598(200009)23:9<1402::AID-MUS11>3.0.CO;2-B
- Paul, R. H., & Gilchrist, J. M. (2003). Psychological and Social Consequences of Myasthenia Gravis. In: H. J. Kaminski (Ed.) *Myasthenia Gravis and Related Disorders* (pp. 355-372). New Jersey: Humana Press.
- Paul, R. H., Nash, J. M., Cohen, R. A., Gilchrist, J. M., & Goldstein, J. M. (2001). Quality of life and well-being of patients with Myasthenia Gravis. *Muscle Nerve*, 24, 512–516. doi: 10.1002/mus.1034
- Peters, J. L., & Large, R. G. (1990). A randomized control trial evaluation in- and outpatient pain management programmes. *Pain*, 41, 283-293.
- Petersen, C. S. (2007). *Avaliação de intervenção grupal para promoção da qualidade de vida em portadores de doenças crônicas : a aids como modelo* (Tese de doutorado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10183/14287>
- Penn, A. S., & Rowland, L. P. (2000). Miasthenia Gravis. In: L. P. Rowland (Ed.) *Tratado de Neurologia* (pp. 626-631). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., & Fried, L. P. (2000). The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1359–1366.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Revista Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Puder, R. S. (1988). Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging*, 3(2), 204-207. doi: 10.1037/0882-7974.3.2.204
- Rabin, B. S., Cohen, S., Ganguli, R., Lysle, D. T., & Cunnick, J. E. (1989). Bidirectional interaction between the central nervous system and immune system. *Critical Reviews in Immunology*, 9, 279–312.
- Raggi, A., Leonardi, M., Antozzi, C., Confalonieri, P., Maggi, L., Cornelio, F., & Mantegazza, R. (2010). Concordance between severity of disease, disability and health-

- related quality of life in Myasthenia Gravis. *Neurological Sciences*, 31, 41-45. doi: 10.1007/s10072-009-0167-y
- Raggi, A., Leonardi, M., Mantegazza, R., Casale, S., & Fioravanti, G. (2010). Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurological Sciences*, 31, 231-235. doi: 10.1007/s10072-009-0194-8
- Raine, R., Haines, A., Sensky, T., Hutchings, A., Larkin, K., & Black, N. (2002). Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ*, 325, 1-11. doi: 10.1136/bmj.325.7372.1082
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.422
- Rimón, R., Belmaker, R. H., & Ebstein, R.. (1977). Psychosomatic aspects of juvenile rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 6, 1-10.
- Rizzo, M., Creed, F., Goldberg, D., Meader, N., & Pilling, S. (2011). A systematic review of non-pharmacological treatments for depression in people with chronic physical health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 18-27. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.02.011
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49. doi: 10.1037/0033-2909.108.1.30
- Rohr, W., Fabian-Milkau, I., & Harnecker, U. (1994). Coping with illness and symptoms in myasthenia gravis. *Nervenheilkunde*, 13, 26-28
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach*. London: Sage Publications.
- Rostedt, A., Padua, L., & Stalberg, E. V. (2006). Correlation between regional myasthenic weakness and mental aspects of quality of life. *European Journal of Neurology*, 13, 191-193. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01149.x
- Rowland, L. P. (2003). Doença da transmissão química na sinapse neuromuscular: Miastenia grave. In: E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessel (Eds.), *Princípios da neurociência* (pp. 298-308). São Paulo: Manole.

- Ruini, C., & Fava, G. A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 371-387). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28. doi: 10.1207/s15327965pli0901_1
- Sabariego, C., Brach, M., Herschbach, P., Berg, P., & Stucki, G. (2011). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *European Journal of Health Economics*, *12*, 489-497. doi: 10.1007/s10198-010-0266-y
- Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 466-475. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00538.x
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologists*, *61*, 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, *138*(4), 32. doi: 10.1038/138032a0
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sherwood, L. (1993). *Human Physiology: From Cells to Systems*. New York: West Publishing Company.
- Sieber, W. J., Rodin, J., Larson, L., Ortega, S., & Cummings, N. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain Behavior and Immunity*, *6*, 141-156. doi: 10.1016/0889-1591(92)90014-F

- Sirri, L., Grandi, S., & Fava, G. A. (2008). The Illness Attitude Scales: A Clinimetric Index for Assessing Hypochondriacal Fears and Beliefs. *Psychotherapy and Psicosomatics*, 77, 337-350. doi: 10.1159/000151387.
- Sitek, E. J., Bilinska, M. M., Wieczorek, D., & Nyka, W. M. (2009). Neuropsychological assessment in Myasthenia Gravis. *Neurological Sciences*, 30, 9-14. doi: 10.1007/s10072-008-0001-y
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Staats, P. S. (1999). Pain, depression and survival. *American Family Physician*, 60, 42-43.
- Sternberg, E. M. (2000). *The balance within: the science connecting health and emotions*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Strauss, A. L., & Glaser, B. G. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis: Mosby.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & T Khaw (2008). Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke. *Neurology*, 70(10), 788-794. doi: 10.1212/01.wnl.0000304109.18563.81
- Teixeira, R. R. (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.) *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 49-61). Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco.
- The WHOQOL Group (2000). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Trentini, M., Silva, D. G. V., & Leiman, A. H. (1990). Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 11(1), 18-28.
- Tomasi, N., G., S. (1996). *Convivência em Grupo: Uma Modalidade Para Aprender e Ensinar a Enfrentar a Situação Crônica de Saúde* (Dissertação de mestrado). Disponível na base de dados LILACS. (Identificador Único No. 179672)
- Turk, D. C. (2002). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients With Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 18(6), 355-365.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (1992). The measurement and assessment of people in pain. In: D. C. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of Pain Assessment* (pp. 3-12). New York: The Guildford Press.

- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*(3), 488-531.
- Vamos, M. (2006). Psychoterapy in the medical ill: A commentary. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, *40*, 295-309. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01795.x
- Van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 23-32. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.019
- Walt Disney Pictures (Producer). (2000). *Duas Vidas* [DVD].
- Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2000). The pain of being sick: implications of immune-to-brain communication for understanding pain. *Annual Review of Psychology*, *51*, 29-57. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.29
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, *68*, 267-29. doi: 10.1207/s15327752jpa6802_4
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *The Journal of the American Medical Association*, *262*(7), 914-919. doi: 10.1001/jama.1989.03430070062031
- Willson, J. J., & Gil, K. M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review*, *16*(6), 573-597. doi: 10.1016/0272-7358(96)00029-3
- World Health Organization, (1946). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. WHO: Genebra.
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Young, L. D. (1992). Psychological Factors in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(4), 619-627. doi: 10.1037/0022-006X.60.4.619
- Zakowski, S. G., McAllister, C. G., Deal, M., & Baum, A. (1992). Stress, reactivity, and immune function in healthy men. *Health Psychology*, *11*(4), 223-232. doi: 10.1037/0278-6133.11.4.223
- Zautra, A. J., Hoffman, J. M., Matt, K. S., Yocum, D., Potter, P. T., Castro, W. L., & Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between

interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis.
Arthritis & Rheumatism, 11(4), 271-279. doi: 10.1002/art.1790110408

ANEXOS

Anexo A

Exercício de Crenças Pessoais e Pensamentos Automáticos

IDENTIFICANDO SEUS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Em todas as situações que vivenciamos, a toda hora, temos vários pensamentos automáticos. Estes pensamentos se originam de nossas crenças pessoais, ou seja, nossas definições sobre o mundo, sobre as pessoas e sobre nós mesmos. Durante nossa vida, aprendemos e consolidamos estas crenças, que fazem nascer os pensamentos.

Vamos pensar em uma árvore, onde nossas crenças são as raízes e os pensamentos automáticos, os galhos. Aquilo que é mais profundo normalmente é mais difícil de enxergarmos. Mas se prestarmos atenção no que pode ser observado, o que está fora da terra, podemos modificar algumas coisas, o que nos incomoda ou nos prejudica.

Os pensamentos estão bastante ligados ao que está acontecendo no ambiente, ao estado de humor, ao comportamento e às reações físicas. No entanto, são aspectos diferentes. E se aprendermos a identificar e diferenciar cada um deles, fica mais fácil mudar alguma coisa. Isto porque nós temos o poder de modificar um pensamento, mas é bem mais difícil mudar os outros aspectos. Os nossos comportamentos e as nossas reações físicas geralmente obedecem algum pensamento, enquanto que o ambiente, aquilo que é externo, dificilmente podemos controlar.

Para poder diferenciar cada coisa, vamos pensar num exemplo de alguém que tem medo de escuro. Talvez, esta pessoa tenha uma crença (o que é mais profundo) de que precisa ter o controle de tudo para se sentir bem. Quando está no escuro (ambiente, situação), pode ter um pensamento como “não consigo ver o que está acontecendo, pode ser perigoso”. Sua reação física pode ser suor excessivo, tremor, taquicardia. Seu comportamento pode ser tentar sair desse lugar, fugir o mais rápido possível. Seu estado de humor poderia ser medo, raiva, irritação. Se esta pessoa souber modificar o seu pensamento, pode acabar mudando também os outros aspectos.

Exercício para identificar cada um desses pontos:

Mudança ambiental / Situação de vida:

Pensamento:

Humor:

Comportamento:

Reações físicas:

Anexo B

Exercício de diferenciação entre situação, estado de humor e pensamento

EXERCÍCIO: Distinguindo Situações, Estados de Humor e Pensamentos

A Folha de Exercícios 4.1 é um exercício para ajudá-lo a distinguir melhor seus pensamentos, estados de humor e situações. Escreva na linha à direita se o item da coluna à esquerda é um pensamento, estado de humor ou situação. Os três primeiros itens foram completados como exemplos.

FOLHA DE EXERCÍCIOS 4.1: Distinguindo Situações, Estados de Humor e Pensamentos

Situação, Estado de Humor ou Pensamento?

- | | |
|----------------------------------------|------------------------|
| 1. Nervoso. | <u>estado de humor</u> |
| 2. Em casa. | <u>situação</u> |
| 3. Não vou conseguir fazer isso. | <u>pensamento</u> |
| 4. Triste. | _____ |
| 5. Falando com um amigo ao telefone. | _____ |
| 6. Irritado. | _____ |
| 7. Dirigindo meu carro. | _____ |
| 8. Eu sempre vou me sentir assim. | _____ |
| 9. No trabalho. | _____ |
| 10. Estou enlouquecendo. | _____ |
| 11. Bravo. | _____ |
| 12. Eu não presto. | _____ |
| 13. 4:00 da manhã. | _____ |
| 14. Algo terrível vai acontecer. | _____ |
| 15. As coisas nunca dão certo. | _____ |
| 16. Desanimado. | _____ |
| 17. Eu não vou superar isso. | _____ |
| 18. Sentado em um restaurante. | _____ |
| 19. Estou fora de controle. | _____ |
| 20. Sou um fracasso. | _____ |
| 21. Falando ao telefone com minha mãe. | _____ |
| 22. Ela está sendo injusta. | _____ |
| 23. Deprimido. | _____ |
| 24. Sou um perdedor. | _____ |
| 25. Culpado. | _____ |
| 26. Na casa de meu filho. | _____ |
| 27. Estou tendo um ataque cardíaco. | _____ |
| 28. Tiraram partido de mim. | _____ |
| 29. Deitado na cama, tentando dormir. | _____ |
| 30. Isso não vai funcionar. | _____ |
| 31. Vergonha. | _____ |
| 32. Vou perder tudo que tenho. | _____ |
| 33. Pânico. | _____ |

A Mente Vencendo o Humor, de Dennis Greenberger e Christine A. Padesky. © 1995 Guilford Press.

Figura 8. Distinguindo situações, estados de humor e pensamentos (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 45)

Anexo C

Modelo de Registro de Pensamentos

REGISTRO DE PENSAMENTOS						
1. Situação	2. Estados de Humor	3. Pensamentos Automáticos (Imagens)	4. Evidências que Apóiam o Pensamento Quente	5. Evidências que Não Apóiam o Pensamento Quente	6. Pensamentos Alternativos/ Compensatórios	7. Agora Meça os Estados de Humor
Quem? O quê? Quando? Onde?	a. O que você sentiu? b. Meça cada estado de humor (0 - 100%)	a. O que estava passando por sua cabeça instantes antes de você começar a se sentir deste modo? Algum outro pensamento? Imagens? b. Circule o pensamento quente.			a. Escreva um pensamento alternativo ou compensatório. b. Meça o quanto você acredita em cada pensamento alternativo ou compensatório (0 - 100%).	Meça novamente os estados de humor listados na coluna 2, assim como qualquer estado de humor novo (0 - 100%).

