

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LIA SILVIA KUNZLER**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
NA DEPRESSÃO E NA QUALIDADE DE VIDA  
EM PORTADORES DE ACROMEGALIA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta  
Co-orientadora: Profa. Dra. Luciana Anselmi Naves

**Brasília – DF  
2018**

**LIA SILVIA KUNZLER**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
NA DEPRESSÃO E NA QUALIDADE DE VIDA  
EM PORTADORES DE ACROMEGALIA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Aprovado em 14/06/2018

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta (presidente)  
Universidade de Brasília

Dr. Aldo Pereira Neto  
Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Gandolfo Conceição  
Universidade de Brasília

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Lofrano Alves Porto  
Universidade de Brasília

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angelica Amorim Amato  
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos  
portadores de acromegalia

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta pela dedicação, paciência e disponibilidade para ensinar e orientar.

À Profa. Dra. Luciana Ansaneli Naves por permitir a condução de uma pesquisa com seus pacientes mais preciosos, os portadores de acromegalia.

Ao Dr. Juliano Zakir pelo exemplo de dedicação para com os pacientes e pela disponibilidade para com os colegas.

Às doutorandas Olga Dytz, Lara Porto e Adriana Furtado pelo estímulo e disponibilidade para ajudar.

Às médicas residentes Andréia Reis Pereira e Isabel Jardim pela colaboração durante a pesquisa.

Aos alunos do Curso de Medicina da Universidade de Brasília Armindo Jreige, Rhenan Reis, Vitória Espíndola, Isabella Araujo, Débora Maria Saraiva e, principalmente, Iago Renato Peixoto pela colaboração nas diversas etapas da pesquisa.

Às amigas Feng Yu Hua, Audrey Braga e Maria Cecília Lima pelo constante estímulo e troca de experiências.

À minha família pelo apoio incondicional e pelos bons momentos que passamos juntos, que estimularam a minha dedicação ao estudo.

À todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização do presente estudo.

À Deus por colocar em meu caminho pessoas tão especiais e por estar comigo nas diversas etapas pelas quais passamos.

## RESUMO

**Introdução:** Na acromegalia, o prejuízo na qualidade de vida pode ser observado mesmo com o controle da doença em virtude do tratamento cirúrgico, radioterápico e ou medicamentoso. Torna-se relevante a condução de pesquisas que testem a eficácia de abordagens psicoterápicas. A técnica “Pense saudável e sinta a diferença” foi elaborada com base nas orientações gerais da terapia cognitivo-comportamental, tomada de decisão e qualidade de vida. Essa técnica específica propõe a reestruturação cognitiva e a identificação das emoções e comportamentos associados. **Objetivo:** O objetivo foi avaliar a eficácia da técnica, aplicada em grupo e comparada à lista de espera, para a melhora da qualidade de vida em portadores de acromegalia. **Método:** Participaram 23 pacientes acromegálicos, selecionados por conveniência, conforme disponibilidade e escolha do participante, em dois grupos: grupo intervenção (GI) com 10 participantes e grupo controle (GC) com 13 componentes. A intervenção abrangeu nove sessões grupais, organizadas semanalmente. Comportamentos não saudáveis foram identificados e comportamentos saudáveis foram construídos. Nas etapas de admissão, de encerramento da atividade e em nove meses de acompanhamento, foram respondidos os questionários traduzidos para o português e validados: Questionário de Qualidade de Vida – SF 36 e Inventário Beck de Depressão (BDI). A análise de Covariância (ANCOVA) foi utilizada para comparar as medidas do SF 36 e do BDI no pós intervenção entre o grupo controle e intervenção. Na comparação entre as medidas da linha de base e o após a intervenção foi realizado o teste t de *Student* para medidas dependentes. Também foi utilizado o mesmo teste para medidas dependentes para verificar se o efeito clínico produzido após a intervenção se manteve na comparação entre as medidas após a intervenção e do acompanhamento em nove meses. A pesquisa foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Todos os participantes expressaram sua concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** No SF-36, quando comparado ao grupo controle, no grupo intervenção houve diferença estatisticamente significativa nos aspectos emocionais e saúde mental. No BDI

não houve diferença estatisticamente significativa. Os resultados alcançados foram mantidos em nove meses de acompanhamento. Os dados qualitativos resultaram da análise do conteúdo dos exercícios elaborados nas sessões, em colaboração com os participantes. **Conclusão:** Conclui-se que a técnica pode contribuir para a qualidade de vida de acromegálicos.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental; qualidade de vida; acromegalia.

## ABSTRACT

**Introduction:** The established reduction in Quality of Life in patients with acromegaly is suggested to be independent of biochemical control achieved by surgery, radiotherapy or pharmacological treatment. It becomes relevant to conduct research that tests the effectiveness of psychotherapeutic approaches. The technique “Think Healthy and Feel the Difference” was developed based on the general guidelines of Cognitive-behavioral Therapy, decision making and quality of life. This specific technique proposes cognitive restructuring, and the identification of emotions and of associated behaviors. **Objective:** The goal of this study was to evaluate the effectiveness of the technique to improve the quality of life of those suffering from Acromegaly. **Method:** Partook in this proposition 23 patients with Acromegaly, who were chosen by convenience, according to their availability and selection, in two groups: intervention group (IG) consisting of 10 participants, and Control Group (CG) with of 13 members. The intervention itself was comprised of 9 group sessions conducted weekly. Unhealthy behaviors were identified, and healthy behaviors were developed. In the admission, closing and 9-month follow-up, questionnaires, which were translated to Portuguese and validated, were answered: Quality of Life Questionnaire – SF 36 and Beck Depression Inventory (BDI). The Analysis of Covariance (ANCOVA) was used to compare SF-36 and BDI values at the closing phase, between IG and CG. The dependent t-Student test was performed to compare baseline and closing phase. The same test was performed to evaluate whether results obtained with 9 sessions of group therapy were maintained after nine months. The research was authorized in advance by the Ethics Committee of Human Subjects Research of the Faculty of Health Sciences of the University of Brasilia. All participants expressed their agreement by signing an Informed Consent Form. **Results:** There was a significant statistical difference in the SF-36 of the intervention group, when compared to the control group, regarding emotional aspects and mental health. In the BDI, there was no significant statistical difference. The results were maintained during the nine-month follow-up period. The qualitative data came from content analysis of exercises developed during the sessions, in collaboration with the

participants. **Conclusion:** It was concluded that the technique can improve the quality of life of patients with acromegaly.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, quality of life, Acromegaly.



## LISTA DE FIGURAS DA TESE

Figura 1. Cartão de enfrentamento: “Pense saudável e sinta a diferença”--	31
Figura 2. Pense saudável: Preguiça de fazer atividade física -----	118
Figura 3. Pense saudável: Raiva -----	119
Figura 4. Pense saudável: Medo de ficar em casa sozinha -----	120
Figura 5. Pense saudável: Medo de não dar conta de resolver alguma coisa, sozinha -----	121
Figura 6. Pense saudável: Vergonha da minha aparência -----	122
Figura 7. Pense saudável: Insegurança por ter uma doença -----	123

## LISTA DE TABELAS DA TESE

Tabela 1. Aperfeiçoamento da técnica 'Pense saudável' -----	23
Tabela 2. Níveis e escores do Inventário Beck de Depressão para pacientes psiquiátricos -----	28
Tabela 3. Sequência das sessões de intervenção em grupo -----	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCOVA	Análise de Covariâncias
BDI	Inventário Beck de Depressão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CQV	Coordenadoria de Qualidade de Vida
DSQVT	Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho
GC	Grupo controle
GH	Hormônio de crescimento
GI	Grupo intervenção
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IGF-1	Fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Healthy Survey</i>
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
UnB	Universidade de Brasília

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 ACROMEGALIA.....	14
1.1.1 ASPECTOS EMOCIONAIS NA ACROMEGALIA.....	15
1.2 TOMADA DE DECISÃO.....	16
1.3 QUALIDADE DE VIDA.....	17
1.3.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – <i>SHORT FORM</i> – 36 (SF-36).....	17
1.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	18
1.4.1 INVENTÁRIO <i>BECK</i> DE DEPRESSÃO (BDI).....	21
1.5 DESENVOLVIMENTO E APRIMORAMENTO DA TÉCNICA 'PENSE SAUDÁVEL E SINTA A DIFERENÇA' .....	21
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
2.1 GERAL.....	25
2.2 ESPECÍFICOS.....	25
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
3.1 LOCAL.....	26
3.2 PARTICIPANTES.....	26
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	28
3.3.1 AVALIAÇÃO ANTES DA INTERVENÇÃO .....	28
3.3.2 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO.....	29
3.3.3 AVALIAÇÃO PÓS INTERVENÇÃO E EM NOVE MESES DE ACOMPANHAMENTO .....	32
3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	32
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	34
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
4.1 ARTIGO 1.....	35
4.2 ARTIGO 2.....	66
4.3 ARTIGO 3.....	87
4.4 TÉCNICA PENSE SAUDÁVEL.....	118
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>125</b>
<b>6 REFERÊNCIAS DA TESE</b> .....	<b>126</b>
<b>APÊNDICE A – ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO</b> .....	<b>131</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>140</b>
<b>APÊNDICE C – CONCEITUAÇÃO COGNITIVA</b> .....	<b>142</b>
<b>APÊNDICE D – BLOCO DE ANOTAÇÕES DA TERAPIA</b> .....	<b>146</b>
<b>APÊNDICE E – REGULAÇÃO EMOCIONAL</b> .....	<b>147</b>
<b>APÊNDICE F – INCREMENTO DA AUTOESTIMA E DA AUTOCONFIANÇA</b> .....	<b>148</b>
<b>APÊNDICE G – PENSE SAUDÁVEL:</b> .....	<b>150</b>
<b>ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</b> .....	<b>150</b>

<b>APÊNDICE H - PENSE SAUDÁVEL: VERSÃO PARA PREENCHIMENTO .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE I - ASSERTIVIDADE E CARTÕES DE ENFRENTAMENTO .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE J - BLOCO DE CARTÕES DE ENFRENTAMENTO .....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE L - RESUMO DOS TÓPICOS ABORDADOS NAS SESSÕES .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE .....</b>	<b>162</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA - SF - 36.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO B - INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO.....</b>	<b>165</b>
<b>.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO.....</b>	<b>167</b>
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>167</b>

## 1 Introdução

### 1.1 ACROMEGALIA

A acromegalia é quase totalmente devido a um adenoma hipofisário secretor de hormônio de crescimento. Mais de 80% desses tumores tem mais de 10 mm de diâmetro, isto é, são macroadenomas. Isso, provavelmente, reflete o atraso no seu diagnóstico. É rara a acromegalia familiar.<sup>1</sup>

É doença rara e há pouco mais de 1000 acromegálicos registrados no DATASUS. Contudo, esse dado provavelmente é devido ao subdiagnóstico da doença.<sup>1</sup> Por ser doença insidiosa, os sintomas e sinais progredem gradualmente, dificultando o diagnóstico precoce.<sup>2,3</sup>

A doença ocorre com igual frequência entre homens e mulheres. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum entre 30 e 50 anos. Quando ocorre na infância, devido a ainda não ter os ossos soldados, os pacientes crescem muito atingindo mais de dois metros de altura. Nessa situação é denominado gigantismo.<sup>1</sup>

A hipersecreção crônica do GH, com o consequente estímulo na produção periférica do IGF-1, está associada a complicações sistêmicas que diminuem a sobrevida desses pacientes em relação à população normal, em média de dez anos.<sup>1-3</sup> As complicações cardiovasculares incluem hipertensão arterial, cardiomegalia, hipertrofia ventricular, arritmias e acidente vascular cerebral. A apneia do sono é a principal complicação respiratória. As anormalidades menstruais e disfunção erétil são complicações muito comuns. É frequente a associação com diabetes melito tipo 2 e dislipidemias. As neoplasias malignas ocorrem com frequência no colon, esôfago, estômago, mama e tireoide.<sup>1</sup>

O diagnóstico da acromegalia baseia-se na dosagem do GH basal e de IGF-1.<sup>1-3</sup> Nos casos em que ainda persiste alguma dúvida, faz-se o teste de tolerância à glicose oral, Nesse caso, o GH não é suprimido ou tem aumento

paradoxal.<sup>1</sup> A dosagem de prolactina deve ser feita, porque muitos tumores produzem também esse hormônio.<sup>1</sup>

Comprovada a hipersecreção do GH, faz-se a ressonância magnética da região da sela turca com contraste para demonstrar a presença do tumor e as possibilidades de cirurgia.<sup>1</sup>

O principal tratamento da acromegalia é a remoção cirúrgica do tumor. Em mãos de cirurgiões experientes, pode chegar a percentual alto de cura. Contudo, na maioria das vezes, os tumores são muito grandes e com invasão de estruturas vizinhas, em especial os seios cavernosos. Nesses casos, necessita-se do tratamento complementar com análogos da somatostatina sozinhos ou em associação com a cabergolina. Também o antagonista do receptor do GH, pegvisomanto, pode ser útil no controle da doença. A radioterapia é uma terceira opção, mas seu efeito leva anos para ser observado.<sup>1</sup>

### **1.1.1 Aspectos Emocionais na Acromegalia**

Na acromegalia as estratégias de enfrentamento são ineficazes e os pacientes apresentam pensamentos distorcidos sobre a doença e ou sobre o tratamento, o que influencia o bem-estar. Os portadores de acromegalia e seus médicos assistentes percebem de forma diferente a severidade dos sintomas e os resultados do tratamento.<sup>4</sup> Em pesquisa transversal de estudo de casos com 40 portadores de acromegalia, a artralgia foi relatada por 83% dos pacientes com impacto na qualidade de vida.<sup>5</sup> A relação entre severidade da cefaleia e nível de qualidade de vida foi confirmada em estudo com 25 pacientes portadores de adenoma de hipófise.<sup>6</sup>

Os fatores relacionados ao maior prejuízo da qualidade de vida são sexo feminino, tempo da doença, dor articular, doença bioquimicamente ativa e tratamento prévio com radioterapia. Os resultados encontrados ilustram a necessidade de maiores investigações médicas e aconselhamento psicossocial, mesmo depois da normalização das concentrações do IGF-1. Os autores chamam

a atenção para o desenvolvimento de um programa de aconselhamento psicoterapêutico para pacientes com acromegalia.<sup>3</sup>

No período de 1984 a 2011, foram avaliados a utilização do sistema de saúde, a demora no diagnóstico e o prejuízo psicossocial de 41 pacientes com acromegalia de áreas rural e urbana, acompanhados no Hospital Universitário de *Aachen*, na Alemanha. Os seguintes questionários auto aplicáveis foram utilizados: Questionário de Qualidade de Vida (SF) – 36; e Inventário Beck de depressão (BDI). Em ambos os grupos houve correlação significativa entre o tempo de recebimento do diagnóstico e a qualidade de vida - domínio físico e psicossocial, depressão, sonolência diurna, dificuldade para dormir e imagem corporal.<sup>4</sup>

## 1.2 TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão é parte das funções executivas e é uma função cognitiva complexa, multidimensional e que resulta na escolha entre duas ou mais opções. Envolve, também, a análise e a previsão das consequências que a escolha acarretará. Na década de 1940, a tomada de decisão foi estudada pelo campo da economia, para depois ser implementada em técnicas do mundo dos negócios, pela psicologia cognitiva. As discussões atuais sobre tomada de decisão na área da saúde iniciaram na década de 1980.<sup>7</sup>

Em desequilíbrio emocional, o indivíduo tende a valorizar as recompensas do presente e desqualificar consequências futuras, potencialmente danosas.<sup>8</sup> Decidir o que fazer, como fazer e avaliar as consequências deixa de ser um processo simples e fácil, quando em momentos de desequilíbrio emocional.<sup>9,10</sup> Uma escolha saudável depende de emoções em equilíbrio, porém o efeito das emoções na tomada de decisão é pouco estudado.<sup>7,9</sup> A promoção da saúde para a melhora da qualidade de vida depende de escolhas menos emocionais e mais racionais.



Para a terapia cognitivo-comportamental, a tomada de decisão pode ser facilitada pelo questionamento e conseqüente reflexão. A partir do objetivo traçado na terapia, as alternativas possíveis são identificadas para que a melhor opção seja escolhida. Mantém-se o foco nas conseqüências de um comportamento indesejado e nos possíveis benefícios que o comportamento desejado pode favorecer.<sup>11,12</sup>

### **1.3 QUALIDADE DE VIDA**

Segundo a OMS, qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>13</sup>

É um conceito complexo, abrangente e subjetivo, não existindo consenso sobre a noção de qualidade de vida.<sup>14-17</sup> Ele é abrangente, é determinado pelo que o próprio indivíduo sente e percebe e está relacionado com objetivos alcançáveis.<sup>13</sup> Existe consenso quanto a ser um constructo multidimensional e que exige uma abordagem interdisciplinar.<sup>15</sup>

#### **1.3.1 Avaliação da Qualidade de Vida – *Short Form* – 36 (SF-36)**

A avaliação de qualidade de vida possibilita a análise dos custos e dos benefícios dos programas de saúde para a população.<sup>17</sup> Vários autores têm utilizado o instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida “*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*” (SF-36). O questionário foi

utilizado para avaliação em mais de 200 doenças e traduzido em 40 países. O SF-36 foi traduzido para o português e validado em sua primeira versão, desenvolvida em 1998,<sup>18</sup> aplicado em portadores de artrite reumatoide.<sup>5</sup> Após sua validação, tem sido utilizado para avaliar a qualidade de vida de portadores de pneumopatia, cardiopatia, acromegalia, entre outros.<sup>5</sup>

O questionário SF-36 é um questionário multidimensional, composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios com as respectivas questões: capacidade funcional (item 03); limitação por aspectos físicos (item 04); dor (itens 07 e 08); estado geral de saúde (itens 01 e 11); vitalidade (opções a, e, g, i do item 09); aspecto social (itens 06 e 10); limitação por aspectos emocionais (item 05) e saúde mental (opções b, c, d, f, h do item 09). Além dos oito domínios, o item 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizado somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (cem), no qual zero evidencia o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde.<sup>19</sup> (Anexo A)

#### **1.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Para a terapia cognitivo-comportamental, desenvolvida por *Aaron Beck*, na década de 1960,<sup>20</sup> emoção e comportamento são determinados pela maneira como o indivíduo interpreta as situações, e não pela situação em si,<sup>21</sup> sendo observada tanto no funcionamento não saudável quanto no saudável, caracterizando a conceituação cognitiva.<sup>22,23</sup> A terapia cognitivo-comportamental (TCC) ensina o seu paciente que existe mais de uma maneira de ver uma situação e, conseqüentemente, o seu ponto de vista é uma questão de escolha.<sup>24</sup>

A terapia é breve, estruturada e tem como objetivo que o paciente participe ativamente da terapia e que se torne o seu próprio terapeuta. Nas sessões iniciais, os pacientes não compreendem o potencial da terapia na promoção de mudanças, mas ao longo das sessões isso é evidenciado.<sup>20</sup> Ao final das sessões

de terapia, o paciente é solicitado a dar *feedback* sobre o que foi abordado na sessão e também sobre sua evolução.<sup>25</sup>

A psicoeducação baseia-se no ensino de conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental e favorece a estruturação da terapia por utilizar métodos educacionais em cada sessão. Psicoeducação gera esperança e aumenta a eficácia da terapia.<sup>25,26</sup> O aprendizado é registrado em um bloco de anotações da terapia e pode ser resgatado em situações futuras.<sup>12,25</sup>

A terapia cognitivo-comportamental pode ser aplicada de forma individual ou em grupo, podendo ser adaptada para diferentes situações clínicas.<sup>26</sup> A literatura é extensa, com trabalhos mostrando a aplicação e a avaliação desse referencial de intervenção.<sup>27-32</sup> Desde a década de 1980 a eficácia do trabalho em grupo tem sido documentada.<sup>33-36</sup> Os participantes de um grupo de terapia podem aprender a se relacionar, respeitar diferenças, a dar e receber comentários e aprender a lidar com as dificuldades.<sup>37</sup>

Uma crítica frequente à terapia cognitivo-comportamental é de que ela não leva em conta o papel das emoções, privilegiando somente os pensamentos. Porém, ressalta-se que a identificação da emoção em desequilíbrio é o ponto de partida para a reestruturação do pensamento não saudável associado. Em relação à promoção da saúde, observa-se que o comportamento não saudável está associado com diversas emoções em desequilíbrio.<sup>38</sup>

O questionamento constitui-se em uma ferramenta terapêutica fundamental para o processo de tomada de decisão pela saúde.<sup>11</sup> O objetivo é questionar quais são as possíveis alternativas para resolver um problema, selecionar a melhor alternativa entre as opções e também examinar as desvantagens de um comportamento mal adaptativo e as vantagens que podem ser alcançadas com um comportamento mais adaptativo.<sup>11,39</sup>

Ao identificar um pensamento distorcido pela emoção em desequilíbrio, com o auxílio do questionamento, a reestruturação cognitiva resulta em pensamentos de reflexão, também chamados de pensamentos de ponderação.<sup>20,40</sup> Reestruturar cognições não saudáveis em pensamentos saudáveis foi chamado de reescrever as regras, por Burns em 1980.<sup>22</sup> Outro termo sugerido é reciclar ideias e promover consciência.<sup>41</sup>

As reflexões saudáveis são registradas em forma de cartões de enfrentamento, em blocos pequenos ou em dispositivos eletrônicos. O conteúdo

dos cartões de enfrentamento deve ser lembrado quando do desequilíbrio de uma emoção, para que o equilíbrio seja restabelecido e seja mantido o foco nos objetivos. O paciente é orientado a ler o conteúdo dos cartões, diariamente.<sup>12,20,25,42,43</sup>

Em desequilíbrio, o indivíduo vivencia as emoções em intensidade crescente,<sup>44,45</sup> o que faz com que as pessoas se comportem como se a situação fosse pior do que realmente é ou faz com que elas não consigam enxergar alternativas possíveis de enfrentamento.<sup>11,21</sup> A regulação das emoções possibilita que o indivíduo volte a avaliar a situação vivenciada como ela realmente é e não como a emoção em desequilíbrio fez com que ele avaliasse. Emoções de raiva, medo e ansiedade podem levar a comportamentos indesejados.<sup>11,44,45</sup>

A regulação emocional e a reestruturação de pensamentos resultam em comportamentos potencialmente capazes de promover um estilo de vida saudável.<sup>46</sup> Observa-se também a melhora das relações pessoais com o manejo da raiva e o treino da assertividade.<sup>45</sup> A raiva é um sentimento natural e necessário para a sobrevivência do indivíduo. Porém, pode-se tornar *“desadaptativa dependendo do grau e do que a pessoa faz em decorrência de experimentá-la”*.<sup>47</sup> O manejo adequado da raiva resulta na melhora das habilidades sociais e na autoconfiança.<sup>48</sup>

Equilibrar emoções como o medo e a ansiedade favorecem o enfrentamento das situações e conseqüente melhora da autoestima e da autoconfiança,<sup>12,39,49,50</sup> com melhora na relações interpessoais e sociais.<sup>12,48</sup> Ter habilidade social resulta no incremento da qualidade de vida.<sup>12,51</sup>

Na avaliação clínica e acompanhamento da evolução do quadro, a verificação do humor é sugerida através da solicitação do autorrelato e da comparação de escores obtidos no preenchimento do Inventário Beck de Depressão (BDI). O escore obtido evidencia a evolução do paciente e auxilia a pensar em termos menos absolutos e mais relativos.<sup>11</sup>

O BDI foi utilizado para rastreamento de sintomas depressivos em 45 portadores de acromegalia acompanhados no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília. Os sintomas depressivos influenciaram negativamente a saúde física e mental dos pacientes que compuseram a amostra.<sup>52</sup>

### **1.4.1 Inventário Beck de Depressão (BDI)**

O BDI (Anexo B) é utilizado para verificação do humor desde 1961, quando foi criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh. Entre 1979 e 1982, o inventário foi revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery. O *Manual da versão em Português das Escalas Beck* apresenta informações a respeito dos escores e sua interpretação. O Inventário foi validado no Brasil por Cunha em 2001.<sup>53</sup>

O Inventário é composto por 21 itens, com opções de resposta em uma escala de 0 a 3, do melhor para o pior escore, com a variação do escore total entre 0 e 63. A escala apresenta itens cognitivo-afetivos e outros relativos a queixas somáticas e de desempenho.<sup>53</sup>





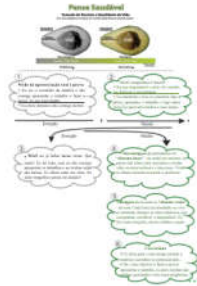

## **1.5 DESENVOLVIMENTO E APRIMORAMENTO DA TÉCNICA ‘PENSE SAUDÁVEL E SINTA A DIFERENÇA’**

Para a TCC existem três níveis de pensamento: pensamento automático, crença condicional e crença central. Greenberger e Padesky utilizam a figura de um jardim para exemplificar os três níveis de cognição e suas distorções.<sup>40</sup> Judith Beck utiliza a figura de uma cebola.<sup>20</sup>

Em 2006, a pesquisadora (LSK) tinha como objetivo encontrar uma figura que facilitasse a compreensão dos três níveis de pensamento e a intensidade da emoção associada. Para tal, foi então utilizada a figura de um abacate, na qual os três níveis de pensamento são naturalmente representados, do mais superficial ao mais profundo, do mais fácil ao mais difícil acesso, com conseqüente ativação de menor ou maior carga emotiva.

O Apêndice A apresenta um artigo de atualização, com a sistematização da Técnica e o detalhamento das seis etapas que a compõem. Sua aplicabilidade foi adaptada em um relato de caso de dificuldade de apresentar trabalho oral e fazer prova oral ou escrita. O desenvolvimento e aprimoramento da técnica “Pense saudável e sinta a diferença” está sintetizado na Tabela 1.

Tabela 1. Evolução histórica da técnica “Pense saudável e sinte a diferença”

Representação gráfica	Apresentação/Publicação/Objetivo/Aplicabilidade
<p>A – Um abacate – somente a figura</p> 	<p>- III Simpósio Internacional sobre Depressão e Transtorno de Humor Bipolar (2006): diferenciar os três níveis de cognição e a intensidade da emoção associada.</p>
<p>B – Dois abacates – somente a figura</p> 	<p>- Palestra sobre Transtorno de Pânico (2007) - III Congresso Brasileiro Cérebro, comportamento e emoções (2007): diferenciar emoções, pensamentos e comportamentos não saudáveis de saudáveis. Transitar do abacate verde para o cinza e do cinza para o verde é sinal de saúde mental.</p>
<p>C – ‘Continuum global’</p> 	<p>- Adaptação da técnica para o transtorno obsessivo compulsivo.<sup>39</sup> - O objetivo principal foi a reestruturação cognitiva em nível de crença condicional, diretamente relacionada a um comportamento. - Representação ilustrativa em parte de uma página e a reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais era composta por 3 etapas em uma só página.</p>
<p>D – ‘Tomada de decisão e qualidade de vida’</p> 	<p>- Pesquisa conduzida com servidoras saudáveis de uma instituição de ensino superior.<sup>38</sup> - Manejo da raiva.<sup>48</sup> - Figura ilustrativa em parte de uma página e o exercício escrito, composto por 4 etapas, em duas páginas. - O exercício completo era abordado em 4 a 6 sessões de terapia.</p>
<p>E – ‘Pense saudável e sinte a diferença’</p> 	<p>- Ansiedade social e depressão secundária à ansiedade social.<sup>27</sup> - Preparação para a Aposentadoria, UnB.<sup>49</sup> - Estilo de vida saudável – alimentação, atividade física, consumo de bebida alcoólica e “cigarro”.<sup>46</sup> - Apresentação oral e prova oral ou escrita.<sup>12</sup> - Manejo da dor na reumatologia.<sup>50</sup> - Figura ilustrativa e exercício escrito, composto por seis etapas, completo na mesma página. O exercício completo pode ser abordado em 1 sessão de terapia.</p>
<p>F – Aplicativo ‘Think Healthy’</p> 	<p>- Disponível como aplicativo para <i>download</i> na <i>Apple Store</i> e <i>Google Play</i>, sob o nome de “Think Healthy”, para dispositivos móveis, possuindo versões em português e em inglês. O aplicativo é composto por seis partes: “novo abacate; 24 exemplos variados; meus abacates; cartões de enfrentamento; sinte-se melhor; e como usar”.</p>

Na versão atualizada da técnica, a porção superior é composta pela representação ilustrativa dos abacates cinza e verde. A porção inferior, escrita, é didaticamente construída em 6 etapas, duas delas no lado cinza – não saudável, e quatro delas no lado verde – saudável. (Tabela 1 – item D) A visualização facilita a reflexão a respeito da doença e da saúde, tendo então em sua fundamentação teórica conceitos da terapia cognitivo-comportamental, tomada de decisão e qualidade de vida. Cabe ao profissional de saúde auxiliar seu paciente a tomar a melhor decisão em prol da melhora da qualidade de vida.

Para o nosso conhecimento, uma técnica sistematizada da terapia cognitivo-comportamental ainda não foi usada no tratamento de acromegálicos.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar a eficácia da técnica da terapia cognitivo-comportamental, “Pense saudável e sinta a diferença” para incremento da qualidade de vida de acromegálicos.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- ❖ Avaliar os ganhos em qualidade de vida após a participação na intervenção;
- ❖ Avaliar e comparar indicadores de depressão antes e depois da participação na pesquisa;
- ❖ Adaptar o conteúdo da técnica “Pense saudável e sinta a diferença” para acromegálicos;
- ❖ Identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e desvantagens) associados ao comportamento não saudável;
- ❖ Identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e vantagens) associados ao comportamento saudável.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de um ensaio clínico longitudinal não randomizado.

#### **3.1 LOCAL**

A investigação foi realizada na sala de reuniões do ambulatório de otorrinolaringologia, no Anexo II, do Hospital Universitário de Brasília. A sala está localizada a poucos metros do ambulatório de neuroendocrinologia, o que favoreceu o deslocamento dos participantes da pesquisa. O espaço comportava de forma confortável o número de participantes, dispostos em círculo e com possibilidade de manusear o material, fazer anotações e preencher exercícios. A sala era bem iluminada, refrigerada e com boas condições de privacidade.

#### **3.2 PARTICIPANTES**

De março à agosto de 2015, foram convidados 62 pacientes portadores de acromegalia acompanhados no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) que compareceram ao ambulatório para consultas de acompanhamento clínico e ou para receber tratamento medicamentoso injetável. Quando de seu comparecimento, a pesquisadora (LSK) conversou individualmente e apresentou a proposta de aplicação da técnica para a melhora da qualidade de vida dos acromegálicos.

Os critérios para inclusão no grupo foram pacientes portadores de acromegalia em acompanhamento no ambulatório acima elencado, de ambos os

sexos, com idade entre 18 e 75 anos, com capacidade intelectual para acompanhar a intervenção e que concordaram em participar do estudo.

Foram critérios para exclusão da amostra: risco de suicídio – avaliado de acordo com a resposta do item 9 do BDI – e ausência de compromisso com o preenchimento de tarefas escritas. Seriam considerados como perda amostral os participantes que tivessem ausência, não justificada, a duas sessões consecutivas ou a três alternadas, o que não ocorreu.

A atividade da doença é identificada quando o valor do IGF-1 se encontra fora dos valores previstos para a idade do paciente. Foram considerados hipertensos aqueles com pressão arterial igual ou maior de 140 x 90 mmHg, ou em uso de medicamentos anti-hipertensivos.<sup>54</sup> O diabetes melito tipo 2 foi considerado quando a glicemia estivesse maior de 126 mg/dL ou se estivesse em uso de medicamentos hipoglicemiantes.<sup>55</sup>

O estudo foi realizado com 23 pacientes acromegálicos. A seleção dos grupos ocorreu por conveniência, conforme disponibilidade, de acordo com a livre escolha de cada participante. O grupo intervenção (GI) foi composto por 10 pacientes e o grupo controle - lista de espera (GC) foi composto por 13 pacientes.

A intervenção teve duração de três meses, de setembro a novembro de 2015. Após a avaliação inicial (etapa de composição da amostra e de avaliação pré intervenção de GI e GC), os participantes do grupo intervenção foram submetidos às sessões de aplicação da técnica, com frequência semanal totalizando 9 (nove) sessões. Cada sessão teve 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos de duração. Após o término das sessões de aplicação da técnica e em nove meses de acompanhamento, todos os participantes (GI e GC) foram submetidos à avaliação para que fosse estudado o efeito da terapia cognitivo-comportamental no grupo intervenção. De setembro a novembro de 2016, os participantes do grupo controle (GC) receberam o mesmo tratamento.

### 3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

#### 3.3.1 Avaliação antes da Intervenção

Na sessão de abertura, a proposta de trabalho, as datas previstas para os encontros e o conteúdo programado para cada sessão foram fornecidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi preenchido e assinado, sendo uma cópia mantida pelo participante e outra cópia pela pesquisadora (Apêndice B). Após assinarem o TCLE, foram coletadas informações sobre idade, sexo, tempo de doença, IGF-1, hipertensão arterial, diabetes e artralgia; e sobre o tipo de tratamento – cirurgia, radioterapia e ou medicamento oral ou injetável. Foram respondidos o Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 (Anexo A) e o Inventário *Beck* de Depressão (BDI) – (Anexo B).

O BDI pode ser utilizado para triagem em populações normais, na qual um escore de 18 a 19 indicaria uma possível depressão. O autor apresenta os pontos de corte para a versão do BDI em português para pacientes psiquiátricos (Tabela 1).<sup>53</sup>

Tabela 2 – Níveis e escores do BDI para pacientes psiquiátricos

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

### **3.3.2 Protocolo de Intervenção**

O protocolo “Pense saudável e sinta a diferença”, adaptado para pacientes com acromegalia, foi aplicado em nove sessões semanais, em grupo. Os pacientes autorizaram a gravação das sessões para posterior transcrição. Todo o material impresso foi entregue para os participantes da pesquisa. A Tabela 3 apresenta a síntese das sessões.

Tabela 3 – Sequência das sessões de intervenção em grupo

Sessão	Conteúdo da sessão
Abertura	Apresentação da proposta de terapia em grupo Preenchimento dos instrumentos (SF-36 e BDI)
1	Introdução sobre terapia cognitivo-comportamental: apresentação de conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental e exemplos práticos da relação entre pensamento, comportamento e emoção, não saudáveis e saudáveis. (Apêndice C); fornecimento do bloco de anotações da terapia. (Apêndice D)
2	Regulação emocional (Apêndice E)
3	Incremento da autoestima e da autoconfiança (Apêndice F); fornecimento do cofre em forma de cérebro (Figura do Apêndice F)
4	Técnica 'Pense saudável' – Orientações para o preenchimento (Apêndice G) e Exercício em branco para preenchimento (Apêndice H) Praticar atividade física (Figura 2)
5	Abordagem da raiva (Figura 3), treino da assertividade (Apêndice I); fornecimento do cartão de enfrentamento (Figura 1) e do bloco de cartões de enfrentamento (Apêndice J)
6	Abordagem do medo (Figuras 4 e 5)
7	Lidar com a aparência física (Figura 6) e a insegurança por ser portador de uma doença (Figura 7)
8	Esclarecimentos sobre acromegalia (Apêndice K)
9	Resumo dos tópicos abordados nas sessões (Apêndice L); preenchimento dos instrumentos (SF-36 e BDI)

Na sessão de abertura, após assinatura de TCLE, os Profs. Drs. Luciana Naves e Luiz Augusto Casulari apresentaram a pesquisadora e reforçaram a importância da participação em uma pesquisa de intervenção psicoterápica em pacientes com acromegalia.

Em cada sessão, tópicos específicos foram abordados. Para favorecer a compreensão do conteúdo que embasa a presente pesquisa e para facilitar a prática da técnica da terapia cognitivo-comportamental, os apêndices C, E, F, I e L foram entregues para os participantes no início das sessões 1, 2, 3, 5 e 9, respectivamente. Para consolidar o conhecimento e para auxiliar a práticas das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões de terapia, o bloco de anotações da terapia, o cofre em forma de cérebro e o bloco de cartões de enfrentamento foram fornecidos nas sessões 1, 3 e 5, respectivamente (Apêndices D, F e J).

Na sessão 3, as tabelas com qualidades pessoais e conquistas alcançadas foram preenchidas pelos participantes. Além do preenchimento das tabelas por escrito, também para reforçar a autoestima e a autoconfiança, os participantes identificaram uma qualidade pessoal e um comportamento saudável e depositaram um valor em moeda no cofre em forma de cérebro.

No início da sessão 4, a técnica ‘Pense saudável’ foi introduzida com dois exercícios impressos: (1) orientações para preenchimento (Apêndice G) e (2) exercício em branco para preenchimento (Apêndice H). Os dois exercícios serviram de base para a discussão do conteúdo das sessões 4, 5, 6 e 7. O conteúdo foi preenchido em colaboração com os participantes, de acordo com as reflexões elaboradas nas sessões.

Na sessão 5, após o preenchimento da técnica ‘Pense saudável’ para abordagem da raiva, os itens relacionados à assertividade foram praticados oralmente, sem registro escrito (Apêndice I). Um cartão de enfrentamento com a ilustração dos abacates, pequeno, plastificado, medindo 10 X 6 cm, foi entregue para favorecer a prática das técnicas e tomadas de decisão saudáveis em momentos de desequilíbrio das emoções (Figura 1).