Direitos autorais © 1983, Center for Cognitive Therapy, Newport Beach

Figura 9. Registro de Pensamentos – modelo (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 38)

Anexo D

Exemplo de Registro de Pensamentos

REGISTRO DE PENSAMENTOS						
1. Situação	2. Estados de Humor	3. Pensamentos Automáticos (Imagens)	4. Evidências que Apóiam o Pensamento Quente	5. Evidências que Não Apóiam o Pensamento Quente	6. Pensamentos Alternativos/Compensatórios	7. Agora Meça os Estados de Humor
<p>Quem? O quê? Quando? Onde?</p>	<p>a. O que você sentiu? b. Meça cada estado de humor (0 - 100%)</p>	<p>a. O que estava passando por sua cabeça instantes antes de você começar a se sentir deste modo? Algum outro pensamento? Imagens? b. Circule o pensamento quente.</p>	<p>4. Evidências que Apóiam o Pensamento Quente</p>	<p>5. Evidências que Não Apóiam o Pensamento Quente</p>	<p>a. Escreva um pensamento alternativo ou compensatório. b. Meça o quanto você acredita em cada pensamento alternativo ou compensatório (0 - 100%).</p>	<p>Meça novamente os estados de humor listados na coluna 2, assim como qualquer estado de humor novo (0 - 100%).</p>
<p>3ª-Feira, 9:30 da manhã.</p> <p>No consultório de meu terapeuta, olhando para o Registro de Pensamentos.</p>	<p>Transformada 95%</p> <p>Deprimida 85%</p>	<p><i>Isso é complicado demais para eu aprender.</i></p> <p>Nunca vou entender isso.</p> <p>Imagem/lembrança: Levando um boletim para casa com notas ruins e sendo repreendida por meus pais. Nunca vou melhorar. Nada pode me ajudar. Esta terapia não vai funcionar. Estou condenada a me sentir sempre deprimida.</p>	<p>Eu olho este Registro de Pensamentos e não sei o que fazer. Nunca fui muito boa nos estudos. Não sei o que você quer dizer com "evidências".</p>	<p>No trabalho, aprendi a programar o computador, que é complicado. Algumas das primeiras Folhas de Exercícios pareciam difíceis até que meu terapeuta me ajudou a fazê-las algumas vezes — então elas pareceram mais fáceis. Meu terapeuta me disse que eu preciso saber como fazer, por enquanto, apenas as duas primeiras colunas. Posso obter ajuda de meu terapeuta até eu saber fazer o registro sozinho.</p>	<p>Mesmo que isso pareça difícil agora, eu já aprendi outras coisas complicadas em outros momentos. 90%</p> <p>Meu terapeuta vai me ajudar a entender como fazer isso. 60%</p> <p>Com a prática isso pode fazer sentido e ficar mais fácil. 70%</p>	<p>Transformada 40%</p> <p>Deprimida 80%</p>

Figura 10. Registro de Pensamentos – exemplo (Greenberger & Padesky, 1995, pp. 39)

Anexo E
Treinamento em Solução de Problemas

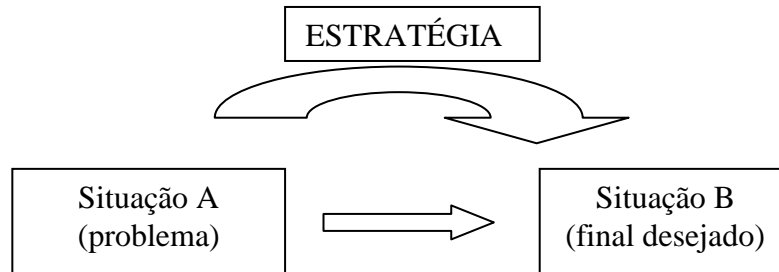


Figura 11. Treinamento em Solução de Problemas

A) Definição do problema

B) Compreensão do problema

C) Preparação para a ação

D) Tomada de decisão

E) Implementação da estratégia escolhida e avaliação

(Nezu & Nezu, 1999)

Anexo F

Exercício explicativo sobre estresse

O QUE É ESTRESSE?

A palavra Estresse foi utilizada pela primeira vez em 1936 por Hanz Selye, um endocrinologista interessado em pesquisar as reações físicas provocadas por situações que causavam angústia e tristeza. O estresse é um processo que se desenvolve por etapas e conforme o tempo e a intensidade da exposição a essa situação de angústia, maiores serão os efeitos do estresse no corpo. No entanto, antes de todo esse processo, é preciso que a pessoa interprete um evento como estressor, o que depende de seu sistema cognitivo (atenção, memória, percepção, crenças pessoais...).

O estresse, em certa medida, é considerado saudável, pois nos motiva a uma ação. Por exemplo, quando estamos em perigo ou com fome, esta situação provoca em nosso organismo uma série de reações de estresse. Essas reações fazem com que tenhamos motivação para buscar um lugar seguro ou comer. A partir de um determinado momento, o estresse passa a ser prejudicial para nós mesmos, pois essas reações orgânicas ficam mais intensas e provocam danos no nosso corpo. É o caso, por exemplo, de doenças que já foram identificadas em pesquisas como causadas por reações ao estresse, como algumas doenças de pele e do aparelho digestivo.

De acordo com a pesquisadora Marilda Emmanuel Novaes Lipp, o estresse é um processo que se desenvolve em quatro fases:

Fase de Alerta: a pessoa precisa produzir mais força e energia para enfrentar o esforço maior exigido. As mudanças hormonais que ocorrem nessa fase contribuem para o aumento da motivação, entusiasmo e energia.

Fase de Resistência: há uma busca pelo reequilíbrio, com grande utilização de energia, o que pode provocar sensação de desgaste e outras conseqüências.

Fase de Quase-exaustão: as defesas do organismo começam a ceder e algumas doenças começam a surgir.

Fase de Exaustão: há uma quebra na resistência e os sintomas ficam mais fortes. A pessoa sente exaustão física e psicológica em forma de depressão.

Quanto maior é o esforço que a pessoa faz para se adaptar e restabelecer a harmonia interior, maior é o desgaste do organismo. Quando o organismo consegue se adaptar e resistir ao estressor, o processo de estresse se interrompe. Então, é importante que a situação que nos estressa seja identificada e contornada da forma mais saudável.

(Lipp, 2003)

Anexo G
Treino de Controle do Estresse

No seu dia-a-dia, quais são as situações que estressam você?

Sente mudanças no seu corpo? Reações físicas? Quais?

Como ser assertivo? O que posso fazer para lidar com isso de forma mais saudável?