Figura 1. Cartão de enfrentamento: “Pense saudável e sinta a diferença”.

Os Profs. Drs. Luiz Augusto Casulari e Luciana Ansaneli Naves compareceram à sessão 8 para responder as dúvidas dos participantes sobre a acromegalia. As dúvidas foram preparadas pelos participantes durante as sessões iniciais da terapia. Os professores agradeceram a participação dos pacientes na presente pesquisa.

### **3.3.3 Avaliação Pós Intervenção e em Nove Meses de Acompanhamento**

Na última sessão de terapia em grupo e em nove meses de acompanhamento, foram respondidos o Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 e o Inventário *Beck* de Depressão (BDI).

## **3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados coletados foram analisados, organizados e discutidos em três propostas de artigos científico apresentados a seguir:

- ❖ **Artigo 1:** Terapia cognitivo-comportamental melhora a qualidade de vida de acromegálicos

Os dados foram agrupados de forma a identificar o perfil de cada participante, somente do grupo intervenção, e sua evolução em relação à participação na intervenção. Para a interpretação das dimensões do SF-36, foram



calculados os escores percentílicos utilizando como base os dados normativos da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades realizada em 2008, com a população brasileira.<sup>56</sup> Para verificar se houve diferença significativa entre as avaliações pré e pós intervenção foi realizado o Teste de Wilcoxon.<sup>57</sup> Foi considerada diferença significativa quando  $p < 0,05$ . Para a interpretação do efeito da intervenção foi adotado o teste  $d'$  de Cohen.<sup>58</sup>

❖ **Artigo 2:** Efeito da terapia cognitivo-comportamental em acromegálicos, após acompanhamento de nove meses

Para verificar a equivalência das variáveis relacionadas com o perfil do grupo controle e o grupo intervenção foi realizado teste não paramétrico para medidas independentes, U Mann-Whitney, para as variáveis escalares, uma vez que estas não apresentaram aderência à curva normal.<sup>57</sup> Para as variáveis categóricas foi realizado o teste  $Qui^2$ , sendo aplicado o fator de correção do teste de Fisher's para as variáveis que violaram o critério de número mínimo de casos por célula.<sup>57</sup>

Como estratégia de minimizar o impacto da não randomização dos participantes para a distribuição nos grupos, foi realizado Análise de Covariância (ANCOVA) para comparar as medidas do SF 36 e do BDI no pós-intervenção entre o grupo controle e intervenção. As médias da linha de base foram utilizadas como covariantes, dessa forma, por meio de um controle estatístico, os grupos foram equalizados na sua linha de base na comparação pós intervenção.<sup>59</sup> Por se tratar de grupos pequenos, todos os pressupostos da ANCOVA foram respeitados (limite de proporcionalidade entre os grupos 1,5, outline, dados ausentes, distribuição normal das variáveis, Homogeneidade de Variância e Homogeneidade de Regressão).<sup>60</sup> Na comparação entre as medidas da linha de base e o pós intervenção foi realizado o teste-t para medidas dependentes. Também foi utilizado o teste-t para medidas dependentes para verificar se o efeito clínico produzido após a intervenção se manteve na comparação entre as medidas pós intervenção e do acompanhamento em nove meses.

Para interpretar a magnitude do efeito das comparações das variáveis de estudo foi adotado o critério de Cohen (efeito como pequeno ( $d' < 0,3$ ), moderado ( $0,3 \leq d' < 0,5$ ) ou grande ( $d' \geq 0,5$ ).<sup>58</sup> Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 0,05, com teste de hipótese bilaterais.

❖ **Artigo 3:** Vergonha da aparência e terapia cognitivo-comportamental na acromegalia

A análise do conteúdo do exercício elaborado na sessão 7, em colaboração com os participantes, foi utilizada para a apresentação do presente artigo. Na sessão 7, a pesquisadora propôs a adaptação da técnica 'Pense saudável' especificamente para lidar com a aparência física.

### 3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em atendimento às recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (Anexo C). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os participantes dos grupos (Apêndice B).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO 1

**Terapia cognitivo-comportamental melhora a qualidade de vida de  
acromegálicos**

Manuscrito em português. A versão traduzida para o inglês foi enviada para o periódico *Pituitary* em 14 de fevereiro de 2018.

#### **Página de rosto**

**Terapia cognitivo-comportamental melhora a qualidade de vida de  
acromegálicos**

Lia Silvia Kunzler, Luciana Ansaneli Naves, Luiz Augusto Casulari.

Agradecemos ao Dr. Luis Augusto Dias pela leitura crítica do artigo.

Agradecemos também aos alunos da Medicina da Universidade de Brasília: Iago Renato Peixoto, Armindo Jreige Junior, Isabella Araujo, Débora Maria de C. Saraiva e Vitoria Espindola L. Borges.

Trabalho realizado no ambulatório de Neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília.

Conflito de interesses: nada a declarar pelos autores

Endereço para correspondência:

Lia Silvia Kunzler

SRTVS 701 – Edifício Centro Empresarial Brasília, Bloco “C”, sala 204 – Asa Sul, Brasília – DF. CEP: 70.340-907. E-mail: lia.kunzler@gmail.com

## **Resumo**

### **Introdução**

Na acromegalia, a demora no diagnóstico, a alteração da imagem corporal e as complicações clínicas resultam em prejuízo na qualidade de vida.

### **Objetivo**

Avaliar a eficácia da técnica da terapia cognitivo-comportamental, “Pense Saudável”, para o incremento da qualidade de vida de acromegálicos.

### **Método**

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado em que dez pacientes acromegálicos (nove mulheres e um homem; idade média de  $55,5 \pm 8,4$  anos), selecionados por conveniência, foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental. A intervenção abrangeu nove sessões em grupo, organizadas semanalmente. Nas etapas pré e pós-intervenção, foram respondidos os questionários SF-36 e BDI. Para verificar se houve diferença significativa foi realizado o Teste de Wilcoxon.

### **Resultados**

Em relação ao SF-36, ocorreram melhoras significativas no domínio estado geral de saúde ( $d' = -0,264$ ;  $p = 0,031$ ). No domínio saúde mental ( $d' = -1,123$ ;  $p = 0,012$ ), a melhora foi significativa com grande magnitude. Nos aspectos físicos ( $d' = -0,802$ ;  $p = 0,078$ ), houve tendência não significativa para melhora, mas observou-se que dos cinco pacientes que tinham efeito chão, quatro melhoraram e um se manteve nesse nível. Nos aspectos emocionais, cinco tiveram efeito chão e quatro melhoraram, e os quatro que tinham efeito teto não modificaram essa condição. Os demais domínios não tiveram alteração estatisticamente significativa. Não ocorreu diferença significativa no DBI antes e após intervenção.

### **Conclusão**

A técnica mostrou-se eficaz para a melhora da qualidade de vida de acromegálicos, em um grupo de acromegálicos com diferentes condições de atividade da doença, tipo e tempo de tratamento.

**Palavras chave.** Acromegalia; qualidade de vida; SF 36; depressão; terapia cognitivo-comportamental

## Introdução

A acromegalia é doença crônica caracterizada pelas produções excessivas do hormônio de crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) [1,2,3]. As feições grosseiras e o crescimento das extremidades têm progressão gradual, o que dificulta o diagnóstico precoce [1,2]. As complicações clínicas são responsáveis pela redução na expectativa de vida em média de 10 anos [2,4,5].

A qualidade de vida tornou-se um conceito fundamental que pode ser avaliado em um *continuum* saúde doença [6], baseado em objetivos pessoais e expectativas [3,6]. A demora do diagnóstico, a alteração da imagem corporal e as complicações clínicas resultam em prejuízo na qualidade de vida no acromegálico [2,3,4,7,8]. Outros fatores relacionados ao prejuízo da qualidade de vida são idade avançada [9-11], sexo feminino [2,9,10,12], tempo da doença [2,12], dor articular [6,13,14], radioterapia [2,6,7,10,11,15,16], índice de massa corporal elevado e pan-hipopituitarismo [15] e doença ativa [2,17]. Contudo, em revisão sistemática, não houve consenso na relação entre qualidade de vida e atividade da doença [15]. O prejuízo à qualidade de vida é semelhante ao observado em pacientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico [18].

Emoções de raiva, medo e ansiedade podem levar a comportamentos indesejados [19-22], tendo sido também observados em acromegálicos [23]. Szczesniak e cols. estudaram a associação entre acromegalia e funcionamento psicossocial em três momentos: antes do diagnóstico – ansiedade e tristeza; antes da intervenção cirúrgica – culpa, raiva e tristeza; e após a cirurgia – tristeza e raiva [6].

Estudo com 31 acromegálicos mostrou múltiplas correlações entre ansiedade e sintomas depressivos e o desempenho da memória e tomada de decisão [24]. Em desequilíbrio, o indivíduo vivencia as emoções em intensidade crescente [19,25,26], o que faz com que ele se comporte como se a situação fosse pior do que é ou faz com que ele não consiga enxergar alternativas de enfrentamento [19,20,27].

Transtornos psiquiátricos são mais frequentes nos acromegálicos do que em outras doenças crônicas [5,6], sobretudo com sintomas de depressão [6,12,15,23,28-31], raiva [6,12], ansiedade [6,30,31], distorção da imagem corporal,

isolamento social e baixa autoestima [29]. Sintomas psicopatológicos podem influenciar a qualidade de vida de forma mais expressiva do que a atividade da doença [31,32].

Na população geral, a depressão está associada a prejuízo social e econômico significativo [33-36]. Muitos pacientes não têm acesso ao tratamento adequado [34], e 2/3 dos pacientes preferem tratamento psicoterápico ao medicamentoso [33]. Pacientes portadores de outras doenças crônicas também podem apresentar sintomas depressivos, como é descrito na esclerose múltipla [37] e epilepsia [38].

Regular emoções facilita a avaliação da situação vivenciada como ela é e não como a emoção em desequilíbrio faz com que pareça [27,39]. Por serem passíveis de modificação, tratar depressão [15,32] e ansiedade pode ser promissor na melhoria da qualidade de vida [32].

Em estudos envolvendo os tratamentos médicos para sujeitos acromegálicos foi demonstrada correlação entre qualidade de vida, depressão e satisfação dos sujeitos ao tratamento [7,8]. A comunicação com o paciente e a conscientização sobre o tratamento podem ter efeito positivo [7], assim como discutir problemas [40].

Neste quadro, o impacto psicológico da acromegalia chama a atenção para o desenvolvimento de um programa psicoterapêutico [2,6,15,24,29,32], com custo reduzido [41,42]. Sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo resultam em bons resultados e se caracterizam pela otimização do tempo do terapeuta quando comparado ao tratamento individual [43]. A técnica 'Pense saudável', organizada em seis etapas, utiliza, de maneira didática, a analogia com as figuras dos abacates cinza e verde, representando um problema e possíveis alternativas, respectivamente, favorecendo uma tomada de decisão menos emocional e mais racional [19-22]. Tem o objetivo de construir comportamentos saudáveis com a reestruturação de pensamentos não saudáveis em saudáveis, com conseqüente equilíbrio de emoções e melhora da qualidade de vida (Figura 1). Em conjunto com a técnica, é solicitado que o paciente aprimore suas listas de qualidades pessoais e de conquistas.



Figura 1. Cartão de enfrentamento: “Pense saudável e sinta a diferença”. Para a terapia cognitiva-comportamental, existem três níveis de pensamento: 1) o pensamento automático (casca do abacate) não se relaciona com reflexão ou deliberação; 2) a crença condicional (massa da fruta), nível de cognição associado a um comportamento; e 3) crença nuclear (caroço da fruta), em que estão presentes pensamentos absolutos ou rígidos. A analogia com as figuras dos abacates cinza e verde diferencia padrões não saudáveis de padrões saudáveis. A técnica tem o objetivo de construir comportamentos saudáveis pela reestruturação de pensamentos não saudáveis em saudáveis, com consequente equilíbrio de emoções e melhora da qualidade de vida.

Dentre os tipos de psicoterapia, a TCC é amplamente estudada, com mais de 250 metanálises [44]. Tem sido avaliada a eficácia na ansiedade, raiva, dependência química, estresse relacionado a outras doenças, dor crônica, fadiga e depressão, entre outros [44]. Caracteriza-se pela alta eficácia com custo reduzido [44], o que justifica a aplicação de um programa fundamentado em seus princípios.

Para a TCC, desenvolvida por *Aaron Beck*, na década de 1960 [27,39], emoção e comportamento são determinados pela maneira como o indivíduo interpreta as situações, e não pela situação em si [45,46], sendo observada tanto no funcionamento não saudável quanto no saudável [19,20,44,47]. Aprender com sua experiência psicoterápica pode ser mais benéfico do que a farmacoterapia, a longo prazo, na prevenção de recidivas depressivas [36].

Em acromegálicos, diversas pesquisas têm sido conduzidas com o objetivo de identificar o perfil psicopatológico dos pacientes, avaliar a qualidade de vida e a eficácia dos tratamentos disponíveis para a melhora da qualidade de vida [15]. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a eficácia da técnica da TCC, “Pense saudável”, para incremento da qualidade de vida em portadores de acromegalia. Para tal, o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) foi aplicado. Indicadores de depressão antes e depois da participação na pesquisa foram também medidos e comparados. Para o nosso conhecimento, essa é a primeira

publicação que mostra melhora da qualidade de vida com a TCC em pacientes acromegálicos.

## **Método**

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado, em acromegálicos atendidos no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília.

Os critérios para inclusão foram os portadores de acromegalia em acompanhamento nesse ambulatório, de ambos os sexos, com idade entre 18 anos e 75 anos e que concordaram em participar do estudo. Foi critério para exclusão o risco de suicídio, avaliado de acordo com a resposta do item 9 do BDI [48].

A seleção dos pacientes ocorreu por conveniência, conforme disponibilidade em participar do estudo, depois de esclarecido pormenorizadamente todas as etapas do que seria a intervenção. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes do grupo.

Eles foram submetidos às sessões de aplicação da técnica “Pense saudável”, em grupo, com frequência semanal e duração de 1h30min, totalizando nove sessões, no período de três meses, de setembro a novembro de 2015. O espaço onde foram realizadas as reuniões comportava de forma confortável o número de participantes, dispostos em círculo, com possibilidade de manusear o material, fazer anotações e preencher exercícios. A sala era bem iluminada, refrigerada e com boas condições de privacidade.

### **Avaliação antes da intervenção**

Na semana anterior ao início das sessões de terapia em grupo, a proposta de trabalho, as datas previstas para os encontros e o conteúdo das sessões foram apresentados. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, tempo de doença, IGF-1, hipertensão arterial, diabetes, artralgia, tipo de tratamento –



cirurgia, radioterapia e ou medicamento oral ou injetável. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$ .

Considerou-se a doença ativa quando o IGF-1 estivesse acima do valor normal para a idade e sexo, mesmo em uso de cabergolina, octreotida ou pegvisomanto; controlada quando o uso desses medicamentos mantinha as concentrações sanguíneas de IGF-1 dentro da normalidade; e curada quando as concentrações desse hormônio estivessem dentro da faixa normal sem uso desses medicamentos. Foram considerados hipertensos aqueles com pressão arterial igual ou maior de 140 x 90 mmHg, ou em uso de medicamentos anti-hipertensivos [49]. O diabetes melito tipo 2 foi considerado quando a glicemia estivesse maior de 126 mg/dL ou se estivesse em uso de medicamentos hipoglicemiantes [50].

## **Instrumentos**

### **Questionário de qualidade de vida (SF – 36)**

Para a avaliação da qualidade de vida antes e após a intervenção foi usado o questionário de qualidade de vida – *Short Form* – SF-36 [43], auto administrado. Esse é um questionário multidimensional, composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios. O item 2 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizado somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado ao ano anterior. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (cem), no qual zero evidencia o pior estado e 100 o melhor estado [43].

### **Inventário Beck de depressão (BDI)**

Para a avaliação de indicativo de depressão antes e após a intervenção, utilizou-se o Inventário Beck de Depressão – BDI [48], auto administrado. Consideraram-se os seguintes níveis para essa escala, como para pacientes psiquiátricos [48]: mínimo: 0 a 11; leve: 12 a 19; moderado: 20 a 35; grave; 36 a 63.

## Protocolo de intervenção

A técnica “Pense saudável” [19-22] está disponível como aplicativo para *download* na *Apple Store* e *Google Play*, sob o nome de “*Think Healthy*”, para dispositivos móveis, possuindo versões em português e em inglês. A versão compacta encontra-se ilustrada na figura 1.

O “exercício do pensar saudável” segue as orientações de preenchimento, partindo de um problema ou de uma emoção em desequilíbrio. No lado cinza, a etapa 1 é a soma da desregulação da emoção com pensamentos distorcidos, resultando no comportamento não saudável.

No lado verde, a etapa 2 é a soma da aceitação da emoção em desequilíbrio aos pensamentos ponderados, o que resulta em comportamentos saudáveis. Porém, manter emoções em desequilíbrio e reviver situações adversas do passado podem perpetuar o problema e reforçar comportamentos não saudáveis, o que caracteriza a etapa 3, retornando para o lado cinza.

A tomada de decisão pela qualidade de vida é reforçada nas etapas 4 e 5. A etapa 4 valoriza as desvantagens do comportamento não saudável – etapas 1 e 3. Somado a isso, na etapa 5 são valorizadas as vantagens do comportamento saudável – etapa 2. Com isso, paciente passa menos tempo no lado cinza e com isso passar mais tempo no lado verde.

Também no lado verde, a etapa 6 apresenta um resumo das etapas anteriores, com reflexões escritas em cartões de enfrentamento [20] e que devem ser lembradas em situações adversas, favorecendo a regulação das emoções, o predomínio de pensamentos ponderados e decisões saudáveis. As principais perguntas são “O que é que eu diria para um amigo pensar e fazer e como é que ele se sentiria?; e Se o meu objetivo é ser saudável, o que é melhor pensar e fazer agora e como é que eu me sentirei?”. Exemplo: “Se beleza fosse tudo, não existiriam pessoas bonitas e infelizes e também não existiriam pessoas feias e felizes”.

A técnica foi adaptada para pacientes com acromegalia [19-22] e todos receberam o material impresso. Em cada sessão, tópicos específicos foram abordados. Para facilitar a prática das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões de terapia, o bloco de anotações da terapia e o bloco de cartões de enfrentamento foram fornecidos [20]. Um cartão de enfrentamento com a

ilustração dos abacates, pequeno, plastificado, medindo 10 X 6 cm, foi entregue para os pacientes (Figura 1).

Apresentamos as sessões de intervenção em grupo:

**Sessão 1** – Conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental [20].

**Sessão 2** – Regulação emocional.

**Sessão 3** – Incremento da autoestima e da autoconfiança.

**Sessão 4** – Adaptação da técnica 'Pense saudável' [20] para a prática de atividade física.

**Sessão 5** – A abordagem da raiva.

**Sessão 6** – A abordagem do medo.

**Sessão 7** – Acromegalia: lidar com a aparência física e com a doença.

**Sessão 8** – Esclarecimentos sobre acromegalia.

**Sessão 9** – Resumo dos tópicos abordados nas sessões.

### **Análise dos dados**

Os dados foram agrupados de forma a identificar o perfil de cada participante e sua evolução em relação à participação na intervenção. Para a interpretação das dimensões do SF-36, foram calculados os escores percentílicos utilizando como base os dados normativos da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades realizada em 2008, com a população brasileira [51]. Para verificar se houve diferença significativa entre as avaliações pré e pós intervenção foi realizado o Teste de Wilcoxon [52]. Foi considerada diferença significativa quando  $p < 0,05$ . Para a interpretação do efeito da intervenção foi adotado o teste  $d'$  de Cohen [53].

### **Resultados**

Inicialmente foram convidados para participar deste estudo 62 pacientes portadores de acromegalia acompanhados no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) que compareceram ao ambulatório para consultas de acompanhamento clínico e ou para receber tratamento medicamentoso injetável. Quando de seu

comparecimento, a pesquisadora (LSK) conversou individualmente e apresentou a proposta de aplicação da técnica para a melhora da qualidade de vida dos acromegálicos. Desses, 39 pacientes não estavam interessados em participar da pesquisa. Treze estavam dispostos a participar, mas não podiam comparecer às sessões semanalmente naquele período. Dez participantes estavam disponíveis para participar das sessões de terapia e foram os objetos do estudo.

As características clínicas dos pacientes estão apresentadas na tabela 1. Observa-se que nove eram mulheres e o paciente 9 era o único homem. A idade dos pacientes que participaram do grupo intervenção variou entre 42 e 69 anos. O IMC variou entre 21,5 e 39,2 kg/m<sup>2</sup> e um paciente tinha IMC normal, sete tinham sobrepeso e dois eram obesos. O tempo do diagnóstico variou de um a 23 anos. A latência de tempo entre o diagnóstico e início da investigação variou entre 2 e 216 meses. O tamanho do tumor variou de 8 à 34 mm. O percentual da concentração de IGF-1 (ULNR IGF-1) variou entre 47 e 181 %. Em relação ao estágio da doença, dois eram classificados como curados, cinco com a doença controlada e três com a doença em atividade. Das estratégias de tratamento, sete foram submetidos à cirurgia transesfenoidal e quatro foram submetidos à radioterapia após a cirurgia. Oito recebiam octreotida LAR, sendo que seis estavam associados também à cabergolina, e dois usavam pegvisomanto. As comorbidades mais frequentes foram diabetes ou glicemia de jejum alterada ou intolerância à glicose em seis pacientes, e artralgia em seis pacientes

**Tabela 1.** Perfil dos dez pacientes acromegálicos submetidos ao tratamento cognitivo-comportamental\*

Nº	Sexo	Idade (anos)	IMC	Tempo Dx (anos)	Atraso Dx (meses)	Tumor (Maior diâmetro na RNM) mm	Níveis de IGF-1 (ULNR IGF-1) %	Atividade da Doença	Tratamento Prévio	Tratamento atual	Comorbidades
1	F	46	27,3	4	2	27	96,4	Controlada	CRG, SSA	SSA	HAS, IG, PHI, diverticulose
2	F	69	29,0	14	72	32	116,5	Controlada	CRG, CBG, SSA	CBG, SSA	Hipotireodismo, transtorno depressivo, ART
3	F	49	21,5	7	24	20	121,4	Ativa	CRG, CBG, SSA, PEG	CBG, SSA, PEG	Glaucoma, IG, SOP, PHI, diverticulose, Anemia por doença crônica
4	F	55	39,2	1	216	-	161,3	Ativa	SSA	SSA	DM 2, HAS, DLP, insuficiência coronariana crônica, ART, SAOS
5	F	42	34,3	22	48	17	121,0	Controlada	CRG, RDT, CBG, SSA, PEG	CBG, SSA, PEG	GJA, hipotireoidismo, anemia ferropriva, transtorno depressivo
6	F	53	25,4	21	24	34	47,0	Curada	CRG, RDT, SSA	-----	Glaucoma, epilepsia estrutural, DM 2, DLP, HA, ART
7	F	62	25,7	23	48	22	118,4	Curada	CRG, RDT, SSA	-----	DLP, osteopenia, HA, SAOS, ART
8	F	62	25,5	4	4	10	115,1	Controlada	CBG, SSA	CBG, SSA	-
9	M	62	29,1	13	180	8	108,0	Controlada	CRG, RDT, CBG, SSA	CBG, SSA	GJA, DLP, hipotireoidismo, ART
10	F	55	28,8	9	120	20	181,1	Ativa	CBG, SSA	CBG, SSA	DLP, ART
	Md	55,5	28,58	11,8	73,8	21,1	118,6				
	DP	8,4	4,75	8,1	74,5	8,9	35,7				

\***siglas:** Md - média; DP - desvio padrão; Dx - diagnóstico; HAS - hipertensão arterial sistêmica; DM 2 - diabetes mellitus tipo 2; DLP - dislipidemia; IG - intolerância à glicose; GJA - glicemia de jejum alterada; ART - artralgia; SOP - síndrome do ovário policístico; SAOS - síndrome da apneia obstrutiva do sono; PHI - pólipos hiperplásicos intestinais; HÁ - hipopituitarismo anterior; CRG - cirurgia; MED; RDT - radioterapia; CBG - cabergolina; SSA - análogo de somatostatina; PEG - pegvisomanto.

Na tabela 2 estão apresentados os resultados obtidos antes e após a intervenção com a TCC. Em relação ao SF-36, ocorreram melhoras significativas nos domínios estado geral de saúde ( $d' = -0,264$ ;  $p = 0,031$ ) com magnitude média e sete pacientes melhoraram, dois não se alteraram e um piorou. Na saúde mental ( $d' = -1,123$ ;  $p = 0,012$ ) a melhora foi significativa com grande magnitude, sendo que nove melhoraram e um piorou. O domínio limite por aspectos físicos ( $d' = -0,802$ ;  $p = 0,078$ ) mostrou uma tendência não significativa para melhora, mas observa-se que dos cinco pacientes que tinham efeito chão, quatro melhoraram e um se manteve nesse nível. Na limitação por aspectos emocionais, cinco tiveram efeito chão e quatro melhoraram, e os quatro que tinham efeito teto não modificaram essa condição. Os demais domínios não tiveram alteração estatisticamente significativa.

Em relação aos escores indicativos de depressão, na avaliação pré intervenção, quatro apresentavam escores mínimos de acordo com o BDI, três tinham escores leves e os três restantes apresentaram escores moderados. Observa-se que não houve alteração significativa entre os resultados antes e depois da intervenção.

**Tabela 2.** Escores dos participantes antes e depois do tratamento, para a avaliação da qualidade de vida pelo SF-36 e o escore da escala de Beck de depressão.

	Participante													
	1		2		3		4		5		6		7	
	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %
Capacidade funcional	64,6	75,6	45,1	8,7	11,1	22,8	5,3	7,4	69,1	41,1	8,3	11,1	31,8	26,3
Limite por aspectos físicos	48,5	5,1	3,1†	3,1†	0,7†	48,5	8,1	1,3†	40,7	74,8*	0,7†	77,6*	85,2*	85,2*
Dor	17,5	9,4	15,5	38,4	17,5	42,9	14,2	23,9	9,2	48,7	4,5	4,5	36,4	14,2
Estado Geral de Saúde	46,3	38,0	12,9	22,6	17,2	23,2	0,6	1,1	36,7	36,7	12,3	17,2	7,7	11,3
Vitalidade	10,8	27,4	27,0	41,8	10,8	34,9	48,3	6,3	18,2	32,8	34,9	4,8	56,8	32,0
Aspectos Sociais	20,1	2,8	33,2	50,6	2,8	38,0	29,4	64,8	53,9	74,9*	20,1	38,0	46,8	46,8
Limitação por Aspectos Emocionais	5,8	5,8	1,4†	1,4†	0,3†	33,2	0,8†	79,6*	73,6*	73,6*	0,3†	75,9*	0,8†	39,8
Saúde Mental	20,2	37,3	30,2	56,9	4,6	57,4	18,0	47,5	43,2	77,4	57,4	43,9	40,7	47,5
Escore da escala Beck de depressão	23,00	21,00	17,00	26,00	23,00	5,00	26,00	21,00	5,00	5,00	5,00	13,00	15,00	17,00

**Nota:** Sig. - Teste de Wilcoxon; DP - desvio padrão;  $d'$  - D de Cohen; \* - Efeito Teto; † - Efeito Chão.

**Tabela 2.** Continuação

Participante						Média		<i>d'</i>	Sig.
8		9		10		(DP)			
Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré %	Pós %	Pré	Pós		
57,1	31,8	57,5	71,7	74,8	44,2	58,5 (26,67)	52,50 (27,21)	0,223	0,384
1,3 <sup>†</sup>	28,0	29,9	61,8*	1,3 <sup>†</sup>	85,2*	32,50 (38,18)	65,00 (42,82)	- 0,802	0,078
14,2	23,9	26,4	60,4	7,6	36,4	38,89 (12,00)	50,00 (17,57)	- 0,751	0,093
21,7	44,2	37,9	64,8	76,0	76,0	46,00 (21,58)	51,50 (20,15)	- 0,264	0,031
39,9	39,9	24,7	59,8	39,9	64,9	55,00 (10,00)	54,50 (14,03)	0,042	0,953
64,8	46,8	26,7	60,5	46,8	80,0*	67,50 (14,67)	76,25 (18,11)	- 0,534	0,176
79,6*	79,6*	79,1*	79,1*	79,6*	79,6*	43,33 (49,81)	76,67 (35,31)	- 0,783	0,551
67,3	73,2	23,7	59,4	67,3	90,3*	62,00 (15,23)	76,80 (11,12)	- 1,123	0,012
13,00	9,00	6,00	8,00	0,00	0,00	13,30 (9,03)	12,50 (8,49)	0,091	0,888

**Nota:** Sig. - Teste de Wilcoxon; DP - desvio padrão; *d'* - D de Cohen; \* - Efeito Teto; † - Efeito Chão.

## Relato de casos

### Paciente 1

Em relação ao SF-36, não houve alteração no domínio limitação por aspectos emocionais; houve piora nos domínios limite por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e aspectos sociais; e houve melhora nos domínios capacidade funcional, vitalidade e saúde mental. A pontuação no BDI apresentou melhora de 23 para 21 pontos, mantendo-se no nível moderado. A doença estava controlada (tabela 1).

### Paciente 2

Não houve alteração nos domínios limite por aspectos físicos e por aspectos emocionais. Houve piora em um único domínio, capacidade funcional. Houve melhora nos demais domínios. Em relação ao BDI, houve piora de pontuação,



passando de 17 (nível leve) para 26 (nível moderado). Como comorbidade, relatou história de transtorno depressivo, não tendo sido submetida a alteração medicamentosa durante a intervenção psicoterápica. A doença estava controlada (tabela 1).

### **Paciente 3**

Observou-se melhora em todos os domínios do SF-36, sendo que os domínios de maior diferença pré e pós intervenção foram limite por aspectos físicos, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. O escore do BDI passou de 23 (nível moderado) para 5 (nível mínimo). A doença estava ativa (tabela 1).

### **Paciente 4**

A diferença mais significativa no SF-36 foi observada no domínio limitação por aspectos emocionais, tendo iniciado com escore zero (pior resultado) e concluído com escore 100 (melhor resultado). A participante queixou “medo de fazer as coisas, mesmo simples, estando sozinha”. Seu exemplo foi utilizado na sessão 6, de abordagem do medo. Cartões de enfrentamento foram construídos: *“Quando eu valorizo o que faço, sinto confiança e supero obstáculos. Na hora do medo, devo lembrar que ajudo outras pessoas e posso fazer o mesmo por mim.”* Apesar de ter-se mantido no nível moderado (20 a 35) no escore do BDI, houve melhora do escore de 26 para 21 pontos. A doença estava ativa (tabela 1).

### **Paciente 5**

Os domínios limite por aspectos físicos e aspectos sociais alcançaram o limite máximo, de melhor qualidade de vida. Não houve alteração do resultado do BDI, tendo pontuado em 5, nível mínimo. A doença estava controlada (tabela 1). Como comorbidade, relatou transtorno depressivo, não tendo sido submetida a alteração medicamentosa durante a intervenção psicoterápica.

### **Paciente 6**

Na avaliação da qualidade de vida, tanto o domínio limitação por aspectos físicos quanto limitação por aspectos emocionais sofreram um aumento de zero (pior resultado) para 100 (melhor resultado). Na sessão 6, a participante colaborou com

seu exemplo e abordou o “medo de ficar sozinha em casa”. As desvantagens de sempre precisar de alguém para ficar em casa (*eu atrapalho a vida das pessoas...*) e as vantagens de ficar em casa sozinha foram valorizadas (*aproveitar a minha casa e deixar os problemas do tamanho que eles realmente são...*). Foram elaborados cartões de enfrentamento (*Na hora do medo, vou usar as mesmas estratégias que usei para superar o medo de viajar de avião: fazer uma oração...*). O escore do BDI passou de 5 (nível mínimo) para 13 (nível leve), porém não pode ser considerado indicativo de depressão. Paciente considerada curada, tendo sido anteriormente submetida a cirurgia, radioterapia e análogo de somatostatina (tabela 1). Um ano após o tratamento cognitivo-comportamental, teve crises convulsivas de difícil controle e foi diagnosticada fístula liquórica que foi corrigida cirurgicamente. A paciente encontra-se bem após um ano de acompanhamento.

#### **Paciente 7**

A diferença que mais chama a atenção no SF-36 diz respeito ao domínio aspectos emocionais, passando de zero para 66,67. Paciente com 62 anos e com o maior tempo de diagnóstico, 23 anos. No BDI, o escore passou de 15 pontos para 17, permanecendo no nível leve, não sendo indicativo de depressão. Considerada curada, tendo-se beneficiado das três opções de tratamento (tabela 1).

#### **Paciente 8**

Os domínios vitalidade e limitação por aspectos emocionais permaneceram inalterados, respectivamente 60 e 100. No domínio limitação por aspectos físicos, houve uma alteração de 0 a 50. No BDI, o escore pré intervenção foi de 13 (nível leve) para 9 (nível mínimo) na etapa pós intervenção, nenhum deles sugestivos de depressão. A doença estava controlada (tabela 1).

#### **Paciente 9**

Foi o único homem a participar do estudo. Não foram observadas diferenças nos domínios aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais. Os demais domínios do SF-36 demonstraram melhora. O participante mostrou interesse nos

esclarecimentos sobre a acromegalia, sobretudo na redução dos riscos de complicações clínicas. Em relação ao BDI, o escore passou de 6 para 8, no nível mínimo. A doença estava controlada (tabela 1).

### **Paciente 10**

O domínio limitação por aspectos físicos passou do pior escore, zero, para o melhor, 100. Somente o domínio capacidade funcional apresentou piora, de 85 para 60 pontos. A paciente apresentou a menor pontuação no BDI, tanto pré quanto pós intervenção (zero). Doença bioquimicamente ativa, sendo submetida somente ao tratamento medicamentoso, porque o tumor era considerado não possível de ressecção total (tabela 1).

### **Discussão**

Com a avaliação da qualidade de vida pelo SF-36, a TCC, com a técnica *Pense Saudável*, proporcionou melhoras em quatro itens desse questionário de avaliação: nos domínios estado geral de saúde, saúde mental, aspectos físicos e aspectos emocionais.

A TCC pode ser adaptada para diferentes situações clínicas e aplicada de forma individual ou em grupo [26,39]. A abordagem em grupo pode ser benéfica pelo custo reduzido, pois um número maior de pacientes é atendido pelo mesmo terapeuta. Além disso, alguns fatores somente relacionados à terapia em grupo podem melhorar a resposta terapêutica [19,54]. Em relação ao número de sessões de terapia em grupo, foi mostrado que o resultado de sete sessões foi semelhante às doze aplicadas em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [42]. Assim, as nove sessões a que foram submetidos os acromegálicos foram suficientes para se ter bons resultados.

A técnica *Pense Saudável* foi adaptada para situações específicas nas sessões 4, 5, 6 e 7 de terapia em grupo. Na sessão 4, por exemplo, a prática de atividade física foi abordada. De forma colaborativa, os participantes da pesquisa preencheram o exercício completo. As etapas 1 e 2 evidenciam a importância da interpretação de uma situação e não da situação propriamente dita [19-22,27,54]. Em geral, as pessoas reestruturam pensamentos não saudáveis da etapa 1 –

*“Vou deixar para fazer de tarde/ Agora está calor/ Eu tenho outros compromissos”* em pensamentos saudáveis da etapa 2 – *“Se eu convidar uma amiga, pode ajudar/ Faz bem para a auto estima/ Como estou perdendo massa magra, eu preciso fazer”*, mantendo assim o equilíbrio emocional e comportamentos desejados.

Em algumas situações, a construção da etapa 2, lado verde, é suficiente para manter emoções e comportamentos saudáveis. Porém, emoções em desequilíbrio e recordações de situações adversas do passado podem perpetuar o problema, o que caracteriza a etapa 3, com retorno para o lado cinza. Por exemplo: *“Eu nunca consegui praticar atividade física. Eu não gosto. Eu tenho muita preguiça. Minha mãe não está mais aqui para me incentivar. Fazer atividade física é perda de tempo...”*

Assim como pode ocorrer com acromegálicos, em estudo com portadores de ansiedade social, os participantes referiram que imagens recorrentes do passado estavam relacionadas com memórias aversivas de eventos sociais, envolvendo *bullying* e sensação de humilhação. Esses eventos provocam comportamentos evitativos [56]. Em portadores de ansiedade social, a TCC reduz os comportamentos de segurança e a evitação. É observada melhora na aceitação, tanto de si mesmos quanto de outros [57].

Decidir o que fazer, como fazer e avaliar as consequências deixa de ser um processo simples e fácil [58]. Uma escolha saudável depende de emoções em equilíbrio, porém o efeito das emoções na tomada de decisão é pouco estudado [58]. A TCC ensina seu paciente que existe mais de uma maneira de ver uma situação e, conseqüentemente, o seu ponto de vista é uma questão de escolha [59, 60].