Relaxamento	Atividade Física
Alimentação	Reestruturação cognitiva (crenças)

(Greenberger & Padesky, 1995)

Anexo H

Descrição de Forças Pessoais

O conceito de forças pessoais foi desenvolvido por Peterson e Seligman (2004) em pesquisas realizadas nos Estados Unidos. A partir dos dados coletados, os pesquisadores identificaram 24 principais forças, que estariam presentes, em maior ou menor grau, em qualquer indivíduo. Essas 24 forças foram agrupadas em seis categorias, denominadas virtudes. São elas:

Sabedoria e conhecimento

- Criatividade, engenhosidade e originalidade: Pensar em novas formas de fazer as coisas é parte crucial de quem você é. Você nunca está satisfeito em fazer algo da forma convencional se é possível um modo melhor.
- Curiosidade e interesse no mundo: Você é curioso sobre tudo. Está sempre fazendo questões e acha todos os assuntos fascinantes. Você gosta de explorar e descobrir.
- Juízo, pensamento crítico e abertura a novas idéias: Pensar sobre as coisas e examiná-las de todos os lados são aspectos importantes de quem você é. Você não precipita conclusões e se baseia apenas em evidências sólidas para tomar suas decisões. Você é capaz de mudar de opinião.
- Amor pela aprendizagem: Você adora aprender coisas novas, tanto em aula quanto por si próprio. Você sempre gostou da escola, de ler, e de museus, em qualquer lugar que haja oportunidade de aprendizado.
- Sabedoria: Apesar de você não se considerar sábio, seus amigos tem essa visão de você. Eles levam em conta sua perspectiva e veem até você para aconselhamentos. Você tem uma visão de mundo que faz senti do para os outros e para você mesmo.

Coragem

- Coragem e bravura: Você é uma pessoa corajosa, que não recua diante de uma ameaça, desafio, dificuldade ou dor. Você defende o que é certo mesmo que haja oposição. Você age de acordo com suas convicções.
- Honestidade, autenticidade e sinceridade: Você é uma pessoa honesta, não apenas por falar a verdade, mas por viver de forma genuína e autêntica. Você tem os pés no chão e não é pretensioso; é uma pessoa realista.
- Perseverança, assiduidade e diligência: Você trabalha duro para terminar o que começou. Independentemente do projeto, termina-o no tempo previsto. Você não se distrai quando trabalha e tem satisfação em completar uma tarefa.

Humanidade

- Capacidade de amar e ser amado: Você valoriza relações próximas com outras pessoas, especialmente aquelas nas quais compartilhar e cuidar são recíprocos. As pessoas pelas quais você se sente mais próximo são as mesmas que se sentem mais próximas a você.

- Bondade e generosidade: Você é bom e generoso para os outros, e nunca está ocupado para apoiar alguém. Você gosta de realizar boas ações para os outros, mesmo que não as conheça bem.
- Inteligência social: Você está consciente dos motivos e sentimentos das outras pessoas. Você sabe o que fazer para se adequar a diferentes situações sociais e para deixar as pessoas à vontade.

Justiça

- Cidadania, trabalho em equipe e lealdade: Você se sobressai como membro de um grupo. Você é um colega leal e dedicado, sempre faz sua parte e trabalha duro pelo sucesso de seu grupo.
- Liderança: Você se sobressai em tarefas de liderança: encoraja um grupo a realizar coisas e preserva a harmonia entre o grupo fazendo com que todos se sintam incluídos. Você faz um bom trabalho organizando atividades e vendo que elas acontecem.
- Integridade, igualdade e justiça: Tratar todas as pessoas imparcialmente é um de seus princípios. Você não permite que seus sentimentos pessoais tendenciem suas decisões sobre os outros. Você oferece uma nova chance a qualquer um.

Temperança

- Perdão e misericórdia: Você perdoa aqueles que erraram com você. Sempre dá aos outros uma segunda chance. Seu princípio guia é misericórdia, e não vingança.
- Modéstia e humildade: Você não procura pelos holofotes, preferindo que suas realizações falem por elas mesmas. Você não se considera especial, e os outros reconhecem e valorizam sua modéstia.
- Autorregulação e autocontrole: Você regula conscientemente o que sente e o que faz. Você é uma pessoa disciplinada. Você está no controle de seus desejos e emoções, não vice-versa.
- Prudência, cuidado e discrição: Você é uma pessoa cuidadosa e suas escolhas são consistentemente prudentes. Você não diz ou faz algo que possa se arrepender depois.

Transcendência

- Apreciação da beleza e excelência: você percebe e aprecia a beleza, a excelência e/ou o bom desempenho em todos os domínios da vida, da natureza à arte, da matemática à ciência, nas experiências cotidianas.
- Gratidão: Você é consciente das coisas boas que acontecem com você e nunca as dá como garantidas. Seus amigos e sua família sabem que você é uma pessoa grata porque você sempre expressa seus agradecimentos.
- Esperança, otimismo e visão de futuro: Você espera o melhor do futuro e trabalha para alcançar. Você acredita que o futuro é algo que pode controlar.

- Bom humor e diversão: Você gosta de rir e caçar. Provocar sorrisos nas outras pessoas é importante pra você. Você tenta ver o lado bom de todas as situações.
- Espiritualidade, senso de propósito e fé: Você tem crenças fortes e coerentes sobre um propósito maior e sobre o sentido do universo. Você sabe onde se encaixa nesta grande engrenagem. Suas crenças modelam suas ações e são um recurso para confortá-lo.
- Deleite, entusiasmo e energia: Independentemente do que você faça, você o faz com empolgação e energia. Você nunca faz nada pela metade ou sem entusiasmo. Para você, a vida é uma aventura.

Peterson e Seligman afirmam que cada indivíduo possui uma “Assinatura de Forças”, ou seja, as cinco principais potencialidades de cada um. Ao conhecer sua assinatura, é possível colocá-las em prática para seu desenvolvimento e para o aprimoramento de suas práticas.

Anexo I

Plano de Ação para o Desenvolvimento de Forças Pessoais

FORÇA ESCOLHIDA	COMO JÁ ESTÁ PRESENTE EM SEU DIA-A-DIA?	EM QUE SITUAÇÕES GOSTARIA DE APLICAR MELHOR ESTA FORÇA?	DE QUE FORMA FARÁ ISSO? QUAL É SEU PLANO DE AÇÃO PARA DESENVOLVÊ-LA?

Anexo J
ZorBuddha (Exemplo)

Dia 1 _____

Ao acordar

Uma **PESSOA** de quem gosto

Uma coisa de que **GOSTO / DIVERTE / faz FELIZ**

Uma coisa de que me **ORGULHO**

Uma **IDEIA**

Dois **PEQUENOS OBJECTIVOS** para hoje

1. _____

2. _____

Porque é importante atingir esses objectivos

1. _____

2. _____

Ponteiros para o dia-a-dia
(podes escolher os melhores que se adequam a ti, de acordo com a tua região de formação)

ESPRITO / SENTIDO

- Ser fiel aos valores (para crianças)
- Meditar / fazer meditação
- Pensar sempre no futuro
- Agir com sentido
- Deixar fugir
- Viver a vida

FÍSICO

- Atividades de relaxamento
- Respirar / exercícios
- Dieta saudável
- Atividades de Yoga
- Dança / Tai Chi
- Exercício físico

SÓCIO-EMOCIONAL

- Ouvir
- Ser útil / ajudar
- Desconectar o telemóvel
- Ser mais "chato"
- Ser mais amigo / família
- Ser mais atento / responsável

MENTAL

- Ler / escrever
- Refletir nos dias
- Falar honestamente
- Cuidar mais de si
- Prioridade ao presente
- Cuidar do dia de que se vive

Caixa de Ferramentas
(para os casos de problemas)

Não carregue o problema – faça aqui o download!

"Mas-Killer"

1. Gostava de... **MAI** ...

2. Lata a fazer como substituir o **MAI** por **I** e acrescenta uma razão óbvia

3. ...então...

Antes de deitar

3 coisas positivas que me aconteceram hoje

1. _____

2. _____

3. _____

Uma coisa que foi diferente do dia de ontem

Estou feliz porque tenho/sou/fiz...

Figura 12. Zorbuddha (Gaspar, 2009)

Anexo K

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a fazer parte de um estudo de pesquisa clínica e, para auxiliá-lo a decidir se gostaria de participar, lhe passaremos mais informações através deste termo. Caso ainda tenha dúvidas, por favor, fique à vontade para perguntar ao profissional que está o atendendo.

Pesquisa: Avaliação de um modelo de intervenção psicológica com pacientes portadores de Miastenia Gravis.

Coordenação: A pesquisa será coordenada pela Psicóloga Bruna Larissa Seibel, sob orientação da Prof^a Dr^a Sílvia Helena Koller e do Dr. Pedro Schestatsky. Também terá a colaboração de profissionais da área da Psicologia vinculados ao grupo CEP-RUA.

Natureza da pesquisa: O estudo tem o objetivo de acompanhar fatores psicológicos associados ao tratamento psicológico da Miastenia Gravis. Com esta intervenção, pretendemos promover um espaço de conversa e troca entre pessoas. Estamos buscando meios de melhorar sua qualidade de vida e bem-estar.

Participantes da pesquisa: Participarão deste estudo pacientes portadores de Miastenia Gravis em tratamento no Ambulatório de Doenças Neuromusculares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Envolvimento na pesquisa: Em um primeiro momento, um profissional da área psicológica fará uma entrevista e algumas avaliações com você, para conhecê-lo melhor. Após isso, você será convidado a participar da intervenção em grupo, coordenado pela Psicóloga Bruna Larissa Seibel, com outras pessoas que também estão em tratamento para Miastenia Gravis. O grupo fará um encontro por semana, de aproximadamente uma hora e trinta minutos, totalizando oito semanas de atendimento. Os encontros podem ser acompanhados por membros do grupo de pesquisa, sendo que algumas anotações ou gravações de voz poderão ser realizadas a fim de avaliar o andamento dos atendimentos. Ao final dos oito encontros, solicitaremos outra entrevista com você, bem como novas avaliações, para verificar como foi este período para você. Você está livre para decidir se quer ou não participar, sem que isso traga qualquer prejuízo a você. Você também é livre para se retirar do estudo a qualquer momento e isso igualmente não irá interferir no seu tratamento. A equipe médica também poderá solicitar sua retirada do estudo quando isso for o melhor para você.

Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações ou riscos para sua saúde e para seu tratamento médico. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa não oferecem potenciais risco a integridade física, psíquica e moral dos participantes. Devido ao período de avaliações, poderá sentir algum desconforto ou cansaço neste processo. No entanto, qualquer desconforto poderá ser imediatamente informado à equipe de pesquisadores, a qual fará o possível para preservar sua integridade e saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade destes.

Confidencialidade: É importante esclarecer que seus dados pessoais, em especial seu nome, permanecerão confidenciais. Dados levantados ao longo do estudo poderão ser

publicados para tornar a informação obtida um benefício a todos. Porém, sua identidade sempre será preservada.

Benefícios: Os participantes desta pesquisa serão beneficiados pelo atendimento psicológico recebido. Além disso, este estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de outros modelos de intervenção, a fim de promover qualidade de vida aos demais pacientes em tratamento.

Pagamento: Sua participação neste estudo não envolve qualquer custo de sua parte.

Caso você tenha alguma dúvida ao longo do atendimento, pode fazer perguntas a qualquer momento pelos contatos:

Dra. Bruna Larissa Seibel
Dr. Pedro Schestatsky

Telefone: (51) 98514279
Telefone: (51) 3359 8520

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi todas as informações a respeito desta pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Os pesquisadores asseguraram-me de que os dados desta pesquisa serão confidenciais e não serão modificados, bem como não terei tratamento diferenciado em função da pesquisa. Terei a liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa a qualquer hora em face destas informações.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Porto Alegre, ____ de _____ de 20____.

Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua
Instituto de Psicologia, UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2600, Sala 104 - 90035-003 Porto Alegre RS Brasil
Tel. (51) 33165150 Fax: (51) 33165473 Celular: (51) 81197091
E-mail: cep_rua@ufrgs.br

Anexo L

Ficha de dados biossociodemográficos

Nome: _____

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Idade: ____ anos

3. Escolaridade:

() 0 – 4 anos () 5 – 8 anos () 9-11 anos () Curso superior

() Outro: _____

4. Atuação Profissional:

() Ativa () Inativa () Ativa em tempo parcial () Desempregada () Aposentada

() Aposentada com atividades em tempo parcial () Outro: _____

4.1. Trabalha há ____ anos. 4.2. Profissão exercida: _____

4.3. Se não está mais trabalhando, parou há quanto tempo? _____

5. Estado Civil:

() solteira () casada ou com companheiro () separada – divorciada () viúva

6. Número de filhos ()

6.1. Sexo / Idade / Grau de autonomia de cada um dos filhos:

7. Moradia:

() Casa própria () Casa alugada () Casa de familiar () Outro: _____

7.1. Cidade / Estado onde mora? _____

7.2. Com quem mora? _____

7.3. Familiares morando próximo? _____

8. Renda familiar (em unidades de salário mínimo – valor nacional R\$ 510,00)

() 1 salário mínimo ou menos () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos

() 4 salários mínimos () 5 ou mais salários mínimos

8.1. Como avalia seu nível socioeconômico?

1 – muito satisfatório 2 – satisfatório 3 – nem satisfatório, nem insatisfatório

4 – insatisfatório 5 – muito insatisfatório

9. Hábitos saudáveis:

9.1. Você fuma? () Sim () Não. Há quanto tempo? _____

9.2. Tinha o hábito de fumar? () Sim () Não. Por quanto tempo fumou? _____

9.3. Se parou, há / por quanto tempo (período)? _____

9.4. Você usa outras drogas? () Sim () Não. Qual? _____

9.5. Por quanto tempo usa? _____

9.6. Tinha o hábito de usar drogas? () Sim () Não. Qual? _____

9.7. Se parou, há quanto tempo? _____

9.8. Tem hábito de consumir bebida alcoólica?

() Não () Sim. Com que frequência? _____

10. Avaliação do estado de saúde:

() mau () insatisfatório () médio () bom () muito bom

10.1. Esteve ou está em atendimento psicológico / psiquiátrico? () Sim () Não

10.2. Início: _____ 10.3. Término: _____

10.4. Sentiu melhoras? () Sim () Não

10.5. Por que buscou auxílio? _____

11. Miastenia Gravis (MG):

11.1. Há quanto tempo sentiu os primeiros sintomas? _____ **11.2.** Idade? _____
11.3. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____ **11.4.** Idade? _____
11.5. Além da MG, está com outros sintomas ou doenças? Há quanto tempo?