No lado verde, com as etapas 4 e 5 em mente, é diminuído o risco de uma emoção em desequilíbrio comprometer uma decisão saudável [58]. As desvantagens do sedentarismo foram então reforçadas, tais como *“piora da dor, da pressão arterial, da diabetes, da qualidade dos ossos, da condição física; cada vez mais enferrujado; prejuízo do sono; descuido do cérebro...”* As vantagens da prática da atividade física foram então valorizadas na etapa 5: *“melhora da qualidade de vida como um todo; melhora da diabetes, da qualidade dos ossos, do condicionamento cardíaco; cuidar do cérebro; manter os ganhos, sentir bem...”*

Como resumo do que foi abordado nas 5 etapas iniciais, a etapa 6 foi construída com os seguintes objetivos: *“Passar por avaliação médica, seguir as orientações e praticar atividade física com cuidado para evitar algum dano. Ficar atento aos pensamentos de permissão e de desistência e investir nos pensamentos de resistência.”*

Em estudo com pessoas saudáveis, com aplicação da técnica *Pense Saudável* [22], com a utilização do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref), observaram-se melhoras estatisticamente significativas nos domínios físico ( $p=0,05$ ), psicológico ( $p=0,04$ ), meio ambiente ( $p=0,01$ ), geral ( $p=0,01$ ) e saúde ( $p=0,01$ ), mas não no domínio relações sociais ( $p=0,47$ ) [22]. Em comparação com os resultados com os acromegálicos, os resultados somente foram significativos em relação ao estado geral de saúde e saúde mental. Isso pode estar relacionado ao fato de serem doentes com doença crônica e debilitante [4].

A alta prevalência de sintomas psicopatológicos em acromegálicos considerados tratados com sucesso sugere que o efeito danoso do excesso do GH e do IGF-1 no sistema nervoso central possa ser irreversível [30]. Os sintomas psicopatológicos são observados diariamente e influenciam negativamente a qualidade de vida, de forma mais evidente do que os fatores hormonais [32]. Apesar disso, os resultados da presente pesquisa apresentam uma possibilidade de melhora de qualidade de vida com o auxílio da TCC. Essa promove o enfrentamento de situações adversas [61] tendo um impacto positivo na doença por reduzir sintomas físicos e mentais [62].

No domínio estado geral de saúde do SF-36 são avaliadas as respostas das questões 1 e 11. Após a intervenção, ao avaliar a saúde, na questão 1, oito participantes mantiveram a resposta “boa”. Por se tratar de amostra com portadores de doença rara, crônica, sujeita à reagudização, com deformidades físicas e repercussões clínicas, não seriam esperadas as respostas “muito boa e excelente”. Em relação à questão 11, seis participantes apresentaram melhora em seus escores. Esses dados não foram apresentados.

A melhora estatisticamente significativa no domínio saúde mental pode ter sido facilitada pelas sessões de terapia em grupo, sobretudo as sessões 5, 6, 7 e 8. Cabe lembrar que as sessões 1 a 4 abordaram conceitos da TCC e da técnica *Pense Saudável* e serviram de base para as demais sessões.

As sessões 3, 4, 6, 7 e 8 de terapia em grupo podem ter contribuído para o aumento no escore do domínio limitação por aspectos físicos nos quatro dos cinco pacientes que tinham inicialmente o efeito chão.

Resultado interessante também ocorreu com o domínio limitação por aspectos emocionais em que quatro dos cinco pacientes que tinham efeito chão, melhoraram, e os quatro que tinham efeito teto, se mantiveram nesse patamar.

Esses dois últimos domínios foram os que tiveram os piores escores quando comparados com a população normal brasileira [51] (Tabela 2). Após a intervenção, os pacientes 3, 5, 6, 8, 9 e 10 apresentaram melhora nos aspectos físicos e, em relação aos aspectos emocionais, as pacientes 3, 4, 6 e 7 melhoraram seus escores de efeito chão. (Tabela 2)

Assim como o domínio limitação por aspectos físicos, o domínio dor mostrou uma tendência significativa para melhora. Esse resultado pode ter sido alcançado com o auxílio do conteúdo abordado nas sessões 1, 2, 3 e 4. A melhora da dor e da funcionalidade é observada quando é oferecido material educativo sobre a doença [13]. Cerca de 90% dos acromegálicos referem dor musculoesquelética e isso pode piorar a qualidade de vida em relação os domínios capacidade funcional, saúde mental e dor, quando comparados à população normal [13]. Na presente pesquisa, seis pacientes referiram artralgia.

A demora no diagnóstico e o prejuízo psicossocial têm sido descritos em acromegálicos de origem rural ou não. Isso porque houve correlação significativa entre o tempo de recebimento do diagnóstico e a qualidade de vida, depressão, sonolência diurna, dificuldade para dormir e imagem corporal [2]. Na presente casuística, a maioria dos pacientes tinha mais de dois anos de atraso no diagnóstico e isso pode ter contribuído para a menor qualidade de vida no grupo quando comparado com a população geral brasileira. Contudo, parece que isso não interferiu nos seus resultados da TCC, já que o tempo de atraso no diagnóstico foi muito amplo, variando de dois meses (caso 2) a 216 meses (caso 4).

A qualidade de vida dos acromegálicos antes de se iniciar o tratamento, é descrita como comprometida [15], tanto quando avaliada com o genérico SF-36 [9,31,63,64], quanto com o específico relacionado com a doença, o AcroQoL [31,64-68]. Atualmente, estão disponíveis três opções de tratamento para a acromegalia: cirurgia, radioterapia e farmacoterapia [1,29]. Essas modalidades de

tratamento podem interferir isoladas ou em conjunto na qualidade de vida do acromegálico [15].

O tratamento único com cirurgia transesfenoidal de 41 acromegálicos japoneses mostrou melhora significativa da qualidade de vida avaliada pelo SF-36 em quatro domínios: limites por aspectos físicos, saúde geral, aspectos sociais e saúde mental. Esses resultados foram semelhantes nos 26 pacientes que tinham tido completa remissão e nos 15 restantes que tiveram remissão parcial. A terapia cognitivo-comportamental empregada por nós melhorou sete pacientes, de maneira significativa em relação ao estado geral da saúde ( $p = 0,031$ ) e nove em relação à saúde mental ( $p = 0,012$ ), mas não em relação aos aspectos sociais ( $p = 0,176$ ). A cirurgia também obteve escores maiores em relação aos aspectos psicológicos e aparência quando comparado com o tratamento farmacológico avaliado pelo AcroQoL [66]. A melhora da qualidade de vida medida pelo SF-36 também foi observada três meses após o tratamento cirúrgico de tumores hipofisários que também incluíam produtores de GH. Contudo, este efeito não se manteve após doze meses de acompanhamento [9].

Entretanto, muitos acromegálicos não têm a doença controlada somente com a cirurgia e necessitam ser tratados com agentes farmacológicos [1,29]. Na presente pesquisa, sete acromegálicos foram submetidos à cirurgia, porém nenhum deles teve o controle somente com esse tratamento. Vários estudos mostram que o tratamento adjunto à cirurgia [65,66] ou como tratamento isolado [68] com farmacoterapia podem ser úteis na melhora da qualidade de vida dos acromegálicos. Pacientes usando análogos da somatostatina de longa ação, como complemento da cirurgia, apresentam mais pobre escores na maioria das escalas do questionário RAND-36, que é semelhante ao SF-36, além do AcroQoL e inventário de fadiga, quando comparado àqueles que não precisavam de usar agonistas [64]. Outras pesquisas utilizaram o AcroQoL, o que dificulta à comparação com os nossos resultados porque usamos somente o SF-36 para avaliar a qualidade de vida.

Em avaliações usando o AcroQoL, foi descrita melhora com o uso de octreotida LAR por mais de quatro anos, associado à melhora de marcadores bioquímicos [65]. O tratamento isolado com octreotida LAR, por 24 semanas, somente melhorou o escore da aparência física avaliada pelo AcroQoL [69]. No entanto, a avaliação da qualidade de vida pelo AcroQoL e o PASQ em

acromegálicos tratados com a octreotida LAR inicialmente e, posteriormente, associado ao pegvisomanto mostrou que a melhora da qualidade de vida é independente das concentrações de IGF-1 [67]. O uso do lanreotide autogel, por mais de um ano, em tratamento isolado, melhorou a qualidade de vida nos pacientes que tiveram maior controle bioquímico quando avaliado pelo PASQ e AcroQoL, mas não teve correlação com as concentrações de GH e IGF-1 [68].

A avaliação da qualidade de vida de 58 acromegálicos submetidos às três opções de tratamento demonstrou que os escores nos domínios limitação por aspectos físicos, vitalidade e dor estavam reduzidos se comparados aos domínios emocionais e psicossociais [31]. A radioterapia está associada com menor qualidade de vida [66]. Na casuística atual, quatro dos pacientes receberam o tratamento com cirurgia, radioterapia e farmacoterapia.

Oito pacientes incluídos no presente estudo usavam octreotida LAR e seis deles estavam associados à cabergolina. O aumento do tônus dopaminérgico cerebral com o uso do agonista da dopamina, cabergolina, pode desencadear problemas psiquiátricos, tais como comportamento compulsivo para compras, atividade sexual, roubo e jogo, esquizofrenia, psicoses e desordem explosiva intermitente (para discussão mais detalhada e referências consultar Vilar et al. 2017) [70]. Contudo, nenhum dos pacientes que fazia uso da cabergolina desenvolveu algum problema psiquiátrico. Além disso, sete tinham sido submetidos à cirurgia, quatro à radioterapia e somente duas tinham tratamento primário com octreotida LAR. Em relação à atividade da doença, existiam duas curadas, cinco controlados e três em atividade.

Na presente pesquisa, independente do tratamento recebido e do controle bioquímico, na avaliação pré intervenção, os piores escores foram identificados nos domínios limitação por aspectos físicos e por aspectos emocionais. Na avaliação pós intervenção, em relação aos aspectos físicos, dois permaneceram inalterados, seis melhoraram e dois pioraram. No domínio limitação por aspectos emocionais, os pacientes 3, 4, 6 e 7 apresentaram uma melhora importante após a abordagem psicoterápica e os escores dos participantes 8, 9 e 10 apresentaram o efeito teto, mesmo antes da terapia em grupo. (Tabela 2)

Em virtude de fatores não modificáveis, tais como idade, sexo, tempo da doença e tamanho do tumor, a qualidade de vida pode ser melhorada com intervenções psicoterápicas [24,32] que fortaleçam estratégias de enfrentamento e



redes sociais de apoio [30]. Assim, seria recomendável tratamento psicoterápico para melhorar a qualidade de vida do acromegálico. Porém, para o nosso conhecimento, essa é a primeira pesquisa publicada na qual o efeito da psicoterapia na qualidade de vida de acromegálicos foi avaliado, apesar de evidências de seus bons resultados em outras doenças crônicas [15]. A TCC tem resultados muito bons no tratamento de várias doenças [20,27,45-47], e no acromegálico também se obteve bons resultados no presente estudo.

Na presente pesquisa, sobre os resultados do BDI, devido a inexistência de um ponto de corte para acromegálicos, optou-se por utilizar os escores de pacientes psiquiátricos, isto é, mínimo, leve, moderado e grave [48]. No ano de 2012, com 45 acromegálicos oriundos do mesmo ambulatório da presente pesquisa, com o objetivo de avaliar o perfil psicopatológico, 8,9% deles apresentaram indicativo grave de depressão [71]. A presença de depressão grave em acromegálicos foi descrita ser de 5,2% [72], 5% [7] e 3% [24]. Contudo, nenhum participante da presente pesquisa apresentou indicativo em nível grave.

Na avaliação pré intervenção, três participantes apresentaram indicativo de depressão em nível moderado, três leve e quatro mínimo. O menor escore indicativo de depressão, isto é, zero, foi apresentado por um participante da amostra. Nesse caso, não haveria possibilidade de melhora, o que é considerado o efeito chão [73-75]. A redução no escore do BDI não foi estatisticamente significativa.

A limitação do estudo seria a casuística pequena, mas a acromegalia é uma doença rara; foi uma casuística de conveniência em que o paciente se apresentou para fazer o tratamento e não foi feita escolha com randomização. O tratamento a curto prazo e a possibilidade de recidiva após o final do tratamento é real.

Em conclusão, a TCC mostrou-se eficaz para a melhora de vários aspectos da qualidade de vida em acromegálicos com atividade ou não da doença, do tempo e tipo de tratamento. Além disso, o grupo de acromegálicos não teve casos de depressão grave e a terapia não teve influência neste estado.

## Referências

- 1- Vilar L, Vilar CF, Lyra R, Lyra R, Naves LA (2017) Acromegaly: clinical features at diagnosis. *Pituitary* 20:22-32
- 2- Siegel S, Streetz-van der Werf C, Schott JS, Nolte K, Karges W, Kreitschmann-Andermahr I (2013) Diagnostic delay is associated with psychosocial impairment in acromegaly. *Pituitary* 16:507-514
- 3- Dantas RAE, Passos KE, Porto LB, Zakir JCO, Reis MC, Naves LA (2013) Physical activities in daily life and functional capacity compared to disease activity control in acromegalic patients: impact in self-reported quality of life. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol* 57(7): 550-557
- 4- Naves LA, Mercado M, Duarte FHG, Vilar BF, Vilar L (2016) Acromegalia - Visão geral. In: Vilar L, *Endocrinologia Clínica*, pp.56-70. 6ª. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
- 5- Fujio S, Tokimura H, Hirano H, Hanaya R, Kubo F, Yunoue S, Bohara M, Kinoshita Y, Tominaga A, Arimura H, Arita K (2013) Severe growth hormone deficiency is rare in surgically-cured acromegalics. *Pituitary* 16:326–332
- 6- Szcześniak D, Jawiarczyk-Przybyłowska A, Rymaszewska J (2015) The quality of life and psychological, social and cognitive functioning of patients with acromegaly. *Adv. Clin. Exp. Med* 24(1):167-172
- 7- Kepicoglu H, Hatipoglu E, Bulut I, Darici E, Hizli N, Kadioglu P (2014) Impact of treatment satisfaction on quality of life of patients with acromegaly. *Pituitary* 17(6):557-563
- 8- Tiemensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JWA, Romijn JA, Biermasz NR (2011) Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 96(11):3550-3558
- 9- Milian M, Honegger J, Gerlach C, Psaras T (2013) Health-related quality of life and psychiatric symptoms improve effectively within a short time in patients surgically treated for pituitary tumors - a longitudinal study of 106 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 155(9):1637-1645
- 10- Vandeva S, Yaneva M, Natchev E, Elenkova A, Kalinov K, Zacharieva S (2015) Disease control and treatment modalities have impact on quality of

- life in acromegaly evaluated by Acromegaly Quality of Life (AcroQoL) Questionnaire. *Endocrine* 49(3):774-782
- 11-Van Der Klaauw AA, Biermasz NR, Hoftijzer HC, Pereira AM, Romijn JA (2008) Previous radiotherapy negatively influences quality of life during 4 years of follow up in patients cured from acromegaly. *Clin Endocrinol* 69(1):123-128
- 12-Anagnostis P, Efstathiadou ZA, Charizopoulou M, Selalmatzidou D, Karathanasi E, Poulasouchidou M, Kita M (2014) Psychological profile and quality of life in patients with acromegaly in Greece. Is there any difference with other chronic diseases?. *Endocrine* 47(2):564-571
- 13-Miller A, Doll H, David J, Wass J (2008) Impact of musculoskeletal disease on quality of life in long-standing acromegaly. *Eur. J. Endocrinol* 158(5):587-593
- 14-Biermasz NR, Pereira AM, Smit JW, Romijn JA, Roelfsema F (2005) Morbidity after long-term remission for acromegaly: persisting joint-related complaints cause reduced quality of life. *J. Clin. Endocrinol. Metab* 90(5):2731-2739
- 15-Geraedts VJ, Andela CD, Stalla GK, Pereira AM, van Furth WR, Sievers C, Biermasz NR (2017) Predictors of quality of life in acromegaly: no consensus on biochemical parameters. *Front Endocrinol* 8
- 16-Kauppinen-Mäkelin R, Sane T, Sintonen H, Markkanen H, Välimäki MJ, Löyttyniemi E, Stenman UH (2006) Quality of life in treated patients with acromegaly. *J. Clin. Endocrinol. Metab* 91(10):3891-3896
- 17-Matta MP, Couture E, Cazals L, Vezzosi D, Bennet A, Caron P (2008) Impaired quality of life of patients with acromegaly: control of GH/IGF-I excess improves psychological subscale appearance. *Eur. J. Endocrinol* 158(3):305-310
- 18-Bonapart IE, van Domburg R, ten Have SM, de Herder WW, Erdman RA, Janssen JA, van der Lely AJ (2005) The 'bio-assay' quality of life might be a better marker of disease activity in acromegalic patients than serum total IGF-I concentrations. *Eur. J. Endocrinol* 152(2):217-224
- 19-Kunzler LS (2008) A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Med* 45:30-40

- 20-Kunzler LS (2015) Terapia cognitiva: aplicabilidade da técnica "Pense saudável". *Rev Debates Psiquiatr* 5(6):28-37
- 21-Ferreira de Lima MCGP, Kunzler LS (2017) Terapia cognitivo-comportamental nas doenças reumáticas. *Capital Reumato* (3):14-19
- 22-Kunzler LS, Araujo, TCCF (2013) Cognitive Therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)* 30(2):267-274
- 23-Mattoo SK, Bhansali AK, Gupta N, Grover S, Malhotra R (2008) Psychosocial morbidity in acromegaly: a study from India. *Endocrine* 34(1-3):17-22
- 24-Crespo I, Santos A, Valassi E, Pires P, Webb SM, Resmini E (2015) Impaired decision making and delayed memory are related with anxiety and depressive symptoms in acromegaly. *Endocrine* 50(3):756-763
- 25-Cordioli AV (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr* 30(2):65-72
- 26-Salkovskis PM (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry* 6(6):229-233
- 27-Beck AT (1963) Thinking and depression - I - Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatry* 9:324-333
- 28-Leistner SM, Klotsche J, Dimopoulou C, Athanasoulia AP, Roemmler-Zehrer J, Pieper L, Sievers C (2015) Reduced sleep quality and depression associate with decreased quality of life in patients with pituitary adenomas. *European Journal of Endocrinology* 172(6):733-743
- 29-Abreu A, Tovar AP, Castellanos R, Valenzuela A, Giraldo CMG, Pinedo AC, Guerrero DP, Barrera CAB, Franco HI, Ribeiro-Oliveira A, Vilar L, Jallad RS, Duarte FG, Gadelha M, Boguszewski CL, Abucham J, Naves LA, Musolino NRC, de Faria MEJ, Rossato C, Bronstein MD (2016) Challenges in the diagnosis and management of acromegaly: a focus on comorbidities. *Pituitary* 19(4):448-457
- 30-Pereira AM, Tiemensma J, Romijn JA, Biermasz NR (2012) Cognitive impairment and psychopathology in patients with pituitary diseases. *The Netherlands Journal of Medicine* 70(6):255-260
- 31-Kyriakakis N, Lynch J, Gilbey SG, Webb SM (2017) Impaired quality of life in patients with treated acromegaly despite long-term biochemically stable

- disease: results from a 5-years prospective study. *Clinical Endocrinology* 86:806-815
- 32-Geraedts VJ, Dimopoulou C, Auer M, Schopohl J, Stalla GK, Sievers C (2014) Health outcomes in acromegaly: depression and anxiety are promising targets for improving reduced quality of life. *Frontiers in endocrinology*, 5
- 33-Beevers CG, Pearson R, Hoffman JS, Foulser AA, Shumake J. (2017) Effectiveness of an internet intervention (Deprexis) for depression in a United States adult sample: A parallel-group pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(4):367-380
- 34-Meyer B, Berger B, Caspar F, Beevers CG, Andersson G, Weiss M (2009) Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 11(2):e15
- 35-Klein JP, Berger T, Schroder J, Spath C, Meyer B, Caspar F, Lutz, W, Arndt A, Greiner W, Grafe V, Hautzinger M, Fuhr K, Rose M, Nolte S, Lowe B, Andersson G, Vettorazzi E, Moritz S, Hohagen F (2016) Effects of a Psychological Internet Intervention in the treatment of Mild to Moderate Depressive Symptoms: Results of the EVIDENT Study, a Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 85(2):218-228
- 36-de Almeida AM, Lotufo Neto F (2003) Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(4):239-244
- 37-Fischer A, Schroder J, Vettorazzi E, Wolf OT, Pottgen J, Lau S, Heesen C, Moritz S, Gold SM (2015) An online programme to reduce depression in patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Lancet Psych* 2(3) :217-223
- 38-Schroder J, Bruckner K, Fischer A, Lindenau M, Kother U, Vettorazzi E, Moritz S (2014) Efficacy of a psychological online intervention for depression in people with epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsia* 55(12):2069-2076
- 39-Beck AT, Knapp P (2008) Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr* 30(Supl II):S54-64

- 40-Webb SM, Badia X (2006) Validity and clinical applicability of the acromegaly quality of life questionnaire, AcroQoL: a 6-month prospective study. *Eur. J. Endocrinol* 155(2):269-277
- 41-Ben-Shlomo A, Sheppard MC, Stephens JM, Pulgar S, Melmed, S (2011) Clinical, quality of life, and economic value of acromegaly disease control. *Pituitary* 14(3):284-294
- 42-Himle JA, Rassi S, Haghigthatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson J (2001) Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven- vs. twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety* 13(4):161-165
- 43-Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR (1999) Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 39(3):143-150
- 44-Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A (2012) The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit. Ther. Res.* 36(5):427-440
- 45-Powell VB, Abreu N, Oliveira IR, Sudak D (2008) Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr* 30(2):73-80
- 46-Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S (2004) Six-years outcome of cognitive behaviour therapy prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 161(10):1872-1876
- 47-Padesky CA (1994) Schema change processes in cognitive therapy. *Clin Psychol Psychother* 1(5):267-78
- 48-Cunha JA (2001) Manual da versão em Português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo
- 49-IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2004) *Arq Bras Cardiol* 82(Supl 4):7-22
- 50-The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus (2003) *Diabetes Care.* 26:3160-3167
- 51-Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, dos Anjos LA, Vasconcelos MM (2013) Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol* 16(4):889-897

- 52-Gibbons J, Chakraborti S (2011) *Nonparametric statistical inference* (5 ed.). Taylor & Francis, New York
- 53-Cohen J (1962) The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 65(3):145–153
- 54-Kobak KA, Rock AL, Greist JH (1995) Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal for Specialists in Group Work* 20(1):26-32
- 55-Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1997) *Terapia cognitiva da depressão*. Artes Médicas, Porto Alegre
- 56-Wild J, Hackmann A, Clark DM (2007) When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy* 38:386-401
- 57-McManus F, Peerbhoy D, Clark DM (2010) Learning to change a way of being: An interpretative phenomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *J. Anxiety Disord* 24(6):581-589
- 58-Bechara A (2004) The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbital damage. *Brain and Cognition* 55(1):30-40
- 59-Butler G, Hope T (2007) *Managing your mind: the mental fitness guide*. 2.a ed. Oxford University Press, New York
- 60-Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Framptom CMA, Mulder RT, Joyce PR (2007) Randomised controlled trial os interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry* 190(6):496-502
- 61-Mosalanejad L, Koolae AK, Jamali S (2012) Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iran J Reprod Med* 10(5):483-488
- 62-Ebrahimi A, Naddafnia L, Neshatdust HT, Talebi H, Hamid A, Daghighzadeh H, Adibi P (2015) The effectiveness of cognitive behavioral therapy on symptoms intensity, quality of life, and mental health in patients with irritable bowel syndrome. *Int J Body Mind Culture* 2(2):76-84
- 63-Fujio S, Arimura H, Hirano H, Habu M, Bohara M, Moinuddin FM, Kinoshita Y, Arita K (2017) Changes in quality of life in patients with acromegaly after

- surgical remission - A prospective study using SF-36 questionnaire. *Endocrine J* 64(1):27-38
- 64-Postma MK, Netea-Maier RT, Van den Bergh G, Homan J, Sluiter WJ, Wagenmakers MA, van den Bergh ACM, Wolffenbuttel BHR, Hermus ARM (2012) Quality of life is impaired in association with the need for prolonged postoperative therapy by somatostatin analogs in patients with acromegaly. *Eur. J. Endocrinol* 166:585-592
- 65-Mangupli R, Camperos P, Webb SM (2014) Biochemical and quality of life responses to octreotide-LAR in acromegaly. *Pituitary* 17(6):495-499
- 66-Yoshida K, Fukuoka H, Matsumoto R, Bando H, Suda K, Nishizawa H, Takahashi Y (2015) The quality of life in acromegalic patients with biochemical remission by surgery alone is superior to that in those with pharmaceutical therapy without radiotherapy, using the newly developed Japanese version of the AcroQoL. *Pituitary* 18(6):876-883
- 67-Neggers SJCMM, Van Aken MO, De Herder WW, Feelders RA, Janssen JAMJL, Badia X, van der Lely AJ (2008) Quality of life in acromegalic patients during long-term somatostatin analog treatment with and without pegvisomant. *J. Clin. Endocrinol. Metab* 93(10):3853-3859
- 68-Caron PJ, Bevan JS, Petersenn S, Houchard A, Sert C, Webb SM (2016) Effects of lanreotide Autogel primary therapy on symptoms and quality-of-life in acromegaly: data from the PRIMARYS study. *Pituitary* 19(2):149-157
- 69-Chin SO, Chung CH, Kim SW (2015) Change in quality of life in patients with acromegaly after treatment with octreotide LAR: first application of AcroQol in Korea. *BMJ Open* 5(6):e006898
- 70-Vilar L, Abucham J, Albuquerque JL, Araujo LA, Azevedo MF, Boguszewski CL, Casulari LA, Cunha Neto MBC, Czepielewski MA, Duarte FHG, Faria MS, Gadelha MR, Garmes HM, Glezer A, Gurgel MH, Jallad RS, Miranda PAC, Montenegro RM, Musolino NRC, Naves LA, Oliveira Júnior AR, Silva CMS, Viecceli C, Bronstein MD (2017 in press) Controversial issues in the management of hyperprolactinemia and prolactinomas - An overview by the Neuroendocrinology Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Arch. Endocrinol. Metab*



- 71-Passos KE (2013) Avaliação do perfil psicopatológico e da qualidade de vida em pacientes acromegálicos [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília
- 72-Sá AMG (2017) Fatores associados com a qualidade de vida e avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes acromegálicos [Tese]. São Luis (MA): Universidade Federal do Maranhão
- 73-Rodrigues de Paula F, Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Brito PR, Cardoso F (2006) Impact of an exercise program on physical, emotional, and social aspects of quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Mov. Disord* 21(8):1073-1077
- 74-Faria CDCM, Teixeira-Salmela, Luci F, Nascimento VB, Costa AP, Brito NDP, Rodrigues-De-Paula F (2011) Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 15(5):399-405
- 75-Lim JB, Chou AC, Yeo W, Lo NN, Chia SL, Chin PL, Yeo SJ (2015) Comparison of patient quality of life scores and satisfaction after common orthopedic surgical interventions. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 25:1007–1012

O artigo foi publicado *on line* em 11 de abril de 2018

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11102-018-0887-1>

Kunzler LS, Naves LA, Casulari LA. Cognitive-behavioral therapy improves the quality of life of patients with acromegaly. *Pituitary*. 2018;21(3):323-333. doi: 10.1007/s11102-018-0887-1

Fator de impacto = 2.778

Qualis A2

## 4.2 ARTIGO 2

Efeito da terapia cognitivo-comportamental em acromegálicos,  
após acompanhamento de nove meses

A ser submetido ao periódico *Frontiers in Endocrinology*.

Fator de impacto = 3.675

Qualis A2

## **Efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental em Acromegálicos, Após Acompanhamento de Nove Meses**

**Lia Silvia Kunzler, Luciana Anselmi Naves, Luiz Augusto Casulari**

### **Correspondência:**

Lia Silvia Kunzler  
lia.kunzler@gmail.com

**Palavras chave:** Acromegalia, terapia cognitivo-comportamental, qualidade de vida, acompanhamento, SF 36

### **Resumo**

Na acromegalia, o prejuízo na qualidade de vida pode ser observado mesmo com o controle da doença em virtude do tratamento cirúrgico, radioterápico e ou medicamentoso. Torna-se relevante a condução de pesquisas que testem a eficácia de abordagens psicoterápicas. O objetivo foi avaliar a eficácia da técnica denominada “Pense saudável e sinta a diferença”, aplicada em grupo e comparada a lista de espera como controle, para a melhora da qualidade de vida em portadores de acromegalia e a persistência do seu efeito após nove meses do término do tratamento. Participaram 23 pacientes acromegálicos, divididos em dois grupos: intervenção com 10 pacientes e controle com 13 pacientes. A intervenção propriamente dita abrangeu nove sessões grupais, organizadas semanalmente, com a técnica denominada “Pense saudável e sinta a diferença”. O SF-36 e o BDI foram administrados antes do início das sessões, após o término das nove sessões de terapia e em nove meses de acompanhamento. Em relação ao SF-36, ao término do tratamento, os resultados mostraram a melhora no domínio saúde mental nos participantes do grupo intervenção quando comparados ao grupo controle. Os efeitos da terapia foram mantidos no acompanhamento por nove meses. A técnica da terapia cognitivo-comportamental, aplicada em grupo, pode contribuir para a melhora da qualidade de vida de acromegálicos, a curto e a longo prazo.

## Introdução

Na acromegalia, a exposição prolongada ao GH e IGF-1 está associada com a piora de comorbidades e prejuízo na qualidade de vida. <sup>(1)</sup> O descontrole bioquímico da doença pode reduzir a expectativa de vida dos acromegálicos em até 10 anos, <sup>(1, 2)</sup> porém a mortalidade pode ser equiparada a população normal com o controle da doença. <sup>(2)</sup> Apesar disso, o controle da atividade bioquímica da acromegalia através dos tratamentos disponíveis no momento – cirurgia transesfenoidal, radioterapia e farmacoterapia, tem sido insuficiente para a melhora da qualidade de vida. <sup>(2, 3, 4)</sup>

Além das complicações clínicas, as mudanças orofaciais e as comorbidades ortopédicas levam ao prejuízo na qualidade de vida, tanto funcional quanto social. <sup>(1)</sup> Acromegálicos apresentam preocupação com o desempenho das tarefas envolvidas na síndrome de disfunção executiva, que pode prejudicar a execução das tarefas do cotidiano, <sup>(5)</sup> assim como comprometer a construção de estratégias de enfrentamento eficazes. <sup>(6)</sup> Receptores de GH e IGF-1 estão presentes no sistema nervoso central, sobretudo no sistema límbico e lobo frontal. O excesso de GH e IGF-1 acarreta prejuízo cognitivo que pode ser irreversível, como ocorre na valvulopatia e artropatia. <sup>(6)</sup>

O atraso no diagnóstico está relacionado com isolamento social, distorção da imagem corporal e depressão com consequente prejuízo psicossocial. <sup>(1, 7)</sup> O prejuízo na qualidade de vida também pode estar relacionado às comorbidades psiquiátricas, tais como ansiedade, baixa autoestima, prejuízo cognitivo e depressão, mais frequentes do que em outras doenças somáticas. <sup>(1, 8)</sup>

Logo, o prejuízo da qualidade de vida pode estar relacionado à psicopatologia e não somente ao descontrole bioquímico da doença. <sup>(3)</sup> A emoção e a cognição estão relacionadas. <sup>(9)</sup> As disfunções cognitivas em função do desequilíbrio emocional têm sido observadas em acromegálicos, principalmente nas funções executivas e na memória. <sup>(5, 9, 10)</sup> Observa-se menor ativação de áreas fortemente associadas com as funções cognitivas – córtex pré-frontal e médio temporal. <sup>(5)</sup>

Tendo em vista a importância da psicopatologia na acromegalia, <sup>(3)</sup> em especial pelo suposto efeito irreversível do excesso de GH sobre o humor e o comportamento, <sup>(1)</sup> os acromegálicos podem ser beneficiados com tratamento

psicoterápico. (2, 8, 9) Porém, nenhum resultado do efeito da psicoterapia para a melhora da qualidade de vida de acromegálicos havia sido publicado até recentemente, apesar de bem estabelecido em outras doenças crônicas. (4)

Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser aplicada na acromegalia. Até o presente momento, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a abordagem psicoterápica com maior validação científica. (11) Mais de 300 pesquisas aplicam a TCC em diversas doenças, sendo uma intervenção de bom efeito com baixo custo. (12)

Ao longo dos anos, pesquisas envolvendo a TCC têm contribuído com a prática clínica, já que o aprimoramento das técnicas favorece a aplicação em diversos contextos clínicos. (11) A TCC pode ser considerada padrão ouro em tratamentos psicoterápicos por ser a mais pesquisada e por não ter sido comprovada a superioridade de outra forma de psicoterapia. (11)

Inicialmente, o modelo cognitivo, proposto por Aaron Beck na década de 1960, baseou-se nas distorções cognitivas da depressão. (13) Em pesquisa conduzida com 50 sujeitos, os pacientes afirmavam que os pensamentos passavam pela cabeça mesmo quando eles decidiam não os ter ou quando tentavam evitá-los. (14) O conteúdo depressivo caracterizava-se por baixa autoestima e culpa com conseqüente desejo de isolamento. (14) Para a TCC, pensamento, emoção e comportamento estão interligados. (14, 15)

O modelo cognitivo tem sido adaptado para diversas doenças, sendo que os esquemas são conjuntos de crenças, com maior desequilíbrio emocional. (13, 16, 17) O desequilíbrio emocional está associado a pensamentos distorcidos, cuja validade é aceita sem crítica. (14) Essas crenças são consolidadas pelas expectativas, autoavaliação, regras e memórias. (13) Em função das alterações faciais e crescimento de mãos e pés, (1) acromegálicos podem apresentar esquemas de inadequação, desvalorização e incapacidade. Assim como referido pelos acromegálicos, os pacientes deprimidos supervalorizam seus defeitos, falhas e problemas e tendem a subestimar ou ignorar qualquer característica favorável, habilidade e conquista. (14)

A conceituação cognitiva de cada caso é facilitada pelo questionamento socrático. O terapeuta elabora perguntas para que o paciente compreenda o efeito de emoções e pensamentos nos comportamentos, com o objetivo de

desenvolver novas perspectivas de enfrentamento no processo de aprendizado.

(18)

Dentre diversas aplicações clínicas, na fobia social, por exemplo, o paciente sente-se ameaçado em situações sociais, pensa “*Se eu tentar falar, parecerei estúpido*”, tendo como consequência comportamental a evitação da interação social. (13) Na acromegalia, em virtude da aparência física, o modelo cognitivo pode ser semelhante, baseado na cognição: “*Se eu sou horroroso, todos me olham e me criticam*”.

A incerteza, a avaliação dos custos e dos benefícios, e o risco precedem a escolha de determinado comportamento, sendo necessário algum grau de flexibilidade. (19) A tomada de decisão é um componente vital do comportamento humano. (19) Apesar da importância da tomada de decisão, pouco tem sido estudado sobre a influência do desequilíbrio emocional sobre as escolhas. (20) A importância do giro do cíngulo e da amígdala se deve ao seu papel na regulação emocional, sendo um dos principais objetivos da TCC. (21,22)

Neste quadro, a técnica “Pense saudável” foi aplicada em grupo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de acromegálicos. (23) A técnica é composta por seis etapas e utiliza as figuras dos abacates cinza e verde, representando os problemas e possíveis alternativas de enfrentamento. (23) Um de seus princípios fundamentais é a tomada de decisão por comportamentos saudáveis, facilitada pela seguinte reflexão: “*Apesar das repercussões negativas da acromegalia, o que posso fazer de mais saudável?*”.

Em pesquisa anterior, publicada recentemente, mostramos que a TCC, com a técnica “Pense Saudável”, melhorou significativamente a qualidade de vida em acromegálicos, avaliada pelo SF-36, nos domínios estado geral de saúde ( $d' = 0,264$ ;  $p = 0,031$ ) e saúde mental ( $d' = -1,123$ ;  $p = 0,012$ ). O domínio aspecto físico não melhorou significativamente, mas quatro dos cinco pacientes com efeito chão melhoraram nesse item; também o aspecto emocional não apresentou melhora significativa, contudo quatro dos cinco que apresentavam efeito chão, melhoraram. (23)

A pesquisa atual teve o objetivo de avaliar se esses resultados obtidos inicialmente estavam ainda presentes após nove meses do final do tratamento e se tinham alguma diferença em relação a um grupo controle que recebeu tratamento em época diferente.

## **Método**

Trata-se de um ensaio clínico longitudinal não randomizado, em acromegálicos atendidos no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília, no período de setembro de 2015 à novembro de 2016.

Os critérios para inclusão foram os portadores de acromegalia em acompanhamento no ambulatório acima elencado, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos, com capacidade intelectual para acompanhar a intervenção e que concordaram em participar do estudo. Foi critério para exclusão o risco de suicídio, avaliado de acordo com a resposta do item 9 do BDI. <sup>(24)</sup>

O espaço onde foram realizadas as reuniões comportava de forma confortável o número de participantes, dispostos em círculo, com possibilidade de manusear o material, fazer anotações e preencher exercícios. A sala era bem iluminada, refrigerada e com boas condições de privacidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes do grupo.

## **Composição da amostra e etapas de avaliação**

Uma semana antes do início da terapia em grupo, considerada a etapa pré intervenção, a proposta de trabalho, as datas previstas para os encontros e o conteúdo programado para cada sessão foram fornecidos. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, tempo e atividade da doença, hipertensão arterial, diabetes, artralgia, tipo de tratamento da acromegalia – cirurgia, radioterapia e ou medicamento oral ou injetável.

Considerou-se a doença ativa quando o IGF-1 estivesse acima do valor normal para a idade e sexo, mesmo em uso de cabergolina, octreotida ou pegvisomanto; controlada quando o uso desses medicamentos mantinha as concentrações sanguíneas de IGF-1 dentro da normalidade; e curada quando as concentrações desse hormônio estivessem dentro da faixa normal sem uso

desses medicamentos. Foram considerados hipertensos aqueles com pressão arterial igual ou maior de 140 x 90 mmHg, ou em uso de medicamentos anti-hipertensivos. <sup>(25)</sup> O diabetes melito tipo 2 foi considerado quando a glicemia estivesse maior de 126 mg/dL ou se estivesse em uso de medicamentos hipoglicemiantes. <sup>(26)</sup>

A seleção dos grupos ocorreu por conveniência, conforme disponibilidade, de acordo com a livre escolha de cada participante. Depois disso, aqueles que escolheram participar das sessões de terapia foram considerados o grupo intervenção (GI) – idade entre 42 e 62 anos – e os que preferiram não participar nessa fase do experimento foram considerados como grupo controle (GC) – idade entre 30 e 76 anos. Todos os participantes dos dois grupos responderam aos instrumentos de avaliação antes do início da intervenção.

Foram esclarecidas pormenorizadamente todas as etapas do que seria a intervenção. Os acromegálicos foram submetidos às sessões em grupo de aplicação da técnica “Pense saudável e sinta a diferença”, <sup>(23, 27, 28, 29, 30)</sup> com frequência semanal, com duração de 1h30min, totalizando nove sessões. O GI foi tratado no período de três meses, de setembro à novembro de 2015.

Considerada a etapa pós-intervenção, após o término das nove sessões de aplicação da técnica, todos os participantes do GI e GC foram submetidos às avaliações com o objetivo de analisar o efeito da terapia cognitivo-comportamental no GI, comparando os resultados entre esses grupos.

Para a etapa de acompanhamento, em agosto de 2016, nove meses após o término das sessões aplicadas no GI, os participantes do GI e do GC foram novamente submetidos às avaliações. Isto é, antes do GC ser tratado. O GC recebeu o mesmo protocolo de intervenção oferecido ao GI, mas de setembro à novembro de 2016. Três participantes do grupo controle não responderam aos instrumentos de avaliação. Com isso, o número total de participantes passou de 23 para 20.

### **Instrumentos de avaliação**

Os dois instrumentos de avaliação, auto administrados, foram respondidos pelos participantes dos dois grupos nas três etapas da presente pesquisa: pré intervenção, pós intervenção e acompanhamento.



### **Questionário de qualidade de vida (SF – 36)**

Para a avaliação da qualidade de vida foi usado o questionário de qualidade de vida – Short Form – SF-36. <sup>(31)</sup> Esse é um questionário multidimensional, composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios com as respectivas questões: capacidade funcional (item 03); limitação por aspectos físicos (item 04); dor (itens 07 e 08); estado geral de saúde (itens 01 e 11); vitalidade (opções a, e, g, i do item 09); aspectos sociais (itens 06 e 10); limitação por aspectos emocionais (item 05) e saúde mental (opções b, c, d, f, h do item 09). Além dos oito domínios, o item 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizado somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (cem), no qual zero evidencia o pior estado e 100 o melhor estado. <sup>(31)</sup>

### **Inventário Beck de depressão (BDI)**

Para a avaliação de indicativo de depressão utilizou-se o Inventário Beck de Depressão – BDI. <sup>(24)</sup> Considerou-se os seguintes níveis para essa escala, como considerado para pacientes psiquiátricos: mínimo: 0 a 11; leve: 12 a 19; moderado: 20 a 35; grave; 36 a 63. Um escore de 18 a 19 indica uma possível depressão. <sup>(24)</sup>

### **Protocolo de intervenção**

O protocolo “Pense saudável e sinta a diferença”, <sup>(23, 27, 28, 29, 30)</sup> adaptado para pacientes com acromegalia, foi aplicado em grupo e todos receberam o material impresso. A técnica está disponível como aplicativo para *download* na *Apple Store* e *Google Play*, sob o nome de “*Think Healthy*”, para dispositivos móveis, possuindo versões em português e em inglês. Os pacientes autorizaram a gravação das sessões para posterior transcrição.

Um cartão de enfrentamento com a ilustração dos abacates, pequeno, plastificado, medindo 10 X 6 cm, foi entregue para favorecer a prática das técnicas e tomadas de decisão saudáveis em momentos de desequilíbrio das emoções.

Em cada sessão, tópicos específicos foram abordados. O conteúdo das sessões é apresentado a seguir: 1) conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental e exemplos práticos da relação entre os níveis de cognição não saudáveis e saudáveis com a emoção e os comportamentos associados; 2) regulação emocional; 3) incremento da autoestima e autoconfiança e fornecimento de cofre em forma de cérebro (identificação e valorização de qualidades pessoais e conquistas); 4) Técnica “Pense saudável e sinta a diferença” – orientações para o preenchimento das seis etapas adaptadas para a prática de atividade física; 5) a técnica na abordagem da raiva, treino da assertividade e cartão de enfrentamento; 6) a técnica na abordagem do medo; 7) a técnica adaptada para vergonha da aparência física na acromegalia; 8) esclarecimentos sobre a acromegalia e 9) resumo dos tópicos abordados nas sessões.

Para consolidar o conhecimento e para auxiliar a prática das habilidades cognitivas e comportamentais entre as sessões de terapia, o bloco de anotações da terapia e o bloco de cartões de enfrentamento foram fornecidos. <sup>(29)</sup>

### **Análise dos dados**

Para verificar a equivalência do perfil, do grupo controle e do grupo intervenção, foi realizado teste não paramétrico, U Mann-Whitney, para as variáveis escalares. <sup>(32)</sup> Para as variáveis categóricas foram realizados os testes de Qui<sup>2</sup> ou de Fisher. <sup>(32)</sup>

Para controlar o impacto da não randomização na distribuição nos grupos, foi realizada a análise de covariância (ANCOVA) para comparar as medidas do SF 36 e do BDI no pós-intervenção. As médias da linha de base foram utilizadas como covariantes, dessa forma, os grupos foram equalizados por meio da sua linha de base na comparação pós-intervenção. <sup>(33, 34)</sup> Na comparação entre as medidas da linha de base e as pós-intervenção e se o efeito clínico se manteve foi realizado o teste t de Student, pareado.

Para interpretar a magnitude dos efeitos, foi adotado o critério de Cohen: pequeno ( $d' < 0,3$ ), moderado ( $0,3 \leq d' < 0,5$ ) ou grande ( $d' \geq 0,5$ ). <sup>(35)</sup> Em todas as análises, considerou-se significância estatística  $p < 0,05$ .

## Resultados

Os pacientes foram selecionados entre 62 acromegálicos do ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário de Brasília. Trinta e nove deles não concordaram em participar do estudo, principalmente porque não poderiam comparecer semanalmente no local do estudo. Assim, a amostra foi de 23 pacientes. Foram 15 mulheres (65,2%). A idade dos participantes variou entre 30 e 76 anos (média =  $52,78 \pm 12,86$  anos;  $Cv=0,24$ ;  $n=23$ ), sendo de 42 a 62 anos no grupo intervenção e de 30 a 75 anos no grupo controle. A média de tempo de diagnóstico da doença foi de  $11,60 \pm 7,14$  anos ( $Cv=0,62$ ;  $n=23$ ). A latência de tempo entre o diagnóstico e início da investigação variou entre 0,17 e 18 anos (média =  $6,37 \pm 4,94$  anos;  $Cv=0,78$ ;  $n=23$ ). Com relação aos estágios da doença, quatro (17,40%) eram classificados como curados, dez (43,50%) eram controlados e nove (39,10%) com a doença em atividade. A média do maior diâmetro na RNM do tumor era de  $23,36 \pm 16,49$  mm ( $Cv=0,71$ ;  $n=22$ ). Já o percentual dos níveis de IGF-1 (ULNR IGF-1) variou entre 30,30 e 384,30 (média =  $144,33 \pm 85,00$ ;  $Cv=0,59$ ;  $n=23$ ). Das estratégias de tratamento, vinte (87 %) foram submetidos à cirurgia, vinte e um (91,3 %) faziam uso de medicamentos e sete (30,40%) fizeram radioterapia. Com relação ao indicativo de depressão, onze (47,8%) apresentavam escores mínimos de acordo com a BDI, seis (26,1%) escores leves e seis (26,1%) apresentaram escores moderados.

Na tabela 1 são apresentadas as comparações entre o grupo controle e o grupo intervenção. Observa-se que não ocorreu diferença significativa entre todas as variáveis estudadas: idade, tempo de diagnóstico, atraso no diagnóstico, maior diâmetro do tumor na RNM, ULNR IGF-1%, sexo, atividade da doença, se foi ou não submetido à cirurgia, se faz ou não uso de medicação para a acromegalia, se foi ou não submetido à radioterapia e indicativo de depressão ( $p > 0,05$ ).

Tabela 1. Comparação entre o grupo controle e o grupo intervenção em relação à idade, sexo e aspectos clínicos e laboratoriais da doença

	Controle (n=13)		Intervenção (n=10)		p-valor*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Idade (anos)	50,69	15,48	55,50	8,37	0,335
Tempo de diagnóstico (anos)	11,46	6,65	11,80	8,09	0,926
Atraso no diagnóstico (meses)	78,46	47,65	73,80	74,50	0,532
Maior diâmetro na RNM (mm)	24,92	20,40	21,11	8,91	0,815
ULNR IGF-1 (%)	163,75	106,81	118,62	35,73	0,664
Sexo	f(%)		f(%)		p-valor†
	Masculino	6 (26,09)	1 (4,35)		0,074
	Feminino	7 (30,44)	9 (39,13)		
Atividade da doença					
	Ativa	6 (26,09)	3 (13,04)		0,734
	Controlada	5 (21,74)	5 (21,74)		
	Curada	2 (8,70)	2 (8,70)		
Foi submetido à cirurgia					
	Sim	12 (52,17)	8 (34,78)		0,560
	Não	1 (4,35)	2 (8,070)		
Faz uso de medicação para acromegalia					
	Sim	11 (47,83)	10 (43,48)		0,486
	Não	2 (8,70)	0		
Foi submetido à radioterapia					
	Sim	3 (13,04)	4 (17,39)		0,650
	Não	10 (43,48)	6 (26,39)		
Sintomas de depressão (BDI)					
	Mínimo	7 (30,43)	4 (17,39)		0,805
	Leve	3 (13,04)	3 (13,04)		
	Moderado	3 (13,04)	3 (13,04)		

- Teste não paramétrico Mann-Whitney;
- † Teste qui ao quadrado

As comparações dos resultados dos efeitos da intervenção nos grupos controle e intervenção são apresentadas na tabela 2. Para as dimensões do SF-36, a da vitalidade foi maior no grupo controle ( $d' = -0,99$ ;  $P = 0,041$ ). Contudo, a dimensão saúde mental foi maior no grupo de intervenção em relação ao controle

( $d' = 0,59$ ;  $P=0,025$ ). As demais dimensões não tiveram diferenças significativas entre os dois grupos. Para o BDI não se observou diferença significativa entre os grupos.

Tabela 2. Comparações do efeito da intervenção entre o grupo controle e intervenção em relação ao questionário de qualidade de vida SF-36 e inventário Beck de depressão

	Controle (n=13)		Intervenção (n=10)		$d'$	p-valor*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Capacidade funcional	66,92	26,34	52,50	27,21	-0,54	0,481
Limite por aspectos físicos	59,62	47,37	65,00	42,82	0,12	0,252
Dor	65,81	25,44	50,00	17,57	-0,74	0,705
Estado Geral de Saúde	57,69	18,44	51,50	20,15	-0,32	0,984
Vitalidade	66,15	9,61	54,50	14,03	-0,99	0,041
Aspectos Sociais	77,88	17,04	76,25	18,11	-0,09	0,571
Limitação por Aspectos Emocionais	53,85	48,19	76,67	35,31	0,55	0,740
Saúde Mental	68,92	15,68	76,80	11,12	0,59	0,025
Inventário Beck de depressão	7,54	7,69	12,50	8,49	0,61	0,139

$d'$ -  $d'$  de Cohen; \*- ANCOVA

A tabela 3 apresenta as medidas de ajuste para os modelos da ANCOVA nas comparações do efeito da intervenção entre os grupos. Em relação ao SF-36, os domínios tiveram bom ajuste ao modelo, com exceção da variável vitalidade ( $R^2 = 0,176$ ).

Tabela 3. Medidas de ajuste para os modelos da ANCOVA (n=23) nas comparações do efeito da intervenção entre o grupo controle e intervenção em relação ao questionário de qualidade de vida SF-36 e ao inventário Beck de depressão

	Controle (n=13)	Intervenção (n=10)	R <sup>2</sup>	Padronização do nível de base
Capacidade funcional	62,88	57,75	0,647*	65,00
Limite por aspectos físicos	53,89	72,44	0,334*	42,39
Dor	57,37	60,98	0,339*	54,59
Estado Geral de Saúde	55,00	54,94	0,639*	50,00
Vitalidade	65,81	54,95	0,176	57,17
Aspectos Sociais	78,77	75,10	0,225*	64,67
Limitação por Aspectos Emocionais	50,99	80,38	0,292*	50,72
Saúde Mental	67,77	78,29	0,477*	64,87
BDI	7,76	12,21	0,311*	12,70

R<sup>2</sup> - Ajuste do modelo; \* - p<0,001

Nas comparações da linha de base com o pós-intervenção apresentadas na tabela 4, tiveram aumento significativo para o escore do estado geral de saúde, tanto o grupo controle (d` = 0,28; P=0,038) quanto o grupo intervenção (d` = 0,26; P=0,024). Já a dimensão de vitalidade teve um aumento significativo apenas no grupo controle (d` = 0,60; P=0,022). O escore de saúde mental teve um aumento significativo (p=0,008), sendo o maior efeito encontrado (d` = 1,123). As demais dimensões não tiveram diferença significativa, assim como a avaliação pelo BDI.

Tabela 4. Magnitudes dos efeitos pré e pós intervenção em relação ao questionário de qualidade de vida SF-36 e ao inventário Beck de depressão

	Controle (n=13)		Intervenção (n=10)	
	d'	p-valor	d'	p-valor
Capacidade funcional	-0,117	0,096	-0,223	0,347
Limite por aspectos físicos	0,228	0,874	0,793	0,077
Dor	-0,035	0,260	0,752	0,085
Estado Geral de Saúde	0,275	0,038	0,264	0,024
Vitalidade	0,600	0,022	-0,042	0,937
Aspectos Sociais	0,684	0,274	0,534	0,173
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,155	0,621	-0,243	0,593
Saúde Mental	0,101	0,077	1,123	0,008
BDI	-0,544	0,476	-0,091	0,746

d'- d' de Cohen; \* teste-t para medidas repetidas.

Nove meses após o término da intervenção, os pacientes dos dois grupos foram novamente submetidos à avaliação pelo SF-36 e BDI. A comparação entre o pós-intervenção e o acompanhamento em nove meses é apresentada na tabela 5. Observa-se que não houve diferenças significativas tanto no grupo controle, quanto no intervenção, em qualquer das dimensões do SF-36 e do BDI.

Tabela 5. Magnitude do efeito nove meses após o término da intervenção comparado com o logo após a intervenção no questionário de qualidade de vida SF-36 e no inventário Beck de depressão

	Controle (n=10) †		Intervenção (n=10)	
	d'	p-valor	d'	p-valor
Capacidade funcional	0,041	0,889	-0,091	0,698
Limite por aspectos físicos	0,130	0,729	0,413	0,285
Dor	-0,448	0,317	0,053	0,913
Estado Geral de Saúde	-0,215	0,309	-0,221	0,662
Vitalidade	-0,562	0,109	-0,319	0,461
Aspectos Sociais	-0,296	0,479	-0,493	0,279
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,155	0,760	-0,546	0,089
Saúde Mental	-0,133	0,751	-0,124	0,799
BDI	0,424	0,170	-0,258	0,550

d'- d' de Cohen; \* teste-t para medidas repetidas;

† três não responderam aos questionários

## Discussão

Para nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avaliou a aplicação de uma abordagem psicoterápica em acromegálicos. Os resultados mostraram que a aplicação da técnica “Pense Saudável”, por nove semanas, resultou na melhora da qualidade de vida no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle. O efeito foi mantido em nove meses de acompanhamento, o que sugere estabilidade dos efeitos produzidos pela intervenção.

Além disso, a TCC mostrou-se eficaz para a melhora da qualidade de vida em acromegálicos com atividade ou não da doença, do tempo e tipo de tratamento, quando comparado o grupo intervenção com o grupo controle. O grupo de acromegálicos não teve casos de depressão grave e a terapia não teve influência neste estado.

A estratégia aqui usada de nove sessões de terapia em grupo, provavelmente foi efetiva, já que, em grupos com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), sete sessões mostraram-se tão eficaz quanto o mesmo programa conduzido em 12 sessões. <sup>(36)</sup>

Assim, esses bons resultados, até a longo prazo, aqui descritos do uso da TCC na melhora da qualidade de vida no acromegálico, preenche uma lacuna na condução desses pacientes. Isso porque, a abordagem psicoterápica é descrita como importante em outras doenças crônicas, mas não na acromegalia. <sup>(4)</sup>

Em relação aos resultados alcançados no SF-36, no grupo intervenção, o domínio saúde mental teve um aumento significativo, sendo o maior efeito encontrado (Tabela 4). No grupo controle, a diferença da variável vitalidade deve ser interpretada com cautela, uma vez que não apresentou bom ajuste do modelo ( $R^2 = 0,176$ ) (Tabela 3). As demais dimensões não tiveram diferenças significativas apesar de algumas terem apresentado efeito moderado e grande, e terem modelo com bom ajuste.

A melhora na qualidade de vida após o tratamento e que foi mantida após nove meses de acompanhamento pode ter sido facilitada pelas características da TCC. A intervenção trabalhou memória visual, porque usou apoio visual, verbal e escrito. As tarefas baseadas na TCC exigem planejamento e execução – função executiva, podendo ser consideradas treinamento cognitivo. O questionamento



socrático, característica da sistematização da técnica em suas seis etapas, favorece o aprendizado e a participação ativa dos pacientes em seu processo de tratamento. <sup>(18)</sup>

Em termos de resultado e manutenção da melhora alcançada, os resultados da presente pesquisa são similares aos obtidos em outras pesquisas com outras doenças. A melhora alcançada nos sintomas obsessivo-compulsivos foi mantida na avaliação após um ano <sup>(36)</sup> e dois anos de acompanhamento. <sup>(37)</sup> Resultados positivos também foram alcançados e mantidos em acompanhamento de outros transtornos: ansiedade em jovens, <sup>(38)</sup> obesidade com compulsão alimentar, <sup>(39)</sup> ansiedade generalizada, <sup>(40)</sup> transtornos psiquiátricos em comorbidade, <sup>(41)</sup> compras compulsivas, <sup>(42)</sup> ansiedade social, <sup>(17)</sup> e no transtorno dismórfico corporal em adolescentes. <sup>(43)</sup>

Esses resultados aqui descritos com a TCC, para melhorar a qualidade de vida, têm especial importância porque existem discussões se o controle da doença associa-se com algum ganho nesse parâmetro. Por exemplo, em relação ao controle bioquímico de acromegálicos, um dos estudos com maior duração de acompanhamento (mean follow-up 5.7 +/- 0,6 years) não evidenciou melhora na qualidade de vida quando comparados aos controles. <sup>(44)</sup> Esses autores ressaltaram que abordar as comorbidades físicas e psicossociais é tão importante quanto o controle bioquímico da doença. <sup>(44)</sup> De acordo com esse estudo, <sup>(43)</sup> avaliou-se a qualidade de vida de 106 pacientes tratados cirurgicamente, três e doze meses após a intervenção cirúrgica. Em relação ao SF-36, houve melhora em todos os domínios, porém não estatisticamente significativa. <sup>(45)</sup>

Por outro lado, em estudo que utilizou o SF-36 para avaliar a qualidade de vida de 41 acromegálicos antes da cirurgia, após a intervenção cirúrgica e com um ano de acompanhamento, mostrou melhora estatisticamente significativa nos domínios limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. <sup>(7)</sup> Esses resultados foram semelhantes aos aqui descritos em relação aos domínios: estado geral de saúde e saúde mental.

O tratamento a curto prazo e a possibilidade de recidiva após o final do tratamento é real, porém, na presente pesquisa os resultados foram mantidos em nove meses de acompanhamento. Alguns participantes referiram como benéfico o formato em grupo para aprendizado de estratégias de enfrentamento. Isso pode ocorrer porque o aprendizado e as experiências vivenciadas, como a psicoterapia,

podem induzir mudanças epigenéticas nos circuitos cerebrais, similar ao efeito dos medicamentos. <sup>(46)</sup> Quando a farmacologia é combinada à psicoterapia, o resultado tende a ser maior do que a soma dos dois tratamentos (1+1=3) em função do sinergismo terapêutico. <sup>(46)</sup>

A limitação do presente estudo seria a casuística pequena, mas a acromegalia é uma doença rara. Além disso, foi uma casuística de conveniência em que o paciente se apresentou para fazer o tratamento e não foi feita escolha com randomização.

Contudo, os resultados alcançados com a presente pesquisa reforçam a importância dos estudos de aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais em diferentes contextos clínicos. Portanto, a abordagem psicoterápica pode reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de acromegálicos, com bons resultados a curto e a longo prazo.

## Referências

1. Abreu A, Tovar AP, Castellanos R, Valenzuela A, Giraldo CMG, Pinedo AC, et al. Challenges in the diagnosis and management of acromegaly: a focus on comorbidities. *Pituitary* 2016;19(4):448-457. doi: 10.1007/s11102-016-0725-2
2. Siegel S, Streetz-van der Werf C, Schott JS, Nolte K, Karges W, Kreitschmann-Andermahr I. Diagnostic delay is associated with psychosocial impairment in acromegaly. *Pituitary* 2013; 16:507-514. doi: 10.1007/s11102-012-0447-z
3. Geraedts VJ, Dimopoulou C, Auer M, Schopohl J, Stalla GK, Sievers C. Health outcomes in acromegaly: depression and anxiety are promising targets for improving reduced quality of life. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2015; 5:229. doi: 10.3389/fendo.2014.00229
4. Geraedts VJ, Andela CD, Stalla GK, Pereira AM, van Furth WR, Sievers C, et al. Predictors of quality of life in acromegaly: no consensus on biochemical parameters. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2017; 8:40. doi: 10.3389/fendo.2017.00040
5. Shan S, Fang L, Huang J, Chan RCK, Jia G, Wan W. Evidence of dysexecutive syndrome in patients with acromegaly. *Pituitary* 2017; 20(6):661-667. doi: 10.1007/s11102-017-0831-9

6. Pereira AM, Tiemensma J, Romijn JA, Biermasz NR. Cognitive impairment and psychopathology in patients with pituitary diseases. *The Netherlands Journal of Medicine* 2012; 70(6):255-260. doi: 10.1159/000314317
7. Fujio S, Arimura H, Hirano H, Habu M, Bohara M, Moinuddin FM, et al. Changes in quality of life in patients with acromegaly after surgical remission - A prospective study using SF-36 questionnaire. *Endocrine J* 2017; 64(1):27-38. doi: 10.1507/endocrj.EJ16-0182
8. Szcześniak D, Jawiarczyk-Przybyłowska A, Rymaszewska J. The quality of life and psychological, social and cognitive functioning of patients with acromegaly. *Adv. Clin. Exp. Med* 2015; 24(1):167-172. doi: 10.17219/acem/3926
9. Crespo I, Santos A, Valassi E, Pires P, Webb SM, Resmini E. Impaired decision making and delayed memory are related with anxiety and depressive symptoms in acromegaly. *Endocrine* 2015; 50(3):756-763. doi: 10.1007/s12020-015-0634-6
10. Leon-Carrion J, Martin-Rodriguez J F, Madrazo-Atutxa, Soto-Moreno A, Venegas-Moreno E, Torres-Vela E, et al. Evidence of cognitive and neurophysiological impairment in patients with untreated naive acromegaly. *J Clin. Endoc. Metab.* 2010; 95(9):4367-4379. doi: 10.1210/jc.2010-0394
11. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why Cognitive Behavioral Therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry* 2018; 9:4. doi: 10.3389/fpsy.2018.00004
12. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit. Ther. Res.* 2012; 36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
13. Beck AT, Haigh EAP. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev. Clin. Psychol.* 2014; 10:1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
14. Beck AT. Thinking and depression - I - Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatry* 1963; 9:324-333. doi: 10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
15. Beck AT, Knapp P. Cognitive therapy: foundations, conceptual models and applications and research. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2008; 30(Supl II):S54-64. doi: 10.1590/S1516-44462008000600000210.1001/archpsyc.1964.0172024 0015003

16. Beck AT. Thinking and depression - II – Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry* 1964; 10:561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003
17. de Oliveira IR, Powell VB, Wenzel A, Caldas M, Seixas C, Almeida C, et al. Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *J Clin. Phar. Ther.* 2012; 37(3):328-334. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01299.x
18. Braun JD, Strunk DR, Sasso KE, Cooper AA. Therapist use of socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behav. Res. Ther.* 2015; 70:32-37 doi: 10.1016/j.brat.2015.05.004
19. Fellows LK. The Cognitive Neuroscience of Human Decision Making: A Review and Conceptual Framework. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.* 2004; 3(30)159-172. doi: 10.1177/1534582304273251
20. Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbital damage. *Brain and Cognition* 2004; 55(1): 30-40. doi: 10.1016/j.bandc.2003.04.001
21. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 2008; 165(8):969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
22. Klumpp H, Fitzgerald JM, Kinney KL, Kennedy AE, Shankman SA, Langenecker SA, et al. Predicting cognitive behavioral therapy response in social anxiety disorder with anterior cingulate cortex and amygdala during emotion regulation. *Neuroimage Clin* 2017; 15:25-34. doi: 10.1016/j.nicl.2017.04.006
23. Kunzler LS, Naves LA, Casulari LA. Cognitive-behavioral therapy improves the quality of life of patients with acromegaly. *Pituitary* 2018; 21(3):323-333. doi: 10.1007/s11102-018-0887-1
24. Cunha JA. Manual da versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
25. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004; 82(Supl 4):7-22.
26. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26:3160-7. doi: 10.2337/diacare.26.11.3160

27. Ferreira de Lima MCGP, Kunzler LS. Terapia cognitivo-comportamental nas doenças reumáticas. *Capital Reum.* 2017; (3):14-19.
28. Kunzler LS. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Med.* 2008; 45:30-40.
29. Kunzler LS. Terapia cognitiva: aplicabilidade da técnica "Pense saudável". *Ver. Debates Psiquiatria* 2015; 5(6):28-37.
30. Kunzler LS, Araujo, TCCF. Cognitive Therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)* 2013; 30(2):267-274. doi: 10.1590/S0103-166X2013000200013
31. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Ver. Bras. Reumatol.* 1999; Mai-jun;39(3):143-50.
32. Gibbons, J, Chakraborti, S. *Nonparametric statistical inference* (5 ed.). New York: Taylor & Francis; 2011.
33. Hair J, Black W, Babin B, Rolph A, Tatham R. *Análise multivariada de dados.* Porto Alegre: Bookman; 2005.
34. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using multivariate analysis.* Need Heights: Allyn & Bacon; 2001.
35. Cohen J. The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1962; 65(3):145–153. doi: 10.1037/h0045186
36. Himle JA, Rassi S, Haghigthatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson J. Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven-vs. twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety* 2001; 13(4):161-165. doi: 10.1002/da.1032
37. Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2010; 32(2):164-168. doi: 10.1590/S1516-44462010000200012
38. Kendall PC, Southam-Gerow MA. Long-term follow-up of a Cognitive-Behavioral Therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consult and Clin Psychol.* 1996; 64(4):724-730. doi: 10.1037/0022-006X.64.4.724

39. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Marnell M. One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult. Clin. Psychol.* 1997; 65(2):343-347. doi:10.1037/0022-006x.65.2.343
40. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, Boisvert J-. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(4):821-825. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.821
41. Hagen R, Nordahl HM, Kristiansen L, Morken G. A randomized trial of cognitive group therapy vs. waiting list for patients with co-morbid psychiatric disorders: effect of cognitive group therapy after treatment and six and twelve months follow-up. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2005; 33(1):33-44.
42. Mitchell JE, Burgard M, Faber R, Crosby RD, de Zwaan M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav. Res. Ther.* 2006; 44(12):1859-1865. doi: 10.1016/j.brat.2005.12.009
43. Krebs G, Fernandez de la Cruz L, Monzani B, Bowyer L, Anson M, Cadman J, Heyman I, Turner C, et al. Long-term outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy* 2017; 48:462-473. doi: 10.1016/j.beth.2017.01.001
44. Kyriakakis N, Lynch J, Gilbey SG, Webb SM. Impaired quality of life in patients with treated acromegaly despite long-term biochemically stable disease: results from a 5-years prospective study. *Clin. Endocrinol (Oxf)* 2017; 86(6):806-815. doi: 10.1111/cen.13331
45. Milian M, Honegger J, Gerlach C, Psaras T. Health-related quality of life and psychiatric symptoms improve effectively within a short time in patients surgically treated for pituitary tumors - a longitudinal study of 106 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 2013; 155(9):1637-1645. doi: 10.1007/s00701-013-1809-7
46. Stahl SM. Psychotherapy as an epigenetic 'drug': psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs. *J Clin. Pharm. Ther.* 2012; 37(3):249-253. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01301.x

### 4.3 ARTIGO 3

Vergonha da aparência e terapia cognitivo-comportamental  
em acromegálicos

A ser submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria

Fator de impacto = 2.049

Qualis B1

**Título:**

Vergonha da aparência e terapia cognitivo-comportamental em acromegálicos

**Título abreviado:**

Terapia cognitivo-comportamental e acromegalia

**Autores:**

Lia Silvia Kunzler, Luciana Ansaneli Naves e Luiz Augusto Casulari

**Endereço para correspondência:**

Lia Silvia Kunzler

SRTVS 701 – Edifício Centro Empresarial Brasília, Bloco “C”, sala 204 – Asa Sul, Brasília – DF. CEP: 70.340-907.

E-mail: [lia.kunzler@gmail.com](mailto:lia.kunzler@gmail.com)

Telefone: 61-98116-4800



## **Resumo**

### **Introdução**

Na acromegalia, o excesso de secreção do hormônio de crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) pode resultar em feições grosseiras e crescimento de extremidades. A repercussão negativa na autoestima pode levar ao prejuízo da qualidade de vida.

### **Objetivo**

O objetivo foi adaptar a técnica denominada “Pense saudável e sinta a diferença”, para a melhora da qualidade de vida em portadores de acromegalia, em especial em relação à vergonha da aparência física.

### **Método**

Participaram desta pesquisa dez pacientes acromegálicos. A intervenção propriamente dita abrangeu nove sessões grupais organizadas semanalmente. Comportamentos, pensamentos e emoções não saudáveis foram identificados e comportamentos e pensamentos saudáveis foram construídos, com reflexo positivo nas emoções associadas. Na sessão 7, a técnica “Pense saudável e sinta a diferença” foi adaptada para que os pacientes lidassem melhor com a sua aparência física.

### **Resultados**

Os dados qualitativos resultaram da análise do conteúdo do exercício elaborado na sessão 7, em colaboração com os participantes. Os resultados abrangem a adaptação da técnica “Pense saudável e sinta a diferença” para não portadores de acromegalia em relação à vergonha da aparência. Foram identificados os fatores, sobretudo os pensamentos, as emoções e as desvantagens, associados ao comportamento não saudável. Também foram identificados os fatores, sobretudo os pensamentos, as emoções e as vantagens, associados ao comportamento saudável.

### **Conclusão**

Conclui-se que a técnica pode contribuir para a melhora da qualidade de vida em relação à aceitação da aparência física do acromegálico.

**Palavras chave:** terapia cognitivo-comportamental, acromegalia, vergonha da aparência, qualidade de vida.

## Introdução

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi desenvolvida por *Aaron Beck*, na década de 1960.<sup>1, 2</sup> A terapia é breve e colaborativa, avalia padrões de pensamento, identifica e reestrutura pensamentos distorcidos, e constrói alternativas de enfrentamento.<sup>1,2</sup> A psicoeducação gera esperança e aumenta a eficácia da terapia.<sup>1</sup> O aprendizado é registrado em um bloco de anotações da terapia e pode ser resgatado em situações futuras.<sup>3</sup> Um dos objetivos é que o paciente se torne seu próprio terapeuta.<sup>1, 2</sup>

A TCC é considerada pelo Instituto Nacional de Saúde Americano e pela Associação Americana de Psicologia um tratamento de primeira linha para diversas doenças.<sup>4</sup> Dezesesseis metanálises com metodologia rigorosa incluem mais de 9.000 sujeitos em 330 estudos. Quando a TCC foi comparada com grupo controle, o tamanho de efeito foi moderado.<sup>1</sup> Na década de 1960, os tipos de distorções cognitivas foram comparados entre 50 pacientes deprimidos e 31 participantes do grupo controle.<sup>5</sup> Os temas identificados foram autocrítica, privação, solidão, superestimação de problemas e dificuldades, e desejo de fugir ou morrer.<sup>5</sup> Quando deprimido, o paciente supervaloriza falhas e defeitos e desqualifica qualquer característica favorável,<sup>5</sup> atitude que, em geral, mantém ou agrava o problema.

Representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro afetam a resposta às situações vividas.<sup>1</sup> A mudança de um comportamento pode ser mediada pelo monitoramento e avaliação das cognições.<sup>1</sup> Uma decisão gera incerteza, pois o resultado pode ser imprevisível, não existindo uma resposta fácil e 100% garantida.<sup>6</sup> A TCC a ensina o seu paciente que existe mais de uma

maneira de ver uma situação e, conseqüentemente, o seu ponto de vista é uma questão de escolha.<sup>7</sup>

A tomada de decisão é parte das funções executivas e é uma função cognitiva complexa, multidimensional e que resulta na escolha entre duas ou mais opções. Envolve, também, a análise e a previsão das conseqüências que a escolha acarretará, refletida em um comportamento.<sup>6, 8, 9</sup> Na década de 1940, a tomada de decisão foi estudada pelo campo da economia para depois ser implementada em técnicas do mundo dos negócios, com a psicologia cognitiva.<sup>8</sup> As discussões atuais sobre tomada de decisão na área da saúde iniciaram-se na década de 1980.<sup>9</sup>

Assim como ocorre com a tomada de decisão,<sup>6</sup> a qualidade de vida também é influenciada pelas emoções, parte importante nos sistemas motivacionais, que conferem respostas mais ou menos flexíveis aos eventos de vida de acordo com valores e objetivos pessoais e contextos de mudança.<sup>10</sup>

Levando-se em conta a tomada de decisão pela melhora da qualidade de vida, a TCC pode ser adaptada para diversas doenças, dentre elas a acromegalia. A acromegalia é doença rara e insidiosa, causada em geral por um adenoma de hipófise que produz hormônio de crescimento (GH) e fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) em excesso.<sup>11,12,13</sup> A exposição prolongada ao GH e ao IGF-1 está relacionada ao agravamento de comorbidades e comprometimento da qualidade de vida<sup>11,12,13</sup> tanto pela condição física quanto pela auto-percepção.<sup>13</sup>

Dentre as comorbidades, mudanças orofaciais são características da doença. Observam-se alterações de tecidos moles – aumento do volume da língua, úvula, lábios e nariz; assimetria facial e aumento do espaço entre os

dentos. Além de feições grosseiras, o acromegálico pode ter dificuldade para articular palavras e ocluir sua boca.<sup>11</sup> O aumento dos pés e das mãos gera a necessidade de uso de calçados, anéis e luvas maiores.<sup>12</sup> Logo, há prejuízo na qualidade de vida funcional e social.<sup>11</sup>

Apesar de ser doença crônica e debilitante, poucos estudos abordam a disfunção mental e emocional.<sup>12</sup> Os transtornos psiquiátricos, com emoções negativas intensas como raiva, ansiedade e depressão, são mais frequentes na acromegalia quando comparados com outras doenças clínicas.<sup>14</sup> A depressão, a distorção da imagem corporal e o isolamento social prejudicam as relações interpessoais.<sup>11,12</sup> É observado prejuízo na habilidade de executar tarefas que requeiram flexibilidade mental, função executiva e memória de trabalho.<sup>15</sup> Os acromegálicos apresentam pensamentos distorcidos sobre a doença e ou sobre o tratamento, o que prejudica a qualidade de vida<sup>14,16</sup> semelhante ao observado em pacientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico.<sup>17</sup>

Atualmente, existem três opções de tratamento para a acromegalia: cirurgia, radioterapia e farmacoterapia, com bons resultados no controle da atividade da doença.<sup>18</sup> Apesar disso, mesmo nos pacientes com a doença considerada bioquimicamente curada, observa-se prejuízo na qualidade de vida,<sup>18</sup> com escores baixos nos domínios emocionais.<sup>13</sup> Logo, o plano de tratamento também deve ter como objetivo a melhora dos sintomas de depressão, ansiedade, irritabilidade e diminuição do medo de situações sociais para o bem-estar psicológico.<sup>12</sup>

Os instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliação da qualidade de vida de acromegálicos são o AcroQol e o SF-36.<sup>18</sup> Por um lado, o Acroqol é um questionário para ser aplicado especificamente em portadores de

acromegalia,<sup>13</sup> desenvolvido por Webb e Badia em 1999,<sup>14</sup> com o objetivo de analisar o impacto da doença e ou do tratamento.<sup>19</sup> Por outro lado, o SF-36 é o instrumento mais utilizado para avaliação de qualidade de vida que possibilita a comparação dos resultados dos acromegálicos com a população geral.<sup>14</sup>

Os resultados das pesquisas com acromegálicos, referentes à avaliação da qualidade de vida, ilustram a necessidade de maiores investigações médicas e aconselhamento psicossocial, mesmo depois da normalização das concentrações do IGF-1.<sup>14, 20</sup> A abordagem interdisciplinar torna-se, conseqüentemente, fundamental.<sup>14, 20</sup>

Em estudo prévio, com a avaliação da qualidade de vida pelo SF-36, a TCC, com a técnica Pense Saudável, proporcionou melhoras em quatro itens desse questionário de avaliação: nos domínios estado geral de saúde, saúde mental, aspectos físicos e aspectos emocionais em pessoas normais.<sup>21</sup> Em acromegálicos, não haviam sido publicados os resultados de intervenções psicoterápicas apesar de bem estabelecidas em outras doenças crônicas.<sup>18</sup> Em publicação recente, mostramos que a TCC, com a técnica Pense Saudável, melhorou a qualidade de vida em acromegálicos, avaliada pelo SF-36 nos domínios estado geral de saúde, saúde mental, aspectos físicos e aspectos emocionais.<sup>22</sup>

A proposta desenvolvida nesta pesquisa propõe a adaptação de uma técnica específica da terapia cognitivo-comportamental, “Pense saudável e sinta a diferença”, para promover a melhora da qualidade de vida em relação a aceitação da sua aparência física.

## **Método**

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado. Estipularam-se como critérios de inclusão: pacientes portadores de acromegalia, em acompanhamento no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos, e que concordaram em participar do estudo. Como critérios de exclusão, determinou-se o risco de suicídio – avaliado de acordo com a resposta ao item 9 do BDI.

O estudo foi realizado com dez pacientes acromegálicos que demonstraram interesse em participar da pesquisa. Eles tinham idade entre 42 e 62 anos, sendo um homem e nove mulheres.

A pesquisa foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Todos os participantes expressaram sua concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes autorizaram a gravação das sessões para posterior transcrição.

A pesquisa foi conduzida por pesquisadora (LSK), formada em terapia cognitivo-comportamental pelo Instituto Beck – Terapia cognitivo-comportamental e Pesquisa, e que atua profissionalmente em contexto de clínica privada e instituição pública.

### **Protocolo de intervenção**

O protocolo “Pense saudável e sinta a diferença”, adaptado para pacientes com acromegalia, foi aplicado em nove sessões semanais, em grupo.

O conteúdo das sessões é apresentado a seguir: 1) conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental e exemplos práticos da relação entre os níveis

de cognição não saudáveis e saudáveis com a emoção e os comportamentos associados; 2) regulação emocional; 3) incremento da autoestima e autoconfiança e fornecimento de cofre em forma de cérebro (identificação e valorização de qualidades pessoais e conquistas); 4) Técnica “Pense saudável e sinta a diferença” – orientações para o preenchimento das seis etapas adaptadas para a prática de atividade física; 5) a técnica na abordagem da raiva, treino da assertividade e cartão de enfrentamento; 6) a técnica na abordagem do medo; 7) a técnica adaptada para vergonha da aparência física na acromegalia; 8) esclarecimentos sobre a acromegalia e 9) resumo dos tópicos abordados nas sessões. Os Professores Doutores Luciana Naves e Luiz Augusto Casulari, especialistas na área de endocrinologia, esclareceram dúvidas sobre a acromegalia com o objetivo de promover atitudes saudáveis.<sup>16</sup>

Nas sessões de terapia, a fala foi espontânea, sem obrigação para falar. De acordo com as orientações para o preenchimento (Figura 1), exercícios com as seis etapas da técnica Pense saudável foram construídos em colaboração com os participantes para regular as emoções em desequilíbrio e manter comportamentos saudáveis. Na sessão seguinte à construção do exercício, o exercício completo, impresso, foi entregue a todos os participantes.

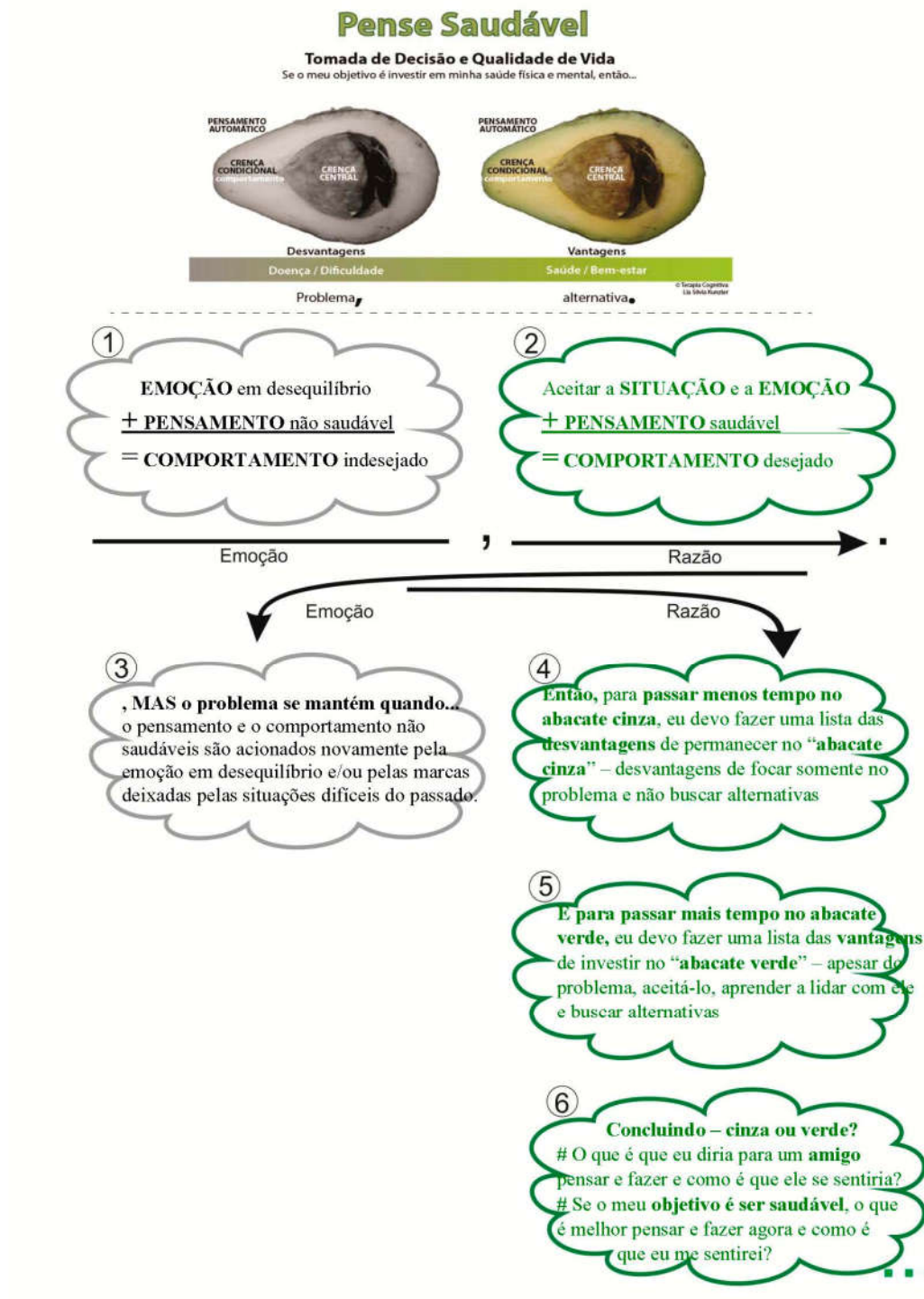


Figura 1. Pense saudável: orientações para o preenchimento



## Resultados e discussão

Inicialmente foram convidados para participar desse estudo 62 acromegálicos acompanhados no ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) que compareceram ao ambulatório para consultas de acompanhamento clínico e ou para receber tratamento medicamentoso injetável, com os quais a pesquisadora (LSK) conversou individualmente. Desses, 39 pacientes não estavam interessados em participar da pesquisa. Treze estavam dispostos a participar, mas não podiam comparecer as sessões semanalmente naquele período. Dez participantes estavam disponíveis para participar das sessões de terapia e foram os objetos do estudo.

As características clínicas dos pacientes estão apresentadas na tabela 1. Observa-se que nove eram mulheres e o paciente 9 era o único homem. A idade variou entre 42 e 62 anos. O IMC variou entre 21,5 e 39,2 kg/m<sup>2</sup> e um paciente tinha IMC normal, sete tinham sobrepeso e dois eram obesos. O tempo do diagnóstico variou de um a 23 anos. A latência de tempo entre o diagnóstico e início da investigação variou entre 2 e 216 meses. O tamanho do tumor variou de 8 à 34 mm. O percentual da concentração de IGF-1 (ULNR IGF-1) variou entre 47 e 181%. Em relação ao estágio da doença, dois eram classificados como curados, cinco com a doença controlada e três com a doença em atividade. Das estratégias de tratamento, sete foram submetidos à cirurgia transesfenoidal e quatro foram submetidos à radioterapia após a cirurgia. Oito recebiam octreotida LAR, sendo que seis estavam associados também à cabergolina, e dois usavam pegvisomanto. As comorbidades mais frequentes foram diabetes ou glicemia de

jejum alterada ou intolerância à glicose em seis pacientes, e artralgia em seis pacientes.

**Tabela 1.** Perfil dos dez pacientes acromegálicos submetidos ao tratamento cognitivo-comportamental\*

Nº	Sexo	Idade (anos)	IMC	Tempo Dx (anos)	Atraso Dx (meses)	Tumor (Maior diâmetro na RNM) mm	Níveis de IGF-1 (ULNR IGF-1) %	Atividade da Doença	Tratamento Prévio	Tratamento atual	Comorbidades
1	F	46	27,3	4	2	27	96,4	Controlada	CRG, SSA	SSA	HAS, IG, PHI, diverticulose
2	F	69	29,0	14	72	32	116,5	Controlada	CRG, CBG, SSA	CBG, SSA	Hipotireodismo, transtorno depressivo, ART
3	F	49	21,5	7	24	20	121,4	Ativa	CRG, CBG, SSA, PEG	CBG, SSA, PEG	Glaucoma, IG, SOP, PHI, diverticulose, Anemia por doença crônica
4	F	55	39,2	1	216	-	161,3	Ativa	SSA	SSA	DM 2, HAS, DLP, insuficiência coronariana crônica, ART, SAOS
5	F	42	34,3	22	48	17	121,0	Controlada	CRG, RDT, CBG, SSA, PEG	CBG, SSA, PEG	GJA, hipotireoidismo, anemia ferropriva, transtorno depressivo
6	F	53	25,4	21	24	34	47,0	Curada	CRG, RDT, SSA	-----	Glaucoma, epilepsia estrutural, DM 2, DLP, HA, ART
7	F	62	25,7	23	48	22	118,4	Curada	CRG, RDT, SSA	-----	DLP, osteopenia, HA, SAOS, ART
8	F	62	25,5	4	4	10	115,1	Controlada	CBG, SSA	CBG, SSA	-
9	M	62	29,1	13	180	8	108,0	Controlada	CRG, RDT, CBG, SSA	CBG, SSA	GJA, DLP, hipotireoidismo, ART
10	F	55	28,8	9	120	20	181,1	Ativa	CBG, SSA	CBG, SSA	DLP, ART
	Md	55,5	28,58	11,8	73,8	21,1	118,6				
	DP	8,4	4,75	8,1	74,5	8,9	35,7				

\***siglas:** Md - média; DP - desvio padrão; Dx - diagnóstico; HAS - hipertensão arterial sistêmica; DM 2 - diabetes mellitus tipo 2; DLP - dislipidemia; IG - intolerância à glicose; GJA - glicemia de jejum alterada; ART - artralgia; SOP - síndrome do ovário policístico; SAOS - síndrome da apneia obstrutiva do sono; PHI - pólipos hiperplásicos intestinais; HÁ - hipopituitarismo anterior; CRG - cirurgia; MED; RDT – radioterapia; CBG – cabergolina; SSA – análogo de somatostatina; PEG - pegvisomanto.

Os resultados do efeito da intervenção na qualidade de vida e no indicativo de depressão nos acromegálicos são apresentados em outro artigo científico.<sup>22</sup>

A análise do conteúdo do exercício elaborado na sessão 7, em colaboração com os participantes, foi utilizada para a apresentação do presente artigo. Na sessão 7, a pesquisadora propôs a adaptação da técnica *Pense saudável* especificamente para lidar com a aparência física.

As sessões de terapia foram planejadas de acordo com princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental - abordagem breve, sessões estruturadas, participação ativa no tratamento, psicoeducação, educação sobre as dificuldades, registros escritos, tomada de decisão por comportamentos saudáveis, regulação emocional, avaliar o processo psicoterápico, e ser aplicada em formato de grupo.<sup>1,2,3,5,23,24</sup>

Algumas experiências emocionais são uma reação aos fatos que acontecem no dia a dia. As reações emocionais dependem da interpretação do fato, e não do fato em si.<sup>5,25</sup> Para facilitar a manutenção de comportamentos saudáveis, a técnica apresenta não somente a reestruturação cognitiva, mas também a aceitação, a regulação das emoções em desequilíbrio, a compreensão dos efeitos negativos de algumas situações difíceis enfrentadas no passado, a tomada de decisão, a valorização de qualidades pessoais e de conquistas e a aplicação de resumos em forma de cartões de enfrentamento.

➤ ***As seis etapas da técnica “Pense saudável e sinta a diferença” e a adaptação do conteúdo para acromegálicos***

Para a TCC existem três níveis de pensamento: o pensamento automático, a crença condicional e a crença central. Greenberger e Padesky utilizam a figura de um jardim para exemplificar os três níveis de cognição e suas distorções, com

flores (cognições saudáveis) e ervas daninhas (cognições não saudáveis), onde o que está sob a terra são as crenças condicionais e crenças centrais. Logo, a crença central é representada pelas raízes mais profundas. Porém, quanto mais profunda a raiz, mais frágil ela é, o que dificulta a analogia com a crença central, que é rígida e absoluta.<sup>26</sup>

Judith Beck utiliza a figura de uma cebola. Quanto mais camadas são retiradas, mais próxima está a crença central. Porém, a figura de uma cebola não favorece a diferenciação entre os três níveis de pensamento, já que a estrutura das camadas é semelhante.<sup>27</sup>

Nosso objetivo inicial foi encontrar uma figura que facilitasse a compreensão dos três níveis de pensamento e a intensidade da emoção associada. A formulação cognitiva revela a relação entre os três níveis de pensamento: 1 – pensamento automático – casca do abacate, que ocorre em diversas situações diárias, surge espontaneamente e não se relaciona com reflexão ou deliberação; 2 – crença condicional – massa da fruta, nível de cognição ativado quando a pessoa faz previsões sobre as consequências de seu comportamento ou se comporta de acordo com regras; e 3 – crença central – caroço do abacate, em que estão presentes pensamentos absolutos ou rígidos.<sup>27,28</sup>

Na versão atualizada da técnica, a porção superior é composta pela representação ilustrativa dos abacates cinza e verde. A porção inferior, escrita, é didaticamente construída em seis etapas, duas delas no lado cinza – não saudável, e quatro delas no lado verde – saudável. (Figura 1) A visualização facilita a reflexão a respeito da doença e da saúde, tendo então em sua fundamentação teórica conceitos da terapia cognitivo-comportamental, tomada de

decisão e qualidade de vida. Cabe ao profissional de saúde auxiliar seu paciente a tomar a melhor decisão em prol da melhora da qualidade de vida.

Apresentamos os resultados da adaptação para acromegálicos em relação à vergonha da aparência física e os comentários sobre a base teórica de cada uma das seis etapas da técnica. (Figura 2)

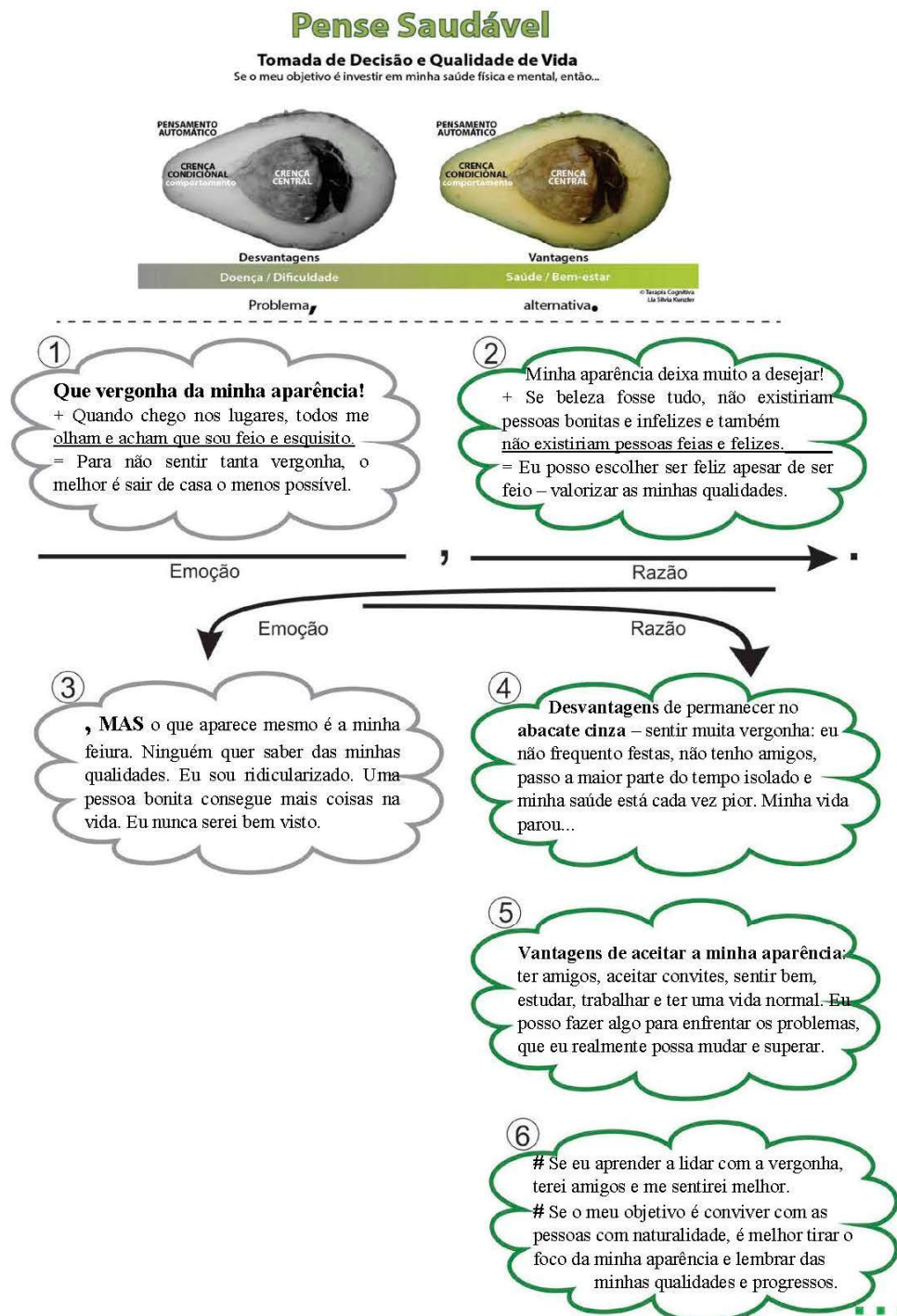


Figura 2. Pense saudável: Vergonha da minha aparência

### ➤ **Etapa 1: Dificuldades e queixas – o ponto de partida**

A partir da identificação de um problema ou de uma emoção em desequilíbrio, um exercício é construído seguindo as orientações de preenchimento (Figuras 1 e 2).

Como a maioria das pessoas não tem consciência que pensamentos negativos precedem emoções desagradáveis e inibições de comportamentos,<sup>1,5</sup> a emoção ligada ao pensamento distorcido deve ser identificada e a cognição distorcida deve ser reestruturada.<sup>5</sup> Emoções, pensamentos e comportamentos não saudáveis são os fatores que compõem a etapa 1, do lado cinza (distorcido) da técnica.

O aumento da intensidade das emoções negativas associadas às experiências pessoais é frequentemente identificada em situações geradoras de medo, ruminação e autocrítica<sup>10</sup> que podem ser relatadas por acromegálicos em virtude de sua aparência física.

Os participantes da pesquisa relataram que, mesmo antes de receberem o diagnóstico de acromegalia, já recebiam o apelido de “*Shrek*”. O filme foi inspirado em Maurice Tillet, nascido em 1903, filho de franceses. Aos 17 anos, recebeu o diagnóstico de acromegalia. Foi uma estrela da luta livre dos anos 1930 e 1940, sendo conhecido na época como “*The French Angel*”. Seu rosto serviu de inspiração para a criação de um dos mais famosos e queridos personagens do cinema, o ogro, Shrek.

Adolescentes insatisfeitos com a sua imagem corporal apresentam risco 3,7 vezes maior de apresentar sintomas depressivos, podendo estar relacionados com intimidação e estresse crônico.<sup>29</sup> Devido ao desequilíbrio emocional, o



paciente acredita que seu problema é o maior problema que existe ou não consegue encontrar formas alternativas de lidar com a adversidade.<sup>5</sup>

Se o paciente acredita ser inadequado, estar abandonado ou ser culpado, ele sentirá tristeza, solidão e culpa, optando por evitar as situações.<sup>5</sup>

Diferenciar os níveis de pensamento é importante para que o paciente compreenda que quanto maior o desequilíbrio emocional, mais verdadeiras parecem ser as crenças e maior será a dificuldade de manter comportamentos saudáveis.<sup>5, 27</sup> O pensamento automático (a acromegalia é uma doença que acarreta mudanças na minha aparência) aciona emoções negativas em nível leve. A crença condicional (se eu saio de casa, as pessoas me olham e ficam impressionadas com minha aparência) aciona emoções de intensidade moderada. A crença central (eu sou horroroso) aciona emoções em maior intensidade. Apesar do controle da atividade da doença, o acromegálico percebe a si e a sua vida como diferentes, comprometendo sua qualidade de vida.<sup>14</sup>

Na presente pesquisa, tomou-se a decisão de aplicar o SF- 36 ao invés do AcroQol como instrumento de avaliação de qualidade de vida nas etapas pré e pós intervenção e em nove meses de acompanhamento.

Na acromegalia, o AcroQol é o instrumento utilizado em 80% dos estudos para avaliação da qualidade de vida.<sup>18</sup> Ele é composto por 22 questões, sendo 11 delas mais diretamente relacionadas às alterações físicas. Em relação ao nível de cognição, sete das questões são crenças condicionais com desregulação emocional de intensidade moderada, como por exemplo no item 8: *“Noto rejeição por parte das pessoas por causa da minha doença”*. Quatro delas são crenças centrais com maior desregulação emocional como, por exemplo, no item 4: *“Vejo-me horroroso nas fotografias”*.

Para iniciar o exercício na etapa 1 e tendo como ponto de partida a vergonha da aparência, os 11 itens do AcroQol foram apresentados aos participantes da pesquisa para que eles escolhessem pensamentos não saudáveis. Foram então questionados sobre o efeito desses pensamentos na emoção e no comportamento. Após o detalhamento desses fatores, foi construído o resumo da etapa 1, como em uma equação matemática de soma:

**Que vergonha da minha aparência!**

+ Quando chego nos lugares, todos me olham e acham que sou feio e esquisito.

= Para não sentir tanta vergonha, o melhor é sair de casa o menos possível.

Em geral, os pacientes referem que os pensamentos independem de sua vontade, e que ocorrem mesmo quando decidem que não querem pensar ou que estão tentando evitá-los. Queixam que eles passam pela cabeça sem qualquer reflexão ou razão.<sup>5</sup> A etapa 1, então, possibilita a identificação dos fatores e consequente reflexão com a construção da etapa 2.

➤ **Etapa 2: Uma alternativa saudável para aprender a lidar com a aparência**

Após a construção da etapa 1, no lado cinza e não saudável, a etapa 2, no lado verde e saudável da técnica, é abordada. As etapas 1 e 2 são sistematizadas como uma equação de soma para deixar clara a relação entre emoções, pensamentos e comportamentos, tanto os não saudáveis quanto os saudáveis.<sup>5</sup>

Nas adversidades, aceitar a situação e as emoções em desequilíbrio, ao invés de suprimi-las, fortalece a habilidade de regular as emoções.<sup>10</sup> Por não ser possível evitar a distorção cognitiva relacionada à aparência física, aceitar tem como objetivo diminuir o impacto no comportamento e buscar opções saudáveis.<sup>30</sup> Logo, a aceitação favorece a flexibilidade psicológica, que funciona como um amortecedor em situações de estresse psicológico.<sup>30</sup> Ressalta-se que aceitar não significa concordar com ou apreciar o que está acontecendo.

Pensamentos de inferioridade e abandono estão relacionados às emoções de solidão, humilhação e culpa.<sup>5</sup> fatores da etapa 1. Na etapa 2, em relação à reestruturação cognitiva, não seria verdadeiro e eficaz o pensamento “Eu sou bonito”, pois seria algo fora da realidade. O desafio é aprender a lidar com a emoção em desequilíbrio apesar das feições grosseiras, do crescimento de extremidades, da intimidação e da rejeição. Observa-se uma redução na intensidade das emoções quando o paciente aprende a habilidade de questionar a validade de seus pensamentos.<sup>5</sup>

A reestruturação cognitiva refere-se à habilidade de mudar a avaliação de um evento com conseqüente mudança na carga emocional.<sup>10</sup> Os pacientes são ensinados a reavaliar a situação, validar o desequilíbrio emocional e sentir compaixão pela situação vivida.<sup>10</sup> A regulação das emoções possibilita que o indivíduo volte a avaliar a situação vivenciada como ela realmente é e não como a emoção em desequilíbrio fez com que ele a avaliasse.

Um comportamento saudável então resulta da aceitação da emoção em desequilíbrio, da aceitação da doença e da reestruturação do pensamento.

Esses fatores compõem a etapa 2, também apresentada como uma equação de soma:

### **Minha aparência deixa muito a desejar!**

+ Se beleza fosse tudo, não existiriam pessoas bonitas e infelizes e também não existiriam pessoas feias e felizes.

= Eu posso escolher ser feliz apesar de ser feio – valorizar as minhas qualidades.

A técnica *Pense saudável* é associada à construção das listas de qualidades pessoais e de conquistas. As duas listas devem ser sempre lembradas e aprimoradas. Na acromegalia, especialmente, em virtude da aparência e das limitações físicas geradas pela doença, torna-se uma atividade ainda mais importante. Apesar de ser feio e deformado, valorizar qualidades pessoais acarreta a melhora da autoestima e valorizar conquistas melhora a autoconfiança. Nesse contexto, substituir a autocrítica pela compaixão ameniza a intensidade das emoções em desequilíbrio.<sup>10</sup>

Os participantes da pesquisa construíram uma lista de qualidades pessoais: *Eu sou uma pessoa... carismática, carinhosa, responsável, dedicada, confiante, de valor...* (melhora da estima – caroço verde).

Além de investir na autoestima, uma lista de conquistas e comportamentos saudáveis foi elaborada com o intuito de fortalecer a autoconfiança: *Eu ... vou a academia e ao salão de beleza, me esforço em meu tratamento, venho para as consultas, uso os medicamentos, estou participando das sessões de terapia...* (melhora da confiança – polpa do abacate verde).

Em diversos momentos difíceis e adversidades vivenciadas no dia a dia – etapa 1, a construção da etapa 2 e a utilização das listas de qualidades e conquistas são suficientes para restabelecer um padrão saudável.

Porém, em alguns casos, as emoções em desequilíbrio e as memórias negativas acionam constantemente pensamentos não saudáveis e comportamentos indesejados. Os pensamentos distorcidos são considerados automáticos, plausíveis e involuntários, <sup>25</sup> o que pode levar o paciente a não colocar um “ponto final na equação”, sendo colocada uma “vírgula” após a etapa 2 do raciocínio saudável. Quando isso ocorre, o lado cinza volta a ser acionado, representado pela etapa 3.

➤ **Etapa 3: fatores que mantêm as queixas e as dificuldades**

Ao colocar uma vírgula após a etapa 2, com a ativação da etapa 3, volta-se para o lado cinza e cada vez mais pensamentos e comportamentos são desequilibrados pela emoção negativa (mas as pessoas me criticam, sinto muita vergonha da minha aparência, e se todos me criticarem, sempre que chego nos lugares as pessoas me rejeitam...). Em virtude disso, o paciente não consegue evitar os pensamentos ou manter seu foco em outra coisa. <sup>25</sup> Ao invés de entender que seus pensamentos são interpretações da realidade, ele avalia como sendo a realidade, o que influencia a resposta emocional. <sup>25</sup>

Os sintomas relacionados a processos que incluem ruminação, medo e autocrítica refletem maior sensibilidade nas reações de sistemas de ameaça/segurança e recompensa/perda. <sup>10</sup> A desregulação emocional é mais intensa quando crenças nucleares são acionadas, o que agrava as distorções cognitivas. <sup>25</sup>

Além da desregulação das emoções, a etapa 3 pode ser acionada quando o problema atual está relacionado com situações difíceis do passado <sup>25,31</sup> A

situação é lembrada e revivida, o que mantém o paciente no passado, e não no presente. Os eventos tipicamente envolvem intimidação, crítica e humilhação. Os momentos tornam-se aversivos e causam evitação.<sup>31</sup> Os participantes da pesquisa relataram história prévia de vergonha da aparência, em contexto familiar, escolar, acadêmico e ou laboral.

De forma colaborativa, a etapa 3 foi então resumida pelos participantes da pesquisa:

**MAS** o que aparece mesmo é a minha feiura. Ninguém quer saber das minhas qualidades. Eu sou ridicularizado. Uma pessoa bonita consegue mais coisas na vida. Eu nunca serei bem visto.

#### **Etapas 4 e 5 – Tomada de decisão menos emocional e mais racional**

Apesar da importância da avaliação das consequências de uma determinada opção, algumas decisões são tomadas baseadas somente em emoções. <sup>6</sup> Cabe ressaltar que a melhora da qualidade de vida depende de escolhas menos emocionais e mais racionais.

Ao pensar em situações sociais e interpessoais, não é possível saber exatamente o que acontecerá no futuro, sendo que emoções negativas antecipam possíveis dificuldades e podem gerar sintomas físicos de ansiedade. <sup>6</sup> Com isso, a avaliação é frequentemente baseada em suposições. Evitar sair de casa é um comportamento não saudável mantido por suas vantagens (ficar em casa para não sentir vergonha da aparência) e pelas desvantagens de tentar interagir com outras pessoas (onde quer que eu vá, as pessoas me acham muito feio). Com

esses argumentos, ficar em casa parece ser a melhor opção, sobretudo para aquele momento. Isso caracteriza a tomada de decisão baseada na emoção, mantendo as dificuldades.

Como exemplo, o paciente toma a decisão de interagir com outras pessoas e novamente recusa o convite para o almoço de domingo em família. Ele deve então lembrar de seu objetivo, de quão difícil é lidar com emoções em desequilíbrio, das desvantagens de ficar em casa (etapa 4) e das vantagens de aceitar o convite (etapa 5). É importante que o paciente saiba que é algo difícil, porém pode ser colocado em prática.

➤ **Etapa 4: Desvantagens de ficar no “abacate cinza” – lado não saudável**

Logo, se o objetivo for aprender a lidar com a vergonha da aparência, tomar uma decisão menos emocional e mais racional faz a diferença. Ficar cada vez mais em casa deve ter suas desvantagens maximizadas:

**Desvantagens** de permanecer no “abacate cinza” - Desvantagens da vergonha: eu não frequento festas, não tenho amigos, passo a maior parte do tempo isolado e minha saúde está cada vez pior. Minha vida parou.

Para fortalecer a tomada de decisão saudável, a etapa 5 é construída:

➤ **Etapa 5: vantagens de “investir no abacate verde” – lado saudável**

Além da etapa 4, as vantagens de sair de casa e interagir com as pessoas devem ser valorizadas (aprender a lidar com a aparência, valorizar minhas qualidades e conquistas e sentir bem). Logo, a tomada de decisão pela aceitação da aparência física pode contribuir para o equilíbrio das emoções.

**Vantagens** de investir no “**abacate verde**” Vantagens de aceitar a minha aparência: ter amigos, aceitar convites, sentir bem, estudar, trabalhar e ter uma vida normal. Eu posso fazer algo para enfrentar os problemas, que eu realmente possa mudar e superar.

➤ **Etapa 6: resumo e lembretes para reequilibrar as emoções**

O objetivo da etapa 6 é fazer um resumo do que foi abordado no exercício. O raciocínio aprendido nas 5 etapas iniciais é simples e lógico, porém manter o equilíbrio quando as emoções negativas ficam intensas é um desafio. O conteúdo das etapas 2, 4, 5 e 6 é aproveitado em frases de encorajamento e enfrentamento que podem ser utilizadas em situações geradoras de autocrítica.<sup>10</sup>

Judith Beck, autora do livro *‘The Beck diet solution: train your brain to think like a thin person’*, oferece 24 exemplos de cartões de enfrentamento, em sua proposta de reestruturação cognitiva, em seis semanas, para a perda de peso e manutenção do peso corporal desejado. O programa pode ser aplicado com qualquer dieta, pois ele não ensina o que comer, mas como pensar magro.<sup>32</sup>

Essas reflexões saudáveis são registradas em forma de cartões de enfrentamento, em blocos pequenos ou em dispositivos eletrônicos. Os cartões funcionam como lembretes para praticar as novas habilidades cognitivas e



comportamentais.<sup>10</sup> Os pacientes foram então orientados a lembrar das reflexões em momentos de desequilíbrio da emoção para lidar de forma saudável com situações adversas.

# Se eu aprender a lidar com a vergonha, terei amigos e me sentirei melhor.

# Se o meu objetivo é conviver com as pessoas com naturalidade, é melhor tirar o foco da minha aparência e lembrar das minhas qualidades e progressos.

Além da adaptação em relação à aparência física em acromegálicos, a técnica tem sido aprimorada e adaptada para utilização em diferentes contextos: transtorno obsessivo compulsivo – TOC,<sup>23</sup> abordagem da raiva,<sup>28</sup> ansiedade social e depressão secundária à ansiedade social,<sup>33</sup> preparação para a aposentadoria,<sup>34</sup> apresentação oral e prova oral e escrita,<sup>3</sup> estilo de vida saudável,<sup>35</sup> e manejo da dor em doenças reumáticas.<sup>2</sup>

### **Considerações finais**

A técnica Pense saudável, baseada em princípios da terapia cognitivo-comportamental, tomada de decisão e qualidade de vida, pode ser associada ao tratamento cirúrgico, radioterápico e medicamentoso de acromegálicos. Facilita a tomada de decisão por padrões saudáveis e prioriza a autonomia do paciente para que ele se torne o seu próprio terapeuta.

Pode ser aplicada em grupo, quando maior número de pacientes é atendido pelo mesmo profissional de saúde, o que contribui para a otimização de resultados em serviços de saúde com grande demanda.<sup>30</sup>

Em síntese, a técnica foi adaptada para facilitar a aceitação das alterações da imagem corporal e das dificuldades resultantes dos excessos de GH e IGF-1. A melhora da qualidade de vida é favorecida pelas reflexões resultantes do seguinte questionamento: “Apesar de ser portador de acromegalia, quando eu perceber uma emoção em desequilíbrio, o que eu posso pensar e o que posso fazer de mais saudável?”.

### **Seção de agradecimentos**

Agradecemos aos alunos de Medicina da Universidade de Brasília: Iago Renato Peixoto, Armindo Jreige Junior, Isabella Araújo, Débora Maria de C. Saraiva e Vitoria Espindola L. Borges.

## Referências

- 1- Beck AT, Knapp P. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl II):S54-64.
- 2- Ferreira de Lima MCGP, Kunzler LS. Terapia cognitivo-comportamental nas doenças reumáticas. *Capital Reumato.* 2017;(3):14-19.
- 3- Kunzler LS. Cognitive therapy: applicability of the “Think Healthy” technique. *Rev Debates Psiquiatr.* 2015;5(6):28-37.
- 4- David D, Cristea I, Hofmann SG. Why Cognitive Behavioral Therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry.* 2018;9:4.
- 5- Beck AT. Thinking and depression - I - Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry.* 1963;9:324-33.
- 6- Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbital damage. *Brain and Cognition.* 2004; 55(1):30-40.
- 7- Butler G, Hope, T. *Managing your mind: the mental fitness guide.* 2.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2007. p. 72-76.
- 8- Fellows LK. The Cognitive Neuroscience of Human Decision Making: A Review and Conceptual Framework. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004;3(3):159-72 doi: 10.1177/1534582304273251
- 9- Rutz A, Hamdan AC. *In: Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Cosenza RM (orgs), Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional.* Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 128-41.
- 10-Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion Regulation Therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Front Psychol.* 2017;8:98.
- 11-Abreu A, Tovar AP, Castellanos R, Valenzuela A, Giraldo CMG, Pinedo AC, et al. Challenges in the diagnosis and management of acromegaly: a focus on comorbidities. *Pituitary.* 2016;19(4):448-57.
- 12-Pantanetti P, Sonino N, Arnaldi G, Boscaro M. Self image and quality of life in acromegaly. *Pituitary.* 2002;5:17-19.
- 13-Fujio S, Arimura H, Hirano H, Habu M, Bohara M, Moinuddin FM, et al. Changes in quality of life in patients with acromegaly after surgical remission - A prospective study using SF-36 questionnaire. *Endocrine J.* 2017;64(1):27-38.

- 14-Szcześniak D, Jawiarczyk-Przybyłowska A, Rymaszewska J The quality of life and psychological, social and cognitive functioning of patients with acromegaly. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2015;24(1):167-72.
- 15-Shan S, Fang L, Huang J, Chan RCK, Jia G, Wan W. Evidence of dysexecutive syndrome in patients with acromegaly. *Pituitary.* 2017;20(6):661-67.
- 16-Tiemensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JWA, Romijn JA, Biermasz NR. Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(11):3550-58.
- 17-Bonapart IE, van Domburg R, ten Have SM, de Herder WW, Erdman RA, Janssen JA, et al. The 'bio-assay' quality of life might be a better marker of disease activity in acromegalic patients than serum total IGF-I concentrations. *Eur. J. Endocrinol.* 2005;152(2):217-24.
- 18-Geraedts VJ, Andela CD, Stalla GK, Pereira AM, van Furth WR, Sievers C, Biermasz NR Predictors of quality of life in acromegaly: no consensus on biochemical parameters. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2017;8:40.
- 19-Badia X, Webb S M, Prieto L, Lara N. Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL). *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:13.
- 20-Siegel S, Streetz-van der Werf C, Schott JS, Nolte K, Karges W, Kreitschmann-Andermahr I. Diagnostic delay is associated with psychosocial impairment in acromegaly. *Pituitary.* 2013;16:507-14.
- 21-Kunzler LS, Araujo TCCF. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP).* 2013;30(2):267-74.
- 22-Kunzler LS, Naves LA, Casulari LA. Cognitive-behavioral therapy improves the quality of life of patients with acromegaly. *Pituitary.* 2018;21(3):323-333. doi: 10.1007/s11102-018-0887-1
- 23-Kunzler LS. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Med.* 2008;45:30-40.
- 24-Padesky CA. Schema change processes in cognitive therapy. *Clin Psychol Psychother.* 1994;1(5):267-78.
- 25-Beck AT. Thinking and depression - II – Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry.* 1964;10:561-71.

- 26-Greenberger D, Padesky, CA. Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2015. p. 77-152.
- 27-Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 29-40.
- 28-Kunzler LS. Pense saudável: reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais. *In*: Rangé B (org), Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 194-205.
- 29-Flores-Cornejo F, Kamego-Tome M, Zapata-Pachas M A, Alvarado G F. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39:316-22.
- 30-Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care.* 2015;24:15-27.
- 31-Wild J, Hackmann A, Clark DM. When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2007;38(4):386-401.
- 32-Beck JS. The Beck diet solution: train your brain to think like a thin person. Alabama: Oxmoor House; 2007.
- 33-Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. *In*: Melo W (org), Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 24-56.
- 34-Kunzler LS. O pensar saudável na aposentadoria. *In*: Murta SG, Leandro-França C, Seidl J (orgs), Programas de educação para aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 165-81.
- 35-Kunzler LS, Lima MCF, Knijnik DZ. Crenças condicionais e estilo de vida. *In*: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Neufeld CB, Falcone EMO, Rangé B (orgs), Procognitiva Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 61-100.

#### 4.4 TÉCNICA PENSE SAUDÁVEL

Exercícios com as seis etapas da técnica 'Pense saudável' foram construídos em colaboração com os participantes para regular emoções em desequilíbrio e manter comportamentos saudáveis. Durante a sessão, as reflexões foram resumidas e lançadas para a reestruturação de pensamentos e comportamentos não saudáveis em saudáveis. Na sessão seguinte à construção do exercício, o exercício completo, impresso, foi entregue a todos os participantes.

Em todas as sessões, os participantes foram incentivados a lançar cartões de enfrentamento derivados das etapas 2, 4, 5 e 6 dos exercícios. Foram orientados a lembrar das reflexões em momentos de desequilíbrio da emoção para lidar de forma saudável com a situação.

Das dezenas de dificuldades que poderiam ser abordadas nas sessões, os participantes entraram em consenso na escolha de algumas delas. Os exemplos referentes ao medo foram propostos por duas participantes. Os exemplos são apresentados nas figuras 2 a 7.

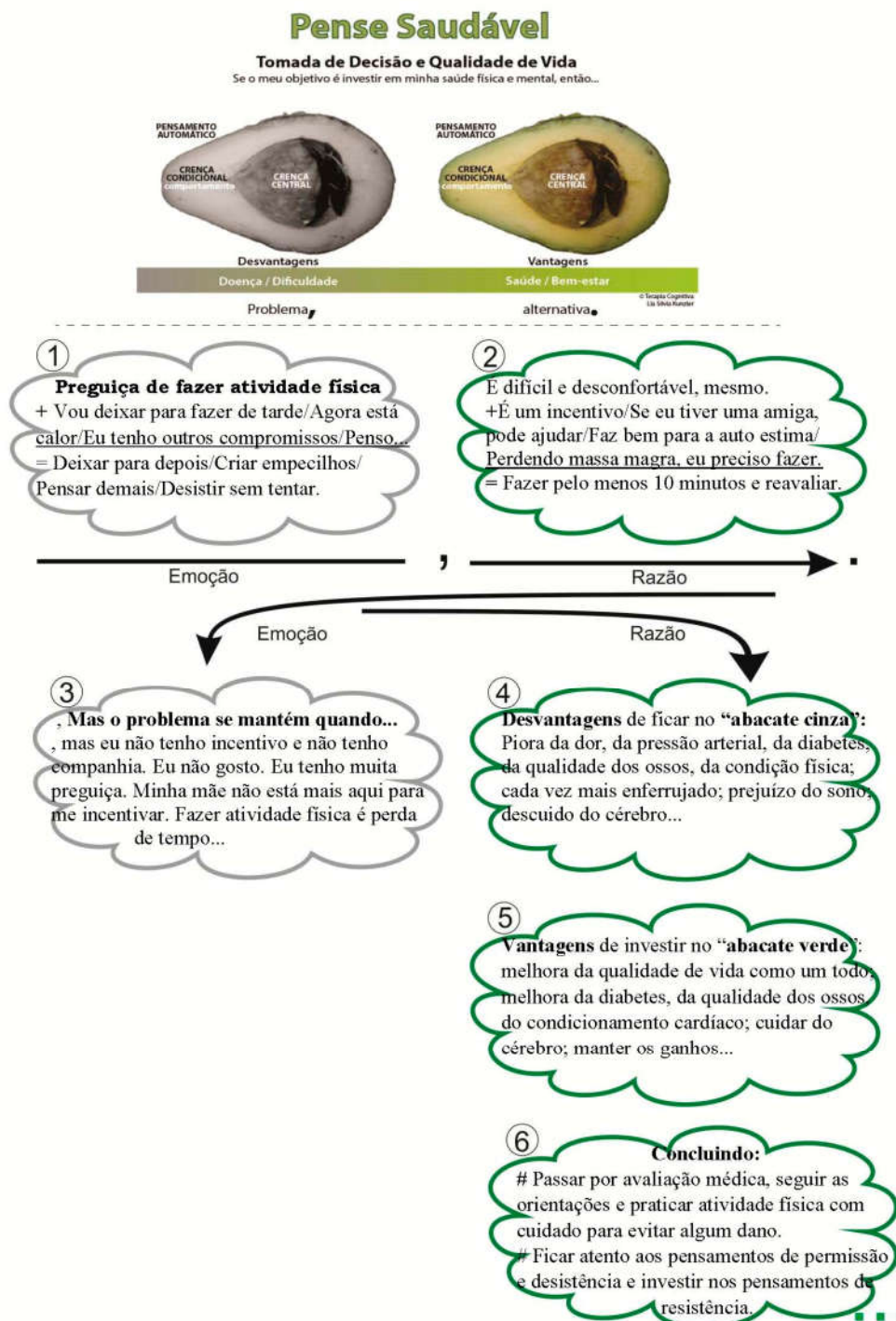


Figura 2. Pense saudável: Preguiça de fazer atividade física.

## Pense Saudável

### Tomada de Decisão e Qualidade de Vida

Se o meu objetivo é investir em minha saúde física e mental, então...

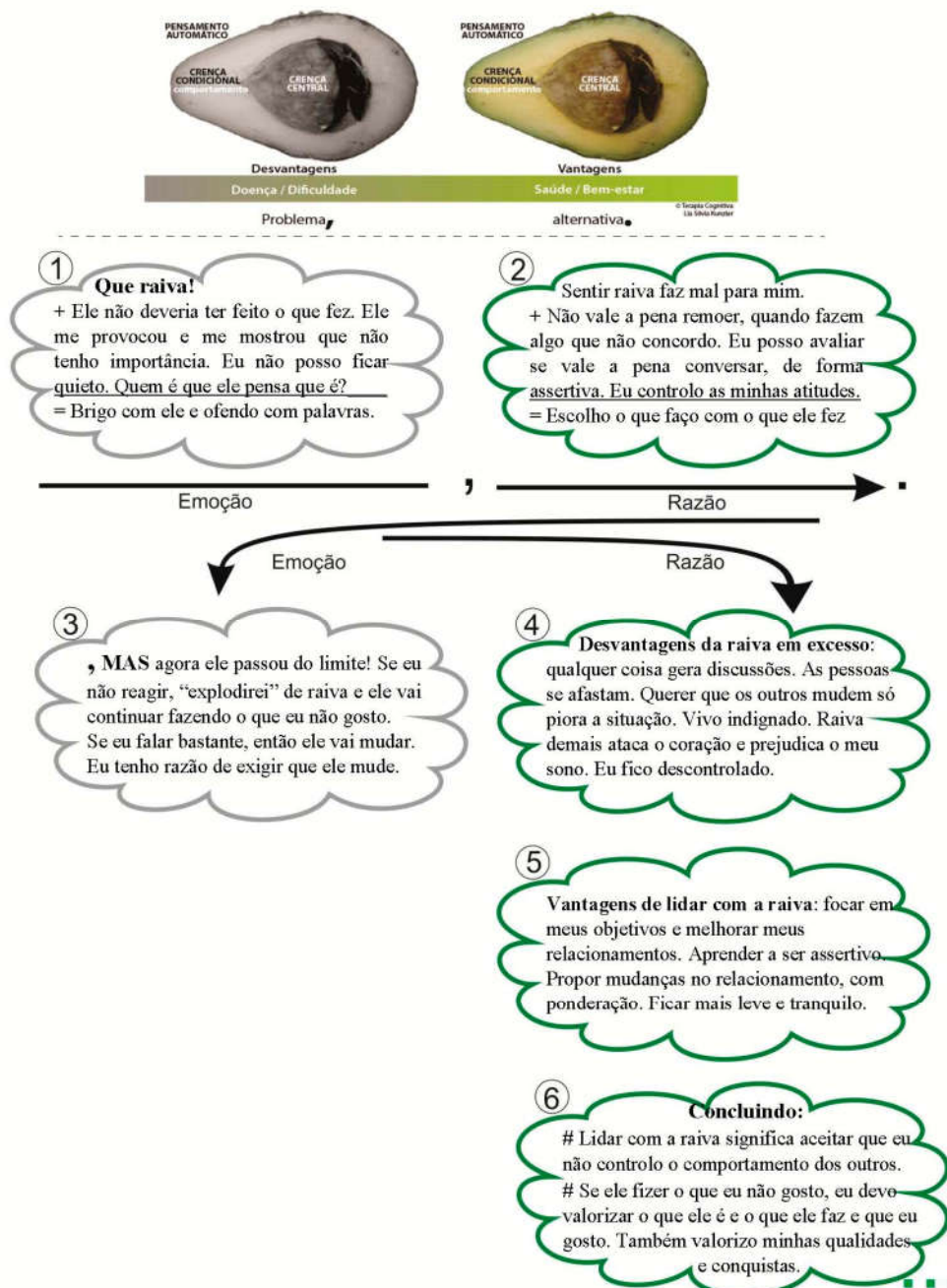


Figura 3. Pense saudável: Raiva.





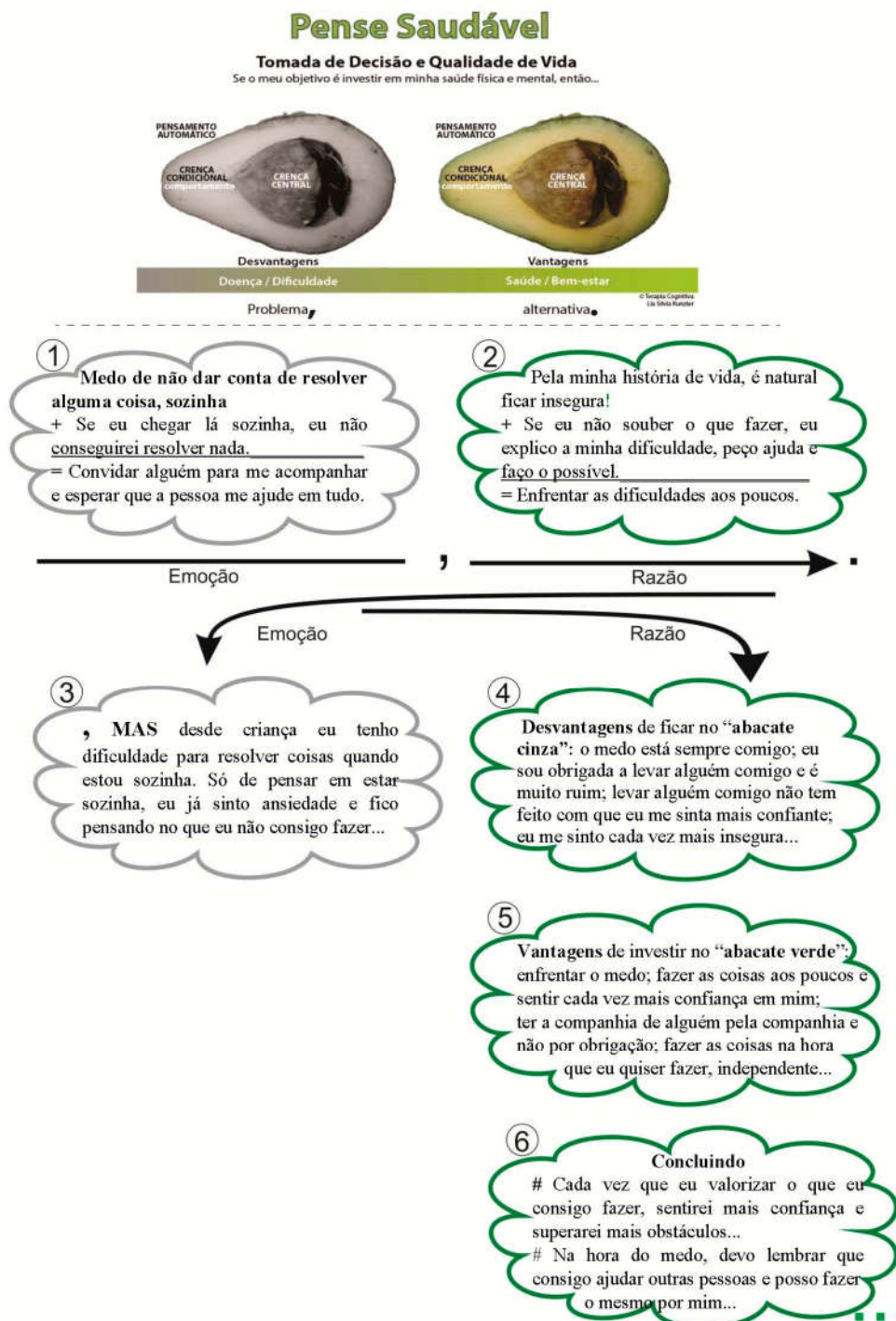


Figura 5. Pense saudável: Medo de não dar conta de fazer alguma coisa, sozinha.

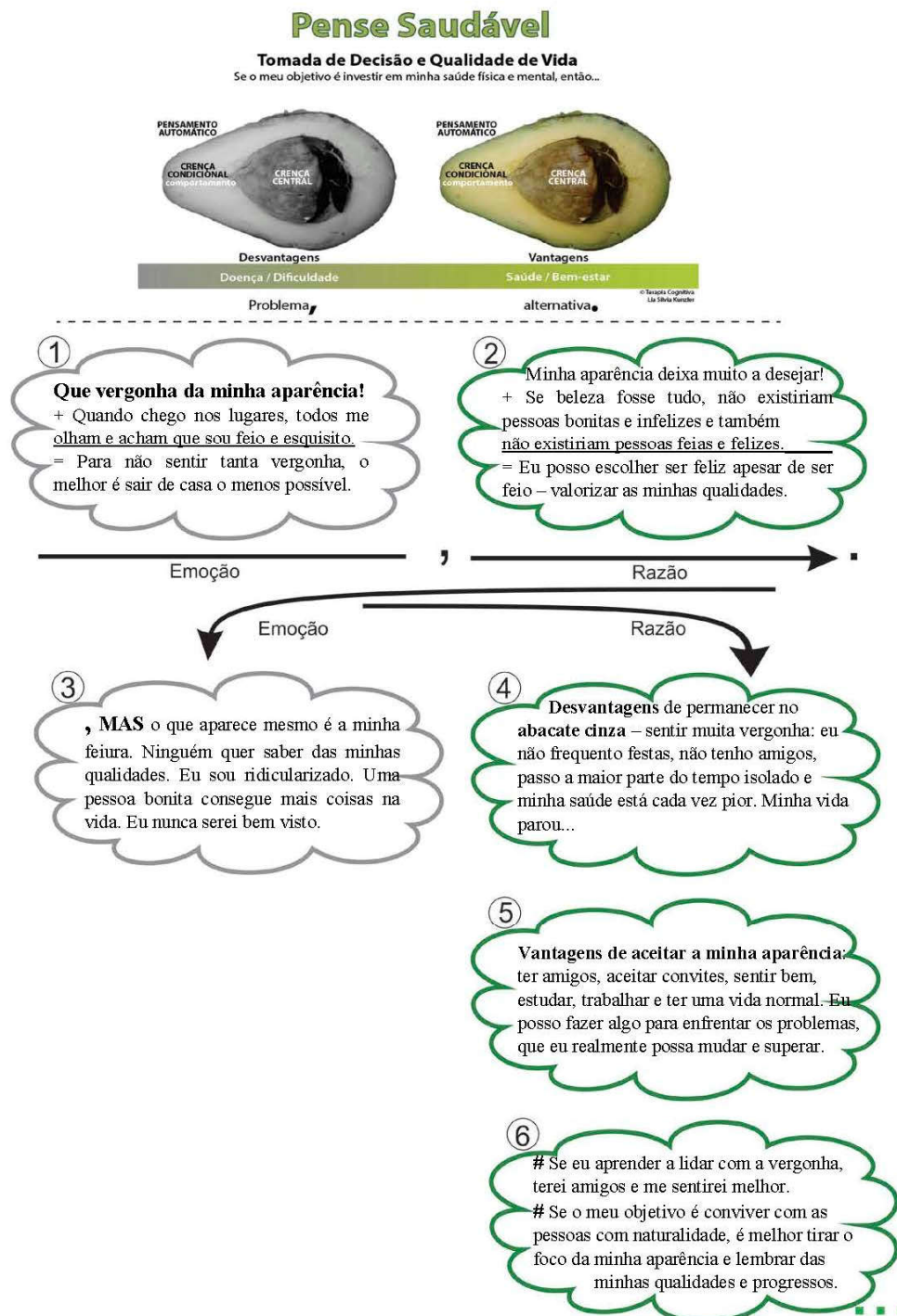


Figura 6. Pense saudável: Vergonha da minha aparência

## Pense Saudável

### Tomada de Decisão e Qualidade de Vida

Se o meu objetivo é investir em minha saúde física e mental, então...

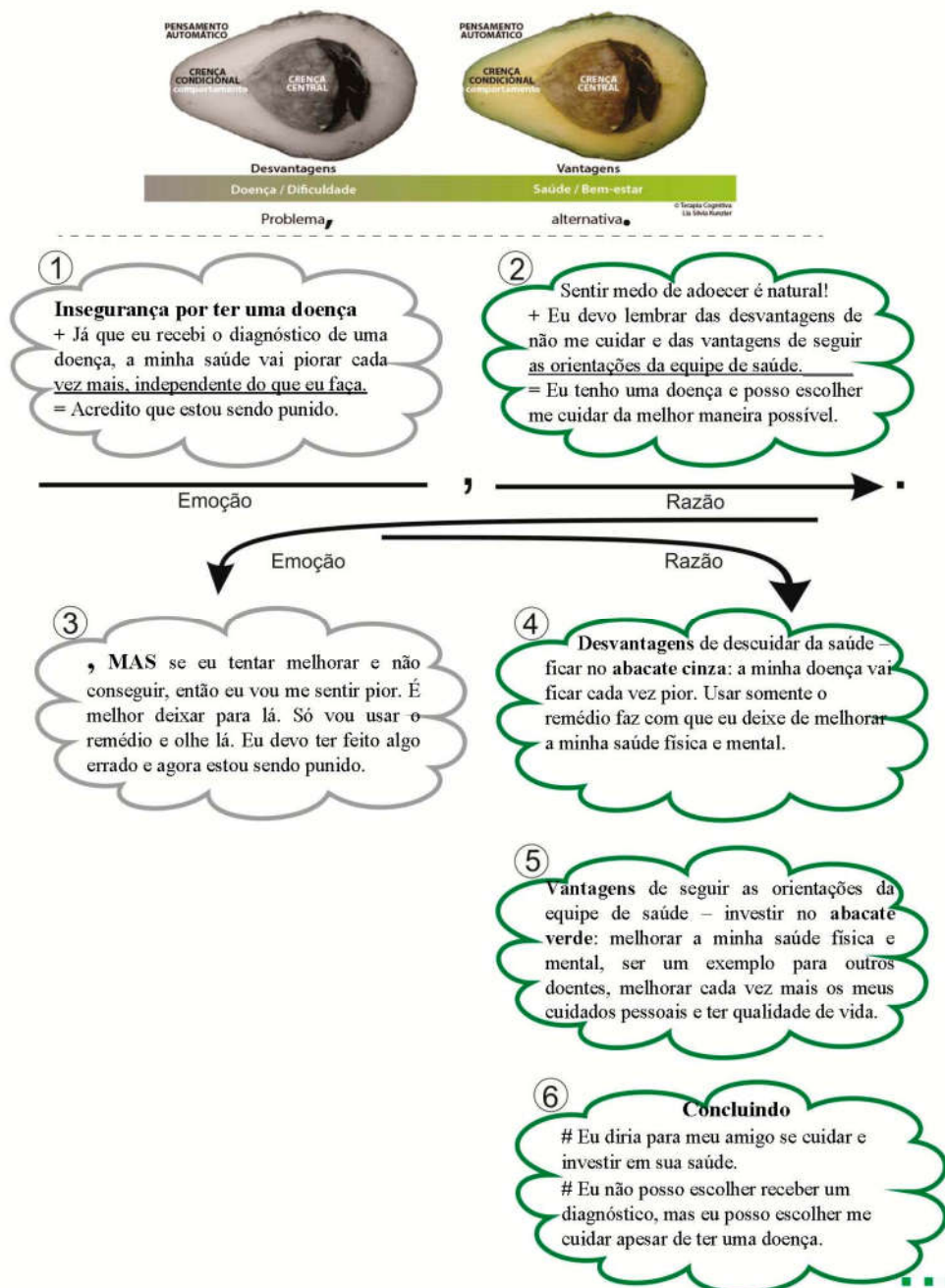


Figura 7. Pense saudável: Insegurança por ter uma doença.



## 5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa propôs a adaptação de uma técnica específica da terapia cognitivo-comportamental, “Pense saudável e sinta a diferença”, para promover a melhora da qualidade de vida de portadores de acromegalia.

Esse recurso terapêutico pode ser eficaz quando em associação com o tratamento cirúrgico, radioterápico e medicamentoso.

Foram evidenciados ganhos em qualidade de vida, estatisticamente significativos, após a participação na intervenção, nos domínios estado geral de saúde e saúde mental. Os efeitos da terapia foram mantidos no acompanhamento por nove meses, o que sugere estabilidade dos resultados alcançados.

Houve melhora nos indicadores de depressão antes e depois da participação na pesquisa, porém não foram estatisticamente significativos.

O conteúdo da técnica “Pense saudável e sinta a diferença” foi adaptado para acromegálicos com o objetivo de promover a aceitação da aparência física. Os fatores (sobretudo pensamentos, emoções e desvantagens) associados ao comportamento não saudável foram identificados, assim como os fatores (sobretudo pensamentos, emoções e vantagens) associados ao comportamento saudável.

Em síntese, a técnica aqui estudada procura facilitar a aceitação das alterações da imagem corporal e o investimento em um estilo de vida saudável. A melhora da qualidade de vida é favorecida pelas reflexões resultantes do seguinte questionamento: “Apesar de ser portador de acromegalia, quando eu perceber uma emoção em desequilíbrio, o que eu posso pensar e o que posso fazer de mais saudável?”.

## 6 REFERÊNCIAS DA TESE

1. Naves LA, Mercado M, Duarte FHG, Vilar BF, Vilar L (2016) Acromegalia - Visão geral. In: Vilar L, Endocrinologia Clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 56-70
2. Katznelson L. Diagnosis and management of acromegaly in 2012. *Eur Endocrinol.* 2012;8(1):48-52.
3. Siegel S, Streetz-van der Werf C, Schott JS, Nolte K, Karges W, Kreitschmann-Andermahr I. Diagnostic delay is associated with psychosocial impairment in acromegaly. *Pituitary.* 2013;16(4):507-14.
4. Tiemensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JWA, Romijn JA, Biermasz NR. Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96(11):3550-8.
5. Dantas RAE. Análise da qualidade de vida e da aptidão física relacionada à saúde em pacientes acromegálicos [Tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.
6. Pereira-Neto A, Borba AM, Andrade de Mello P, Naves LA, Santos de Araújo Jr A. Mean intrasellar pressure, visual field, headache intensity and quality of life of patients with pituitary adenoma. *Arq Neuropsiquiatr.* 2011;68(3):350-4.
7. Rutz A, Hamdan AC. In: Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Cosenza RM (orgs), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional.* Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 128-41.
8. Palmieri A. O cérebro e a tomada de decisões. In: Knapp P (org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 71-88.
9. Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbital damage. *Brain and Cognition.* 2004; 55(1): 30-40.
10. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso.* 3.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

12. Kunzler LS. Terapia cognitiva: aplicabilidade da técnica "Pense saudável". *Rev Debates Psiquiatr.* 2015;5(6):28-37.
13. Fleck MPA (org). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2003; 25(4): 249-52.
15. Costa Neto SB, Araujo TCCF. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto).* 2001; 9(2): 125-35.
16. Costa Neto SB, Araujo TCCF. A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. *Estudos Goiânia.* 2003; 30(1): 165-179.
17. Matos DR. *Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total de quadril. [dissertação]* Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.
18. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2006; 19(2): 128-36.
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999 maio-jun;39(3):143-50.
20. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.* 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
21. Beck AT. Thinking and depression - I - Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry.* 1963;9:324-333.
22. Knapp P (org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004.
23. Padesky CA. Schema change processes in cognitive therapy. *Clin Psychol Psychother.* 1994;1(5):267-78.
24. Butler G, Hope, T. *Managing your mind: the mental fitness guide.* 2.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2007.
25. Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. *In:* Melo W (org), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva.* Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 24-56.
26. Beck AT, Knapp P. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl II):S54-64.

27. Cade NV. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr Clín.* 2001;28(6):300-4.
28. Falcone EM. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 1999;1(1):23-32.
29. Gomes MJC, Scrochio EF. Terapia da gagueira em grupo: experiência a partir de um grupo de apoio ao gago. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2001;3(2):25-34.
30. Sardinha A, Oliva AD, D'Augustin J, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Rev. bras. ter. cogn.* 2005;1(1):83-90.
31. Rangé BP, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl II):S88-S95.
32. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV, Otto MW. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl II):S81-S87.
33. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margi R. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother psychosom.* 2003;72(4):211-6.
34. Espie CA. The group treatment of obsessive compulsive ritualizers. Behavioral management of identified patterns of relapse. *Behavioural Psychotherapy.* 1986;14:21-33.
35. Fals-Stewart W, Lucent S. Behaviour group therapy with obsessive-compulsive: an overview. *Int J Group Psychother.* 1994;44:35-51.
36. Himle JA, Rassi S, Haghigthatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson J. Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven-vs. twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety.* 2001;13(4):161-5.
37. Neufeld CB. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. *In: Rangé B (org), Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 737-50.
38. Kunzler LS, Araujo TCCF. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP).* 2013;30(2):267-74.
39. Kunzler LS. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Med.* 2008;45:30-40.



40. Greenberger D, Padesky, CA. A mente vencendo o humor. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
41. Caminha RM, Caminha MG. Baralho dos pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência. Porto Alegre: Sinopsys; 2012.
42. Knapp P, Luz Jr E, Baldisserotto GV. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangé B (org). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001.p.332-50.
43. Beck JS. Pense magro: a dieta definitiva de Beck. Treine o seu cérebro a pensar como uma pessoa magra. Porto Alegre: Artmed; 2009.
44. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed; 2013.
45. Linehan M. Terapia cognitiva-comportamental para transtorno de personalidade borderline. Porto Alegre: Artmed; 2010.
46. Kunzler LS, Lima MCF, Knijnik DZ. Crenças condicionais e estilo de vida. *In: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Neufeld CB, Falcone EMO, Rangé B (orgs), Procognitiva Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 61-100.*
47. Lipp MEN, Malagris LEN. O treino cognitivo de controle da raiva: o passo a passo do tratamento. Rio de Janeiro: Cognitiva; 2010.
48. Kunzler LS. Pense saudável: reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais. *In: Rangé B (org), Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 194-205.*
49. Kunzler LS. O pensar saudável na aposentadoria. *In: Murta SG, Leandro-França C, Seidl J (orgs), Programas de educação para aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 165-81.*
50. Ferreira de Lima MCGP, Kunzler LS. Terapia cognitivo-comportamental nas doenças reumáticas. *Capital Reumato 2017;(3):14-19.*
51. Neufeld CB, Vaz de Carvalho A. Treino de habilidades sociais. *In: Melo W (org), Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 153-85.*

52. Passos KE. Avaliação do perfil psicopatológico e da qualidade de vida em pacientes acromegálicos [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.
53. Cunha JA. Manual da versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
54. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(Supl 4):7-22.
55. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003;26:3160-7.
56. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najjar AL, dos Anjos LA, Vasconcelos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. Rev Bras Epidemiol 2013;16(4):889-897.
57. Gibbons J, Chakraborti S. *Nonparametric statistical inference* (5 ed.). Taylor & Francis, New York; 2011.
58. Cohen J. The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. Journal of Abnormal and Social Psychology 1962;65(3):145–153
59. Hair, J., Black, W., Babin, B., Rolph, A., & Tatham, R. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
60. Tabachnik BG, Fidell LS. Using multivariate analysis. Need Heights: Allyn & Bacon; 2001.

## APÊNDICE A – ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

### ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LIA SILVIA KUNZLER

# ARTIGO

## TERAPIA COGNITIVA: APLICABILIDADE DA TÉCNICA “PENSE SAUDÁVEL”

### COGNITIVE THERAPY: APPLICABILITY OF THE “THINK HEALTHY” TECHNIQUE

#### Resumo

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na década de 1960, a partir da atuação com pacientes com diagnóstico de depressão. O princípio da terapia cognitiva é que o humor e os comportamentos negativos são resultado de pensamentos distorcidos e rígidos. Isso faz com que os pacientes se comportem como se a situação fosse pior do que realmente é. A intervenção psicoterápica baseada na terapia cognitiva pressupõe que o paciente participe ativamente tanto do processo de terapia quanto da prevenção de recaída e que se torne seu próprio terapeuta. Nas sessões iniciais, os pacientes não compreendem o potencial da terapia na promoção de mudanças, mas ao longo do tratamento isso é evidenciado. No Brasil, o início do desenvolvimento da terapia cognitiva data do final da década de 1980. Atualmente, mais de 300 ensaios clínicos controlados atestam sua eficácia. O presente artigo apresenta o caso clínico de Laura, estudante de fisioterapia, que alcançava resultados ruins quando avaliada por apresentações orais ou provas. As situações eram evitadas ou enfrentadas com intenso medo ou ansiedade. A técnica “pense saudável”, sistematizada com base em conceitos de promoção de saúde, qualidade de vida, tomada de decisão e terapia cognitiva, foi adaptada de acordo com a conceitualização específica do problema.

**Palavras-chave:** Terapia cognitiva, qualidade de vida, promoção da saúde.

#### Abstract

Cognitive therapy was developed by Aaron Beck in the 1960s, based on his work with patients diagnosed with depression. The basis of cognitive therapy is that mood and negative behaviors result from rigid, distorted

thinking. Thus, patients behave as if a given situation were worse than it really is. Cognitive psychotherapy requires the patient to actively engage in both the therapeutic process and the prevention of relapse, becoming their own therapist. In early sessions, patients are often unable to see the potential of the therapy in promoting change, but as treatment evolves, the benefits become evident. In Brazil, the development of cognitive therapy dates from the late 1980s. Currently, over 300 controlled clinical trials demonstrate its efficacy. This article describes the clinical case of Laura, an undergraduate student of physiotherapy who used to perform poorly in oral presentations and exams. These situations were either avoided by the patient or faced with intense fear and anxiety. The “think healthy” technique, systematized based on concepts of health promotion, quality of life, decision making, and cognitive therapy, was adapted according to the conceptualization of the specific problem.

**Keywords:** Cognitive therapy, quality of life, health promotion.

#### INTRODUÇÃO

Inicialmente, a terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na década de 1960, para tratar pacientes com quadros de depressão. Atualmente, a técnica pode ser utilizada para o tratamento de qualquer quadro de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade, fobias, entre outros<sup>1</sup>. Para a terapia cognitiva, os transtornos psicológicos são consequência de pensamentos distorcidos e disfuncionais<sup>2</sup>. A terapia cognitiva é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa e breve. A utilização das técnicas da terapia cognitiva tem como objetivo a identificação, a avaliação e a mudança de

**LIA SILVIA KUNZLER**

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

padrões distorcidos e não saudáveis dos níveis de cognição<sup>4</sup>.

O presente artigo descreve o caso clínico de Laura, estudante do curso de fisioterapia. Devido a uma dificuldade de apresentar trabalhos orais e fazer provas orais e escritas, a paciente buscou ajuda quando percebeu que seu problema causaria sua reprovação em todas as disciplinas do primeiro semestre. A técnica "pense saudável e sinta a diferença", cuja sistematização é fundamentada em conceitos básicos da terapia cognitiva, foi aplicada. A técnica apresentada reforça a tomada de decisão pela promoção da saúde e pela qualidade de vida.

#### **PROMOÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO**

Promoção de saúde envolve a conquista da autonomia necessária para a tomada de decisão sobre os aspectos que afetam a vida – alcançar o controle sobre a saúde e as condições de vida<sup>3</sup>. Os programas de promoção da saúde visam ajudar as pessoas a mudarem seu estilo de vida e também a aprenderem a mudar ou lidar com o seu ambiente<sup>4</sup>. Para a construção de um comportamento saudável, devem ser valorizadas suas vantagens, ao mesmo tempo em que as desvantagens do comportamento não saudável devem ser maximizadas. O objetivo principal da promoção da saúde é melhorar a saúde e incrementar a qualidade de vida. Desta forma, intervenções que enfoquem a distinção entre comportamentos não saudáveis e saudáveis representam possibilidades de atingir essas metas em longo prazo<sup>5</sup>.

Qualidade de vida é um conceito abrangente, vinculado ao que o indivíduo sente e percebe, relacionado ao anseio de viver bem e sentir-se bem<sup>6</sup>. A avaliação de qualidade de vida possibilita a análise dos custos e dos benefícios dos programas quando se considera a política de saúde para a população<sup>7</sup>.

Em relação às escolhas e aos comportamentos, torna-se importante a reflexão sobre tomada de decisão. Segundo Palmini, quando se encontra em um dilema de tomar uma decisão, o indivíduo mantém parte de sua atenção na recompensa do presente e outra parte em

consequências futuras, sendo esses valores em geral excludentes<sup>8</sup>. A influência da emoção na tomada de decisão é pouco estudada, porém ela é direcionada por sinais emocionais gerados por algum evento previsto para o futuro, o que pode gerar um comportamento não saudável<sup>9</sup>.

A terapia cognitiva pode ser aplicada com o intuito de facilitar uma tomada de decisão que favoreça a melhora da qualidade de vida e a promoção da saúde. Uma técnica específica denominada "pense saudável e sinta a diferença" foi sistematizada e tem sido aplicada em diversos contextos.

#### **TERAPIA COGNITIVA**

Na terapia cognitiva desenvolvida por Aaron Beck, o questionamento constitui-se em uma ferramenta terapêutica fundamental para o processo de tomada de decisão<sup>10</sup>. A terapia se fundamenta na racionalidade teórica de que a emoção e o comportamento são determinados pela maneira como o indivíduo interpreta a situação, e não pela situação em si<sup>10</sup>. A interpretação da situação resulta tanto no comportamento não saudável quanto no saudável<sup>11,12</sup>.

Assim, o primeiro passo é questionar quais são as possíveis alternativas para resolver um problema, seguido pela seleção da melhor alternativa entre as opções. Outras questões envolvem examinar as consequências de um comportamento indesejado e as vantagens que podem ser alcançadas com um comportamento desejado<sup>10,13</sup>.

#### **TERAPIA COGNITIVA E A TÉCNICA "PENSE SAUDÁVEL E SINTA A DIFERENÇA"**

O modelo cognitivo pressupõe que emoção, reação física, comportamento e cognição estão diretamente relacionados, e a construção de cognições saudáveis acarreta melhora nos demais<sup>13,14</sup>. Baseada nos conceitos da terapia cognitiva, a técnica "pense saudável e sinta a diferença" promove a redução de comportamentos não saudáveis e a construção e manutenção de comportamentos saudáveis, utilizando a analogia dos abacates cinza e verde (Figura 1).



## ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LIA SILVIA KUNZLER

# ARTIGO

Com o auxílio da imagem, o paciente avalia suas cognições e seus comportamentos e reflete se são saudáveis ou se são mantidos por emoções em desequilíbrio, representando sintomas ou dificuldades. A visualização facilita a reflexão a respeito da situação enfrentada e de possíveis alternativas, com melhora na qualidade de vida<sup>13,14</sup>. A técnica está sistematizada para utilização em diferentes contextos: transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)<sup>13</sup>, abordagem da raiva<sup>15</sup>, ansiedade social e depressão secundária à ansiedade social<sup>16</sup>, preparação para a aposentadoria<sup>17</sup>, entre outros. No ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília, em uma pesquisa de doutorado, a eficácia da técnica está sendo testada para a melhora da qualidade de vida de pacientes portadores de acromegalia.

A técnica "pense saudável" é organizada em seis etapas, sendo duas delas no lado distorcido (cinza) e quatro delas no lado reestruturado (verde). A Figura 1 oferece as orientações para o preenchimento das seis etapas da técnica – o passo a passo. Na Figura 2, as etapas estão em branco para que o exercício seja utilizado em outras situações, tanto durante as sessões de terapia quanto fora delas, quando as habilidades cognitivas e comportamentais devem ser praticadas para a manutenção da melhora e prevenção de recaídas. Com ela, o paciente constrói sua reflexão pessoal.

Diversos exemplos poderiam ser apresentados no presente artigo de atualização, tais como procrastinação, dificuldades em relacionamentos pessoais, preocupações excessivas, estilo de vida sedentário, insônia, manejo de emoções – ansiedade aguda, culpa, raiva, depressão, entre outros. No entanto, com o objetivo de demonstrar a aplicação prática da técnica, optamos por descrever o caso clínico de Laura, que aborda sua dificuldade quando avaliada em seu curso de graduação, tanto por provas orais e escritas quanto por apresentações orais. Do caso clínico, informações relevantes são utilizadas para o preenchimento das seis etapas do exercício (Figura 3). O objetivo, então, é reestruturar os pensamentos, com melhora na emoção e no comportamento. Na terapia cognitiva, o espaço para o preenchimento das reflexões nos exercícios é reduzido propositalmente, para que a construção de pensamentos ponderados e sensatos em momentos de emoções em desequilíbrio seja colocada em prática.

### EXEMPLO CLÍNICO: FAZER PROVA ORAL OU ESCRITA E APRESENTAR TRABALHO ORAL

Laura, estudante do curso de fisioterapia, informa que tem enfrentado dificuldades para fazer prova oral ou escrita e para apresentar trabalho oral, seja individual ou em grupo. Ela tem sentido medo intenso e tristeza com muita frequência, e raiva em alguns momentos. Laura reconhece que se empenhou para concluir a escola e para ingressar em um curso de graduação, mas isso não tem sido suficiente para acalmá-la. Por mais que ela saiba o quanto tem se esforçado, ela tem ficado cada vez mais ansiosa, antes e durante as avaliações. Como a família não sabia mais o que fazer, procuraram a ajuda de um terapeuta cognitivo.

Na consulta inicial, o terapeuta perguntou se Laura realmente se dedicava aos estudos. A mãe, que a acompanhava na consulta, logo respondeu que a filha estuda bastante. Relatou que, ao chegar do trabalho, ajuda a filha a rever o conteúdo da disciplina e que sempre acredita que a filha obterá excelentes menções. Porém, ao sair das provas ou das apresentações orais, Laura sempre telefona para a mãe e relata, aos prantos, que não conseguiu fazer nada e, em algumas situações, até saiu correndo da sala de aula.

Algumas pessoas próximas não entendem o que está acontecendo, pois, ao mesmo tempo em que Laura parece saber tudo, ela esquece de tudo quando questionada nas avaliações. Alguns colegas não compreendem como é que Laura esclarece as dúvidas de vários deles antes das provas e recebe resultados muito piores do que os deles. Laura corre o risco de ser reprovada nas cinco disciplinas que está cursando no primeiro semestre de seu curso de graduação. Com o intuito de proporcionar uma maneira saudável de enfrentar as avaliações, a técnica "pense saudável" foi utilizada no caso de Laura. A construção das seis etapas da técnica é descrita a seguir.

#### *Etapa 1 - A dificuldade: o ponto de partida*

O ponto de partida é a identificação da emoção, que, em desequilíbrio, faz com que Laura não consiga aplicar, quando avaliada, o conhecimento adquirido. Ela não mede esforços ao estudar, e suas menções não condizem com tamanho esforço e dedicação. O resultado inferior ao esperado tem feito com que Laura

**LIA SILVIA KUNZLER**

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

acredite que é desequilibrada, que realmente não tem condições de concluir sua graduação e de trabalhar como fisioterapeuta. A preocupação excessiva tem gerado um quadro de insônia importante. Os pensamentos não saudáveis em momentos de emoção em desequilíbrio resultam em um comportamento indesejado.

Dos problemas que foram relatados, seguindo as orientações fornecidas na Figura 1, algumas informações importantes foram selecionadas para o preenchimento da Etapa 1 na Figura 3: "Medo de apresentação oral e prova + Eu sei o conteúdo da matéria, mas não consigo apresentar o trabalho e fazer a prova. Eu sou desequilibrada = Eu choro demais e não consigo dormir."

*Etapa 2 - A alternativa possível e saudável*

A Etapa 2 evidencia que, como em uma equação matemática, a aceitação da emoção em desequilíbrio e da dificuldade enfrentada, somada a pensamentos saudáveis, pode resultar em um comportamento desejado e saudável. As distorções cognitivas – pensamentos não saudáveis – identificadas na Etapa 1 são reestruturadas na Etapa 2, favorecendo que o comportamento saudável seja treinado e consolidado através dos experimentos comportamentais.

Enquanto Laura busca alternativas para lidar com sua dificuldade no momento em que é avaliada, com o auxílio do terapeuta, algumas reflexões foram selecionadas para o preenchimento da Etapa 2 na Figura 3: "Sentir insegurança é natural! + Eu sou uma pessoa responsável e séria. Eu estudei, me dediquei e me preparei. = Eu mantenho o foco no presente, faço a prova, apresento o trabalho e logo estou livre! Eu aproveito melhor o meu tempo."

A construção da Etapa 2 favorece a superação das dificuldades e facilita a aplicação do conhecimento nas avaliações e apresentações orais. Mantendo a Etapa 2 mais ativa do que a Etapa 1, Laura tem mais chances de obter bons resultados.

*Etapa 3 - A emoção em desequilíbrio e o passado mantêm o problema*

Em algumas situações, a reestruturação da Etapa 1 para a Etapa 2 é suficiente para que o paciente alcance o seu objetivo. Porém, o que tem acontecido com Laura é que a emoção em desequilíbrio e as lembranças do passado acionam novamente os pensamentos e os comportamentos não saudáveis, voltando ao padrão

não saudável. Seu pai sempre a desqualificou e repetia constantemente que Laura era burra e que a melhor opção seria desistir.

A Etapa 3, caracterizada pela manutenção do problema, pode ser reforçada por situações vividas no passado e que, quando acionadas, fazem a situação parecer muito mais difícil ou impossível de ser superada. A Etapa 3 representa os aspectos negativos da história pessoal, que devem ser devidamente identificados e esclarecidos. Em relação aos estudos, após concluir o raciocínio com algo saudável, Laura volta ao abacate cinza e pensa: "Eu já falhei tantas vezes. No passado, eu estudava e os resultados eram ruins. Meu pai, meus colegas e meus professores achavam que eu era burra. Que medo de falhar novamente! Eu choro sem parar."

*Etapa 4 - Tomada de decisão: as desvantagens de permanecer no "abacate cinza"*

Quando algo que parece simples de ser colocado em prática – estudar bastante e obter bons resultados – não é executado, outras reflexões devem ser construídas e detalhadas (Etapa 4, Etapa 5 e Etapa 6). As reflexões são uma fonte importante para os cartões de enfrentamento, juntamente com o conteúdo da Etapa 2, possibilitando o investimento na saúde física e mental. Quando há maior risco de voltar atrás e fazer algo que não deveria – desistir da avaliação e sair correndo da sala de aula, por exemplo –, os cartões de enfrentamento são lembretes que servem de auxílio para a manutenção de um objetivo previamente determinado.

Com o objetivo de mudar após compreender o que a faz sentir tanta insegurança e medo, Laura foi orientada a valorizar as desvantagens de manter o medo tão ativado (Etapa 4) e as vantagens de valorizar todo o seu esforço, focar no presente e aplicar o seu conhecimento (Etapa 5). Na Etapa 4, que identifica as desvantagens de permanecer no abacate cinza, Laura listou: "Desvantagens do medo em excesso: eu penso mal sobre mim, prejuízo a minha vida, os meus sonhos e o meu sono. Viver no futuro somente aumenta o problema."

*Etapa 5 - Tomada de decisão: as vantagens de investir no "abacate verde"*

Para fortalecer a tomada de decisão pela mudança, além das desvantagens de permanecer no abacate cinza,

## ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LIA SILVIA KUNZLER

## ARTIGO

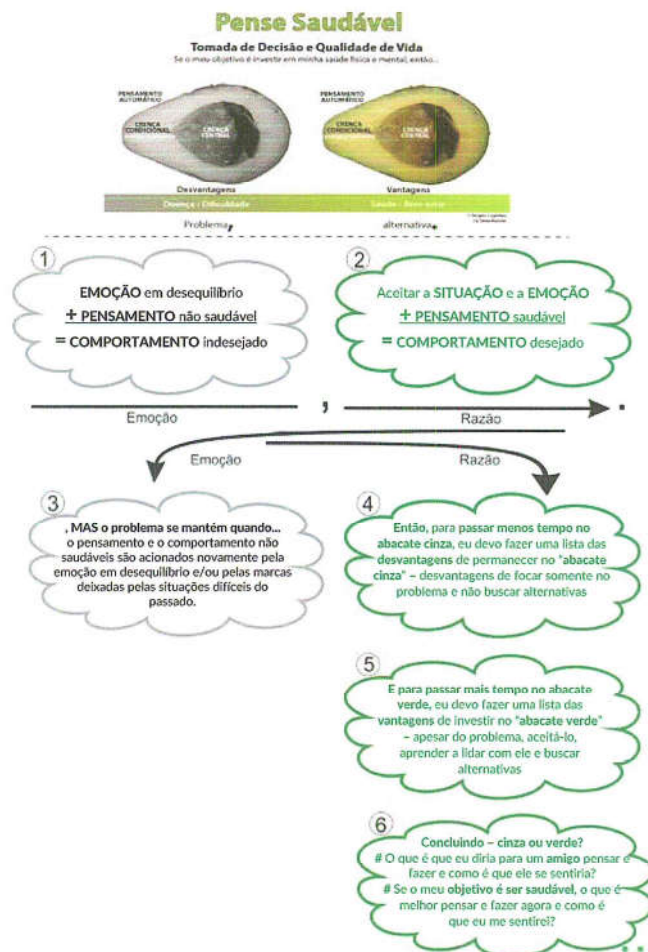


Figura 1 - Pense saudável: orientações para o preenchimento do exercício



LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

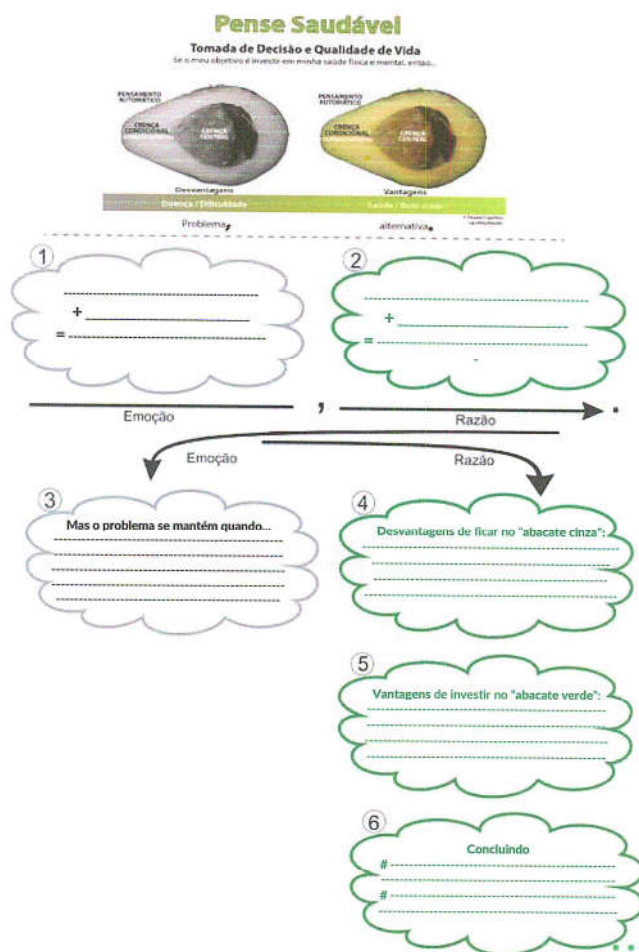


Figura 2 - Pense saudável: versão para preenchimento



# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LIA SILVIA KUNZLER

# ARTIGO

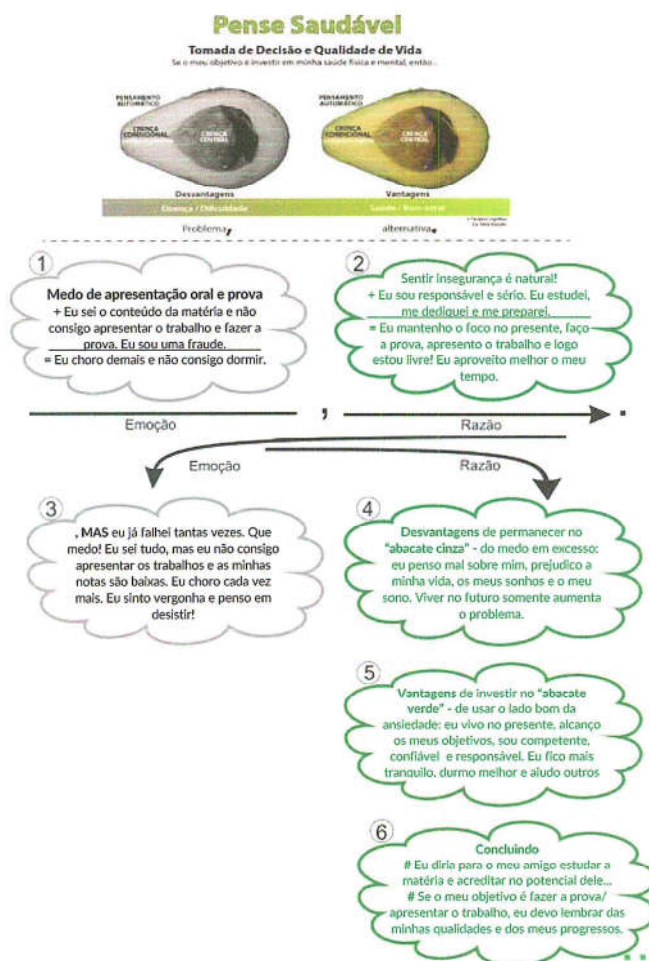


Figura 3 - Pense saudável: fazer prova e apresentar trabalho oral

**LIA SILVIA KUNZLER**

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

lançadas na Etapa 4, as vantagens de investir no abacate verde são valorizadas na Etapa 5. Em relação às vantagens de pensar saudável e ficar mais calma nas avaliações para aplicar o conteúdo da matéria que estudou com dedicação, Laura organizou a seguinte lista em cooperação com o terapeuta: "Eu vivo no presente, alcanço os meus objetivos, sou competente, confiável e responsável. Eu fico mais tranquila, durmo melhor e ajudo outros colegas."

**Etapa 6 - O pensar saudável e a saúde física e mental**

Na Etapa 6, o raciocínio saudável é aprimorado. Com o objetivo de superar as dificuldades apresentadas nas Etapas 1 e 3, os pensamentos de reflexão aumentam as chances da manutenção do comportamento saudável e equilibrado. Em seu bloco de anotações da terapia, Laura escreveu frases e selecionou algumas para a confecção dos cartões de enfrentamento, por exemplo: "Eu diria para o meu amigo estudar a matéria e acreditar no potencial dele...; Se o meu objetivo é fazer a prova/apresentar o trabalho, eu devo lembrar das minhas qualidades (autoestima) e dos meus progressos (autoconfiança)."

Algumas perguntas são também importantes: O que é que eu diria para uma pessoa de que gosto, e que está passando pelo mesmo problema que eu estou? Como ela poderia se comportar e como é que ela se sentiria? O que é que a pessoa que consegue fazer o que eu não estou conseguindo fazer pensa e como é que ela avalia a melhora dela?

**RESUMINDO**

Com o auxílio da terapia cognitiva, Laura passou a identificar as emoções e os pensamentos ligados à sua dificuldade de apresentar trabalho e fazer prova oral ou escrita. Laura compreende que a emoção em desequilíbrio faz com que ela não questione o que está passando pela sua cabeça – ela simplesmente acredita e se comporta de acordo com sua crença de ser desequilibrada e um fracasso. O exercício sistematiza algumas reflexões quando Laura percebe que está muito insegura em situações nas quais é avaliada. Ela tem conseguido manter sua decisão sobre a forma mais saudável de pensar, de se comportar e, conseqüentemente, de se sentir. Apesar da dificuldade, Laura passou a perceber o seu padrão não saudável e passou a investir em um padrão saudável. A principal reflexão é "Se o meu objetivo é investir em minha saúde

física e mental, o que é que eu devo fazer agora: pensar mal de mim ou colocar em prática todo o meu esforço?" Laura compreende que o abacate cinza será acionado em várias situações, porém depende dela quanto tempo ela vai passar no abacate cinza ou no verde. Ela toma a decisão de viver em 50 tons de cinza ou 50 tons de verde.

**EXPERIMENTO COMPORTAMENTAL**

Greenberger & Padesky dedicam um capítulo de seu livro aos experimentos comportamentais. Um experimento comportamental é preparado para que os pensamentos não saudáveis, que foram reestruturados em pensamentos saudáveis, sejam testados, na prática, como geradores de comportamentos saudáveis. Em alguns casos, diversos experimentos comportamentais são planejados e executados para consolidar uma crença saudável. No início do processo de mudança, alguns pacientes referem certa estranheza por não alcançarem a mudança com naturalidade. A mudança de um comportamento assemelha-se ao aprendizado de uma habilidade nova, tal como falar uma língua estrangeira, aprender a cantar ou dançar e assim por diante<sup>18</sup>.

Os autores propõem a sistematização do exercício com as seguintes etapas: experiência, previsão do resultado, possíveis problemas, estratégias para solucionar esses problemas, resultado da experiência e avaliação de quanto o resultado apoia o pensamento que foi testado (0-100%) (p. 98).

**CARTÕES DE ENFRENTAMENTO**

Judith Beck, em seu livro *Pense magro*<sup>19</sup>, aborda a importância da utilização dos cartões de enfrentamento. A autora propõe a reestruturação cognitiva em 6 semanas para a perda de peso e a manutenção do peso corporal alcançado. O programa pode ser aplicado com qualquer dieta, pois ele não ensina o que comer, e sim como "pensar magro". O paciente pode escolher qualquer dieta que considere razoável. O objetivo do programa é aprender habilidades cognitivas e comportamentais que garantam o investimento em um estilo de vida saudável<sup>19</sup>. No livro de tarefas, a autora oferece 24 exemplos de cartões de enfrentamento. Após a reestruturação cognitiva, os pensamentos ligados aos comportamentos saudáveis são armazenados nos cartões de enfrentamento e lembrados em situações difíceis<sup>20</sup>.

## ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LIA SILVIA KUNZLER

## ARTIGO

**CONCLUSÕES**

Baseada nos conceitos da terapia cognitiva, a técnica "pense saudável e sinta a diferença" foi elaborada e tem sido aprimorada ao longo dos últimos 10 anos. A técnica pode contribuir para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida, através da reestruturação cognitiva e comportamental, com reflexo positivo nas emoções.

Após a determinação de um objetivo, é facilitada a tomada de decisão pela construção e pela manutenção de comportamentos saudáveis. Experimentos comportamentais são preparados cognitivamente e aprimorados na sessão de terapia, e são aplicados e testados fora das sessões.

Aliados à técnica, cartões de enfrentamento são elaborados para servirem de lembrança nas situações de maior acionamento de emoções negativas. A técnica "pense saudável e sinta a diferença" pode ser aplicada em atendimentos individuais ou em grupos, priorizando a autonomia do paciente para que ele se torne o seu próprio terapeuta, de acordo com um dos principais princípios da terapia cognitiva.

**Agradecimentos**

Agradeço às Dras. Daniela Knijnik, Maria Cecília Ferreira de Lima e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014.

A autora informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Lia Silvia Kunzler, SRTVS 701, Edifício Centro Empresarial Brasília, bloco C, sala 204, Bairro Asa Sul, CEP 70340-907, Brasília, DF. E-mail: lia.kunzler@gmail.com

**Referências**

- Knapp P, Beck AT. [Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30:554-64.
- Beck AT. Thinking and depression. II. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1964;10:561-71.
- Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e promoção da saúde. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, organizadores. *Promoção da saúde: a negação da negação.* Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 147-60.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath, K. *Health behavior and health education. Theory, research and practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- Jenkins CD. *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança do comportamento.* Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Matos DR. *Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total de quadril [dissertação].* Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
- Palmini A. O cérebro e a tomada de decisões. In: Knapp P, organizador. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 71-88.
- Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain Cogn.* 2008;55:30-40.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Knapp P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Padesky CA. Schema change processes in cognitive therapy. *Clin Psychol Psychother.* 1994;1:267-78.
- Kunzler LS. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brasília Med.* 2008;45:30-40.
- Kunzler LS, Araujo TCCF. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estud Psicol (Campinas).* 2013;30:267-74.
- Kunzler LS. Pense saudável: reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 194-205.
- Knijnik DZ, Kunzler LS. *Psicoeducação e reestruturação cognitiva.* In: Melo W, organizador.



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília  
 Faculdade de Ciências da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Pense saudável: contribuições da terapia cognitiva para incremento da qualidade de vida em portadores de acromegalia”, sob a responsabilidade da pesquisadora Lia Silvia Kunzler. O projeto consiste em identificar os comportamentos não saudáveis e que têm causado prejuízo em sua vida. Além disso, o projeto proporciona a construção e a manutenção de comportamentos que você considerar saudáveis e que podem melhorar a sua qualidade de vida.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a eficácia de uma técnica da terapia cognitiva para a construção e manutenção de comportamentos saudáveis em portadores de acromegalia. O trabalho será executado com dois grupos de 12 a 15 participantes. Após sorteio, um dos grupos participará das sessões de terapia cognitiva de agosto até novembro de 2015 e o outro grupo de março até junho de 2016.

Se você decidir participar do estudo, será solicitado a comparecer em 8 sessões de terapia em grupo, uma vez a cada semana. Cada encontro tem a duração de uma hora e meia. A participação na pesquisa não traz complicações, talvez apenas um desconforto que algumas pessoas sentem quando participam de sessões de terapia. Caso algum participante sinta algum desconforto, a pesquisadora, psiquiatra e terapeuta cognitiva, Lia Silvia Kunzler, se colocará à disposição para atendê-lo em sessões de terapia individual, gratuitas, até que o participante se sinta melhor. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

A sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

A pesquisa será realizada no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário de Brasília. Caso você não apresente uma justificativa, duas faltas consecutivas ou três faltas alternadas às sessões do grupo implicarão em sua saída do estudo. Caso você se recuse a participar ou se retire do estudo, não será penalizado de forma alguma. Sua participação, certamente, nos ajudará a verificar como ajudar os portadores de acromegalia a manter hábitos de vida mais saudáveis e lidar com emoções em equilíbrio. Pretendemos, com isso, contribuir para a promoção da qualidade de vida.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

O resultado deste estudo será apresentado como uma tese de doutorado da Faculdade de Ciências da Saúde e poderá ser divulgado em revistas e encontros científicos e de formação de profissionais. Não haverá nenhuma forma de identificação dos participantes, preservando, assim, seu anonimato. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lia Silvia Kunzler, na Universidade de Brasília, no telefone 3340-0232/8116-4800, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável.

---

Participante  
Nome e assinatura

---

Pesquisadora Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, 24 de agosto de 2015

## **APÊNDICE C – CONCEITUAÇÃO COGNITIVA**

### **TERAPIA COGNITIVA**

#### **Emoção, pensamento e comportamento**

A terapia cognitiva (TC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck, nos Estados Unidos, na década de 60, inicialmente para tratar pacientes com depressão. Hoje em dia, é uma técnica usada no tratamento de diversos sintomas e queixas (depressão, ansiedade, compulsões, entre outros).

Independente de ter ou não ter o diagnóstico de uma doença, alguns problemas podem prejudicar a vida das pessoas. Algumas queixas são dificuldade no relacionamento com familiares; não ter vontade de fazer as coisas; exigir a perfeição; não investir na saúde; ter preocupações excessivas; pensar somente nas dificuldades, nos defeitos e nos problemas; não desembarcar de emoções em desequilíbrio – medo, raiva, culpa; reagir com excessos, entre outros.

A terapia cognitiva é breve e objetiva. O que sentimos e o que fazemos está diretamente ligado com o que pensamos. Após a identificação de um pensamento não saudável (Eu estou cansado, então é melhor não fazer atividade física), um pensamento saudável é construído (Se eu fizer atividade física, então me sentirei melhor e não pior). Ao reestruturar o pensamento, há melhora no comportamento e na emoção.

A determinação de um objetivo é pessoal e específico. O seu objetivo na terapia deve ser algo que você possa alcançar e não deve ser algo que você gostaria que outra pessoa fizesse. Os objetivos específicos podem ser: “aprender a lidar com as emoções em desequilíbrio, cuidar da alimentação e do sono, praticar atividade física conforme o planejado, falar de forma assertiva, entre outros.”

O objetivo do Projeto “Pense saudável e sinta a diferença” é promover ações pela saúde e pela qualidade de vida, com a ajuda da pergunta: “Apesar de ser portador de Acromegalia, o que é que eu posso fazer para melhorar minha saúde física e mental?”

Lembre-se que a terapia funciona como um treinamento, como um curso e, então, necessita de dedicação e prática.

#### **A TÉCNICA PENSE SAUDÁVEL**

A técnica ‘Pense saudável e sinta a diferença’ utiliza a figura dos abacates cinza e verde. A técnica tem o objetivo de transformar pensamentos, emoções e comportamentos não saudáveis em pensamentos, emoções e comportamentos saudáveis, com consequente melhora da qualidade de vida.

Sentir tristeza e chorar; assistir televisão ao invés de praticar atividade física; comer duas fatias de torta de chocolate no primeiro dia da dieta; deixar uma tarefa para depois; ou sentir raiva e dar uma resposta grosseira, entre outras queixas, pode acontecer com qualquer pessoa. Em alguns momentos, é difícil dizer o que é

considerado "normal ou não". Tudo depende da frequência e de quanto essas coisas podem estar prejudicando a sua vida e a sua relação com outras pessoas.

Quando você está em sofrimento (**abacate cinza**), os seus pensamentos e os seus comportamentos estão distorcidos pelo desequilíbrio da emoção. Você enxerga as situações através de uma "lente de aumento", tornando tudo maior e mais difícil. A transformação dos pensamentos não saudáveis em pensamentos saudáveis facilita que você passe mais tempo no "**abacate verde**".

Na figura dos abacates, **os três níveis de pensamento estudados na terapia cognitiva são naturalmente representados:**

# **Casca da fruta:** "de forma aparentemente superficial" (**pensamento automático**), cobre os níveis de pensamento mais profundos. É como se fosse um resumo do que está acontecendo. Sendo o nível de pensamento mais superficial, é observado o desequilíbrio pela emoção de forma leve;

# **Polpa da fruta:** representa as **crenças condicionais**, nível de cognição ativado quando a pessoa se comporta de acordo com regras (Respeitar pessoas mais velhas), obrigações (Eu devo cuidar bem dos meus filhos) e pressupostos (Se fome não é o problema, comer não é a solução). A reestruturação da crença condicional torna possível fazer as coisas de uma maneira diferente.

Algumas **crenças condicionais** são úteis tais como "Se eu não desistir do meu projeto, então poderei ter êxito". No entanto, outras podem ser prejudiciais como, por exemplo, "Se eu não puder fazer perfeito, então é melhor desistir". Sendo o nível de pensamento intermediário, é observado o desequilíbrio pela emoção de forma moderada.

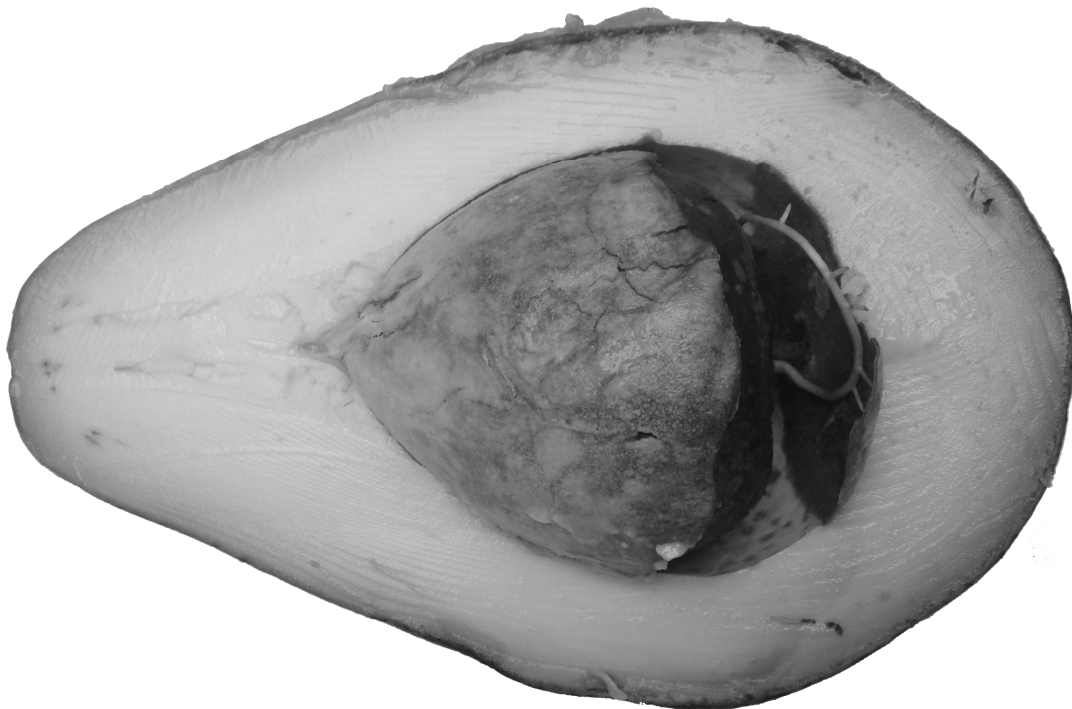
# **Caroço da fruta:** representa as **crenças nucleares** (frases com os verbos "ser, ter e estar"), "como se fosse o DNA, com pensamentos absolutos e rígidos" e que não são questionados quando você não está bem.

Uma crença nuclear não saudáveis (Eu sou um fracasso e não tenho solução) é reestruturada em uma crença nuclear saudável (Eu não consegui caminhar três vezes na semana como planejei, mas eu sou esforçado).

Sendo o nível de pensamento mais profundo, é observado o desequilíbrio pela emoção de forma intensa, com maior prejuízo.

"**Transitar**" do abacate verde para o cinza e vice-versa é o reflexo da saúde mental. Para ter qualidade de vida, você não deve ter como objetivo "**manter-se** constantemente no abacate verde", tendo em vista que diversas situações de sua vida e da sua rotina desequilibram sua emoção, o que é perfeitamente natural. O trabalho não é destruir o "**abacate cinza**", dos pensamentos, emoções e comportamentos não saudáveis, pois isso é impossível. O desafio é pensar saudável e desembarcar da emoção em desequilíbrio, retornando para o abacate verde.

## A doença e suas dificuldades



### Emoção em desequilíbrio:

# Quando eu sinto \_\_\_\_\_ (tristeza, raiva, medo, culpa, vergonha, insegurança ...).

+

### Pensamento não saudável:

# Eu penso \_\_\_\_\_ (somente no pior, somente em coisas ruins, que meu caso não tem solução, que não vale a pena investir na saúde, que eu devo ter feito algo errado para estar sendo punido...).

=

### Comportamento não saudável:

# Eu \_\_\_\_\_ (me isolo, choro, presto atenção somente nos meus sintomas, não sigo as orientações de cuidados com a saúde, ... ).



## A tomada de decisão pela saúde e pela qualidade de vida



### Pensamento saudável:

# Se eu pensar \_\_\_\_\_ (nas alternativas, que é importante aprender com os outros pacientes que estão evoluindo bem, nas vantagens em investir no tratamento e na saúde...).

+

### Comportamento saudável:

# Eu \_\_\_\_\_ (sigo as orientações da equipe, faço o que os outros pacientes fazem para melhorar, ... ).

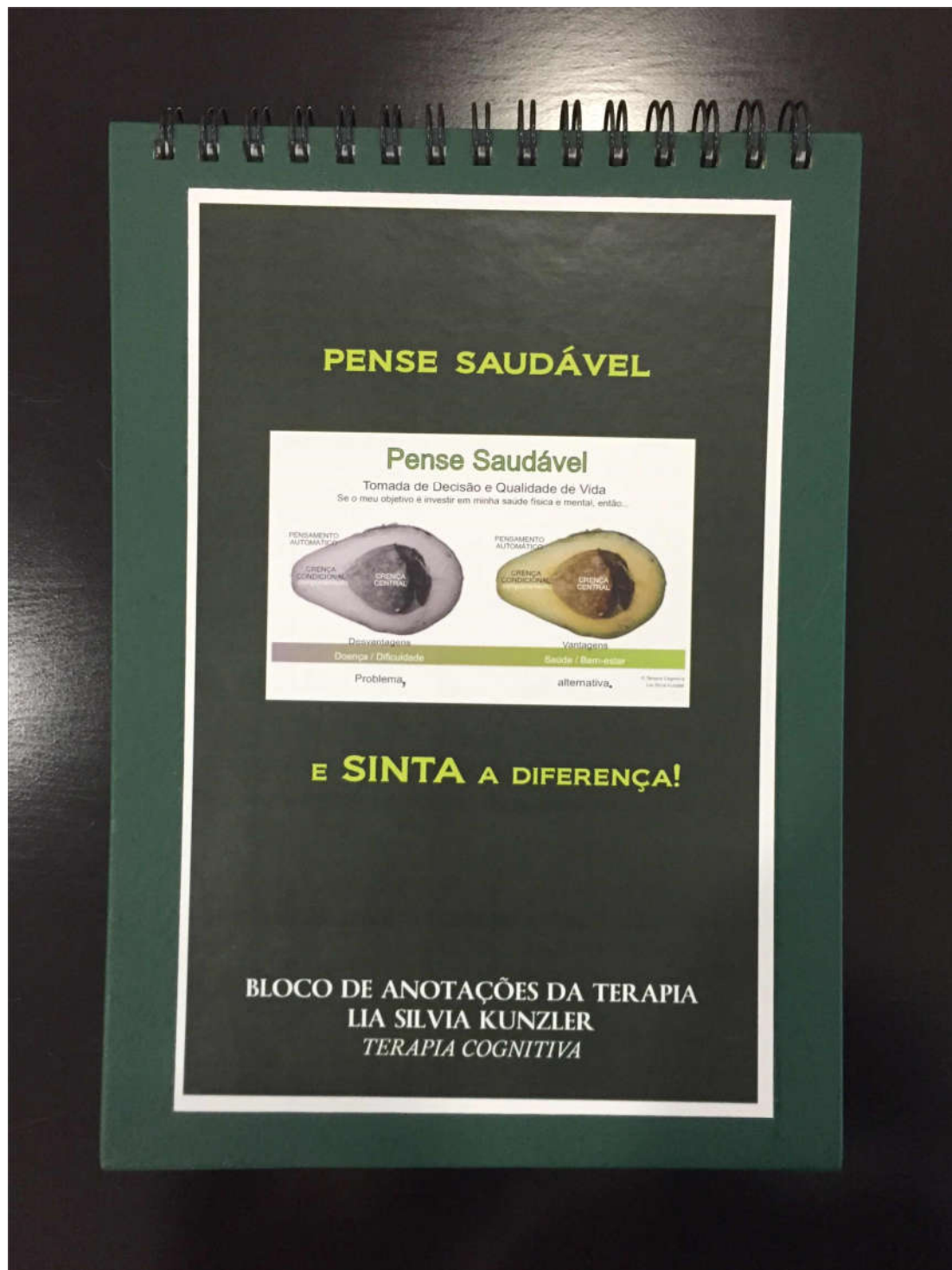
# Eu posso experimentar um outro jeito de me comportar.

# Eu aceito a minha doença – que não significa concordar, mas significa fazer algo pela minha saúde apesar da doença.

=

### Emoção em equilíbrio:

# Eu posso sentir \_\_\_\_\_ (mais esperança, menos vergonha, mais firmeza ...).

**APÊNDICE D – BLOCO DE ANOTAÇÕES DA TERAPIA**

## APÊNDICE E – REGULAÇÃO EMOCIONAL

### COMO REGULAR AS EMOÇÕES?

*Marsha Linehan* é terapeuta cognitiva nos Estados Unidos. Ela é autora do livro “Vencendo o transtorno de personalidade *borderline* com a terapia cognitivo-comportamental”. O capítulo 9 aborda as habilidades de regulação emocional. A regulação emocional está diretamente ligada a reflexões ponderadas e saudáveis. Tudo parece fácil e simples, porém é um grande desafio conseguir pensar saudável quando a emoção se desequilibra. Alguns itens são apresentados a seguir.

- Quando uma pessoa está sob estresse físico ou ambiental, ela está mais propensa à reagir com mais emoção negativa;
- A emoção não é gerada pelo acontecimento em si. A maneira como você avalia um determinado acontecimento gera a emoção e faz com que você tenha uma determinada reação;
- Algumas experiências emocionais são uma reação aos fatos que acontecem no dia a dia. As reações emocionais dependem da interpretação que você teve do fato, e não do fato em si;
- O objetivo da regulação emocional não é evitar ou se livrar das emoções;
- O objetivo é entender que as emoções vêm e vão. A maioria delas dura somente alguns segundos ou minutos e são como ondas no mar;
- A melhor maneira de se livrar das emoções negativas é deixar que elas passem;
- Para regular as emoções, é muito importante que você esteja atento às reações em seu corpo;
- Para promover mais emoções positivas é importante aumentar o número de eventos prazerosos na vida;
- É importante fazer uma lista de coisas positivas que você deseja ter em sua vida;
- Além de aumentar os fatos positivos, é importante ficar atento às experiências, vivendo o presente;
- Não é possível viver uma vida saudável se você evitar resolver os problemas ou não quiser fazer as coisas que devem ser feitas;
- Quando a sua mente estiver com o foco somente no lado negativo, faça o exercício de buscar o lado positivo da mesma situação;
- Deixar as emoções passarem não significa que você deve fazer com que elas desapareçam, já que lutar contra a dor faz com que a dor se torne mais forte;
- Quando você aceita a emoção que causa o sofrimento, fica somente a dor e a lembrança;
- Quanto mais você quiser combater uma emoção negativa, mais tempo ela ficará presente;
- Para reduzir a “mente emocional”, alguns comportamentos saudáveis são estimulados, tais como a alimentação saudável, dormir o suficiente mas não demais, praticar atividade física, tratar doenças físicas e não usar drogas;

## APÊNDICE F – INCREMENTO DA AUTOESTIMA E DA AUTOCONFIANÇA

### ESTIMA

Segundo o dicionário Aurélio, “*estima é o sentimento da importância ou do valor de alguém ou de alguma coisa; apreço; consideração; respeito...*”. Na infopédia, “*autoestima é o valor pessoal, ou seja, o conceito que a pessoa tem de si mesma*”.

#### Valorizar as qualidades pessoais para melhorar a estima

Quando a emoção se desequilibra, você pensa o pior de você mesmo e das outras pessoas. Além de você olhar os defeitos, você deve fazer algo que é muito difícil no momento, que é valorizar as qualidades.

Com o objetivo de melhorar a sua autoestima e a estima por outra pessoa, faça uma reflexão sobre as suas qualidades e da outra pessoa e lance-as em uma lista. A lista de qualidades deve ser permanentemente aprimorada.

Então, apesar dos defeitos, quais são as qualidades que devem ser valorizadas? Utilize o seu aparelho celular, seu bloco de anotações da terapia, uma agenda ou um computador.

Lista de <b>qualidades pessoais-exemplo</b> (melhora da estima – carço verde)	Lista de <b>qualidades pessoais</b> (melhora da estima – carço verde)
<b><i>Eu sou (ele é, ela é)...</i></b> <i>Cuidadoso(a), responsável, respeitador(a), amigo(a), uma pessoa boa, carinhoso(a)...</i>	<b><i>Eu sou uma pessoa...</i></b> - - - - - -

### CONFIANÇA

“*Autoconfiança refere-se à competência pessoal... Ela é definida como uma postura positiva em relação às próprias capacidades e desempenho...* (Wikipédia, a enciclopédia livre, 2014)”. Quando você não dá o devido valor ao que você faz, as crenças condicionais (polpa do abacate) apresentam-se em vários tons de cinza (“Se eu não estou fazendo tudo o que eu deveria ou como eu deveria, então nada deve ser valorizado”).

#### Valorizar as conquistas para melhorar a confiança

Assim como você fez uma lista de qualidades para melhorar a estima, faça a lista de conquistas para melhorar a confiança.

Ao valorizar os progressos e os comportamentos saudáveis, a crença condicional (polpa do abacate verde) é reestruturada e a melhora da confiança torna-se natural, propiciando também vários tons de verde (“Se eu tenho o objetivo de melhorar a minha autoconfiança, então a melhor alternativa é valorizar os progressos que tenho alcançado,

por menores que eles possam parecer. É importante fazer o mesmo com as outras pessoas”)

Lista de <b>progressos - exemplo</b> (melhora da confiança – polpa do abacate verde)	Lista de <b>progressos</b> (melhora da confiança – polpa do abacate verde)
<b><i>Eu (ele, ela) ...</i></b> - ajudo as pessoas, - cuidado da minha família e da minha casa, - uso os medicamentos, - estou participando da terapia - ...	<b><i>Eu, ele, ela ...</i></b> - - - - -

### COFRE PARA VALORIZAÇÃO DE QUALIDADES E CONQUISTAS

A intenção desta atividade é enriquecer a sua conta bancária com qualidades e comportamentos saudáveis. Como em um investimento financeiro, qualquer valor é considerado importante. Você pode ter um cofrinho para depositar moedas “de verdade” – moedas de 5, 10, 25, 50 centavos ou de 1 real.

Um pensamento não saudável, “Eu queria ter caminhado cinco vezes na semana, mas eu caminhei somente três”, faz com que você desqualifique o seu esforço. Um pensamento saudável, “Apesar de preferir ficar em casa, eu consegui caminhar três vezes na semana. Eu sou uma pessoa esforçada”, favorece a valorização do que foi feito e consequente planejamento de outras estratégias.

Os participantes dos grupos de terapia cognitiva recebem um cofre em forma de cérebro, produzido, sob encomenda, por uma artesã da Feira da Torre de Brasília – Distrito Federal.



Foto do cofre cérebro

### CONCLUINDO

Em relação aos níveis de pensamento, a valorização das qualidades pessoais fortalece a crença nuclear (caroço), a valorização dos progressos fortalece o nível de crença condicional (massa do abacate), com maior probabilidade de melhora em nível de pensamento automático (casca).

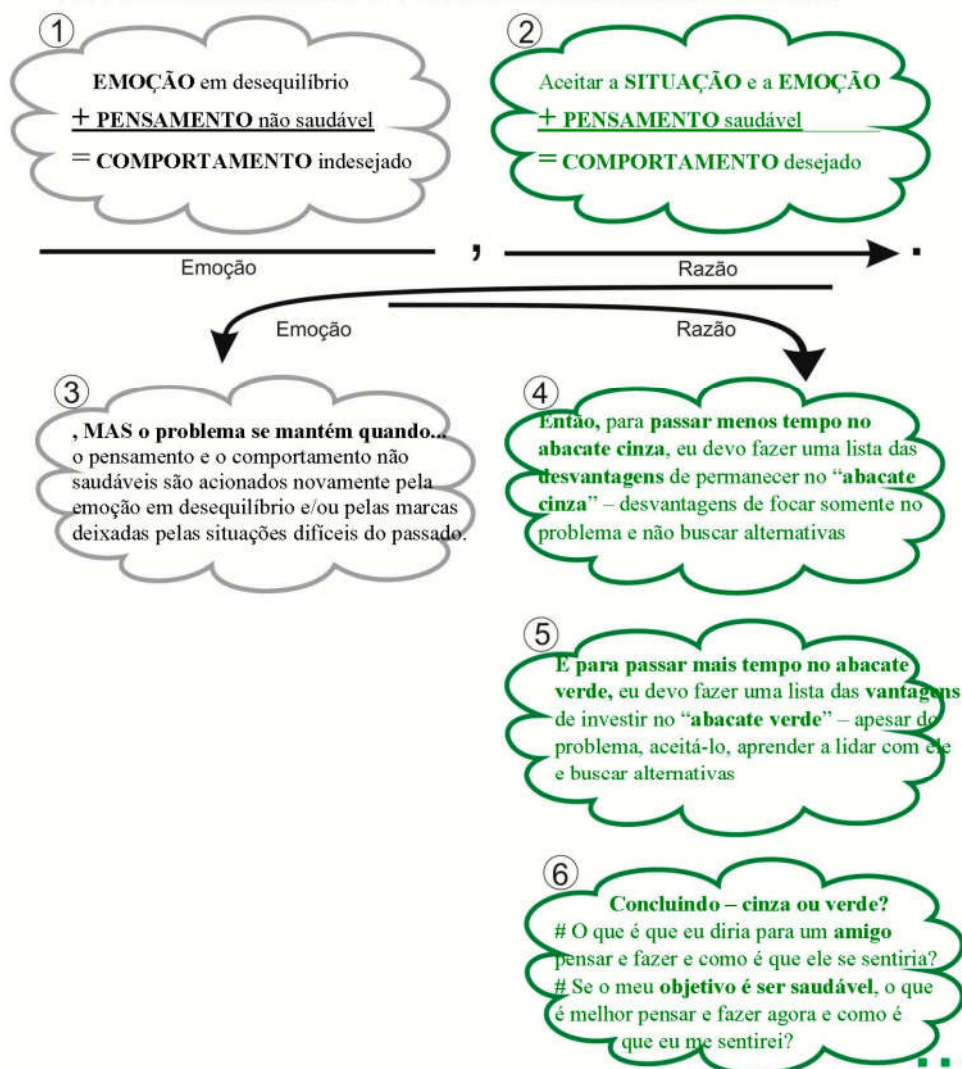
Lembre-se que o objetivo da sessão não é você se achar superior a tudo e a todos. O trabalho é de fortalecimento pessoal e de seus relacionamentos pessoais. Para melhorar um relacionamento que você decidiu manter, tenha os mesmos cuidados em relação a estima e a confiança no outro.

## APÊNDICE G – PENSE SAUDÁVEL: ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

### Pense Saudável

#### Tomada de Decisão e Qualidade de Vida

Se o meu objetivo é investir em minha saúde física e mental, então...





## APÊNDICE H – PENSE SAUDÁVEL: VERSÃO PARA PREENCHIMENTO

### Pense Saudável

#### Tomada de Decisão e Qualidade de Vida

Se o meu objetivo é investir em minha saúde física e mental, então...



①

+

=

Emoção

②

+

=

Razão

Emoção ←      → Razão

③

**Mas o problema se mantém quando...**

.....

.....

.....

④

**Desvantagens de ficar no “abacate cinza”:**

.....

.....

.....

⑤

**Vantagens de investir no “abacate verde”:**

.....

.....

.....

⑥

**Concluindo**

# .....

# .....

# .....

## APÊNDICE I – ASSERTIVIDADE E CARTÕES DE ENFRENTAMENTO

### TERAPIA COGNITIVA

#### Pensamento de reflexão e cartão de enfrentamento

Para a terapia cognitiva, emoção, comportamento e pensamento estão ligados, tanto em relação a problemas quanto em relação a possíveis alternativas.

**Quando você perceber uma mudança em sua emoção, pergunte-se: “O que está passando em minha cabeça neste momento: uma palavra, uma frase, uma imagem?”**

Com frequência, você responde que não estava passando nada de especial em sua cabeça, e que você simplesmente passou a não se sentir bem! Uma “pesquisa” deve então ser feita. Encontrar a resposta para essa pergunta é o primeiro passo para o início do trabalho de identificação dos pensamentos não saudáveis. O que passa na cabeça pode ser em relação a você mesmo, aos outros, ao mundo ou ao futuro. Os pensamentos podem, então, ser reestruturados com resultado saudável no comportamento e na emoção.

### RAIVA

Algumas reflexões, escritas em cartões, auxiliam no enfrentamento de situações nas quais a emoção se desequilibra. São lembretes, portanto são frases resumidas e objetivas.

Como exemplo, imagine uma situação na qual a raiva “tomou conta de você”, porque uma pessoa se comportou de uma forma que você acredita que ela não deveria.

Sentir raiva e ficar indignado é saudável em situações nas quais você foi ferido - ou injustiçado – ou quando outra pessoa desrespeitou uma regra. Cultivar essas emoções e viver constantemente em função delas e das pessoas ou situações envolvidas não é saudável. É importante lembrar que se outra pessoa faz coisas que, em sua opinião, ela não deveria fazer, então o problema é dela e não é seu.

Então, **se o seu objetivo** é se manter saudável a maior parte do tempo, **então** algumas reflexões podem ajudar:

- Se o meu objetivo for que outra pessoa mude e se comporte como eu acho que ela deveria, então o mais provável é que eu sofra cada vez mais.
- Eu devo aceitar a realidade que eu não controlo o que a outra pessoa faz. É ela que toma as suas decisões. Eu tomo as minhas decisões. Eu decido o que eu faço com o que ela me fez: fico remoendo ou mantenho o foco nos meus objetivos. Aceitar a situação não quer dizer concordar com o que ela fez ou faz.
- Aceitar é entender que ela se comporta de acordo com o que ela tem na cabeça e não com o que eu tenho na minha cabeça.
- Quando alguém faz algo que eu não concordo, o que não vale a pena é ficar remoendo e sofrendo. Eu posso avaliar se vale a pena conversar, de forma assertiva, sobre o que aconteceu.



### Uma conversa ASSERTIVA...

Ter uma conversa assertiva não significa falar tudo o que passa pela sua cabeça quando você está com raiva. Significa saber falar que você não gostou do que aconteceu e propor mudanças. É importante que a outra pessoa raciocine com você e que ela não se sinta acusada. Os 4 itens descritos abaixo facilitam o treino desta habilidade.

### ASSERTIVIDADE

<b>Ser assertivo: O que eu tenho o D.E.V.ER de fazer?</b>
<b>1 - <u>D</u>escrevo a situação:</b> somente os fatos, da forma mais objetiva possível, como se fosse um resumo.
<b>2 - <u>E</u>xpresso meus sentimentos e o que eu penso:</b> De forma simples, SEM ME CULPAR E SEM CULPAR O OUTRO, usando frases com “Eu”, não usando frases com “Você”.
<b>3 - <u>V</u>ou atrás de possíveis mudanças:</b> Sugiro quais são as mudanças que eu gostaria de ver no relacionamento e em meu comportamento em relação ao outro e a mim.
<b>4 - <u>E</u>numero as vantagens:</b> Quais são as possíveis consequências positivas que envolvem estas mudanças? Quais são as coisas boas que podem vir destas mudanças?

---

Baseado na supervisão com Norman Cotterell- *Beck Institute* - 2005  
Adaptação Lia Silvia Kunzler

### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO GERAL

- 1 – Admitir e aceitar os meus sentimentos
- 2 – Reconhecer que é temporário
- 3 – Olhar para meus recursos pessoais e recursos externos
- 4 – Iniciar ações possíveis, construtivas e úteis
- 5 – Pensar em o que eu diria para um amigo que estivesse passando pelo mesmo problema

---

Baseado na supervisão com Norman Cotterell- *Beck Institute* - 2005  
Adaptação Lia Silvia Kunzler

## APÊNDICE J – BLOCO DE CARTÕES DE ENFRENTAMENTO



## APÊNDICE K – ESCLARECIMENTOS SOBRE A ACROMEGALIA

Desde a primeira sessão, os participantes anotaram por escrito suas dúvidas. Os Profs. Drs. Luiz Augusto Casulari e Luciana Ansaneli Naves compareceram à sessão 8 para esclarecimentos. O conteúdo da gravação, autorizada pelos participantes, foi transcrito e é apresentado a seguir.

### **Esclarecimentos sobre a acromegalia**

#### **Projeto pense saudável: contribuições da terapia cognitivo-comportamental para melhora da qualidade de vida em portadores de acromegalia**

A acromegalia é uma doença que se caracteriza pelo aumento do GH e do IGF – 1. Os sintomas dependem da quantidade de hormônio que está sendo produzido e do tamanho do tumor. É uma doença rara e, em geral, o diagnóstico demora a ser feito. No adulto, o efeito do excesso do GH não tem como causar aumento da estatura, mas pode causar aumento das mãos, dos pés e da língua, por exemplo.

Em uma consulta médica, alguns assuntos ficam pendentes, não sendo possível esclarecer todas as dúvidas. Os pacientes portadores de acromegalia, em diferentes fases do tratamento, acompanhados no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário de Brasília, que participaram da pesquisa de doutorado, fizeram uma lista dos assuntos que eles consideram mais importantes sobre a acromegalia.

#### **O que é que eu gostaria de saber sobre a acromegalia?**

##### **1. Já se sabe a causa da doença?**

Não se sabe a razão que faz com que uma determinada pessoa desenvolva a acromegalia.

**2. A acromegalia é uma doença genética?**

A acromegalia é uma doença rara. Em 85 % dos casos de acromegalia, não há outro caso na família. Há uma família, em acompanhamento no ambulatório, com três casos diagnosticados. Logo, a possibilidade de transmitir a doença para os filhos é muito pequena.

**3. Um problema psicológico, como o medo e a ansiedade, pode causar a acromegalia?**

Um problema psicológico não causa a acromegalia, mas o medo, a ansiedade e o estresse podem piorar os sintomas da doença. Se o paciente ficar pensando muito na doença e nos sintomas, o estresse aumenta cada vez mais e os sintomas pioram. A mesma coisa acontece com qualquer doença, não só com a acromegalia. O estresse físico (infecção, por exemplo) ou psicológico (perda de uma pessoa próxima, por exemplo) faz com que alguns pacientes apresentem piora de seus sintomas.

**4. Eu dizia para os médicos que cada vez que eu precisava comprar calçados, eles tinham de ser maiores. Os médicos diziam que as formas estavam cada vez menores. Depois de um tempo, eu recebi o diagnóstico de acromegalia. O que aconteceu comigo é frequente?**

Ter de comprar calçados maiores é uma queixa frequente dos acromegálicos. Como é uma doença rara, alguns médicos não valorizam as queixas mais frequentes dos pacientes, o que faz com que demore mais tempo para ser diagnosticado. Em alguns casos, o paciente é acompanhado inicialmente na reumatologia devido às dores que ele sente nas articulações e na coluna.

**5. Eu sinto cansaço por causa da doença? Quais são os sintomas da doença?**

Quando o tumor é grande, ele pode comprimir a hipófise e causar outros problemas, relacionados a tireoide, a supra renal, aos ovários e aos testículos. O excesso do hormônio de crescimento também pode agravar a diabetes e aumentar a pressão sanguínea. O excesso do hormônio de crescimento durante muitos anos também pode causar dor nas articulações, como nos joelhos, e dores na coluna. O cansaço pode ser secundário aos efeitos do tumor na hipófise ou da cirurgia ou da radioterapia.

## **6. Existe alguma predisposição para outras doenças?**

O GH é produzido na hipófise e estimula o fígado a produzir o IGF – 1. O IGF – 1, que é dosado com frequência no sangue dos portadores de acromegalia, é que deve ser monitorado. A alteração do hormônio na hipófise pode prejudicar o funcionamento da tireoide. O IGF – 1 pode causar uma série de problemas, tais como: câncer de tireoide e de intestino; pólipos no intestino; e “verrugas” no pescoço (devido ao excesso de insulina e de IGF – 1).

## **7. Quais são as opções de tratamento?**

Antigamente, a acromegalia era tratada com cirurgia e radioterapia, já que não existiam outras opções de tratamento. Hoje em dia, o tratamento pode ser feito com medicamento, cirurgia e/ou radioterapia. As técnicas usadas na cirurgia e na radioterapia evoluíram bastante. O medicamento chamado octreotida ajuda a equilibrar o corpo e evita uma série de problemas da falta de tratamento. A cabergolina potencializa o efeito do octreotida. Os remédios controlam a doença.

## **8. O medicamento octreotida só atua sobre o tumor na hipófise ou sobre outros tipos de tumores?**

Ele pode atuar também em um tipo específico de câncer de intestino, com excelente resultado. O medicamento é derivado de um hormônio e diminui a secreção do GH. Com o uso de octreotida, pode ser observada a diminuição do tumor.

## **9. Qual é a relação da acromegalia ou do medicamento octreotida com nível de testosterona?**

A testosterona, na grande maioria das vezes, está diminuída no acromegálico. Pode também haver o aumento da prolactina. Com o tratamento, há melhora do quadro.

## **10. Existe relação do tratamento com a falta de crescimento dos pelos e das unhas?**

Normalmente, não há relação. É importante avaliar se outros fatores podem estar ocasionando isso, tais como a disfunção de tireoide e o uso de antidepressivos.

## **11. Quais são alguns efeitos colaterais?**

A cabergolina pode dar como efeito colateral tontura e enjôo. Também pode dar uma sensação de obstrução nas narinas.

O octreotida pode alterar o funcionamento da vesícula biliar, aumentando a propensão de ter cálculo na vesícula biliar.

Não existem consequências ruins a longo prazo.

### **12. Como é o pós-operatório? Eu sentirei dor?**

Antigamente, o cirurgião precisava “abrir a cabeça” para ter acesso ao tumor. Hoje em dia, a cirurgia é feita “pelo nariz”, sendo resultado da evolução no tratamento. A dor é a dor observada no pós operatório habitual e pode ser controlada com medicamentos.

### **13. Quais são as causas mais frequentes de morte?**

A causa mais frequente de morte são problemas cardíacos, pulmonares e consequências do câncer de intestino, por exemplo. Ao seguir as orientações de tratamento, os riscos diminuem.

### **14. É bom fazer atividade física?**

Após ter sido avaliado por um médico cardiologista, sempre é bom fazer atividade física, com supervisão. Em um estudo que acompanhou pessoas sedentárias e que passaram a caminhar 20 minutos por dia, houve diminuição da mortalidade em 30%, mostrando como é importante ter um estilo de vida saudável.

### **15. Até quando eu terei de usar o medicamento?**

O tratamento deve ser feito pelo resto da vida, assim como o que acontece com as doenças em geral, que é controlar a doença. A diabetes e a hipertensão, por exemplo, são controladas com o tratamento.

### **16. Qual é a chance de cura da acromegalia?**

A estrutura onde a hipófise fica é muito pequena, com 1 cm de diâmetro. No tratamento cirúrgico, quando o tumor é pequeno, o cirurgião pode conseguir retirar todo o tumor, aumentando as chances de cura cirúrgica.

Quando o tumor é maior, outras estruturas importantes do Sistema Nervoso Central podem estar comprometidas, dificultando a cirurgia e diminuindo a chance de cura pela cirurgia. É necessário, então, tratamento complementar com medicamentos.

### **17. Vale a pena seguir as orientações de tratamento?**

Várias respostas anteriores falam sobre as vantagens de seguir o tratamento de forma adequada. O objetivo de seguir as orientações de tratamento e manter

os níveis de IGF – 1 no padrão considerado normal para a idade é melhorar a qualidade de vida e evitar outros problemas de saúde.

## APÊNDICE L – RESUMO DOS TÓPICOS ABORDADOS NAS SESSÕES

### SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Durante as sessões, você lançou as observações que você considerou mais importantes em seu bloco de anotações da terapia. Após anotar no bloco, você selecionou as reflexões importantes para escrever em seus cartões de enfrentamento, que são escritos em um bloco pequeno, em seu celular ou em seu computador. Os assuntos abordados nas sessões de terapia foram resumidos para a sessão de encerramento. O **resumo** tem como objetivo oferecer opções de reflexões saudáveis:

- O ponto de partida é identificar quais são as dificuldades que você tem enfrentado para que os seus objetivos sejam determinados. Logo, uma pergunta muito importante é: “Se o meu objetivo é \_\_\_\_\_ (por exemplo, investir em minha saúde física e mental), o que eu penso em fazer agora me ajuda ou me atrapalha?”
- Ao identificar algum pensamento “emocional”, aceite a situação e reestruture o pensamento para que a emoção seja amenizada e você se comporte como gostaria.
- Os pensamentos ponderados são uma excelente fonte para os cartões de enfrentamento, que são calmantes. Exemplo: A ansiedade faz com que eu acredite que algo ruim vai acontecer a qualquer momento. É importante eu me perguntar “O que é o mais provável que aconteça nesta situação?”. A resposta não é catastrófica e, sim, realista.
- Para conseguir mudar, é importante perceber as desvantagens de manter o comportamento não saudável (descuidar da saúde, por exemplo) e lembrar das vantagens de construir o comportamento saudável (cuidar da saúde, por exemplo).
- Quando você não está bem ou reage de forma exagerada a um problema que não é tão grave, é porque o “caroço do abacate cinza” foi acionado pela emoção em desequilíbrio. Para você se sentir melhor, é importante fortalecer “o caroço do abacate verde”. Tendo em vista que a autoestima está relacionada a valorização das qualidades pessoais, manter a sua lista de qualidades pessoais atualizada torna a crença nuclear mais saudável (caroço do abacate verde).
- Tão importante quanto investir em sua autoestima é investir em sua autoconfiança. Com o objetivo de investir em sua autoconfiança, é importante valorizar os seus progressos e suas conquistas (o que você faz para melhorar a qualidade de vida).
- Com o objetivo de melhorar sua autoestima e sua autoconfiança, além da lista de qualidades pessoais e dos progressos, você pode utilizar um cofre para depósito de moedas “de verdade”. Assim como em uma poupança, qualquer valor é considerado importante – moedas de 5, 10, 25, 50 centavos ou 1 Real. Os diferentes valores das moedas representam os comportamentos mais fáceis até os mais difíceis.
- Ao embarcar em emoções em desequilíbrio, você foi estimulado a pensar saudável para desembarcar de emoções tais como: raiva, ansiedade, vergonha, depressão e medo.
- Quando aconteceu algo que você não gostou e você tomou a decisão de conversar sobre o que lhe incomodou, abordamos uma maneira assertiva de expor o seu ponto de vista. Ser assertivo significa (1) descrever o que me incomodou, de forma resumida; (2) falar sobre o que “eu” sinto e penso - sem usar “o pronome você”, para não culpar e para não parecer agressivo; (3) propor mudanças no relacionamento, tanto de minha parte



quanto da outra pessoa; e (4) falar sobre as vantagens de investir na mudança.

- Lembre-se que o passado é muito importante em sua vida, mas você não precisa “se mudar para lá de mala e cuia”, você pode “fazer uma visita ou dar um pulo lá” e voltar para o presente.
- Para mudar, valorize as vantagens que a mudança pode acarretar para a sua vida.
- Utilizar a pergunta da hora, do dia ou da semana auxilia a manter o foco no presente e a alcançar os objetivos. Ao final de cada hora ou ao final de cada dia ou ao final de cada semana, você se pergunta: “O que é que eu fiz nesta hora/neste dia/nesta semana? O que é mais saudável fazer na próxima hora/no próximo dia/na próxima semana?” Dificilmente a sua resposta será um comportamento não saudável.
- Lembrando que as suas escolhas são uma questão de ponto de vista, você pode se beneficiar ao determinar um limite de tempo para permanecer no abacate cinza e lembrar de aproveitar a maior parte do tempo no abacate colorido. “O que é que eu posso fazer de melhor por mim agora?”

### **Alguns lembretes importantes**

- O que passa pela minha cabeça na hora que a emoção se desequilibra?
- Se eu não estivesse tão \_\_\_\_\_ (emoção, por exemplo, triste) , como eu pensaria e me comportaria nesta situação?
- O que é mais saudável: alimentar a emoção em desequilíbrio ou aceitar a situação, tirar as lições e ir em frente?
- Quais são as desvantagens de ficar ruminando ou constantemente preocupado com o futuro ou com o passado?
- É importante diferenciar as preocupações não produtivas das preocupações produtivas.
- Quais são as vantagens de agir e pensar como uma pessoa saudável?
- O que é melhor fazer agora? Alimentar as ruminações e preocupações excessivas ou focar no meu presente?
- O mais saudável é ficar pensando no que os outros deveriam fazer ou no que eu posso fazer?
- Quando eu estou mergulhado nas minhas emoções em excesso, devo lembrar o que é que eu diria para um amigo fazer se ele estivesse vivendo a mesma situação?
- Ao identificar um pensamento distorcido pela emoção (abacate cinza), devo aceitar a situação para que eu possa reestruturar o pensamento (abacate colorido) e, com isso, me comportar da forma mais adequada e equilibrada possível.
- Em situações adversas, é importante que eu me pergunte: “apesar de estar enfrentando este problema, o que é que eu posso pensar e fazer de saudável por mim?”

## ANEXO A – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF – 36

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO B – INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

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

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

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

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

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



<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Escore Total.

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Pense saudável: contribuições da terapia cognitiva para incremento da qualidade de vida em portadores de acromegalia

**Pesquisador:** Lia Silvia Kunzler

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41280815.9.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.004.963

**Data da Relatoria:** 18/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado de Lia Silvia Kunzler, desenvolvido junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde a ser orientado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta. A acromegalia é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de secreção do hormônio de crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1), podendo resultar no prejuízo na qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia da técnica denominada "Pense saudável – Tomada de Decisão e Qualidade de Vida", para a melhora da qualidade de vida em portadores de acromegalia. A técnica foi elaborada com base nas orientações gerais da Terapia Cognitiva. Essa técnica específica propõe a reestruturação cognitiva e a identificação das emoções e comportamentos associados. A intervenção propriamente dita abrangerá 12 sessões grupais organizadas semanalmente. Comportamentos não saudáveis serão identificados e comportamentos saudáveis serão construídos e mantidos. Participarão desta proposta 60 pacientes acromegálicos, randomizados em dois grupos de 30 participantes cada – grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC). A pesquisa será previamente autorizada por comitê de ética reconhecido e todos os participantes expressarão sua concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas etapas de admissão e de

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.004.963

encerramento da atividade, serão respondidos questionários traduzidos para o português e validados: Questionário de Qualidade de Vida – SF 36, Inventário Beck de Depressão (BDI) e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Os dados quantitativos serão analisados com auxílio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Será utilizado o teste Anova ou teste T de Student para comparação entre os grupos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a eficácia da técnica da terapia cognitiva, "Pense saudável - Tomada de Decisão e Qualidade de Vida" para incremento da qualidade de vida em portadores de acromegalia.

Específicos:

- Medir os ganhos em qualidade de vida após a participação na intervenção;
- Medir e comparar indicadores de depressão antes e depois da participação na pesquisa;
- Medir os ganhos na qualidade do sono após a participação na pesquisa;
- Identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e desvantagens) associados ao comportamento não saudável;
- Identificar fatores (sobretudo pensamentos, emoções e vantagens) associados ao comportamento saudável.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios, segundo o pesquisador:

"Riscos:

A participação na pesquisa não traz complicações. O que pode acontecer é o desequilíbrio de alguma emoção que algumas pessoas queixam quando são submetidas a acompanhamento psicoterápico. Caso o participante se sinta, de alguma forma, mobilizado ao participar das sessões de terapia, a pesquisadora, psiquiatra e terapeuta cognitiva, Lia Sílvia Kunzler, se colocará à disposição para atendê-lo em sessões de psicoterapia gratuitas até a remissão dos sintomas.

Benefícios:

Os participantes poderão se beneficiar diretamente dos resultados da intervenção. A intervenção favorece a identificação de comportamentos não saudáveis e a construção e manutenção de comportamentos saudáveis. Com isso, os benefícios incluem a melhora da qualidade de vida, da qualidade do sono e melhora de indicadores de depressão."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo a ser realizado com 60 pacientes acromegálicos. Os pacientes interessados em

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.004.963

participar da pesquisa serão randomizados em dois grupos de 30 participantes cada: grupo intervenção (GI) e grupo controle - lista de espera (GC).

A intervenção terá duração de três meses. Após a avaliação inicial (etapa de composição da amostra e de avaliação pré intervenção de GI e GC), os participantes do grupo intervenção serão submetidos às sessões de aplicação da técnica, com frequência semanal totalizando 12 (doze) sessões. Cada sessão terá 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos de duração. Os participantes do grupo controle não receberão o mesmo tratamento no mesmo período, sendo mantidos em lista de espera (GC). Após o término das sessões de aplicação da técnica, todos os participantes (GI e GC) serão submetidos à avaliação pós intervenção para que seja estudado o efeito da terapia cognitiva no grupo intervenção. Após a finalização do estudo, o mesmo protocolo será oferecido para os participantes do grupo controle que foram mantidos em lista de espera (GC).

Os critérios para inclusão no grupo são pacientes portadores de acromegalia em acompanhamento no ambulatório acima elencado, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, com capacidade intelectual para acompanhar a intervenção e que concordem em participar do estudo. São critérios para exclusão da amostra: risco de suicídio; ausência de compromisso com o preenchimento de tarefas escritas e estar sendo acompanhado em terapia. Serão considerados como perda amostral os participantes que tiverem ausência, não justificada, a duas sessões consecutivas ou a três alternadas.

Serão utilizados para a 1) Avaliação pré intervenção: Questionário social - idade, grau de instrução, experiência profissional, e aspectos familiar, social e financeiro; Questionário de Qualidade de Vida – SF-36, Inventário de Beck para Depressão (BDI) e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).

Para o 2) Protocolo de intervenção: Protocolo “Pense saudável – tomada de decisão e qualidade de vida” adaptado para pacientes com acromegalia, aplicado em 12 sessões semanais. O conteúdo abrange a avaliação das dificuldades e dos objetivos; a tomada de decisão pela qualidade de vida; o monitoramento semanal de atividades planejadas; o lançamento diário de comportamentos saudáveis; a abordagem de dificuldades – depressão, insônia, habilidade de interação social e imagem corporal; a reestruturação cognitiva; a preparação cognitiva para os experimentos comportamentais; a utilização de imagens e de metáforas na terapia cognitiva; a construção do pensamento de reflexão e dos cartões de enfrentamento e a avaliação dos resultados da intervenção em grupo. 3) Para a Avaliação pós intervenção: Questionário de Qualidade de Vida – SF-36, Inventário de Beck para Depressão (BDI) e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.004.963

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos para esse parecer:

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_455608.pdf 30/01/2015  
 Anexo Índice Sono - 30-01-2015 14-33.pdf 30/01/2015  
 Termo de concordancia - 27-01-2015 17-20.pdf 30/01/2015  
 Folha de Rosto Com Instituicao - 30-01-2015 14-30.pdf 30/01/2015  
 Instituicao Co Participante - 27-01-2015 17-19.pdf 27/01/2015  
 CEPFS - Projeto de pesquisa .doc 21/01/2015  
 CEPFS - TCLE - Doutorado - vfinal.doc 21/01/2015  
 Anexo Bdl - 30-01-2015 14-31.pdf 30/01/2015  
 Curriculum Dr Casulari.pdf 30/01/2015  
 Termo de Responsabilidade - 27-01-2015 17-18.pdf 30/01/2015  
 Encaminhamento do Projeto - 27-01-2015 17-17.pdf 30/01/2015

A folha de rosto está preenchida adequadamente e assinada pela direção da FS.

O orçamento (Pendência 1) e o cronograma (Pendência 2) estão detalhados no projeto de pesquisa e deverão ser unificados com as informações prestadas no projeto da plataforma (PB informações Básicas do Projeto).

Foi apresentado termo de concordância do HUB, assinado pelo diretor, chefe do setor de pesquisa e inovação tecnológica e pela chefia responsável pela Unidade Clínica/acadêmica, além do termo de ciência da co-participante que foi assinado pelo diretor e pelo Gerente de Ensino e Pesquisa.

Os instrumentos que serão aplicados foram apresentados.

Termo de responsabilidade e o TCLE estão em conformidade com a Resolução CNS 466/2012.

**Recomendações:**

Considerando que o cronograma e o orçamento foram apresentados no projeto de pesquisa, recomendamos que eles sejam detalhados e uniformizados da mesma forma no projeto da plataforma Brasil.

Recomendamos rever a análise metodológica dos dados obtidos, visto que tratam-se de dados não paramétricos que não podem ser analisados pelo método ANOVA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e complementares.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.004.963

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASILIA, 30 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com