11.6. Já realizou timentomia? () Sim () Não. **11.7.** Quantos anos tinha? _____
11.8. Como se sentiu depois? () Melhor () Igual () Pior
11.9. Quais os medicamentos que utiliza atualmente?

11.10. Algum psicofármaco? () Sim () Não
11.11. Já sofreu alguma internação em virtude da MG? () Sim () Não.
11.12. Tempo: _____
11.13. Qual foi seu pico mais alto de gravidade da doença? _____
11.14. Como se sente hoje com relação à doença?
() Melhorando () Igual () Piorando () Flutuações entre melhor e pior

12. Ciclo Menstrual:

() Regular () Irregular () Menopausa

12.1. O período menstrual provoca alteração em seu estado de saúde física e mental?

() Sim () Não

13. Religiosidade / Espiritualidade:

Você se considera: () Atéia () Agnóstica () Espiritualizada () Religiosa

13.1. Se pratica alguma religião / seita, cite: _____

13.2. Você participa de atividades vinculadas a alguma instituição religiosa?

() Sim () Não

14. Você se sente apoiada quando precisa de auxílio? () Sim () Não () Às vezes

14.1. Por quem?

() Mãe () Pai () Filhos () Esposo / Companheiro / Namorado

() Outros familiares () Instituições () Amigos () Equipe médica

15. Eventos estressores:

Nos últimos 6 meses, passou por algum momento de estresse ou perda? Qual?

Anexo M

Entrevista semi-estruturada pré-intervenção

1. Como tem se sentido ultimamente?
2. Como está sua auto-estima?
3. Como está sua confiança em você mesmo?
4. Consegue identificar forças pessoais? Como elas têm te ajudado?
5. O que gostaria de mudar em sua vida?
6. Como vê seu futuro?
7. O que gosta de fazer? Tem praticado?

Anexo N
WHOQOL – Abreviado

Versão em Português
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

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 **quão 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 boa	Boa	Muito boa
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 Freqüentemente	Sempre
26.	Com que freqüência 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

* Versão Abreviada do WHOQOL (World Health Organization Quality of life) - coordenado no Brasil pelo Grupo WHOQOL e pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS – Brasil.

Anexo O

Values in Action Inventory of Character – VIA

Por favor, escolha uma das opções de resposta para cada frase. Todas estas perguntas refletem o que muitas pessoas considerariam desejável, mas nós queremos que você responda apenas se a frase descreve você como você é. Por favor, seja honesto e preciso! Nós não podemos pontuar suas forças até responder todas as 240 questões.

Eu acho o mundo um lugar muito interessante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre faço o melhor possível para comparecer a eventos educacionais.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre identifico as razões de minhas ações.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Ser capaz de propor ideias novas e diferentes é um de meus pontos fortes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou muito consciente do ambiente que me cerca.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre procuro olhar com uma perspectiva mais ampla para o que está acontecendo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho tomado posições, mesmo frente a forte oposição	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca desisto de uma tarefa antes de terminá-la.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre mantenho minhas promessas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca estou tão ocupado para ajudar um amigo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu estou sempre disposto a correr riscos para estabelecer um relacionamento.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca perco uma reunião ou uma prática em grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre admito quando estou errado.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Em um grupo, eu tento ter certeza de que todos estejam se sentindo incluídos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu não tenho problemas em comer alimentos saudáveis.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca magoei alguém deliberadamente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
É importante para mim viver em um mundo de beleza.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre expresso minha gratidão a pessoas que se preocupam comigo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre considero o lado bom das coisas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa espiritualizada.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre sou humilde quanto às coisas boas que aconteceram comigo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Sempre quando meus amigos estão de mau humor, eu tento animá-los.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu quero aproveitar a vida plenamente, não apenas observá-la de fora.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre deixo o passado como passado.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca me sinto entediado.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu adoro aprender coisas novas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu examino os dois lados de uma situação.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando alguém me diz como fazer algo, eu automaticamente penso em formas alternativas de realizar a mesma coisa.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sei como me comportar em diferentes situações sociais.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Independentemente do que está acontecendo, eu focalizo o que é mais importante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu supere um problema emocional encarando-o de frente.	Tem tudo a	Tem a ver	Neutro	Não tem a	Não tem nada

	ver comigo	comigo		ver comigo	a ver comigo
Eu sempre termino o que começo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos me dizem que eu sei como manter o senso de realidade.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu realmente gosto de fazer pequenos favores aos amigos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Há pessoas em minha vida que se preocupam tanto com o meu bem-estar e sentimentos quanto com seus próprios.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu realmente gosto de fazer parte de um grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Ser comprometido é uma parte importante de quem sou.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Como um líder, eu trato a todos igualmente bem, independentemente de quem seja.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Mesmo com doces e guloseimas à minha disposição, eu nunca como demais.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Um dos meus ditados favoritos é "melhor prevenir do que remediar".	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
A bondade das outras pessoas sempre me traz lágrimas aos olhos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me arrepio quando fico sabendo de atos de grande generosidade.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre posso encontrar o lado positivo no que parece negativo aos outros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu pratico minha religião.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu não gosto de me destacar em uma multidão.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
A maioria das pessoas diria que eu sou divertido.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca hesito para levantar da cama de manhã.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu raramente guardo rancor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu estou sempre ocupado com algo interessante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu vibro quando aprendo algo novo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tomo decisões apenas quando tenho conhecimento de todos os fatos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu gosto de pensar em novas maneiras de fazer as coisas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Não importa a situação, eu sou capaz de me ajustar a ela.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minha visão do mundo é excelente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca hesito em expressar publicamente uma opinião não popular.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa orientada para objetivos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acredito que a honestidade é a base da confiança.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu ponho de lado minhas prioridades para animar quem está pra baixo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Existem pessoas que aceitam milhas falhas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa extremamente leal.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu trato todas as pessoas de forma igual, independentemente de quem sejam.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Um dos meus pontos fortes é ajudar pessoas a trabalharem bem em grupo mesmo quando elas têm suas diferenças.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa extremamente disciplinada.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre penso antes de falar.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu experiencio profundas emoções quando vejo a beleza das coisas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Pelo menos uma vez por dia, eu paro e conto minhas bênçãos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Apesar dos desafios, eu sempre me sinto esperançoso quanto ao futuro	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minha fé nunca me abandona durante tempos difíceis.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo

Eu não ajo como se fosse uma pessoa especial.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu aproveito a oportunidade de iluminar o dia de alguém com uma risada.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca invisto em algo sem entusiasmo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Nunca procuro me vingar.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu estou sempre curioso em relação ao mundo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Todos os dias, procuro uma oportunidade para aprender e crescer.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu valorizo minha habilidade de pensar criticamente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me orgulho de ser original.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho habilidade de fazer outras pessoas se sentirem interessantes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca dei um mau conselho que levasse um amigo para um caminho errado.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu devo me apoiar no que acredito mesmo quando resulta em algo negativo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu termino as tarefas apesar dos obstáculos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu falo a verdade, mesmo que doa.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu adoro fazer as outras pessoas felizes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou a pessoa mais importante da vida de alguém.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu faço o meu melhor quando sou membro de um grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Os direitos de todos são igualmente importantes para mim.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou muito bom em planejar atividades em grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu controlo minhas emoções.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos acreditam que eu faço escolhas inteligentes sobre o que eu digo e faço.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu vejo beleza naquilo que as outras pessoas não vêem.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Se eu recebo um presente, sempre faço com que a pessoa que me deu saiba que eu o apreciei.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho uma imagem clara na minha mente sobre o que eu quero que aconteça no futuro.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minha vida tem um forte propósito.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Nunca conto vantagem sobre minhas realizações.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tento me divertir em qualquer situação.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu amo o que faço.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre permito que os outros deixem seus erros para trás e façam um novo começo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu estou entusiasmado com muitas atividades diferentes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou um verdadeiro aprendiz ao longo da vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos valorizam minha objetividade.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre proponho novas maneiras de fazer algo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre sei o que faz alguém se incomodar.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
As pessoas me descrevem como alguém a frente do meu tempo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu trato de agir enquanto os outros conversam.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou muito trabalhador.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minhas promessas são confiáveis.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu ajudei voluntariamente um conhecido no último mês.	Tem tudo a	Tem a ver	Neutro	Não tem a	Não tem nada

	ver comigo	comigo		ver comigo	a ver comigo
Não há nada que minha família ou amigos próximos possam fazer que me faça deixar de amá-los.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca falo mal do meu grupo para pessoas de fora dele.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu ofereço a todos uma chance.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Para ser um líder efetivo, eu trato todos da mesma forma.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca quero coisas que não são boas para mim a longo prazo, mesmo que me façam sentir bem no curto prazo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre evito atividades que são fisicamente perigosas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu frequentemente fico sem palavras diante da beleza retratada em um filme.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa extremamente grata.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Se eu ganho uma nota ou avaliação ruim, eu focalizo a próxima oportunidade e planejo como me sair melhor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Nas últimas 24 horas, aproximadamente, fiquei 30 minutos rezando, meditando ou contemplando.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho orgulho de ser uma pessoa comum.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tento acrescentar humor a tudo o que eu faço.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu espero ansiosamente cada dia.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acredito que o melhor é perdoar e esquecer.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho muitos interesses.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre altero meus planos para visitar museus.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando a situação exige, eu posso ser extremamente racional.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos dizem que eu tenho muitas ideias novas e diferentes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre me relaciono bem com pessoas que eu acabei de conhecer.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre estou disposto a olhar para as coisas e vê-las mais amplamente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre defendo as minhas convicções.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu não desisto.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou fiel a meus valores pessoais.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre ligo para meus amigos quando eles estão doentes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre sinto a presença do amor em minha vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
É importante para mim manter a harmonia do meu grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou fortemente comprometido com meus princípios de justiça e igualdade.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acredito que nossa natureza humana nos aproxima para trabalhar por metas comuns.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre posso seguir uma dieta.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre penso nas consequências antes de agir.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre estou consciente da beleza natural do ambiente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu vou a extremos para mostrar reconhecimento a quem é bom para mim.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho um plano sobre o que quero estar fazendo daqui a cinco anos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minha fé me faz quem eu sou.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu prefiro deixar as pessoas falarem sobre elas mesmas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca permito que uma situação triste me tire o senso de humor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho muita energia.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo

Eu sempre estou disposto a dar ao outro uma chance de reparar seus erros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu posso encontrar algo interessante em qualquer situação.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho consciência de tudo o que se passou e do que ainda está por vir.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Pensar através dos fatos é parte de quem eu sou.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho pensamentos originais.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou bom em perceber o que os outros estão sentindo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho uma visão madura na vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre encaro meus medos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu nunca desvio da tarefa quando estou trabalhando.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me orgulho em não exagerar sobre quem sou ou sobre o que faço.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu fico tão excitado com a boa sorte dos outros quanto com a minha.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu posso expressar amor por alguém.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Sem exceção, eu apoio meus colegas de grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me recuso a receber crédito por um trabalho que não fiz.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos sempre me dizem que eu sou um líder forte, mas justo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu consigo sempre dizer "já chega".	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre diferencio o certo do errado.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu aprecio todas as formas de arte.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me sinto grato pelo que recebi na vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sei que vou alcançar os objetivos que coloquei para mim.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acredito que cada pessoa tem um propósito de vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu raramente chamo atenção para mim mesmo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho um ótimo senso de humor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Mal posso esperar para começar um projeto.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu raramente tento me vingar.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu consigo me entreter facilmente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Se eu quero saber algo, eu imediatamente vou à biblioteca ou à internet e pesquisa.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre peso os prós e os contras.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minha imaginação é mais ampla que a de meus amigos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu estou consciente de meus próprios sentimentos e motivações.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Os outros me procuram para se aconselhar.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho superado dor e desapontamentos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me empenho em qualquer coisa que eu decida fazer.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu preferiria morrer a ser falso.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu gosto de ser gentil com os outros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu posso aceitar o amor de outras pessoas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Mesmo que eu discorde deles, eu sempre respeito os líderes de meu grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Mesmo que eu não goste de alguém, trato-o de forma	Tem tudo a	Tem a ver	Neutro	Não tem a	Não tem nada

justa.	ver comigo	comigo		ver comigo	a ver comigo
Como um líder, eu tento fazer todos os membros do grupo felizes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Sem exceção, eu realizo minhas tarefas do trabalho, da escola ou de casa no prazo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Sou uma pessoa muito cuidadosa.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me surpreendo com coisas simples da vida que outras pessoas podem não perceber.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando olho para minha vida, encontro muitas coisas para me sentir grata.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Confio que minha forma de fazer as coisas vai dar certo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Acredito em um poder universal, um deus.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Ouvi dizer que modéstia é uma de minhas mais notáveis características.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me sinto satisfeito em fazer os outros sorrirem ou gargalharem.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Mal posso esperar para ver o que a vida me reserva para as próximas semanas e anos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu normalmente estou disposto a oferecer a alguém uma outra chance.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acho minha vida extremamente interessante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu já li uma grande variedade de livros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tento ter boas razões para minhas decisões importantes.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
No último mês, eu encontrei uma solução original para um problema em minha vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre sei o que dizer para fazer as pessoas se sentirem bem.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu posso não dizer aos outros, mas me considero uma pessoa sábia.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre protesto quando ouço alguém falar coisas mesquinhas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando faço planos, estou certo de que os realizarei.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Meus amigos sempre dizem que tenho os pés no chão.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu me empolgo quando posso dividir as atenções com os outros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Tenho um vizinho ou alguém no trabalho ou na escola com quem realmente me importo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
É importante para mim respeitar as decisões tomadas pelo meu grupo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Acredito que todo mundo tem algo a dizer.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Como um líder, acredito todos em um grupo devem opinar a respeito do que o grupo faz.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Para mim, a prática é tão importante quanto o desempenho.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre faço escolhas cuidadosamente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Muitas vezes anseio por vivenciar arte de qualidade, como música, teatro ou pintura.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sinto todos os dias um profundo senso de apreciação.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Se me sinto mal, eu sempre penso nas coisas boas da minha vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Minhas crenças fazem a minha vida importante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Ninguém nunca me descreveria como arrogante.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Acredito que a vida está mais para um parque de diversões do que para um campo de batalha.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acordo excitada com as possibilidades do dia.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Não quero ver ninguém sofrer, nem mesmo meu pior inimigo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu gosto muito de ouvir sobre outros países e culturas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Adoro ler livros de não ficção para me divertir.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo

Meus amigos valorizam meu bom julgamento.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sinto uma necessidade muito grande de fazer algo original durante este próximo ano.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
É raro que alguém consiga levar vantagem sobre mim.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Os outros me consideram uma pessoa sábia.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sou uma pessoa corajosa.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando consigo o que quero, é porque trabalhei duro para isso.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Os outros confiam em mim para guardar seus segredos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sempre ouço as pessoas contarem seus problemas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu facilmente compartilho minhas emoções com os outros.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu sacrifico com prazer meu interesse pessoal em benefício do grupo no qual estou.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu acredito que é digno ouvir as opiniões de todos.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando estou em uma posição de autoridade, eu nunca culpo os outros pelos problemas.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Pratico exercícios regularmente.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Não consigo me imaginar mentindo ou trapaceando.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu criei algo belo no último ano.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Tenho recebido valiosas bênçãos em minha vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu espero o melhor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Eu tenho uma vocação na vida.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
As pessoas se aproximam de mim porque sou humilde.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Sou conhecido pelo meu senso de humor.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
As pessoas me descrevem como cheio de entusiasmo.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo
Quando alguém me trata mal, tento responder de forma compreensiva.	Tem tudo a ver comigo	Tem a ver comigo	Neutro	Não tem a ver comigo	Não tem nada a ver comigo

Anexo P

Entrevista semi-estruturada pós-intervenção

1. Como tem se sentido ultimamente?
2. Como está sua auto-estima?
3. Como está sua confiança em você mesmo?
4. Consegue identificar forças pessoais? Como elas têm te ajudado?
5. O que gostaria de mudar em sua vida?
6. Como vê seu futuro?
7. O que gosta de fazer? Tem praticado?
8. Como avalia as intervenções psicológicas que participaste?
9. Percebeu mudanças em você depois de ter participado do grupo? Quais?
10. Quais eram suas expectativas sobre o grupo? Foram atendidas?
11. Quais as modificações que gostaria de sugerir para o seguimento do trabalho?

Anexo Q
Entrevista de *follow up*

- 1) Como você estava se sentindo antes das intervenções? (aspecto físico, emocional, social...)
- 2) Você lembra de alguma situação estressante antes dos sintomas aparecerem? O que aconteceu? Você acha que esse acontecimento pode ter relação com o início da doença?
- 3) Depois que participou dos encontros, você percebeu alguma mudança em sua vida? Em quais aspectos? Sentiu mudanças em relação à Miastenia? Quais?
- 4) Depois dos encontros, sente-se mais confiante para enfrentar o dia? Percebeu mudanças na sua disposição e motivação?
- 5) Continuou em contato com outra participante dos grupos depois do término? Você avalia que o grupo lhe deixou mais confiante para buscar e manter amizades? E as relações familiares?
- 6) O que mais lhe marcou ao longo das intervenções? (P. ex: atividades, momentos, pessoas...)
- 7) No seu dia-a-dia, você continua aplicando alguma técnica que aprendeu nos encontros? Qual (is) e com que frequência?
- 8) Como você tem reconhecido suas forças pessoais?
- 9) Hoje, como avalia sua relação com a equipe médica? Sentiu mudanças depois dos encontros? Por quê?
- 10) Como está sua vida e sua saúde hoje? Como avalia sua qualidade de vida e bem-estar?

Anexo R

Protocolo de coleta de dados em prontuários hospitalares

Dados pessoais

Nome:

Número de prontuário:

Data de nascimento:

Cidade:

Contatos:

Histórico hospitalar

Diagnósticos:

Início do atendimento no hospital:

Data:

Serviço:

Motivo:

Serviços já consultados no hospital:

Internações (período e motivo):

Atendimentos em 2011 (data, especialidade, motivo):

Medicamentos

Fármacos e dosagens em período anterior à intervenção:

Fármacos e dosagens em período posterior à intervenção:

Anexo S

Carta de Aceite da Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100509

Versão do Projeto: 26/01/2011

Versão do TCLE: 22/02/2011

Pesquisadores:

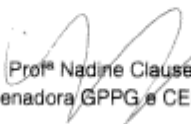
SILVIA HELENA KOLLER
BRUNA LARISSA SEIBEL
PEDRO SCHESTATSKY

Título: Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um modelo de intervenção positiva para pacientes com Miastenia Gravis

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do HCPA/GPPG.

Porto Alegre, 04 de março de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA