

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS SUBMETIDAS À PSICOTERAPIA
BREVE EM SERVIÇOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR**

Luiza Carolina Terra Colmán

Orientação: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia
dezembro de 2013

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS SUBMETIDAS À PSICOTERAPIA
BREVE FOCAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR**

Luiza Carolina Terra Colmán

Dissertação apresentada ao Programa
de Mestrado em Psicologia,
da Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, como requisito para a obtenção
do título de mestre em psicologia.
Orientação: Prof. Dr. Sebastião Benício da
Costa Neto

Goiânia
dezembro de 2013

Este trabalho foi realizado na Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, sob
orientação do prof. Sebastião Benício da
Costa Neto

Banca Examinadora

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Presidente)

Profª. Drª. Ilma Aparecida G. de Souza Brito
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Membro Interno)

Profª. Drª. Virgínia Elizabeth Suassuna M. Costa
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia (Membro Externo)

RESUMO

Este trabalho visa identificar, descrever e analisar os efeitos da psicoterapia breve na qualidade de vida de pessoas usuárias de serviço de saúde suplementar em uma instituição privada de Goiânia. O estudo apresenta delineamento transversal, prospectivo, quantitativo e qualitativo. Para análise quantitativa, foram avaliados a Qualidade de Vida de 31 participantes, de ambos os sexos, de idade entre 18 e 60 anos, nas situações pré e pós psicoterapia breve a partir do instrumento WHOQOL-bref. Nesta análise, todos os participantes relataram aumento dos escores em pelo menos um dos domínios da Qualidade de Vida após o processo psicoterapêutico e todos avaliaram sua Qualidade de Vida atual como melhor. Deste modo, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os escores pré e pós intervenção que confirmam melhoras na qualidade de vida dos pacientes. Na análise qualitativa, realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas com 12 participantes da amostra total, e analisadas pelo método Bardin, avaliou-se quais as concepções de psicoterapia e psicoterapia breve dos participantes, o que eles identificam como inibidores e facilitadores do processo vivido, assim como sua percepção dos resultados da psicoterapia breve. Este estudo compreende, portanto, que a psicoterapia breve permite a percepção de melhora na Qualidade de Vida dos participantes e sendo possível considerá-la como intervenção no resgate e na promoção de saúde das pessoas.

ABSTRACT

This work aims to identify, describe and analyze the effects of brief psychotherapy and the quality of life of the users of a supplemental health service within a private institution of Goiânia, in the state of Goiás, Brazil. The study presents a cross-sectional prospective, quantitative and qualitative research design. For the quantitative analysis, the quality of life of 31 (thirty one) participants of both genders between the ages of 18 and 60 was evaluated, in both pre- and post brief psychotherapy, by means of the WHOQOL- BREF instrument. Within this analysis all participants reported increased scores in at least one of the domains regarding the quality of life after psychotherapy, and all rated their current quality of life as better than that previous to psychotherapy. Thus, we observed statistically significant differences between pre- and post intervention scores that confirm improvement regarding the quality of life of patients after brief psychotherapy. The qualitative analysis that was carried out by means of semi-structured interviews, extracting 12 (twelve) participants from the total, of whom were evaluated from what they spoke about, analysed by the Bardin method in a brief post psychotherapy situation. In this analysis, we observed that the concepts of psychotherapy and brief psychotherapy of the participants, which they identified as inhibitors and facilitators of the psychotherapeutic process experienced, and their assessment of the results of brief psychotherapy. This study therefore comprises that brief psychotherapy allows the perception of improvement in the quality of life of the participants, therefore this should be considered as a possible intervention for the rescue and promotion of health.

SUMÁRIO

Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Quadros.....	ix
Lista de Figuras.....	x
Lista de Siglas.....	xi
1-Introdução.....	01
2- Questões relativas à Qualidade de Vida.....	05
2.1- Conceitos de Qualidade de Vida.....	07
2.2- Avaliação de Qualidade de Vida em saúde.....	13
3- Questões relativas à Psicoterapia Breve.....	17
3.1- A psicoterapia e ao campo da saúde.....	17
3.2- Psicoterapia breve: perspectiva histórica.....	19
3.3 - Psicoterapia breve: conceitos, intervenções e indicações.....	21
3.4- Qualidade de vida, investigação científica em saúde mental e Psicoterapia Breve.....	28
3.5- Resolução MS/ANS/167 e suas implicações para a psicoterapia breve.....	33
4-Objetivos.....	36
4.1- Objetivo Primário.....	36
4.2- Objetivos Secundários.....	36
5-Método.....	37
5.1- Participantes.....	37
5.2-Tipo de Estudo.....	37

5.3- Ambiente/ Materiais.....	38
5.4- Procedimentos.....	40
5.6- Tratamentos dos dados.....	42
6- Resultados.....	44
6.1- Análise Quantitativa.....	44
6.1.1. <i>Comparação entre os participantes antes da psicoterapia e após a psicoterapia</i>	47
6.1.2. Correlação entre características sócio-demográficas e clínicas com os domínios do WHOQOL-bref nas situações Pré e Pós Psicoterapia Breve.....	48
6.2- Análise Qualitativa.....	52
6.2.1. Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas submetidas à psicoterapia Breve Focal em Serviço Suplementares de Saúde.....	54
8 - Discussão.....	64
9 – Considerações Finais.....	73
Referências.....	76
Anexos.....	86
Anexo 1- Questionário Sócio-Demográfico	
Anexo 2- WHOQOL-26	
Anexo 3- Entrevista Semi-Estruturada Pós-Intervenção	
Anexo 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 5- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas dos Participantes da Pesquisa (n=31).....	45
Tabela 2. Características Clínicas dos Participantes da Pesquisa (n=31).....	46
Tabela 3. Comparação entre os escores dos domínios da Qualidade nas fases Pré e Pós Psicoterapia Breve a partir do teste – t numa escala de 4 a 20.....	47
Tabela 4. Correlação de Kendall's entre dados sócio-demográfico clínicos e Domínios do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve	49
Tabela 5. Correlação de Sperman entre dados sócio-demográficos e clínicos e Domínios do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve.....	50
Tabela 6. Correlação de Kendall entre dados sócio-demográficos e clínicos e as facetas QV Global e percepção da saúde do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve.....	51
Tabela 7. Correlação de Sperman entre dados sócio-demográficos e clínicos e as facetas QV Global e percepção da saúde do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve.....	51
Tabela 8 - Frequência das Categorias e Sub-Categorias Temáticas de Qualidade de Vida em Pessoas que passaram pelo processo de Psicoterapia Breve na Saúde Suplementar.....	53

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Aspectos temáticos, modelo e objetivo da pergunta, segundo o roteiro de entrevista semi-estruturada.....	40
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comparação entre os percentuais dos Domínios e Qualidade de Vida Global e percepção geral da saúde dos participantes Pré e Pós Psicoterapia Breve numa escala de 0 a 100.....	48
Figura 2. Categorias Temáticas dos participantes após o processo de psicoterapia breve.....	54

LISTA DE SIGLAS

PB.....	Psicoterapia Breve
CID.....	Classificação Internacional de Doenças
PDB.....	Psicoterapia Dinâmica Breve
QV.....	Qualidade de Vida
TOC.....	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
WHOQOL-Bref.....	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>
SUS.....	Sistema Único de Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
FACT-B.....	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast</i>
SF-36.....	<i>Medical Outcomes Study 36- item short-form health survey</i>
TCC.....	Terapia Cognitiva Comportamental
BAI.....	Inventário de Ansiedade de Becker
BDI.....	Inventário de Depressão de Becker

1- Introdução

Qualidade de Vida e psicoterapia são dois temas complexos que têm se tornado importante nas discussões sobre a saúde na contemporaneidade. Especificamente, a psicoterapia breve é uma modalidade cada vez mais requerida no fazer de psicólogos nas unidades de saúde, devido à múltiplas necessidades e demandas do sistema de saúde, sendo que a reflexão sobre a relação entre psicoterapia breve e a qualidade de vida dos indivíduos e dos coletivos se torna impreterível.

Nos últimos anos, nota-se a crescente preocupação relacionada ao tema Qualidade de Vida – QV. As ciências biológicas e humanas têm apresentado preocupações com a saúde do indivíduo que transcendem o mero controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, incentivando, assim, investigações sobre a QV (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Pesquisas como a de Webb *et al.* (2011), realizada com a população inglesa, ressaltam que a percepção da Qualidade de Vida, quando relacionada a fatores como saúde, relações sociais, e renda, tende ao declínio ao longo da vida. Aponta, ainda, para o fato de que mudanças circunstanciais positivas na saúde, na sociabilidade e na renda, por exemplo, são capazes de diminuir o ritmo deste declínio. Tais achados tem fundamentado a necessidade e a importância de implementações de ações públicas com a finalidade de manutenção da QV durante o processo de envelhecimento, inclusive na fase adulta.

O desenvolvimento de pesquisas sobre QV no campo da saúde pública abre, portanto, possibilidade de mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. Assim, novas práticas e novas formas de lidar com esse processo possibilitam novos modelos de atendimento que, diferente

daqueles eminentemente biomédicos, consideram aspectos econômicos, psicológicos, e culturais, imprescindíveis nas ações efetivas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Gordia, Quadros, Oliveira & Campos, 2011).

Considerando a relevância do tema da QV para saúde pública, deve-se ter em mente que sua expressão pode ser empregada em diversas finalidades tais como: nos seus aspectos clínicos, apontando a eficácia ou não de um procedimento de intervenção; nos seus aspectos de medida como organizadora de grupos de pacientes; nos seus aspectos políticos-administrativos, capaz de avaliar a comparação de políticas públicas de saúde; e nos seus aspectos subjetivos a partir da percepção e avaliação da própria saúde ou como organizadora das possibilidades de crescimento e melhora da mesma (Gimenes, 2013). Neste trabalho, o constructo QV será empregado nos seus aspectos clínicos e nos seus aspectos subjetivos, dentro do contexto de atendimento de psicoterapia breve (PB), uma opção terapêutica que tem sido recomendada no âmbito da saúde.

A psicoterapia breve se apresenta como uma modalidade de atendimento flexível e individualizada, adaptável às necessidades dos diferentes pacientes, indo de encontro ao modelo de longa duração de psicoterapia. O tradicional tem se mostrado inadequado para atender as necessidades imediatas das pessoas e a crescente demanda por tratamento psicológico nos sistemas de saúde, sendo alvo, portanto, de reflexões e buscas por alternativas viáveis e satisfatórias como a PB (Azevedo, 2006; Gouvêa, 2000; Oliveira, 2002; Pinto, 2009; Ribeiro, 1999).

Neste contexto, a avaliação dos resultados do tratamento psicoterapêutico, em especial, tem sido considerada uma parte importante da avaliação dos serviços. Dessa forma, tem-se destacado pesquisas que evidenciem as mudanças percebidas pelos próprios pacientes, a partir do *Patient-Reported Outcomes* (PRO), ou seja, medidas

relatadas pelo indivíduo tratado, em relação aos resultados quanto a sua condição clínica, bem estar físico, bem estar psicológico, autonomia, e na sua vida em geral (Cesari & Bandeira, 2010).

Estudos que investiguem os resultados dos programas de psicoterapia têm sido utilizados, também, no sentido de colaborar para as decisões de alocação de recursos públicos e privados. Assim, o potencial dos diferentes métodos vem sendo sistematicamente testado no intuito de adequar o tratamento as necessidades individuais dos pacientes e a realidade do sistema de saúde pública e/ou privada no que se refere aos planos de saúde, aumentando, com isso, a visibilidade da psicoterapia breve (Hauck *et al.*, 2007).

O campo das psicoterapias tem levantado nos últimos anos, assim como o tema Qualidade de Vida, problemáticas de uma complexidade crescente. Trabalhar com esses dois temas é desafiador em vários níveis: epistemológico, teórico, técnico, docente, e em pesquisa com suas complexas exigências metodológicas. (Fiorini, 2008). Considerando, então, a complexidade dos temas QV e PB, pesquisadores têm sugerido diferentes metodologias para sua investigação científica. Tem-se percebido que o uso de metodologias complementares, que a associam instrumentos quantitativos padronizado com a análise qualitativa, viabilizam maior aproximação da realidade desses objetos de estudo (Neto & Féres-Carneiro, 2005; Bampi, Guilhaer & Lima, 2008; Pereira *et al.*, 2012).

A demanda observada pela tríade qualidade de vida, psicologia, e saúde pública/privada, aponta para a necessidade de estender a esfera do trabalho psicológico para além da clínica tradicional. Deste modo, torna-se função do psicólogo a humanização e ampliação de sua prática, desfazendo imagens estereotipadas de outras formas de auxílio psicológico como a psicoterapia breve. A partir do esclarecimento, da

divulgação do trabalho responsável, o rompimento do preconceito, e a busca constante em sanar deficiências teóricas e práticas diárias, é possível propor práticas mais contextualizadas e comprometidas com a realidade social atual (Paparelli & Martins, 2007) .

Frente à necessidade de publicações, principalmente nacionais, sobre ao campo da psicoterapia breve associada à Qualidade de Vida, e com o advento da Resolução MS/ANS/167 da Agência Nacional de Saúde que amplia o alcance deste enquadre psicoterapêutico às instituições privadas fornecedoras de planos de saúde, este trabalho teve como objetivo avaliar as mudanças percebidas na QV dos usuários do plano de saúde de uma instituição privada em Goiânia após passarem pelo processo psicoterapêutico breve, visando verificar os efeitos deste tratamento e possibilidade de estendê-lo a um contexto de saúde pública.

2- Questões Relativas à Qualidade de Vida

Atualmente, observa-se uma crescente preocupação com a saúde e o bem estar da população, que tem provocado aumento marcante na utilização da expressão Qualidade de Vida, tanto pelos profissionais da área da saúde e do meio acadêmico, quanto na vida cotidiana (Gordia *et al.*, 2010; Gimenes, 2013). A QV é um termo que tem sido usado com significados e objetivos diversos, processo esse que sinaliza o quanto esta expressão está sintonizada com as demandas econômicas, políticas, culturais, e científicas dos nossos dias. Desde modo, percebe-se que a Qualidade de Vida tem conquistado uma hegemonia discursiva seja na linguagem técnica seja na linguagem cotidiana, evidenciando a importância da sua investigação na contemporaneidade (Gimenes, 2013).

Nos últimos trinta anos, o constructo Qualidade de Vida tem sido alvo das mais variadas pesquisas (Bampi *et al.*, 2008; Alves, 2011; Gimenes, 2013). A preocupação científica acerca deste constructo surgiu na década de 1970, na área de saúde no pós-guerra dos países desenvolvidos, embora alguns estudos apontem indícios que o termo tenha surgido na década de 1930. Inicialmente, a QV foi utilizada, nos Estados Unidos, para defender a idéia de uma nação livre marcada pelo comportamento de consumo de bens materiais. Posteriormente, contudo, seu uso foi ampliado para incluir condições de acesso à educação, bem estar econômico, e crescimento industrial (Maciel *et al.*, 2013). Neste contexto histórico, os significativos progressos e avanços tecnológicos da medicina vinham possibilitando o prolongamento da expectativa de vida e maior sobrevivência das pessoas, fazendo despertar assim, questionamentos de como seriam vividos esses anos a mais conquistados pelo homem (Ribeiro, 1994; Berlim & Fleck, 2003; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Helito, Branco, D'Innocenzo, Machado & Buffolo, 2008; Landeiro, Pedrozo, Gomes & Oliveira, 2011).

O aumento da longevidade trazido pelo desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde também trouxe, o que alguns autores chamaram de desumanização do tratamento, ou seja, mais quantidade de vida, mas não necessariamente com bem estar. Dessa forma, o conceito de QV, no contexto médico, surgiu como tentativa de valorização da percepção do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida e não apenas uma avaliação do seu estado de saúde, ressaltando assim, questões que vão além do controle dos sintomas, diminuição da mortalidade ou meramente aumento da expectativa de vida (Lima, 2002; Berlim & Fleck, 2003; Kluthcovsky, & Takayanagi, 2007; Lima & Fleck, 2007; Gordia, *et al.*, 2008; Quadros *et al.*, 2008; Kluthcovsky, & Kluthcovsky, 2009; Monteiro, Braile, Bransau & Jatene, 2010; Pereira *et al.* 2012). A valorização dessa percepção do paciente via QV tornou necessário, portanto, criar instrumentos e medidas válidos desse constructo, impulsionando as pesquisas cujos resultados vêm auxiliando na constituição de critérios de avaliação para novas abordagens de intervenções terapêuticas (Alves, 2011).

No Brasil, nota-se o aumento da preocupação da comunidade científica quanto à definição de QV a partir das duas últimas décadas, quando novos paradigmas passaram a nortear as políticas de saúde no país, juntamente com a Reforma Sanitária ocorrida também ao final da década de 1970. Em 1986, este movimento resultou na Oitava Conferência Nacional de Saúde que tinha como proposta a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, e o acesso universal a todos os bens de serviço (França, Coura, França, Basílio & Souto, 2011). Com isso, em 1988, com o advento da constituição e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco da QV passou a se dirigir para os pacientes dessa rede de saúde pública (Landeiro *et al.*, 2011).

Os estudos sobre QV ganharam realmente visibilidade nas pesquisas brasileiras na área de saúde a partir de 1992 quando a média de publicações sobre o tema aumentou

sete vezes quando comparada a década anterior (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003). Seguindo a tendência mundial, o crescimento das publicações nacionais nos últimos anos pode, também, ser explicado pelo advento das traduções e validações dos instrumentos de QV para língua portuguesa (Fleck *et al*, 2000; Landeiro *et al.*, 2011). Atualmente, as investigações brasileiras se encontram voltadas, na sua essência, para condições crônicas de saúde-doença e na análise de custo-benefício de intervenções terapêuticas (Bampi *et al.*, 2008; Martins, Ribeiro, Baracho, Feital & Ribeiro, 2012).

2.1. Conceitos de Qualidade de Vida

Embora Qualidade de Vida seja um tema atualmente bastante estudado, uma de suas características marcantes é a falta de um consenso conceitual na literatura especializada. Considera-se, pois, que, a forma como é abordada, está intrinsecamente ligada aos interesses científicos e políticos específicos de cada área de investigação, assim como, das suas possibilidades de operacionalização em pesquisa. (Lima & Fleck, 2007; Tavares, 2011; Pereira *et al.*, 2012). Deste modo, devido à complexidade que envolve o constructo, este necessita de delimitações claras que viabilizem as análises.

Day e Jankey (1996) assinalam quatro abordagens sobre Qualidade de Vida: econômica, psicológica, biomédica, e holística. A abordagem socioeconômica se baseia principalmente nos indicadores sociais, focalizando em fatores externos, tais como instrução e renda, e são, ainda hoje, utilizados nas pesquisas em larga escala. Na abordagem psicológica, acredita-se que ter uma doença é diferente de sentir-se doente (Lima & Fleck, 2007), considerando, assim, os indicadores sociais e objetivos como indicadores indiretos da Qualidade de Vida. As abordagens médicas associam QV a condição de saúde e a funcionalidade, se preocupando em proporcionar melhores condições vida aos enfermos a partir de intervenções terapêuticas eficazes. Nas

abordagens holísticas, o conceito de QV é multidimensional, apresentando uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, singular para cada pessoa em cada contexto. A abordagem holística é, portanto, o olhar que fundamenta a compreensão de Qualidade de Vida deste trabalho.

Quanto aos aspectos consensuais encontrados na literatura, observa-se que: 1- QV é uma medida que varia ao longo do tempo; 2- é uma medida subjetiva, que parte da percepção do paciente; 3- é uma medida multidimensional devendo ser avaliada em vários níveis, desde a avaliação do bem estar global até domínios específicos; e 4- uma medida polissêmica (Dantas *et al.*, 2003; Lima & Fleck, 2007; Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008; Bampi, *et al.*, 2008; Helito *et al.*, 2009; Landeiro *et al.*, 2011; Tavarez; 2011, Gordia *et al.*, 2011; Alves, 2011; Gimenes, 2013).

Quanto à variação da QV ao longo do tempo, Gordia *et al.* (2011) afirmam que esta abarca conhecimentos, experiências e valores do indivíduo e de coletividades, em variadas épocas, espaços, e histórias diferentes, constituindo-se, pois, numa construção social. No entanto, alguns autores têm questionado este posicionamento, afirmando a possibilidade da existência de um “*universo cultural*” propriamente da Qualidade de Vida que independe da nação, cultura ou época. Ressaltam a importância e necessidade das pessoas, nas mais variadas culturas e momentos históricos, se sentirem bem psicologicamente, possuírem boas condições físicas, sentirem socialmente integradas e funcionalmente competentes (Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes & Chor, 2006; Fávero-Nunes & Santos; 2010; Gimenes, 2013).

Por seu caráter subjetivo, acredita-se que as situações vividas por uma pessoa, como um tratamento, por exemplo, passam por um filtro composto por julgamentos, crenças, e valores do indivíduo, com base no seu estado e capacidades físicas, bem estar psicológico, interações sociais e estatuto econômico que constituem sua satisfação

pessoal com a própria vida (Ribeiro, 1994; Tavarez, 2011). Todavia, a subjetividade, na perspectiva de Qualidade de Vida, admite, também, uma compreensão objetiva, ou seja, considera esse constructo passível de observação, mesmo que impregnado pela noção particular do observador (Costa Neto & Araújo, 2001).

Quanto à multidimensionalidade, admite-se que o conceito de QV é atravessado por diversas dimensões, física, mental, ambiental, social, espiritual (Gimenes, 2013). Assim, este conceito incorpora as relações com outras pessoas, a intimidade da fantasia, os hábitos de vida da comunidade e as crenças religiosas. Isto é, numa perspectiva multidimensional, pensar em Qualidade de Vida envolve refletir sobre as muitas formas e as múltiplas dimensões da vida (Costa Neto & Araújo, 2011; Helito *et al.*, 2009; Pereira *et al.*, 2012).

Por polissêmico, os autores assinalam que a QV envolve perspectivas interdisciplinares e intersetoriais na sua interação com o entorno social e ambiental. Consideram, ainda, que Qualidade de Vida, refere-se ao modo e as condições de vida, incluindo idéias de desenvolvimento sustentável, ecologia humana, e se relacionando com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos (Quadros *et al.*, 2008; Almeida, Gutierrez & Marques, 2009; Almeida & Vitagliano, 2009; Gordia *et al.*, 2011).

A multiplicidade trazida pelas abordagens holísticas trouxe o conceito elaborado pelo grupo de qualidade de vida da divisão de saúde mental da OMS (1994), *WHOQOL Group*, que denomina QV como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e de sistema de valores em que vive considerando seus objetivos, expectativas padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994; Fleck *et al.*, 2000). Segundo, Pazanini, *et al.* (2007), o grupo WHOQOL pode ter sido o primeiro a incluir o elemento cultural como parte integrante e essencial no conceito de QV. Esta definição da OMS

tem como base a natureza multideterminada da Qualidade de Vida, assinalando que este constructo abrange, portanto, a subjetividade, a multidimensionalidade e presença de elementos de avaliação tanto positivos e negativos (WHOQOL, 1994; Moreno *et al.*, 2006; Azevedo, Friche & Lemos, 2012). Tal conceito, atualmente, tem sido o pilar das discussões sobre Qualidade de Vida do universo científico, e encontra-se presente na maioria das publicações mais recentes (Pazanini, *et al.*, 2007; Quadros *et al.*, 2008; Almeida *et al.*, 2009; Monteiro, Braile, Bransau & Jatene, 2010; Gordia *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2012 ; Gimenes, 2013).

Minayo, Hartz e Buss (2000) ampliam as abordagens sobre Qualidade de Vida denominando-a como uma representação social composta por critérios subjetivos e objetivos pautados nas necessidades básicas e nas necessidades geradas a partir do desenvolvimento histórico-cultural de cada sociedade. Nesta perspectiva, corroborando com as idéias desses autores, Almeida *et al.* (2009) e Almeida e Vitagliano (2009) especificam que a QV de uma população deve ser considerada a partir de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais, como emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de qualidade, entre outros.

Especificamente na área da saúde, melhorar a qualidade de vida passou ser um objetivo a ser alcançado a partir de práticas assistenciais, das políticas públicas, das ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças (Monteiro *et al.*, 2010). Com isso, percebe-se que, o desafio central de diversas investigações referentes à QV em populações distintas, é justamente o de produzir análises contextualizadas e transformadoras da realidade que fujam do paradigma médico-assistencialista o suficiente para abranger essas ações (Quadros *et al.*, 2008; Fávero-Nunes & Santos, 2010; Gimenes, 2013). Observa-se que seis grandes vertentes convergiram para o

desenvolvimento do conceito de QV relacionada à saúde: 1- os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem estar; 2- a busca dos indicadores sociais; 3- a insuficiências das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4 - a satisfação do cliente; 5- o movimento de humanização da medicina; 6- a psicologia positiva (Pazanini *et al.*, 2007).

Assim sendo, outra abordagem importante de QV deve ser considerada neste trabalho: o modelo de qualidade de vida relacionada à saúde. A expressão “Qualidade de Vida ligada a Saúde”, é a tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*, e tem sido utilizada para ser distinguida da QV, em seu significado mais geral (Dantas *et al.*, 2003; Amendol *et al.*, 2008). O termo qualidade de vida relacionada à saúde encontra-se ligado a avaliação subjetiva do paciente, a partir do seu próprio relato, e ao impacto do seu estado de saúde na sua capacidade de viver plenamente (Pereira *et al.*, 2012). Este modelo, desenvolvido inicialmente por Parson, preconiza que a doença deve ser considerada como problema quando afeta a capacidade de desempenho, sendo necessário, portanto, avaliar a capacidade funcional do sujeito conforme sua idade e seus principais papéis sociais no contexto de sua vida. Este modelo considera a saúde como o mais valioso estado de existência e um indicador para medir a Qualidade de Vida, um conceito muito mais abrangente (Ribeiro, 1994; Lima & Fleck, 2007). Note-se que, é comum o uso de Qualidade de Vida como sinônimo de saúde, satisfação pessoal, ou até mesmo felicidade (Lima & Fleck, 2007; Tavares, 2011; Pereira *et al.*, 2012). É importante compreender que mesmo que saúde e QV sejam, muitas vezes, utilizadas como sinônimas, caracterizam-se como conceitos que demonstram especificidades, embora apresentem grande relação entre si, e neste trabalho são considerados distintas uma da outra.

O conceito de Qualidade de Vida relacionado à saúde, diferente da sua concepção geral, assume uma propriedade muito mais instrumental, uma vez que fornece dados aos profissionais da área sobre suas práticas, propondo alternativas para implementá-las, e avalia novos instrumentos de medida para determinadas intervenções (Alves 2011; Marques & Aranda, 2011; Gimenes, 2013).

Segundo os autores citados a abaixo, os estudos sobre QV têm sido fundamentais para conceber indicadores de:

- eficácia, eficiência, e impacto de determinados tratamentos: Vasconcelos, (2006); Avelar, Derchain, Camargo, Lourenço, Sarian e Yoshida, (2006); Quadro *et al.* (2008); Bandeira e Cesari (2010); Marques e Isabel (2011); Irigaray, Schneider e Gomes (2011); Kunzler e Araújo (2013);
- comparação entre procedimentos; Roque e Forones (2006); Castro, Daltro, Kraychete e Lopes (2012);
- avaliação do custo-benefício dos serviços prestados; Zahar *et al.* (2005); Cardoso *et al.* (2009);
- aprovação e definição de tratamentos: Chou *et al.* (2013);
- definição de estratégias na área de saúde; Moreno *et al.* (2006); Chiesa *et al.* (2011)
- e monitoramento e manutenção da qualidade de vida dos pacientes: Amendola *et al.* (2008); Bambi *et al.* (2008); Lemos *et al.* (2008); Melo-Neto *et al.* (2008); Rovere, Rossini e Reimão (2008); França *et al.* (2009); Helito *et al.* (2009); Santana, Chianca e Cardoso (2009); Moreira *et al.* (2009); Alves *et al.* (2010); Rios, Barbosa e Belasco, (2010); Favero-Nunes e Santos, 2010; Gordia *et al.* (2010); Lopez *et al.* (2011); Jansen *et al.* (2011); Marques e Aranda (2011); Martins *et al.* (2011); Azevedo *et al.* (2012); Alves *et al.* (2012); Melo-Silva *et al.* (2012); Fuini, Souto, Amaral e Amaral (2013); Moreira *et al.* (2013).

Segundo Pereira *et al.* (2012), o perfil das produções sobre QV no Brasil apontam para análises sobre Qualidade de Vida relacionada à saúde, ou seja, verifica-se que a maior parte das investigações realizada tem se focalizado em adultos que sofrem com alguma patologia, evidenciando a preocupação em se conhecer a forma como essas enfermidades têm impactado a vida dessas pessoas.

2.2. Avaliação de Qualidade de vida em Saúde

Considerando, então, que, a qualidade em contexto de saúde tornou-se um bem a ser alcançado, Alves (2011) lembra que só é possível obter a melhora daquilo que se pode medir de alguma maneira. Neste sentido, torna-se fundamental avaliar de forma sistemática o bem estar do indivíduo em várias dimensões para se conseguir parâmetros que apontem para sua melhora no que se refere à QV. Com isso em mente, Seidl e Zannon (2004) apontam para registros de estudos e instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida já na literatura médica da década de 1930. Contudo, seguindo o desenvolvimento do constructo, acredita-se que somente a partir da década de 1990 houve a real propagação dos instrumentos de avaliação de QV, especialmente nos Estados Unidos (Azevedo *et.al.*, 2012).

Inicialmente, a avaliação da QV e sua mensuração objetivaram complementar as análises de sobrevida, acrescentando dados aos demais parâmetros clínicos (Monteiro *et al.*, 2010). Com desenvolvimento das pesquisas, contudo, a avaliação da qualidade de vida ampliou seus objetivos passando a estimar o senso subjetivo de bem estar, considerando aspectos somáticos e socioculturais, que têm trazido informações significativas para implementação da prática clínica em saúde (Roque & Forones, 2006; Monteiro *et al.*, 2010). De acordo com Gimenes (2013), os questionários de QV são capazes de instrumentalizar a subjetividade permitindo maior apreensão das técnicas de

promoção de saúde. Portanto, o uso desses instrumentos é um meio para medir as dificuldades do indivíduo, e assim auxiliar profissionais da saúde a conhecerem suas necessidades funcionais, psicológicas e sociais, além avaliar, de maneira paralela, a progressão de doenças e as resposta aos tratamentos propostos (Avelar *et al.*, 2006).

Ainda quanto à importância dos instrumentos de medida de QV, é preciso ressaltar que a diversidade de conceitos desse constructo gera também formas variadas de medi-lo, o que, muitas vezes, dificulta a comparação dos resultados nacionais com os resultados da literatura internacional. Dessa forma, a abordagem de saúde, se preocupando com os dados do ponto de vista humanístico, vem reforçando a necessidade de instrumentos validados para aferição de parâmetros (Alves, 2011).

Quando aos instrumentos em si, a literatura especializa os tem classificado de duas formas: instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos têm como objetivo central avaliar de maneira geral e global aspectos relacionados com a QV. Deste modo, procuram abarcar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e demonstram o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Embora genérico, podem ser aplicados no estudo de indivíduos da população geral ou de grupos específicos (Fleck *et al.*, 2000; Dantas *et al.*, 2003; Gordia *et al.*, 2011; Alves, 2011).

Dentre os instrumentos mais usados na literatura brasileira estão: os questionários SF-36 (*Medical Outcomes Study 36- item short-form health survey*) e o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) (Landeiro *et al.*, 2011). O Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde, SF-36, bastante aplicado para avaliar diversos tipos de doenças, é constituído por oito dimensões: funcionamento físico; funcionamento social; limitações causadas por problemas de saúde física e as emocional; saúde mental; dor; vitalidade; e percepções da saúde em geral. Apresenta

estudos de tradução e adaptação cultural para a população brasileira e é um dos questionários mais utilizados internacionalmente (Alves, 2011)

O WHOQOL, instrumento utilizado neste trabalho, foi desenvolvido pelo grupo *World Health Organization Quality of Life*, sendo amplamente utilizado na área da saúde, e apresentando como vantagem a possibilidade de comparação entre resultados de diferentes populações, uma vez que sua abordagem pretende ser transcultural. Para isso, na sua validação, foram envolvidos 15 centros de pesquisas internacionais, sendo que, no Brasil, este instrumento foi traduzido e validado por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul coordenado por Marcelo Pio Fleck (Fleck et al., 2000). Os questionários WHOQOL foram elaborados, pois, em diferentes contextos nacionais e passaram a ser utilizados como instrumentos globais de medida de Qualidade de Vida em contextos distintos. Conforme, Gimenes (2013), a pretensão contida na elaboração desses questionários seria considerar a QV como parâmetro de análise e comparação que possibilitassem criar diretrizes mundiais de uma saúde global.

O grupo brasileiro, coordenado por Fleck, validou duas versões desse instrumento: a versão longa *WHOQOL-100* que considera seis domínios de análise (físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente, e espiritualidade) e a versão curta, o *WHOQOL-bref* que avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente) para análise de Qualidade de Vida. O WHOQOL-bref surgiu da necessidade de instrumentos que demandassem menor tempo para preenchimento, de mais fácil aplicabilidade, e que mantivessem características psicométricas satisfatórias (Fleck et al., 2000; Moreno et al., 2006; Bampi et al., 2008; Fávero-Nunes & Santos; 2010; Gordia et al., 2011). Nas pesquisas de validação, o WHOQOL-bref apresentou, portanto, boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo, e confiabilidade teste-reteste, utilizado em

amostras heterogêneas de pacientes, e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar (Fleck et al., 2000).

Os instrumentos Específicos, por seu turno, avaliam aspectos particulares da QV, apresentando como vantagem a capacidade de detectar, como a própria nomenclatura afirma, as especificidades desse constructo em determinadas situações. Todavia, apresentam como desvantagem, muitas vezes, a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validação das características psicométricas do instrumento (Danta et al., 2003, Gordia *et al.*, 2011; Landeiro *et al.*, 2011). Como exemplo pode-se citar o FACT-B (*Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast*), escala utilizada para avaliação de Qualidade de Vida dos pacientes com câncer com a subscala para avaliação de mulheres com câncer de mama citada por Avelar *et al.* (2006).

Já os estudos qualitativos da QV, estes têm sido empregados em amostras menores no intuito de estudar a essência dos sentidos que as pessoas atribuem às palavras. Note-se, assim, que estes têm como objetivo alcançar o significado individualizado do que é Qualidade de Vida a partir de uma descrição própria baseada em crenças e valores, e diferenciando-se dos estudos com uso de instrumentos que partem de uma contextualização previamente estabelecida. Desta feita, a ótica qualitativa da Qualidade de Vida pode apreender especificidades importantes, possibilitando ainda elaborar intervenções para as populações estudadas ou com característica similares (Landeiro *et al.*, 2011).

2- Questões relativas à psicoterapia breve

Para compreendermos as questões que tangem o campo da psicoterapia breve, é necessário contextualizarmos, primeiramente, a inserção da psicoterapia no campo da saúde especialmente à sua demanda institucional.

3.1. A psicoterapia e ao campo da saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, em seu relatório que enfocava a saúde mental, salientou o crescimento do grande contingente de indivíduos que sofrem de perturbações mentais ou comportamentais no mundo, frente a uma pequena parcela de pessoas que dispõe do acesso aos tratamentos adequados. Assim, a OMS, ciente deste panorama, coloca os cuidados com a saúde mental como prioridade, ressaltando a psicoterapia como uma das estratégias fundamentais para resolução de tal problemática (OMS, 2002).

Segundo Cordioli (2008), neste mais de um século de existência, a psicoterapia vem conquistando seu espaço e credibilidade junto à população, aos pacientes e profissionais de diversas áreas. As investigações científicas, no contexto psicoterapêutico, têm sido alavancadas desde 1950 a partir das críticas de Eysenck que questionou os reais efeitos da psicoterapia. Assim, surgiram várias pesquisas quanto à eficácia, eficiência e, mais recentemente, quanto aos elementos do processo psicoterapêutico e mudança significativa do cliente (Neto & Féres-Carneiro, 2005; Sousa, 2006; Cordioli, 2008).

Atualmente, já existe um consenso na comunidade científica de que a psicoterapia apresenta efeitos e resultados na saúde do cliente (Peuker, Habigzang, Koller & Araújo, 2009; Cordioli, 2008; Neto & Féres-Carneiro, 2005; Sousa, 2006). Admite-se, ainda, a possibilidade de haverem mais de quatrocentas modalidades de psicoterapia, evidenciando a heterogeneidade, diversidade, crescimento e ampliação

deste campo de atuação. Desde modo, torna-se cada vez mais importante e necessário o investimento em pesquisas e investigações, nesta área, que garantam a cientificidade e qualidade dos serviços prestados (Benito, 2008).

A psicoterapia, como forma de tratamento, usa como instrumentos o relacionamento e a capacidade de comunicação entre terapeuta e paciente. No ambiente terapêutico, cabe o psicoterapeuta elucidar, entender e dar sentido aos conflitos trazidos pelo paciente, buscando corrigir suas distorções perceptivas na sua relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo em níveis cognitivos, emocionais e comportamentais (Cordioli, 2008; Mello, 2004, Ribeiro, 1985; Heidegger; 1988). Embora sejam reconhecidas várias modalidades psicoterapêuticas e evidentes diferenças entre elas, existem alguns elementos comuns às psicoterapias, tais como: a relação de confiança do paciente com o terapeuta, a crença do paciente que o psicoterapeuta é capaz de ajudá-lo, e a necessidade de ajuda apresentada pela pessoa que busca o tratamento. Dessa forma, as pesquisas apontam para a importância de três variáveis fundamentais na psicoterapia e seus resultados: o paciente, o terapeuta e a aliança terapêutica (Peuker et al., 2009; Cordioli, 2008; Sousa, 2006).

As investigações sistemáticas quanto aos resultados em decorrências da psicoterapia levantaram questões fundamentais para este campo de atuação: qual tratamento, nas mãos de quem, direcionado a quem, com quais problemas e sob quais circunstâncias, poder-se-ia considerar os resultados como significativos para quem passa por esse tratamento? (Neto & Féres-Carneiro, 2005). Com isso, tem-se tomado que nem todas as terapias são indicadas para todos os problemas e pessoas em quaisquer circunstâncias (Benito, 2008). Pesquisas têm apontado que características individuais do paciente como tempo de “doença”, co-morbidades, traços de personalidade, severidade do diagnóstico psiquiátrico, existência de um foco, qualidade das relações de objeto,

funcionamento defensivo, estado civil, entre outros devem ser considerados (Hauck *et al.*, 2007).

Nos últimos anos, no Brasil, nota-se uma demanda crescente dos serviços públicos e privados pelo profissional da psicologia. Essa nova demanda resultou no trabalho com sujeitos com características diversificadas e realidades psicossociais muito diferentes. Assim sendo, não conseguindo responder, por vezes, as necessidades concretas dessa realidade, percebeu-se o imperativo de abandonar algumas tradições em clínica psicológica, marcando a importância de trabalhar características adaptativas do aqui-e- agora do paciente, que assume um papel ativo e participativo na sua mudança, potencializando e valorizando técnicas voltadas para a expressão emocional e controle de ansiedade em momentos de crises (Perls, 1988; Andrade & Morato, 2004; Espada, 2003; Fiorini, 2008; Lopez, 2011).

Em contextos institucionais de saúde pública e/ou privada- planos de saúde - nos quais a demanda por tratamento geralmente supera a número de profissionais disponíveis, a modalidade de psicoterapia breve ou de curta duração, aqui usada como sinônimas, tem sido vista com opção mais viável, sendo bem aceita e, seu emprego e pesquisa, crescentes (Azevedo, 2006; Enéas, Faleiros & Sá, 2000; Gebara, 2008; Fiorini, 2008; Pinto, 2009; Ribeiro, 2009; Lopez, 2011).

3.2- Psicoterapia breve: perspectiva histórica

Pensando no desenvolvimento da psicoterapia breve, há de se fazer referência a Freud (1973). Este, embora não visasse à modificação da sua técnica, já pensava na responsabilidade social da psicanálise enquanto prática psicoterapêutica, evidenciando a necessidade que esta alcançasse as camadas populares e pudesse ser utilizada em instituições públicas (Azevedo, 2006; Lustosa, 2010; Pinto, 2009; Ribeiro, 2009).

Segundo Lemgruber (2012) e Gilliéron (2004a), as psicoterapias breves se originaram em 1924 a partir da obra *Perspectivas da Psicanálise*, de Ferenczi e Rank, que compunham o primeiro grupo de seguidores de Freud. Estes autores sugeriam a diminuição do tempo de análise a partir de observações de que os pacientes apresentavam ganhos secundários com a possibilidade de estenderem o tratamento por período muito longo. Para acelerar o tratamento psicanalítico, propunham uma técnica ativa que modificava o enquadramento deste, avançando no desenvolvimento teórico e técnico de uma proposta breve de tratamento. Freud, contudo, se opôs a nova técnica acreditando que esta se distanciava dos conceitos e objetivos de sua prática (Gilliéron, 1986; Knobel, 1986; Gebara, 2008; Gilliéron, 2004a e 2004b; Lemgruber, 2012; Lustosa, 2010).

Franz Alexander e Thomas Frech deram continuidade às idéias propostas por Ferenczi e Rank. Esses autores passaram a defender uma postura mais ativa por parte do psicoterapeuta com intuito de evitar regressões, sem ampliar dependências ou as resistências do paciente (Pinto, 2009). Desenvolveram, também, o conceito de *experiência emocional corretiva* que preconizava que o ato de reviver uma experiência de uma nova maneira, ou seja, resignificando-a, destrói o efeito da experiência anterior traumática e promove a “cura” no paciente a partir da relação com o terapeuta. O paciente passa, portanto, a entender emocionalmente e racionalmente a diferença entre o trauma e as circunstâncias atuais, rearranjando sua configuração interna de modo a alcançar uma mudança a nível global (Lemgruber, 1995; Friedlander *et al.*, 2012; Gilliéron, 2004a e 2004b).

Por volta dos anos de 1940 e 1950, o fim da Segunda Guerra Mundial aliado a uma série de catástrofes, faz crescer enormemente o número de pessoas que necessitam de tratamento psicológico e sem condições financeiras para arcar com processos

prolongados tal como o psicanalítico. Neste contexto, nota-se, ainda, a urgência da reconstrução de cidades, países e, especialmente, de pessoas devastadas por anos de sofrimento e que demandam intervenções e resultados rápidos (Gilliéron, 1986, 2004b; Lustosa, 2010).

A emergência dessa situação, principalmente nos EUA, impulsiona os modos de psicoterapêutica de urgência. Alexander e Frech, tomados pelo espírito da época, começaram a realizar os primeiros congressos de psicoterapia breve em Chicago, que aconteceram em 1942, 1944 e 1946, e redigiram a primeira obra dedicada exclusivamente a essa forma de psicoterapia. Seguindo estas tendências, em 1950, há expansão dos serviços psiquiátricos de urgência, e o investimento na investigação dos princípios de intervenção em situações de crise. Neste período, se desenvolvem os medicamentos psicotrópicos, as terapias de mudança de comportamento, e terapias familiares, que foram diretamente ou indiretamente responsáveis pelo arranque de muitos programas de pesquisa sobre os efeitos das psicoterapias breves nas mais variadas perspectivas. Em 1960, este movimento se consolida com a criação de vários centros psiquiátricos ambulatoriais, por todo mundo, organizados no sentido de reduzir a lista de espera dos pacientes (Gilliéron, 1986; 2004b).

Segundo Maia (2007), no Brasil observa-se uma repercussão muito favorável à inserção da psicoterapia breve, principalmente em se tratando de clínicas-escolas de Psicologia e de Psiquiatria, uma vez que minimiza o grave problema da interrupção dos atendimentos e diminuição da fila de espera. O trabalho prossegue e ganha impulso significativo com as publicações das últimas três décadas com: Fiorini (1982), Lemgruber (1984), Malan (1979), Knobel, (1986), Simon (1989), Yoshida (1990) e Gilliéron (1993).

3.3- *Psicoterapia Breve: conceitos, intervenções e indicações*

A utilização inadequada da psicoterapia breve por médicos e psicólogos sem a formação necessária construiu uma visão pejorativa para esse enquadre psicoterapêutico que deve ser esclarecida a partir de seus conceitos (Knobel, 1986; Schuyler, 2000). A psicoterapia breve pode ser caracterizada por curta duração de tempo, apresentar objetivos claramente definidos centrados na evolução de um foco trazido na problemática do paciente, e pelo planejamento estratégico das sessões que confere ao processo começo, meio e fim (Santos, 1997; Ribeiro, 2009; Enéas *et al.*, 2000; Oliveira, 2002; Santeiro, 2008; Pinto, 2009) Dessa forma, para considerar uma psicoterapia como PB, deve-se olhar além dos elementos como tempo e número de sessões reduzidos, os objetivos claros e limitados segundo a demanda específica do paciente naquele momento, acompanhada por técnicas específicas dessa abordagem (Lemgruber, 1995; Enéas *et al.*, 2000).

O termo breve surgiu principalmente em contraposição e contraste as psicoterapias de ações prolongadas, especialmente a psicanálise. O fator tempo e suas limitações, em psicoterapia breve, foram temas de grandes debates entre autores de maneira não consensual. O tempo, em especial, é percebido não apenas na sua cronologia (Kronos), mas na vivência singular e única do paciente (Kairós) (Ribeiro, 1985). Segundo autores como Knobel (1986), Gilléron (1986; 2004a; 2004b) e mais recentemente reafirmado por Pinto (2009), as resistências a uma psicoterapia com limitação temporal trazem muito mais angústia do próprio terapeuta do que do cliente, uma vez que necessita dele renúncia a sensação de onipotência e a ilusão narcísica de “perfeição” ou fechamento ao final do processo. Pinto (2009) assinala que é necessário humildade do psicoterapeuta em perceber-se como “um artista de obras inacabadas”

(p.168), e que, portanto, existe a possibilidade do esgotamento do foco e não da necessidade da psicoterapia.

Foco refere-se aos pontos nos quais se situam os esforços e trabalho do terapeuta e do cliente, a partir de avaliação e planejamentos prévios, para que ajam respostas de mudança à necessidade de ajuda (Knobel, 1986; Gilliéron, 2004a; Maia, 2007; Fiorini, 2008; Pinto, 2009; Lustosa, 2010). Fazendo referência a Teoria Gestáltica da Percepção, Lemgruber (1995) explica que o foco geralmente representa a figura, ou seja, o cerne do conflito do sujeito investido de energia e atenção. O fundo, por sua vez, é o que não faz parte de foco, mas forma o contexto que permite extrair o significado para o comportamento do cliente. A partir do conceito de foco, a mesma autora, descreve, portanto, o que denomina de técnica focal que envolve planejamento do tratamento e maior atividade do psicoterapeuta.

Por atividade do psicoterapeuta, compreende-se uma presença mais marcante deste profissional no espaço terapêutico, mais entregue a situação, uma vez que ele age como catalisador, dentro dos limites e os propósitos do trabalho (Fiorini, 2008; Pinto, 2009; Ribeiro, 2009). Em pesquisas como a de Heinonen et al. (2012), verificou-se que a partir de comparação entre as características do psicoterapeuta em psicoterapias breves e de longa duração, que, em PBs, profissionais com atitudes mais ativas, comprometidas e extrovertidas são capazes de facilitar a maior redução de sintomas em seus pacientes. Deste modo, Lemgruber (1995) e Yoshida (1999) assinalam como função do psicoterapeuta breve: avaliar as condições internas do paciente a partir de diagnóstico para que seja possível atender suas expectativas de ajuda; estabelecer o foco e atuar em função do mesmo; colocar ênfase na intervenção que valorizam o presente, e propiciar o máximo possível as vivências de Experiência Emocional Corretivas.

A escolha pelo trabalho focal é o que confere precisão, maior rapidez, e sustentação a psicoterapia breve, permitindo-lhe alcançar os objetivos delimitados. (Maia, 2007; Lustosa, 2010). O cliente demonstra uma tendência natural à focalização, trazendo o foco no motivo da consulta que revela uma dificuldade específica emergente, um sintoma mais agressivo ou situação que requer solução mais urgentemente. Contudo, os autores ressaltam que, embora a eleição de um foco seja fundamental em psicoterapia breve, este não deve ser uma escolha rígida ou estática, sendo possível a sua atualização constante a partir da percepção da totalidade do contexto do indivíduo e da evolução do processo psicoterapêutico uma vez que o cliente por si só tende a autorregular-se, ou seja, se ajustar ao mundo segundo as suas necessidades (Ribeiro, 1985, 2009; Oliveira, 2002; Gilliéron, 2004a; Maia, 2007; Pinto, 2009; Lustosa, 2010).

A psicoterapia breve tem, portanto, como objetivos aliviar ou modificar o sintoma, ampliar a consciência da situação presente vivida pelo paciente, retomar seu equilíbrio pré-existente; favorecer a aprendizagem da auto-avaliação, objetivação e crítica de seus comportamentos habituais; desenvolver habilidades interpessoais; ajudá-lo na elaboração de um projeto pessoal com metas que impliquem a aquisição de certo bem estar e auto-estima, e melhorar o funcionamento adaptativo do sujeito à situação atual que vivencia (Enéas *et al.*, 2000; Gouvêa, 2000; Schuyler, 2000; Lustosa, 2010; Pinto, 2009; Rodrigues, 2009; Fiorini, 2008). Em psicoterapia breve, vale ressaltar que, embora não seja um objetivo, existe a possibilidade de provocar mudanças na personalidade do paciente. A resolução do conflito focal é capaz de promover um desenvolvimento positivo a partir da reformulação de uma área específica, que pode gerar, também, repercussões positivas em outras áreas da personalidade, potencializando, com isso, os ganhos terapêuticos. A esse fenômeno denomina-se efeito carambola (Lemgruber, 1995).

Nos contextos atuais, é possível reconhecer três tipos de intervenções, na modalidade de psicoterapia breve, que devem ser consideradas: o atendimento de urgência, as intervenções em crise, e psicoterapia breve propriamente dita. O atendimento de urgência apresenta-se com caráter imediato e com a finalidade de retomar o contato do cliente com a realidade e proteger as pessoas que com ele se relacionam. A intervenção em crise, que tem como objetivo restaurar o melhor equilíbrio possível antes da crise, ou incentivar a pessoa ao enfrentamento a situações difíceis. Por crise compreende-se um momento marcado por alta ansiedade, dificuldade de pensar com clareza e discriminar problemas, alterações na auto-estima, distúrbios na relação com o outro, comprometimento da produtividade pessoal, entre outros efeitos negativos. E a psicoterapia breve propriamente dita que visa o melhor ajustamento do cliente ao seu momento atual e segue técnicas específicas (Pinto, 2009; Fiorini, 2008, Furigo *et al.*, 2008).

Já Lemgruber (2008) reconhece duas linhas principais de PBs na atualidade: As abordagens psicodinâmicas e Abordagens cognitivas comportamentais. A primeira com origem nos primeiros atendimentos psicanalíticos no início do século XX, também chamada psicoterapia breves psicodinâmicas (PBP). Nota-se, na literatura especializada maior número de publicações sobre PBPs, por sua característica histórica como Driessen *et al.* (2009) e Erkki, Lindfors, Laaksonen e Knekt (2012). A segunda, originadas das teorias de aprendizagem de Pavlov, Skinner e Thorndike, e chamadas de psicoterapias breves cognitivo-comportamentais. Essa abordagem seguindo a mesmo padrão do seu enquadre de longa duração, também tem apresentado muitas investigações como Castro, Daltro, Kraychete e Lopes (2012) e Iriguaray *et al.* (2011).

Existem ainda, atualmente, outras linhas que também trabalham no enquadre da psicoterapia breve. A psicoterapia na Abordagem Gestáltica, por exemplo, dentro de

uma visão humanista-existencial-fenomenológica, apresenta um enquadre chamado de Gestalt-Terapia de curta duração, que tem como objetivo trabalhar soluções imediatas para os problemas, para que, estes, possam ser vivenciados de maneira mais espontânea e coerente com momento de vida atual do cliente. A gestalt-terapia de curta-duração procura, ainda, a ampliação da consciência do cliente quanto ao seu futuro, e a confiança em si mesmo e nos seus projetos existenciais, fazendo uso de seus recursos cognitivos, emocionais, e comportamentais disponíveis, em um curto espaço de tempo. A Gestalt-Terapia de curta duração se distingue das outras abordagens breves por considerar que o fundamental, nesse processo, é a experiência emocional atualizadora, que consiste na atualização das potencialidades dos indivíduos antes cristalizadas em decorrência das suas vivências, e não a experiência emocional corretiva colocada pelos conceitos tradicionais. Essa diferença marca uma postura diferenciada do profissional nesse enquadre psicoterapêutico (Ribeiro, 2009; Pinto, 2009a e 2009b).

Lemgruber (2000) e, em publicações mais recentes (2008; 2010), aponta para uma quarta geração de psicoterapias breves que adota um modelo integrativo. Este modelo usa recursos de diferentes abordagens terapêuticas, e se baseia no paradigma neurocientífico da integração ambiente/cérebro. A autora relata que a Experiência Emocional Corretiva, proposta por Alexander, tem sido reconhecida pelos estudos científicos que apontam para a possibilidade de estabelecer novos circuitos neuronais, devido à plasticidade neuronal do cérebro humano, por meio de experiências de aprendizagem e, com isso, levar à reestruturação de comportamentos, pensamentos, sentimentos do indivíduo. Esses estudos têm embasado a explicação da influência da psicoterapia na estrutura cerebral, e esse modelo já pode ser observado nos sistemas de saúde de países como a Nova Zelândia e Espanha como ressaltada na pesquisa de Mendez (2010).

Considerando, então, que existem várias linhas que abordam múltiplas visões de homem nas diversas formas de se realizar a psicoterapia, neste trabalho adota-se a visão de homem como unidade biopsicossocial que evolui constantemente e, por isso, deve ser compreendido na sua totalidade, em um sistema multidimensional- físico, afetivo, racional, social e espiritual- e organizado numa relação funcional complexa consigo mesmo e com campo que o cerca. (Knobel, 1986; Ginger & Ginger, 1995; Ribeiro, 2009; Pinto, 2009). Esta referida posição está coerente com a perspectiva holística de Qualidade de Vida considerado para esta pesquisa. Sob esse aspecto, compreende-se que a psicoterapia breve não deve ser empregada a qualquer circunstância, não sendo adequada para alguns terapeutas, clientes e situações (Knobel, 1986).

A psicoterapia breve tem se mostrado especialmente indicada para: quadros agudos decorrentes de situações de emergência ou crise; problemas interpessoais e/ou conflitos emocionais; distúrbios reativos ou adaptativos (ex: transtorno de ajustamento); reações ansiosas ou fóbicas (ex: transtornos de ansiedade); episódios depressivos; situações de mudança como a aposentadoria; e, perturbações psicossomáticas de início recente (Knobel, 1986; Lemgruber, 1995; Gouvêa, 2000; Schuyler, 2000; Oliveira, 2002; Fiorini, 2008; Lustosa, 2010). Embora não haja um consenso entre os autores, é possível verificar algumas características, especialmente do cliente, facilitadoras do processo terapêutico que podem ser apontadas como critérios de indicação, tais como: prontidão para psicoterapia; possibilidade de estabelecer um tema central a ser trabalhado; motivação e percepção da necessidade de mudar; potencial de tolerância à angústia; boa capacidade de abstração; boa capacidade de auto-reflexão; e capacidade de estabelecer aliança terapêutica em curto prazo (Knobel, 1986; Ribeiro, 1999; Yoshida, 1999; Chillelli & Enéa, 2000; Oliveira, 2002; Azevedo, 2006; Maia, 2007; Hauck *et al.*, 2007; Gebara, 2008).

Tendo em vista as limitações do tempo e a capacidade de adesão ao tratamento, observaram-se ao longo das pesquisas, certas condições que contra-indicam a psicoterapia breve. Deste modo, os autores apontam para seguintes contra-indicações: presença de psicopatologias severas ou distúrbios psiquiátricos (psicoses) ou psicológicos crônicos (ex: quadros de perversões, paranóides, obsessivo-compulsivos, entre outros); dependência química, pessoas com organização de personalidade tipo *borderline*; doenças cerebrais; limitações intelectuais graves. Quanto às características específicas do paciente, observa-se como limitadores: pouca disponibilidade ou com pouca motivação para mudança; incapacidade de estabelecer aliança terapêutica; falta de controle dos impulsos agressivos; dificuldades graves de funcionamento na vida diária; ou doenças clínicas graves; (Gilliéron, 1986; Lemgruber, 1995; Ribeiro, 1999; Yoshida, 1999; Gouvêa, 2000; Fassino, Daga, Pierò & Rovera, 2002; Maia, 2007; Gebara, 2008; Fiorini, 2008; Lustosa, 2010).

Fiorini (2008) ressalta, entretanto, que, partindo de um ponto de vista social e frente à atual organização assistencial, é impossível negar que, para uma grande massa da população, a opção que existente se limita em: tratamentos limitados ou nenhum tratamento. Diante desse contexto, uma terapia breve pode, em grau variável a ser considerado, beneficiar praticamente a todos que a ela se dispõe a participar.

3.4 Qualidade de vida, investigação científica em saúde mental e Psicoterapia Breve

Embora seja notável que a Qualidade de vida seja influenciada pelos acontecimentos externos, ela é uma experiência que tem na sua essência a subjetividade, conseqüentemente, é influenciada pelo estado mental, emocional, pela personalidade e pelas expectativas de cada um (Lima & Fleck, 2007). Assim sendo, as questões referentes à saúde mental e Qualidade de Vida têm alcançado amplo reconhecimento e

sendo bastante investigadas. Tais questões demonstram-se úteis quando aplicadas na pesquisa e na prática clínica em psiquiatria e psicologia, especialmente para mostrar o impacto dos transtornos mentais e o possível benefício das intervenções terapêuticas, como a psicoterapia breve, dados fundamentais para a organização efetiva do sistema de saúde e o planejamento e promoção de saúde (Berlim & Fleck, 2003; Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2008; Jansen *et al.*, 2011).

As investigações de Spitzler *et al.* (1995) que compararam a Qualidade de Vida relacionada à saúde em pacientes com transtorno psiquiátrico ou outras condições médicas que procuravam serviços de saúde primários, constatou-se que os transtornos psiquiátricos, particularmente a depressão, contribuíram para maiores prejuízos na QV em todos os domínios do SF-20 (versão abreviada do SF-36) do que outras condições médicas. Pesquisas mais recentes de Lima e Fleck (2007), por exemplo, acrescentam que tais transtornos parecem também provocar maior prejuízo em tarefas diárias do que doenças cardíacas, artrite, hipertensão, e diabetes.

Segundo Jansen *et al.* (2011) estima-se, a partir de estudos populacionais internacionais, que exista a prevalência de 15,4 % a 30, 5% dos chamados Transtornos Mentais Comuns - TMC (Depressão não psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes) na população em geral. Quanto aos estudos populacionais realizados no Brasil, estima-se a prevalência de 17% e 35% desse mesmo transtorno entre brasileiros. O TMC caracteriza uma das maiores demandas (cerca de 50%) dos serviços de atenção básica a saúde, o que sinaliza o impacto desses na Qualidade de Vida das pessoas, principalmente, nas classes com mais limitações financeiras.

Quanto à depressão, observa-se fortemente sua presença entre os transtornos associados ao declínio da qualidade de vida. Pesquisas na literatura internacional demonstram a presença de uma relação inversamente proporcionam entre percepção da

QV e a intensidades dos sintomas depressivos. Já em estudos nacionais, é possível notar que pessoas mais gravemente deprimidas tendem a: consultar mais os postos de saúde, permanecer mais tempo internados nos hospitais e faltar mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos. Acredita-se, portanto, que a depressão torna a adesão ao tratamento mais difícil, uma vez que aumenta a sensação de dor e a incapacidade funcional, além de diminuir a qualidade das relações sociais (Lima & Fleck, 2007; Jansen *et al.*, 2011; Lopez, 2011). A pesquisa de Lemos *et al.* (2008) com pacientes depressivos avaliados pelo WHOQOL-bref, por exemplo, encontrou evidências significativas de comprometimento em todos os domínios desse instrumento, o que revela prejuízos marcantes da qualidade de vida desses pacientes.

Em transtornos ansiosos, como no transtorno de pânico, transtornos fóbicos, transtornos de ansiedade generalizada, e pessoas com altos níveis de ansiedade e com problemas psicossociais também percebe-se a queda dos níveis de QV (Jansen *et al.*, 2011). Em pesquisa como a Melo-Neto *et al.* (2008), essa percepção se faz clara, uma vez que quando comparado um grupo de 20 portadores de transtorno de pânico e 20 pessoas sem o transtorno, a partir da avaliação do WHOQOL-bref, encontrou-se que as pessoas com o transtorno apresentaram escores significativamente menores em todos os domínios de QV.

É possível notar ainda a importância da saúde mental e emocional no tratamento de doenças crônicas. Em pacientes com câncer de mama, por exemplo, já existe um consenso generalizado que estas experimentam sintomas significativos de ansiedade e depressão, a ponto destes provocarem distúrbios capazes de aumentar a gravidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, afetar a aderência ao tratamento e gerar um aumento do uso de recursos voltados aos cuidados com a saúde. Por isso, no tratamento médico para essa enfermidade, já se prevêem intervenções que ajudariam a

reduzir o impacto emocional negativo do tratamento na QV integradas a prática clínica de rotina. (Avelar *et al.*, 2006).

Seguindo as recomendações da OMS, os serviços de saúde mental devem proporcionar aos pacientes cuidados clínicos relevantes, visando, assim, reduzir o impacto do transtorno psicopatológico e melhorar sua QV (Cesari & Bandeira, 2010). A intervenção psicológica, neste âmbito, ganha evidência tendo em vista a promoção de Qualidade de Vida e o resgate da saúde, ao enfatizar a mudança do estilo de vida em geral, juntamente com mudanças dos componentes físico, comportamentais, psicológicos, e sociais, ao nível de percepção de ação (Ribeiro, 1994).

Já existem uma série de pesquisas que visam estabelecer o efeito das psicoterapias e outras intervenções psicológicas nos pacientes que dela participam a partir de medidas avaliadas na situação pré e pós do processo psicoterapêutico. Como exemplo, pode-se citar a pesquisa de Moritz *et al.* (2005) com 79 pacientes portadores de TOC com comprometimento importante no bem estar subjetivo, vitalidade e funcionamento social. Essa pesquisa constatou que os pacientes que respondem ao tratamento, que associa psicoterapia com psicofarmacoterapia demonstram melhoras significativas da QV quando comparado ao grupo controle. É possível citar, ainda, pesquisas na área da Terapia Cognitivo-Comportamental dos pesquisadores Irigaray, Schneider e Gomes (2011) com 76 idosos avaliados na situação pré e pós intervenção pelo questionário WHOOQOL-bref, que constatou que, estes, apresentaram melhor percepção de qualidade de vida e de bem estar psicológico após passarem pelas sessões de treino cognitivo.

No que se refere especificamente a psicoterapia breve, segundo Fiorini (2008) já há algum tempo os pesquisadores têm questionado a premissa da equivalência direta entre duração da psicoterapia e a profundidade de seus efeitos. O autor afirma que as

últimas pesquisas que investigam casos clínicos tratados com psicoterapia breves estão registrando sucessos terapêuticos significativos e reflexões sobre os possíveis fracassos. Afirma ainda, que esses trabalhos, mostram medidas apuradas que avaliam os pacientes em tratamento, na alta e depois desta, no *follow up* de dois, três e até cinco anos depois do acompanhamento.

Tendo em vista as afirmações de Fiorini, pode-se citar pesquisas como as de Enéas (2003) que avaliou a partir da Escala Rutger de Progresso em psicoterapia breve, em situação pré e pós intervenção, que mostraram resultados satisfatórios quanto à qualidade adaptativa e o funcionamento psicodinâmico ao final do processo terapêutico. Na pesquisa de Stingel e Pereira (2003) realizada com 65 pacientes do setor de psicoterapia de um hospital geral que avaliava as variações do bem estar subjetivos desses pacientes antes e após o a psicoterapia breve, também mostrou significativa melhora nos mesmos ao final do tratamento.

Já na literatura internacional, é possível ver em um estudo Espanhol realizado por Mendez *et al.* (2010) que comparou grupos de pacientes diagnosticados com Transtornos Mentais Comuns (TMC) que passavam por psicoterapia breve a grupos de pacientes com mesmo diagnóstico que passavam por outras intervenções psicoterapêuticas avaliados na situação antes e depois do processo psicoterapêutico. Essa pesquisa demonstrou que o programa de psicoterapia breve se mostrou mais efetivo do que os outros tratamentos uma vez que, os pacientes inseridos neste grupo, apresentaram maiores melhoras quanto a seu estado clínico, incapacidades e maior satisfação. Na pesquisa de metanálise de Driessen *et al.* (2010) sobre adultos diagnosticados com depressão, verificou-se que a psicoterapia breve demonstrou ser significativamente mais efetiva do que outras condições, em situações pós intervenção, diminuindo os sintomas depressivos, e seus resultados permanecendo por pelo menos

um ano. Essas pesquisas evidenciam a eficácia da técnica medida a partir das mudanças percebidas pelos próprios pacientes.

Nas pesquisas sobre qualidade de vida e psicoterapia breve observa-se a pesquisa de Kunzler e Araujo (2013) realizaram uma investigação quase experimental com 18 servidores públicos avaliadas na situação pré intervenção de TCC e pós intervenção de 12 sessões de TCC pelos instrumentos WHOQOL-bref e BAI e BDI de Beck. Nesta pesquisa identificou-se melhoras significativas nos domínios físico, psicológico, e meio ambiente, geral e saúde, na situação pós intervenção psicoterapêutica. Contudo, observa-se poucos estudos envolvendo psicoterapia breve e sua avaliação pelo WHOQOL-bref a partir de levantamento bibliográficos nos periódicos disponíveis no portal de CAPES. Pressupões, portanto, que o tema necessita de maior investigações.

3.5 -Resolução MS/ANS/167 e suas implicações para a psicoterapia breve

No ano de 2000, foi criada pela Lei 9.961 a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS tem como finalidade regulamentar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, zelando, dessa maneira, pelo interesse público na relação prestadores-consumidores, e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2000). Em 2008, seguindo princípios pautados na atenção multiprofissional e na busca da incorporação de ações de promoção e prevenção de saúde, foi incluído na cobertura obrigatória dos planos de saúde o serviço de psicologia que entrou em vigor com a Resolução Normativa n° 167 (RN, 2008).

A resolução normativa da ANS estabeleceu um rol de procedimentos para o serviço de psicologia nos planos de saúde, ou seja, determinou a cobertura mínima obrigatória para esse segmento. O serviço psicológico foi localizado dentro do

atendimento ambulatorial que instituiu número limitado de sessões de psicoterapia determinado pela classificação do diagnóstico do paciente na CID - Classificação Internacional de Doenças (RN, 2008).

Atualmente, cerca de quase 40 milhões de pessoas têm planos saúde por meio da rede privada no Brasil. O advento da Resolução Normativa nº 167 tem refletido no aumento da demanda por tratamento psicoterápico em instituições privadas que têm restringido o atendimento psicoterapêutico particular a situações de crise e problemas emergenciais. Outro fator marcante que se tem notado é a diminuição da procura por psicoterapias que não podem ser cobertas por planos de saúde (Lemgruber, 2008).

Historicamente, a psicoterapia breve foi adotada como forma de resposta à grande demanda no contexto institucional por se adequar as necessidades exigidas pelo mesmo e por apresentar sólida fundamentação teórica e científica, mencionados anteriormente (Lemgruber, 2008; Rodrigues, 2009). Com as exigências trazidas pela resolução, e com a inserção gradual dos psicólogos nas instituições e centros de saúde, observa-se que, na última década, esta tem se consolidado como uma alternativa válida à psicoterapia tradicional e se destacando na área de saúde mental (Azevedo, 2006; Gouvêa, 2000; Oliveira, 2002; Pinto, 2009; Ribeiro, 1999).

Impulsionando, ainda mais, a ênfase no modelo de psicoterapia breve, nota-se a urgência das necessidades do homem contemporâneo aliada a um novo enfoque nas medidas preventivas de emergência às situações de crise e de catástrofe, e o reconhecimento da importância do atendimento às populações carentes economicamente (Chilelli & Enéas, 2000; Furigo *et al.* 2008). Observa-se uma mudança evidente na filosofia do trabalho terapêutico, sob influência do Movimento de Saúde Comunitária, que passou a aceitar objetivos limitados como respostas suficientes aos conflitos dos clientes que requerem respostas rápidas pela falta de tempo frente às ágeis

transformações sociais, culturais e tecnológicas (Azevedo, 2006; Gilliéron, 2004b; Gouvêa, 2000; Lustosa, 2010; Pinto, 2009).

Neste contexto, os convênios médicos, buscando assistência para um maior número de pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, e tentando atender igualmente as necessidades de ordem econômica e social encontraram na psicoterapia breve uma alternativa mais viável e eficaz de atuação (Gebara, 2008; Lustosa, 2010). A terapia, nestes moldes, tem seu enquadre, nos serviços de saúde complementar junto à prevenção secundária, tendo como finalidade impedir o prosseguimento da incapacidade gerada pelo distúrbio no indivíduo, e junto à prevenção terciária buscando a reabilitação de uma habilidade ou capacidade comprometida (Yoshida, 1999). Ambas as intervenções, secundária e terciária, atuam na redução de sintomas, na diminuição dos altos custos de investigações diagnósticas e na diminuição das internações, sendo assim, de grande importância para os sistemas de saúde (Gebara, 2006).

A Resolução Normativa nº 167 da ANS preconiza que seja disponibilizado para os usuários dos planos de saúde até 12 sessões para casos considerados emergências e de crise e até 40 sessões para casos de psicopatologia crônica. Todavia, segundo a literatura científica especializada, para atendimento psicoterápico em instituições recomenda-se uma média de 20 sessões, sendo uma sessão por semana, no intuito de facilitar o manejo de questões como filas de espera, salas disponíveis, e presença ou não de profissionais para o atendimento. Considera-se recomendável, pois, um tempo circunscrito entre 16 a 30 sessões com um limite mínimo de sete e máximo de 40 sessões. Nessa perspectiva, terapias com sei ou menos sessões são consideradas ultrabreves (RN, 2008; Lembruber, 2008).

4- Objetivos

4.1- Objetivo Primários

Identificar, descrever e analisar os efeitos da psicoterapia breve na Qualidade de Vida de pessoas usuárias de serviço de saúde suplementar.

4.2- Objetivos Secundários:

- a) descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos participantes;
- b) avaliar a compreensão que usuários de sistema de saúde suplementar de Goiânia tem acerca de psicoterapia e psicoterapia breve;
- c) identificar as principais indicações para a psicoterapia breve dos participantes;
- d) compreender como os participantes percebem a função e a relevância da assistência psicológica no tratamento de saúde;
- e) avaliar a Qualidade de Vida de usuários de sistema de saúde suplementar de Goiânia, antes e após o desenvolvimento de um processo de psicoterapia breve;
- f) identificar e analisar os principais elementos facilitadores e os inibidores para o sucesso da psicoterapia breve para os participantes;
- g) correlacionar dados sócio-demográficos e clínicos com as dimensões de Qualidade de Vida antes e após a intervenção de psicoterapia breve.

5- Método

5.1 – Participantes

Participaram do estudo 31 pessoas que freqüentavam os serviços de psicoterapia breve oferecidos por uma instituição privada que fornecia planos de saúde na área médica. Doravante, essas pessoas serão nominadas como pacientes. Para este estudo, foram considerados pacientes de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos que tinham indicação para realizar entre seis e 12 sessões de psicoterapia e aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra pacientes com diagnósticos de esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos, transtornos globais do desenvolvimento, déficits ou sequelas cognitivas, em preparatório ou pós-operatório para cirurgia bariátrica, ou em treinamento de pais. Como critérios de exclusão do banco de dados foram eliminados os sujeitos que não responderam a todos os itens dos instrumentos utilizados pela pesquisa; que se recusaram a participar da segunda etapa da coleta pós – intervenção (questionário), ou abandonaram o processo terapêutico. Foi considerado abandono do processo psicoterapêutico aqueles participantes que não compareceram a duas sessões consecutivas sem entrar em contato com a pesquisadora para justificar.

5.2- Tipo de Estudo

Este estudo se caracteriza por ser Transversal (no qual abordaram-se os participantes duas vezes ao longo do tratamento pré e pós intervenção psicoterapêutica); Prospectivo, (no qual a coleta de dados foi realizada levando-se em conta o momento atual da vida dos sujeitos); Quantitativo (em que foram avaliados os escores de QV obtidos por meio de instrumentos padronizados); e Qualitativo (em que foram construídas categorias temáticas a partir do próprio discurso do participante quanto a sua QV e a atual percepção do estado de seus domínios).

5.3 – Ambiente/Materiais

O estudo foi realizado em uma instituição que fornecia planos de saúde, especialmente na área médica em Goiânia. Os serviços de psicoterapia breve eram realizados em consultórios na instituição e existiam desde 2008, surgindo para cumprir a Resolução Normativa MS/ANS/167. Desde então, a psicoterapia foi localizada no âmbito dos serviços suplementares prestados pela instituição, sendo que em 2011, foi inaugurado a Clínica de Psicologia, primeira inserida neste plano no Brasil.

A psicoterapia fornecida por esse plano de saúde apresenta características de atendimentos de urgência e emergência, usando a psicoterapia breve como abordagem a pacientes em crise, no intuito de controlar os sintomas e restabelecer seu equilíbrio. Todos os pacientes, para terem acesso ao serviço, precisaram passar por um médico da instituição e serem encaminhados a partir do seu diagnóstico baseado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Cada diagnóstico corresponde a um número de sessões estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Dois questionários foram utilizados para a coleta de dados: o questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Anexo 1) e o World Health Organization Quality of Life Assesment Bref (WHOQOL-26) (Anexo 2). O primeiro é composto por nove questões relativas à: idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência, religião, situação profissional, e renda família. E, ainda, com sete questões sobre os aspectos clínicos: diagnóstico médico, indicadores de co-morbidade, tratamentos atuais, uso e descrição de medicações, motivos de indicação para psicoterapia breve, queixa psicológica e experiência anterior com a terapia.

O segundo, WHOQOL-bref, é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida, e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al, 2000; Kluthcovsky &

Kluthcovsky, 2009). As questões que compõem o WHOQOL-bref apresentam quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, sendo estas graduadas em cinco níveis. Estas escalas são do tipo Likert, e variam: escala de intensidade – de *nada* a *extremamente*; escala de capacidade – de *nada* a *completamente*; escala de avaliação – de *muito insatisfeito* a *muito satisfeito*; e a escala de frequência – de *nunca* a *sempre*.

Como por exemplo:

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

Também foi utilizada uma entrevista semi-estruturada pós intervenção (Anexo3) composta por seis aspectos temáticos que estão subdivididos em questões que abordam os seguintes temas: Aspectos gerais sobre a psicoterapia; Aspectos Físicos; Aspectos Psicológicos; Aspectos Sócio-familiares; Aspectos Funcionais e Avaliação Geral sobre a Qualidade de Vida. Os aspectos temáticos foram desenvolvidos tendo como finalidade obter informações sobre temas de interesse como podem ser visualizados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Aspectos temáticos, modelo e objetivo da pergunta, segundo o roteiro de entrevista semi-estruturada

Aspectos Temáticos	Questões (exemplos)	Objetivo Correspondente
Aspectos Gerais sobre a psicoterapia	3. Para você o que é psicoterapia?	Avaliar a percepção do participante sobre a função e benefícios da psicoterapia, e seu conhecimento sobre psicoterapia breve focada.
Aspectos Físicos	8. Para você o que é saúde? O que é doença?	Avaliar como o participante percebe sua saúde física.
Aspectos Psicológicos	15. Como você avalia sua auto-estima ?	Avaliar o estado emocional e psicológico do participante.
Aspectos Sócio-Familiares	23. Como está sua relação familiar nesse momento?	Avaliar como estão as relações sociais e familiares naquele momento.
Aspectos Funcionais	25. Tem conseguido desempenhar suas atividades rotineiras?	Avaliar a percepção do participante quanto a sua autonomia.
Avaliação Geral sobre a qualidade de vida	28. Como você avalia sua qualidade de vida atual?	Avaliar a percepção do participante quanto a sua qualidade de vida e quanto ao seu tratamento.

Além desses, outros recursos materiais foram utilizados como micro computador, impressora jato de tinta; gravador digital de áudio; sala de reunião; duas cadeiras; oito resmas de papel ofício branco; oito cartuchos de tinta preta para impressora; 40 exemplares do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 70 exemplares do WHOQOL brief; três exemplares do Roteiro de Entrevista Semi-estruturada; e 20 canetas cor azul.

5.4 – Procedimento:

Foi realizado, primeiramente, o contato com a Coordenação da Clínica de Psicologia da instituição participante para a apresentação e avaliação do projeto. Com isso, o trabalho foi encaminhado aos Recursos Humanos da instituição que avaliou a possibilidade da exequibilidade da pesquisa, suas contribuições e implicações éticas para a instituição. Com o aval institucional, o projeto foi enviado para o Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Tendo sido aprovado por

todas as instâncias responsáveis, foi iniciada a seleção dos participantes a partir das entrevistas iniciais realizadas pelo serviço de psicologia do sistema de saúde suplementar.

No primeiro contato com as psicólogas da instituição/ pesquisadoras, realizado na entrevista inicial padrão, o paciente, ao final desse procedimento, era convidado a participar da pesquisa, sendo informado sobre o seus objetivos. Foi feito, portanto, a leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), reservando tempo para que o participante esclarecesse qualquer dúvida sobre a pesquisa. Tendo, assim, declarado terem compreendido os objetivos e procedimentos da pesquisa, e aceitarem participar da mesma, os participantes assinaram o TCLE, e após a primeira coleta de informações, iniciaram a psicoterapia. As psicoterapeutas/pesquisadoras consistiam em duas psicólogas que pertenciam à equipe da Clínica de Psicologia e apresentavam o mesmo tempo de trabalho na instituição participante. Ambas tinham aproximadamente cinco anos de formação, e eram especialistas em Psicologia Clínica de orientação gestáltica formadas pela mesma instituição de ensino. Partilhavam, portanto, a mesma postura teórica.

O processo psicoterapêutico era realizado a partir de sessões semanais, pré-agendadas, de 45 minutos. O número mínimo de sessões realizadas pelos participantes era de seis encontros, e o número máximo, 12 encontros. Os ajustes quanto ao número de sessões eram avaliados pela psicoterapeuta/pesquisadora a partir das necessidades apresentadas por cada participante, e a reposição de uma sessão só era realizada mediante apresentação de atestado médico ou declaração de justificativa do trabalho.

Os participantes da pesquisa foram submetidos aos instrumentos pela pesquisadora que também exercia o papel de sua psicoterapeuta na instituição. Deste modo, foram submetidos: ao questionário de dados sócio-demográficos e clínicos ao

início do processo terapêutico, e ao questionário WHOQOL-bref antes e após a conclusão da psicoterapia, para que houvesse uma medida comparativa do efeito desta sobre a percepção da qualidade de vida dos mesmos. Foram convidados ainda, a realizar uma Entrevista Semi-estruturada após o processo psicoterapêutico. Todos os conteúdos das entrevistas foram gravados em áudio, transcritos literalmente e analisados segundo seus temas. O WHOQOL-bref foi avaliado, quantitativamente, segundo as especificações técnicas de seu manual de correção. Todos os instrumentos foram aplicados em consultórios individuais padrão, seguindo as normas do Conselho Federal de Psicologia, na Clínica de Psicologia da instituição participante.

5.6. Tratamentos dos dados

Nesta pesquisa houve dois momentos de análise: a análise quantitativa, na qual se utilizou a amostra total dos participantes (n=31) e a análise qualitativa, na qual foi subtraído dessa amostra total, 12 participantes. Vale ressaltar que todos os participantes foram selecionados por conveniência, e que este estudo não apresenta a pretensão de generalização populacional.

Os cálculos dos escores do WHOQOL-bref foram pontuados de modo independente, uma vez que Qualidade de Vida refere-se a um construto multidimensional. O Cálculo dos escores de cada domínio podem calculados a partir da síntese fornecida pela OMS e são alcançados multiplicando-se as médias de todos os itens incluídos dentro de um determinado domínio por quatro. Os resultados relativos aos domínios do WHOQOL-bref podem ser apresentados por meio de escores transformados em escalas de 4 a 20 ou de 0 a 100, assim, uma vez maior o valor, melhor o domínio de Qualidade de Vida é avaliado (Zanei, 2006; Martins et al, 2012, Moreira et al, 2013).

Para facilitar o entendimento dos resultados utilizou-se como comparação os estudos realizados pela tese de Doutorado de Luciana Cruz em 2010, que em seus estudos sobre Qualidade de Vida encontrou valores normativos dos escores do WHOQOL- bref para a população da região sul do Brasil.

Após a quantificação dos dados, procedeu-se a análise descritiva dos mesmos, utilizando-se o teste t de *Student* na análise das diferenças das médias dos domínios. Foi realizado o cruzamento de variáveis e os testes estatísticos para verificação das significâncias estatísticas, sendo esta estabelecida como 5%.

Para a análise das entrevistas, foi utilizado à análise de conteúdo de Bardin (2008), escolhido pelo seu reconhecimento no contexto científico e por sua maneira de analisar com acuidade a fala dos participantes. O método proposto por Bardin avalia categorias analíticas que emergem do discurso do entrevistado. A análise por categorias temáticas funciona a partir do desmembramento do discurso em unidade de análise que são agrupadas segundo as similaridades e diferenças percebidas pelo pesquisador. Com a minuciosa codificação das categorias é possível realizar uma reflexão sobre o tema observado. A metodologia de Bardin (2008) permite, ainda, alcançar o rigor da objetividade aliado à fecundidade da subjetividade, ambos importantes para o estudo de Qualidade de vida, um constructo multidimensional, como dito anteriormente.

Assim sendo, os dados do presente estudo serão apresentados em sessões separadas - análise quantitativa e análise qualitativa- no formato de tabelas e figuras.

6- Resultados.

6.1 - Análise Quantitativa

Para a análise quantitativa dos dados do WHOQOL-bref, primeiramente, foi formado o banco de dados no programa estatístico SPSS versão 13.0. Após a verificação da ausência de dados perdidos, foram desenvolvidas a análise descritiva de frequência dos dados sócio-demográficos e clínicos, a análise descritiva de média e desvio padrão para os domínios do WHOQOL-bref antes e depois da psicoterapia breve; a comparação entre as médias a partir do teste t *Student* para verificar se houve diferença estatística entre as duas situações de pesquisa; e a correlação de Kendall e Sperman para verificar se há correlação entre os dados sócio-demográficos e clínicos e os domínios do WHOQOL-bref pré e pós psicoterapia breve.

Quanto às características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa, observa-se que 80,6% eram mulheres. A maioria (51,6%) se encontrava entre 18 e 30 anos de idade, e eram procedentes da grande Goiânia (80,6%). Nota-se que 54,8% dos participantes apresentavam escolaridade superior completo (considerando também os pós-graduados), 58,1 % estavam empregados, e 48,4% afirmaram ter a renda familiar acima de quatro salários mínimos. A amostra era ainda constituída por 38,7% de solteiros e 38,7% de casados, e 54,8% dos participantes se consideravam católicos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas dos Participantes da Pesquisa (n=31)

Variável	F	%
SEXO		
Masculino	6	19,4
Feminino	25	80,6
IDADE		
18 -30	16	51,6
31-40	6	19,4
41-50	4	12,9
51-60	5	16,1
ESTADO CIVIL		
Solteiro	12	38,7
Casado	12	38,7
Divorciado/Separado	6	19,4
União Livre	1	3,2
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Ensino Fundamental Completo	1	3,2
Ensino Médio Completo	4	12,9
Superior Incompleto	9	29,0
Superior Completo	16	51,6
Pós-Graduado	1	3,2
PROCEDÊNCIA		
Grande Goiânia	25	80,6
Interior de Goiás	3	9,7
Outros Estados	3	9,7
RELIGIÃO		
Católica	17	54,8
Evangélica	6	19,4
Espírita	3	9,7
Sem Religião	2	6,5
Outras	3	9,7
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Empregado	18	58,1
Aposentado	2	6,5
Autônomo	1	3,2
Desempregado	1	3,2
Sem Emprego	7	22,6
Outro	2	6,5
RENDA FAMILIAR		
Menos de 1 SM	3	9,7
De 1 a 2 SM	6	19,4
De 2 a 4 SM	7	22,6
Mais de 4 SM	15	48,4

Quanto às características clínicas dos participantes, pode ser observado que 38,7% foram encaminhados ao serviço de psicologia com o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (F41) e 25% foram encaminhados com diagnóstico de Episódio Depressivo (F32). Na amostra, 90,3 %, não apresentavam indicadores de co-morbidade com outras doenças e 51,6 % dos participantes estavam realizando psicoterapia associada ao uso de psicofármacos. Dos participantes, 35,5%, faziam uso de pelo menos

uma medicação, e 22,6% de até três medicações (psicofármacos). Nota-se que 61,3% dos participantes da pesquisa não apresentavam indicação para psicoterapia breve segundo a literatura científica, 67,7% nunca tinham passado por psicoterapia, e 41,9% apresentavam como queixa central dificuldade de relacionamento, como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2. Características Clínicas dos Participantes da Pesquisa (n = 31)

Variável	F	%
DIAG. SEGUNDO CID 10		
F41- T. de Ansiedade	12	38,7
F41.0 – T. de Pânico	2	6,5
F41.1 - T. de Ansiedade Generalizada	1	3,2
F41.2 - T. Misto Ansioso Depressivo	2	6,5
F43 – T. de Adaptação	2	6,5
F32 – Episódio Depressivo	8	25,8
Indicação Sem CID	4	12,9
INDICADORES DE CO-MORB.		
Sim	3	9,7
Não	28	90,3
TRATAMENTOS ATUALMENTE REALIZADOS		
Psicoterapia	10	32,3
Psicoterapia e Medicação	16	51,6
Multiprofissional	5	16,1
USO DE PSICOFÁRMACOS		
Sim	18	58,1
Não	13	41,9
PSICOFÁRMACOS USADOS		
Não faz uso	13	41,9
Faz uso de 1 droga	11	35,5
Faz uso de até 3 drogas	7	22,6
INDICAÇÃO PARA PSICOTERAPIA BREVE		
Sim	19	61,3
Não	12	38,7
QUEIXA CENTRAL		
Ansiedade	8	25,8
Pânico	2	6,5
Dificuldade de Relacionamento	13	41,9
Dependência Afetiva	3	9,7
Sintomas Depressivos	1	3,2
Luto	3	9,7
Estresse Ocupacional	1	3,2
JÁ FEZ PSICOTERAPIA		
Sim	10	32,3
Não	21	67,7
TEMPO DE PSICOTERAPIA REALIZADA		
Até 6 meses	4	12,9
De 6 meses a 1 ano	2	6,5
Mais de 1 ano a 2 anos	1	3,2
Mais de 2 anos	2	6,5
Nunca fez psicoterapia	20	64,5
Não lembra quanto tempo	2	6,5

6.1.1. Comparação entre os participantes antes e após a psicoterapia breve

A partir da comparação realizada com o teste *t* – *Student*, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da situação pré e da situação pós Psicoterapia Breve. Conforme a Tabela 3, nota-se portanto, que as médias na situação pós Psicoterapia Breve foram estatisticamente maiores em todos os domínios do WHOQOL-bref.

Tabela 3. Comparação entre os escores dos domínios da Qualidade de Vida nas fases Pré e Pós Psicoterapia Breve a partir do teste – t numa escala de 4 a 20.

Domínios	Pré PB		Pós PB		t	Sig
	μ	DP	μ	DP		
Físico	11,72	2,79	14,86	2,36	-6,36	0,000
Psicológico	10,70	2,72	13,95	2,18	-6,07	0,000
Relações Sociais	10,92	3,04	13,80	2,56	-4,99	0,000
Meio Ambiente	12,58	1,93	14,33	2,01	-4,87	0,000
QV global e percepção geral da saúde	11,61	3,44	14,83	2,23	-5,26	0,000

Para facilitar a comparação com outros estudos que, em sua maioria, utilizam-se da escala de 0 a 100 para os escores do WHOQOL-bref foi também feito a comparação entre os domínios, conforme pode ser visto na Figura 1. Observa-se que houve aumento percentual em todos os domínios na situação Pós Psicoterapia Breve: no domínio físico aumentou de 48,25% para 67,87%; no domínio psicológico de 43,55% para 62,18%; no domínio social de 53,62% para 64,56% e na QV global e percepção geral da saúde de 47,56% para 67,68%.

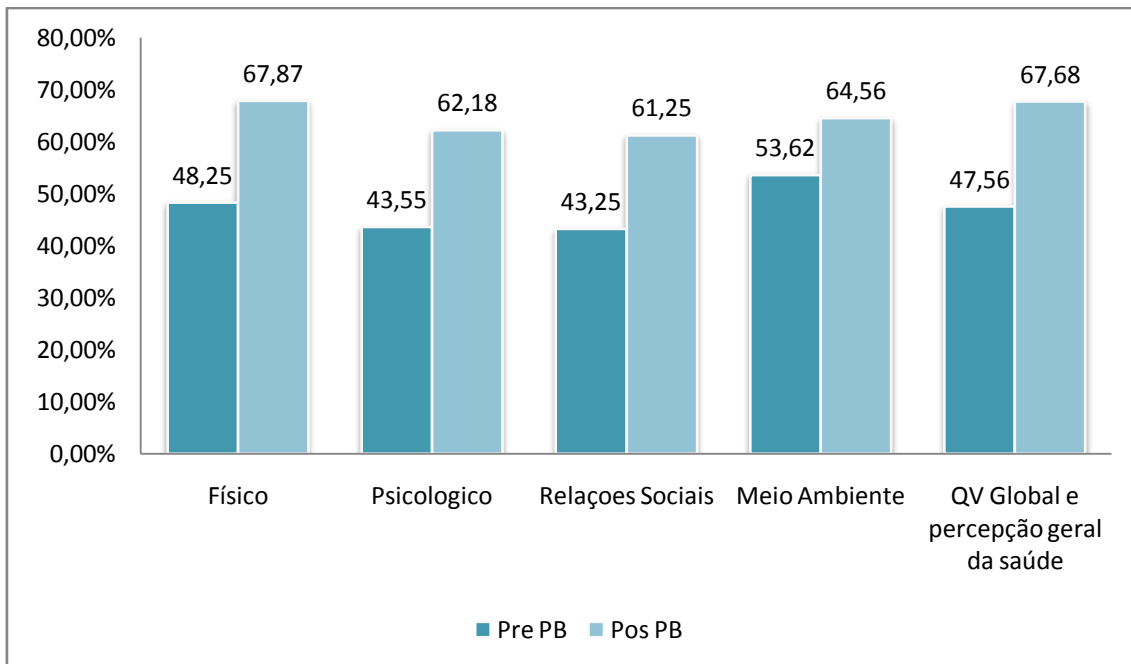


Figura 1. Comparação entre os percentuais dos Domínios e Qualidade de Vida Global e percepção geral da saúde dos participantes Pré e Pós Psicoterapia Breve numa escala de 0 a 100

6.1.2. Correlação entre características sócio-demográficas e clínicas com os domínios do WHOQOL-bref nas situações Pré e Pós Psicoterapia Breve

Seguindo as medidas psicométricas propostas por Baquero (1974) foi realizada a correlação entre os dados sócio-demográficos e clínicos com os dados do WHOQOL-bref pré e pós Psicoterapia Breve usando as correlações de Kendall e Spearman. Na Tabela 4, pode-se observar que na correlação Kendall, o domínio Físico pré demonstra correlação negativa baixa com a variável Tratamentos atualmente realizados ($r = -0,34$, $p < 0,05$), e correlação moderadamente positiva com a variável Uso de psicofármacos ($r = 0,41$, $p < 0,01$). O domínio Psicológico pré apresentou correlação fracamente negativa com Situação Profissional ($r = -0,34$, $p < 0,05$) e fracamente positiva com Uso de psicofármaco ($r = 0,31$, $p < 0,05$). O domínio Relações Sociais pré mostrou correlação fracamente negativa com Situação Profissional ($r = -0,35$, $p < 0,05$) e correlação

fracamente negativa com Uso de Psicofármaco ($r = -0,32$, $p < 0,05$). O domínio Meio Ambiente Pré não apresentou correlação Kendall com nenhuma variável analisada.

Já na situação Pós, Físico pós mostra correlação fracamente positiva com a variável Procedência ($r = 0,31$, e $p < 0,05$), fracamente negativo com Tratamentos Atualmente Realizados ($r = -0,30$, $p < 0,05$) e fracamente negativos com a variável Queixa Central ($r = -0,37$, $p < 0,01$). O domínio Psicológico pós apresentou correlação fracamente negativa com a Queixa Central ($r = -0,32$, $p < 0,05$). O domínio Relações Sociais Pós demonstrou correlação fracamente negativa com o Estado Civil ($r = -0,31$, $p < 0,05$). O domínio Meio Ambiente pós não apresentou relação de correlação Kendall com nenhum dos dados avaliados.

Tabela 4. Correlação de Kendall entre dados sócio-demográficos e clínicos e Domínios do WHOQOL-bref Pré e Pós Psicoterapia Breve

Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	Físico Pré	Psico Pré	Relações Pré	Ambiente Pré	Físico Pós	Psico Pós	Relações Pós	Ambiente Pós
Sexo	-0,20	-0,12	-0,17	0,06	0,06	-0,01	-0,01	-0,01
Estado Civil	-0,04	-0,07	-0,06	-0,21	0,02	-0,03	-0,31*	-0,20
Grau de Instrução	-0,16	-0,05	-0,10	0,20	0,16	0,13	0,03	0,13
Procedência	0,13	0,10	0,03	0,27	0,31*	0,23	0,18	0,28
Religião	0,18	0,25	0,03	0,12	-0,05	-0,04	0,01	0,01
Situação profissional	-0,17	-0,34*	-0,35*	0,31	-0,53	-0,20	-0,14	0,02
Diag. CID	-0,08	-0,20	-0,27	0,04	-0,06	-0,11	0,04	0,07
Co-morb	-0,05	0,05	0,07	0,02	0,17	0,21	0,04	0,13
Tratam. Atualmente realizados	-0,30*	-0,29	-0,38*	-0,21	-0,30*	-0,29	-0,17	-0,12
Uso de Psicofármacos	0,41**	0,31*	-0,32*	0,15	0,16	0,02	0,12	-0,01
Indicação para PB	-0,03	-0,02	-0,21	0,19	-0,22	-0,27	-0,06	0,22
Queixa Central	-0,12	-0,10	-0,21	-0,09	-0,37**	-0,32*	-0,18	0,00
Já fez Psicoterapia Antes	0,01	0,05	0,12	0,04	0,23	0,00	0,01	-0,16

* Correlação é significante 0,05

** Correlação é significante 0,01

Na Tabela 5, foram avaliados as relações de correlação Spearman entre os domínios do WHOQOL-bref e dados sócio-demográficos e clínicos. Notou-se que o domínio

Relações Sociais pré apresenta correlação fracamente negativa com o dado clínico Quantidade de Psicofármaco ($r = -0,37, p < 0,05$). O domínio Meio Ambiente pré se correlacionou fracamente positivo com o dado renda ($r = 0,36, p < 0,01$). O domínio Físico pós mostrou correlação moderadamente positiva com o dado renda ($r = 0,48, p < 0,01$). Já os domínios Físico pré, Psicológico pré, Relações Sociais pós e Meio Ambiente Pós, não apresentaram correlações do tipo Serman com nenhum dos dados avaliados.

Tabela 5. Correlação de Serman entre dados sócio-demográficos e clínicos e Domínios do WHOQOL-bref Pré e Pós Psicoterapia Breve

Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	Físico Pré	Psico Pré	Relações Pré	Ambiente Pré	Físico Pós	Psico Pós	Relações Pós	Ambiente Pós
Idade	-0,08	-0,14	-0,34	0,04	-0,08	-0,18	-0,29	-0,07
Renda	0,24	-0,02	0,09	0,36*	0,48**	0,36*	0,21	0,34
Quantidade de psicofármaco	-0,34	-0,29	-0,37*	-0,11	-0,04	0,08	-0,02	0,15
Tempo de Psicoterapia já realizada	-0,11	-0,18	-0,22	-0,21	0,07	-0,08	-0,05	-0,22

**Correlação significativa 0,01

* Correlação significativa 0,05

Quanto as facetas Qualidade de Vida Global e Percepção de saúde, suas correlações com dados sócio-demográficos e clínicos são apresentados nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Correlação de Kendall entre dados sócio-demográficos e clínicos e as facetas QV Global e percepção da saúde do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve

Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	QV Global e percepção da saúde Pré	QV Global e percepção da saúde Pós
Sexo	0,09	0,01
Estado Civil	-0,21	-0,16
Grau de Instrução	0,20	0,39*
Procedência	0,11	0,00
Religião	0,19	0,23
Situação profissional	-0,10	-0,09
Diag. CID	-0,00	-0,02
Co-morb	0,06	0,31
Tratam. Atualmente realizados	-0,28	-0,25
Uso de Psicofármacos	0,36*	-0,07
Indicação para PB	0,21	0,11
Queixa Central	-0,07	-0,19
Já fez Psicoterapia Antes	-0,30	-0,26

**Correlação significativa 0,01

* Correlação significativa 0,05

Como observado na Tabela 6, na correlação Kendall, as facetas QV Global e percepção da saúde pré, observou-se correlação fracamente positiva com o Uso de Psicofármaco ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Já na situação Pós, as mesmas facetas só se correlacionam de forma fracamente positiva com Grau de Instrução ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Tabela 7. Correlação de Sperman entre dados sócio-demográficos e clínicos e as facetas QV Global e percepção da saúde do WHOQOL Pré e Pós Psicoterapia Breve

Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	QV Global e percepção da saúde Pré	QV Global e percepção da saúde Pós
Idade	-0,09	-0,13
Renda	0,00	0,14
Quantidade de Psicofármaco	-0,31	0,26
Tempos de Psicoterapia já realizada	-0,32	-0,14

**Correlação significativa 0,01

* Correlação significativa 0,05

Como observado na Tabela 7, as facetas QV global e percepção de saúde, tanto nas situações pré, quanto na pós, não apresentam correlação com nenhum dos dados avaliados, segundo o método de Sperman.

6.2 – Análise qualitativa:

Dos 31 participantes da pesquisa, 12 participaram da fase qualitativa. Destes, todos eram mulheres, entre 18 e 57 anos, que cursavam ou cursaram ensino superior, com situações de trabalho e rendas variadas.

A análise qualitativa (Bardin, 2008) foi realizada após a transcrição literal das entrevistas, sendo possível destacar 11 categorias temáticas, que foram divididas em 32 subcategorias, como demonstradas na Tabela 8. Seguem-se as descrições e exemplificações de cada uma delas no item 7.2.1.

A categoria que apresentou maior frequência foi Benefícios da psicoterapia breve (5), seguida das categorias Conceito de saúde e doença (1) e Conceito de Qualidade de Vida (4), que apresentaram frequência aproximada. Nessas categorias destacaram-se as subcategorias: dimensão psicológica da QV (5.2) com 23,68%, dimensão física (5.1) com 12,84%, dimensão sócio-familiar da QV (5.4) com 10,83%, dimensão funcional (5.3) com 8,82%, Baseado em indicadores de saúde (1.1), Baseado em indicadores de doença (1.2), Qualidade de Vida atual, todos com de 3%.

Tabela 8 - Frequência das Categorias e Sub-Categorias Temáticas de Qualidade de Vida em Pessoas que passaram pelo processo de Psicoterapia Breve na Saúde Suplementar

Categorias/ Subcategorias	F	%
<i>1. Conceito de saúde e doença</i>		
1.1. Baseado em indicadores de saúde	12	3
1.2. Baseados em indicadores de doença	12	3
<i>2. Conceito de psicoterapia</i>		
2.1. Autoconhecimento	4	1
2.2. Orientação	7	1,76
2.3. Expressão de sentimentos e/ou pensamentos	6	1,51
2.4. Tratamento similar ao do médico	1	0,25
<i>3. Conceito de psicoterapia breve</i>		
3.1. Baseado no período de tempo	7	1,76
3.2. Baseado no foco	7	1,76
3.3. Baseada em contra-indicação	1	0,25
3.4. Baseada na eficácia	2	0,5
3.5. Não sabe falar	1	0,25
<i>4. Conceito de Qualidade de Vida</i>		
4.1. Bem estar emocional	6	1,51
4.2. Bem estar físico	2	0,5
4.3. Bem estar relacional	8	2,01
4.4. Funcionalidade	4	1
4.5. Estabilidade financeira	4	1
<i>5. Benefícios da psicoterapia breve</i>		
5.1. Dimensão física da QV	51	12,84
5.2. Dimensão psicológica da QV	94	23,68
5.3. Dimensão funcional da QV	35	8,82
5.4. Dimensão sócio-Familiar da QV	43	10,83
5.5. Qualidade de vida atual	12	3
<i>6. Função do psicólogo</i>		
6.1. Trata de sofrimentos emocionais e psicológicos	5	1,25
6.2. Trata de doenças físicas	3	0,75
7. Importância do psicólogo para o plano de saúde	8	2,01
<i>8. Coping</i>		
8.1. Cognitivo	5	1,25
8.2. Emocional	4	1
8.3. Comportamental	3	0,75
<i>9. Locus de controle</i>		
9.1. Interno	7	1,76
9.2. Externo	8	2,01
<i>10. Adesão ao tratamento</i>		
10.1. Facilitadores	12	3
10.2. Inibidores	9	2,26
<i>11. Percepção dos resultados da PB</i>		
11.1. Satisfatório	11	2,77
11.2. Limitado	3	0,75
TOTAL	397	100

Na Figura 2 pode-se visualizar a ocorrência das principais categorias apresentada pelos participantes por meio da análise qualitativa.

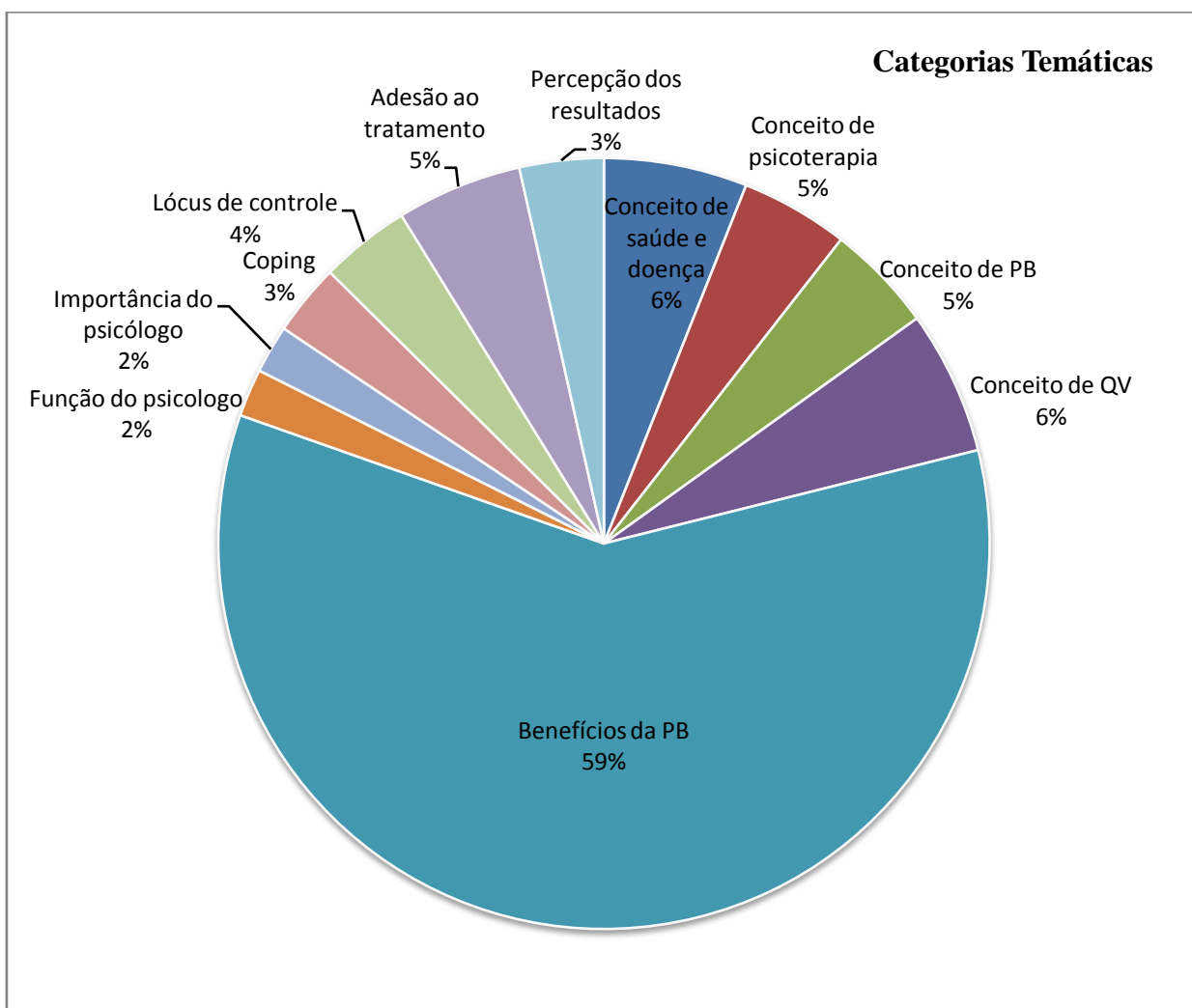


Figura 2. Frequência das Categorias Temáticas dos participantes após o processo de psicoterapia breve

6.2.1 – Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas de Qualidade de Vida de Pessoas submetidas à psicoterapia breve em Serviço Suplementares de Saúde

1. Conceito de saúde e de doença: Refere-se a como os participantes conceituam saúde e doença.
 - 1.1. Baseado em indicadores de saúde: O participante conceitua saúde a partir de indicadores de saúde:

“Saúde é você estar bem. É você tocar sua vida com tranquilidade, com equilíbrio. Você ser capaz de realizar suas atividades.” (P8)

“Saúde é um conjunto de física, mental, espiritual, profissional, pessoal.” (P10)

1.2. Baseados em indicadores de doença: O participante conceitua saúde a partir de indicadores de doença:

“Doença mental, que eu acho a pior. E a doença física é uma dor de garganta, uma dor de cabeça, um câncer.” (P2)

“Doença é algo que dói, que incomoda seja no plano físico, seja no plano emocional. Então doença é quando algo não vai bem. Quando algo deixou de funcionar como era pra ser.” (P4)

2. Conceito de psicoterapia: Refere-se a como o participante compreende psicoterapia:

2.1. Autoconhecimento:

“Acho que a psicoterapia é um autoconhecimento.” (P4)

“É uma terapia que ajuda a gente a entender melhor a nós mesmos” (P6)

2.2. Orientação:

“(…) E se eu não tivesse vindo pra cá e relatado pra você, e receber umas orientações (…) Receber uma, eu não sei como eu vou expressar isso, mas é receber uma orientação. (P2)

“(…) uma outra pessoa pode me ajudar a entender esses pensamentos e o que eu devo fazer para melhorar.” (P5)

2.3. Expressão de sentimentos e/ou pensamentos:

“É um momento que eu tenho pra eu falar da minha dor, das minhas angústias.” (P4)

“É um local que eu possa expor o que eu estou pensando.” (P5)

2.4. Tratamento similar ao do médico:

“Acho que seria um tratamento psicológico. Que da mesma forma que você diagnostica um exame em outra área da medicina, você consegue fazer diagnóstico na área psicológica sim.” (P9)

3. Conceito de psicoterapia breve: Refere-se à compreensão que o a paciente tem sobre o conceito de psicoterapia breve.

3.1. Baseado no período de tempo:

“Eu acho que ela deveria ser mais estendida(..). Eu acho um tempo muito curto em termos de numero de sessões. (...) a gente tem que resumir muito, focar demais, e talvez algumas coisas acabam ficando pra trás.” (P1)

“Então a gente fez sessões curtas, uma vez por semana, poucas semanas.” (P12)

3.2. Baseado no foco:

“Ela foi exatamente no que mais me prejudicava na minha vida.” (P3)

“Eu entendi que era assim, que pela questão do tempo, ir direto no foco. Na raiz do problema.” (P4)

3.3. Baseada em contra-indicação:

“Eu não sei se pode dar resultado com todas as pessoas. Não sei se as pessoas estão preparadas para um confronto tão incisivo. (...) Se eu tivesse chegado aqui há 20 anos atrás não ia resolver nada pra mim. Porque nem eu sabia qual era a raiz do meu problema.” (P4)

3.4. Baseada na eficácia:

“Que é mais intenso no sentido de, talvez seja mais doloroso, mas eu acho que é mais eficaz.” (P9)

“Talvez se fossem mais sessões mais longas, acho que a gente fugiria um pouco do problema e não resolveria tanto. Acho que o fato de ser curtinho faz a gente ir direto onde a gente precisa.” (P12)

3.5. Não sabe falar:

“Não sei o significado.” (P6)

4. Conceito de Qualidade de Vida: Refere-se a como o participante conceitua Qualidade de Vida.

4.1. Bem estar emocional:

“Eu acho que qualidade de vida é você se sentir bem no lugar onde você está.”

(P2)

“Qualidade de vida é a gente viver bem com a gente mesmo.” (P3)

4.2. Bem estar físico:

“(…) é fazer esporte.” (P3)

“É não ficar doente.” (P7)

4.3. Bem estar relacional:

“Estar com pessoas. Com amigos, com família. Eu acredito que tudo é qualidade de vida.” (P5)

“Você chega em casa tem pessoas pra te receber bem. Você tem pessoas que gostam de você. Você chega no trabalho todo mundo gosta de você.” (P11)

4.4. Funcionalidade:

“Estar bem comigo mesma para que eu possa desempenhar as minhas funções”

(P1)

4.5. Estabilidade financeira

“Você ter o suficiente pra viver. (...)Mas é ter aquilo que seu dinheiro pode te proporcionar e viver bem” (P4)

“Ter uma condição financeira que atenda suas necessidades.” (P8)

5. Benefícios da psicoterapia breve: Refere-se aos benefícios que os participantes observam terem alcançando na sua qualidade de vida após a psicoterapia breve.

5.1. Na dimensão física da QV: Diz respeito à percepção do participante quanto às mudanças no conjunto de fatores físicos ou biológicos ou bioquímicos constituintes de sua QV após a psicoterapia breve:

“Se a esteatose, o que está provocando ela é uma falta de dieta, antes eu não dava conta de fazer. Agora eu estou dando conta. Depois da terapia eu já emagreci quatro quilos. Então eu estou muito satisfeita com isso.” (P4)

“Assim, eu não tenho nenhum tipo de doença. Eu não passo por nenhum tratamento. (...) Minha saúde era pior (antes PB) pensando nesse sentido, era pior, porque eu não conseguia me manter numa atividade física. Eu não conseguia me alimentar bem, eu não conseguia dormir bem. Então, hoje, é bem melhor.” (P9)

5.2. Na dimensão psicológica da QV: Diz respeito percepção do participante quanto às mudanças no conjunto de fatores cognitivos, comportamentais e emocionais constituinte de sua Qualidade de Vida após a psicoterapia breve:

“Porque aqui eu me vi novamente. Me descobri. Eu me descobri, eu deixei de ser mãe, avó, dona de casa, pra ser eu mesma. Pra me olhar no espelho, pra gostar de mim. (...)Eu não deixo mais as pessoas invadirem o meu limite.” (P4)

“Eu tenho me sentido mais forte, mais calma. No sentido assim, mesmo que eu esteja sendo ofendida ou prejudicada eu não tenho mais o desespero que eu tinha antes. Não tenho mais a revolta que eu tinha.” (P8)

5.3. Na dimensão funcional da QV: Diz respeito à percepção do participante quanto a mudanças na sua capacidade de tomar decisões e desenvolver atividades rotineiras após a psicoterapia breve:

“Porque, antes, eu deixava as pessoas ao meu redor controlassem a minha vida. Eu ia calada. E hoje não. Hoje, eu já consigo falar. É do meu jeito. Também do meu jeito.” (P3)

“Ah eu digo que 100%. Melhorou assim, eu me tornei dona de mim. Quando eu cheguei aqui eu não era dona de mim” (P4)

5.4. Na dimensão sócio-familiar da QV: Diz respeito à percepção do participante quanto às mudanças no conjunto de fatores sociais ou interacionais constituinte de sua QV, como se sente ante as relações sociais após a psicoterapia breve.

“Eu consigo me posicionar perante meus irmãos, perante minha irmã e minha sobrinha. Mas ainda tenho dificuldade com o meu filho, mas eu melhorei muito.” (P2)

“A gente percebe mais paciência. Percebe também, uma coisa que eu nunca esqueço, as pessoas erram. Todo mundo é humano. Então assim, tudo. A questão do viver, do esperar o momento.” (P12)

5.5. Na qualidade de vida atual: Refere-se a como o participante avalia sua atual qualidade de vida após ter passado pelo processo psicoterapêutico breve:

“Eu consigo saber aquilo que me faz bem. Então eu acho que isso me traz uma qualidade de vida melhor.” (P5)

“Eu avalio ela como boa. Com alguns aspectos ainda, por exemplo, em casa ainda precisa ser melhorado, mas isso vai ser uma construção.” (P8)

6. Função do psicólogo: Refere-se à percepção do participante quanto às funções, competência ou atribuições do profissional de psicologia.

6.1. Trata sofrimentos emocionais e psicológicas:

“(...)tem problemas que a pessoa passa muito anos em médico e vai descobrir que não tem nada. É algo psicossomático. Uma doença que não é física, é uma doença da alma.” (P4)

“Dar apoio ao paciente. Ajudar no que ele precisa. Auxiliar, né?”(P7)

6.2. Trata doenças físicas:

“Eu considero como se fosse um médico também. Quando você está mal você procura.” (P6)

“Então, para mim, o psicólogo é como um médico também. Eu vejo a psicologia como uma área da medicina (...)” (P9)

7. Importância do psicólogo para o plano de saúde: Refere-se sobre a percepção do participante quanto à importância do psicólogo estar inserido no plano de saúde.

“Foi muito importante pra mim no plano de saúde porque geralmente tem um custo alto. Geralmente não são todas as pessoas que tem acesso. Eu, por exemplo, se eu não tivesse o plano eu não teria acesso ao psicólogo. Então, nem sei o que teria acontecido comigo.” (P3)

“Assim, extremamente importante. Porque muitas vezes a gente vai para o cardiologista, vai para o gastro, vai para o endócrino, vai para várias áreas de saúde e você precisa tratar é a cabeça, né?” (P12)

8. Coping: Diz respeito às estratégias de enfrentamento psicológico que o participante faz uso para lidar com as situações estressantes de sua vida verificados após a psicoterapia breve

8.1. Cognitivo: Refere a quando o participante usa da resignificação da condição de sofrimento e/ou idéias ou pensamento ou suposições formuladas acerca de como lidar com a situação geradora de estresse.

“Mas de uma forma geral, eu tento me concentrar e manter a consciência de que é uma coisa que eu posso ter controle. Eu posso agir diferente, eu posso tomar uma atitude, não é simplesmente deixar que as coisas aconteçam.” (P9)

“Então assim, foi uma coisa simples, mas que eu tive que parar pra pensar: “gente e agora?” Ai, eu tive que botar o pé no chão e falar: “não, vamos pensar com a cabeça, e vamos lidar com essa situação de forma mais contida”. (...) Eu

acho que se eu não estivesse tendo esse acompanhamento aqui talvez eu teria surtado”(P12)

8.2. Emocional: Refere-se a quando o participante procura, por meio da expressão ou contenção de sentimentos, enfrentar os problemas que lhe geram estresse.

“Por agora tenho por causa do remédio. Não por causa de uma certa situação. (...) Estou péssima. (...) Dá vontade de morrer.” (P7)

Bem menos. Bem menos e sob mais o meu controle. Porque antes a ansiedade tomava conta de mim. (...)E eu mesma consigo sair daquele quadro.” (P4)

8.3. Comportamental: Refere-se ao enfrentamento da ansiedade por meio de comportamentos que possam minimizar a situação estressora:

“Quando eu percebo que eu estou muito ansiosa, pra que eu não faça uma recaída, às vezes, eu procuro o doce. Eu tento fazer um exercício, eu procuro, pra poder não fazer besteira” (P2)

“Eu estou conseguindo controlar através da respiração que você me ensinou.” (P3)

9. Locus de controle: Diz respeito a que ou a quem o participante atribui seu atual estado e/ou resultado do seu tratamento.

9.1. Interno: Refere-se à atribuição de si mesmo como responsável pelo seu atual estado e/ou resultado do seu tratamento:

“Em primeiro lugar: eu. Eu acho que eu dei passos. Eu procurei, eu me dispus a ser confrontada. A ser ouvida, questionada.” (P4)

“Bom, pensando pelo lado da terapia, a mim. Eu acho que seria o objetivo, que eu consiga manter isso. Fazer isso por mim.” (P9)

9.2. Externo: Refere-se à atribuição de um fator externo a si mesmo como responsável pelo seu atual estado e/ou resultado do seu tratamento:

“Os remédios ajudaram, mas a terapia foi muito mais importante na minha cabeça.” (P3)

“Ué, você (psicoterapeuta) me ajudou muito também. E me ajudou a eu refletir sobre eu mesma.” (P6)

10. Adesão ao tratamento: Diz respeito à percepção do participante quanto aos aspectos facilitadores e inibidores do processo psicoterapêutico.

10.1. Facilitadores: Refere-se à percepção do participante quanto aos fatores que facilitaram sua adesão ao tratamento:

“Fui bem atendida. Fui bem esclarecida também. Desde que eu procurei, desde que eu soube que o plano cobria, eu me informei. Agendei, então, tive retorno. Me explicaram como eram os procedimentos, e eu diria que ocorreu bem.” (P1)

“Todo mundo atencioso, preocupado com você. Te mostrando, aquilo que te faz bem.” (P5)

10.2. Inibidores: Refere-se à percepção do participante quanto aos fatores que dificultaram sua adesão ao tratamento:

“Primeiro aquela questão, as pessoas falam assim: que quem precisa de terapia é louco.(...) eu tinha medo de sair na rua. Eu estava com medo de dirigir. (...). O meu tempo, eu pensava que eu não ia ter esse tempo pra mim. (...)Ai quando eu descobri pelo plano eu quis fazer logo de imediato e não tinha vaga. (...) (P4)

“Ah, eu tinha um pouco de receio de vim porque eu tinha medo da psicóloga me julgar. Sei lá, de não conseguir falar do que eu estava sentindo.” (P6)

11. Percepção dos resultados da PB: Refere-se à avaliação do participante quanto aos resultados alcançados com a psicoterapia breve.

11.1. Satisfatório:

“(...) porque se não fosse a terapia eu não teria recuperado a J. de antes. Acho que hoje, é a até uma J. nova que consegue fazer várias coisas que antes não conseguia. Hoje eu consigo, tomar minhas decisões, fazer o que é melhor pra mim.” (P3)

“A gente realmente subestima. Quando vocês falam são seis sessões, é uma terapia breve. Você fala: “Não dá pra nada. Eu tenho certeza que eu vou precisar de mais seis. E depois, de mais seis, e depois de mais seis”. Mas você vê que funciona. Funciona mesmo, a gente aprende a enxergar a vida de forma mais tranquila, de forma mais leve, de forma mais simples. E tudo fica mais fácil.” (P12)

11.2. Limitado:

“Eu acho que poderia ser mais sessões. Acho que a gente poderia abrir mais. Às vezes alguma coisa deixou passar. Mas não que fosse culpa do profissional, não é isso, é a limitação mesmo.” (P1)

“Pena que é muito pouco. Muito pouco tempo, porque me ajudou muito” (P10)

7- Discussão

Os estudos sobre Qualidade de Vida têm sido utilizados como pré-requisito para compreender a saúde das pessoas que pode incluir a percepção de satisfação com a vida, de felicidade, de bem estar, entre outros, que se mostram fundamentais para avaliar e modificar tratamentos de qualquer enfermidade como afirmam Moreira *et al.* (2013).

Considerando, então, os objetivos deste estudo, que propôs desenvolver uma análise quantitativa e qualitativa da percepção de mudança da QV após a psicoterapia breve, bem como compreender as concepções de psicoterapia e psicoterapia breve, e identificar os elementos facilitadores e inibidores do processo psicoterapêutico, procurou-se, primeiramente, discutir sobre as características socio-demográficas e clínicas dos participantes com o intuito de contextualizar a população estudada.

Quanto aos dados socio-demográficos da amostra é relevante perceber a predominância de participantes mulheres na amostra total (80,6%) e na amostra para pesquisa qualitativa (todas as participantes são mulheres). Pesquisas como a de Lopez *et al.* (2011), realizada com 1560 adultos jovens, na cidade de Pelotas, demonstrou que os jovens do sexo feminino apresentam três vezes maior probabilidade de depressão do que os jovens do sexo masculino. Esse dado vai ao encontro das pesquisas atuais que afirmam que as mulheres apresentam pior percepção de saúde em relação aos homens, e são mais propensas a quadros depressivos e a procurar auxílio psicológico (Moreira *et al.*, 2013; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Avelar, 2006; Gordia *et al.*, 2010).

Observou-se ainda a predominância de jovens adultos na amostra (51,6%) o que pode sinalizar o aumento pela procura da psicoterapia na instituição participante, dados estes, que corroboram com as pesquisas de Lopez *et al.* (2011). Outra característica interessante é que 54,8% da amostra era composta por pessoas que estavam cursando ou cursaram o ensino superior, o que revela que mais da metade poderia apresentar boa

capacidade de abstração e maior facilidade de compreensão nas reflexões propostas pela psicoterapia, como recomendando nos critérios de indicação para PB segundo os atores como Knobel (1986), Ribeiro (2009); Chilelli e Enéa (2000), Oliveira (2002), Azevedo (2006), Maia (2007), Hauck *et al.* (2007) e Gebara (2008) . A amostra desse estudo também se destaca pelo perfil de renda da maioria dos participantes (48,4%) que relataram ganhar mais de quatro salários mínimos, o que pode apontar um perfil diferente de pessoas que procuram psicoterapia breve pelos planos de saúde privada.

Quanto aos dados clínicos da amostra, nota-se a presença predominante do Transtorno de Ansiedade (38,7%) e dos episódios Depressivos, diagnosticado segundo os critérios clínicos do CID-10, que confirma os estudos que apontam a predominância dos TMCs e o crescimento dos sintomas depressivos na população de maneira geral. Essa característica da amostra revela também que estes transtornos estão entre os mais indicados para psicoterapia breve pelos médicos da instituição participante, confirmando os dados encontrados nas pesquisas de Jansen *et al.* (2011) que assinalam que os transtornos mentais comuns chegam a 50% da demanda de uma unidade de saúde básica. Coerente com estes dados percebe-se que, em relação às queixas dos participantes, há prevalência das dificuldades de relacionamentos (41,9%), grandes estressores e gatilhos para sintomas ansiosos e depressivos na atualidade. Assim, como afirmam Moreira *et al.* (2013), os relacionamentos apresentam forte relação com a qualidade de vida e a percepção de satisfação do indivíduo.

Outro dado clínico de fundamental importância para o estudo consiste em 61,3% da amostra não apresentar indicação, segundo a literatura especializada, para psicoterapia breve, o que, evidentemente, torna mais limitado os seus resultados. Todavia, como ressaltado por Fiorini (2008), sob a ótica do social e tendo em vista a atual organização assistencial e o fato da psicoterapia ainda hoje ser acessível

principalmente a uma classe econômica mais favorecida, os tratamentos breves em instituições, como a participante, deste estudo, são, muitas vezes, a única opção que a maioria das pessoas apresenta, sendo, portanto, válida mesmo com as contra-indicações claramente percebidas. Neste estudo, no entanto, as contra-indicações estavam ligadas às limitações do sujeito, como baixa motivação e dificuldade de estabelecer aliança terapêutica, e não a critérios diagnósticos.

Quanto ao WHOQOL-bref, este consiste em um instrumento que possibilita a identificação das principais demandas da população estudada de forma pontual, permitindo, com isso, à elaboração de políticas públicas e privadas de promoção de saúde (Gordia *et al.*, 2010). A aplicação do WHOQOL - bref, em especial na prática clínica, vem se mostrando muito útil, já que possibilita maior conhecimento do paciente e de suas necessidades a partir de suas medidas de qualidade de vida e das áreas nas quais esta se encontra mais afetada. Assim, tornam-se viáveis intervenções nestes domínios que aumentam a possibilidade do sucesso terapêutico (Azevedo *et al.*, 2012).

Considerando os dados encontrados a partir do WHOQOL-bref, observa-se aumento percentual dos escores em todos os domínios avaliados. Deste modo, para a análise da diferença entre as médias pré e pós PB pode-se usar como comparação com o estudo de Cruz (2010) para interpretação dos dados. Cruz (2010) realizou um estudo epidemiológico que normatizou, para a população brasileira do Sul do país, as seguintes médias no WHOQOL-bref: 58,9 para o domínio físico; 65,9 para o domínio psicológico; 76,2 para o domínio social; e 59,9 para o domínio meio ambiente. Assim sendo, nota-se que, nos domínios físico e ambiental, os participantes desta pesquisa, após passarem pelo processo de psicoterapia, aumentaram seus escores para valores acima da média nacional. Quanto aos domínios psicológico e relações sociais, embora

seja observado aumento estatisticamente significativos nos escores na situações pós, esses não atingiram ou ultrapassaram os escores da média nacional.

No estudo de Cruz (2010) não existe referência de comparação para QV global e percepção de saúde, mas como, na Figura 1, também é possível perceber os aumentos nos escores na situação pós Psicoterapia Breve. Considerando a complexidade e multidimensionalidade dos conceitos de saúde e de Qualidade de Vida e a relação que estabelecem entre si, reconhece-se o peso que a saúde tem sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Desse modo, assim como a pesquisa de Azevedo *et al.* (2012) aponta, sujeitos que têm uma avaliação positiva da própria saúde conseguem perceber a si mesmos como saudáveis e tendem a avaliar sua qualidade de vida também positivamente, como pode ser observado neste trabalho.

Já nos estudos de Moreno *et al.* (2006), com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do WHOQOL-bref realizados com 3574 funcionários técnicos de uma Universidade carioca, apontaram os seguintes valores padrões para os domínios do WHOQOL-bref: domínio físico, 74; domínios psicológico e social, 70, e domínio ambiental, 57. Comparados a esses estudos, somente o domínio ambiental após a psicoterapia breve demonstrou mudança que colocassem os participantes acima das médias populacionais.

No que se refere aos dados encontrados nas relações de correlação, a partir do método de Kendall, observou-se associação entre o estado civil do participante e a percepção das suas relações após a psicoterapia. Existem dados na literatura que vão de encontro a esse achado, e dados que corroboram com o mesmo. Notou-se ainda associação entre a procedência do indivíduo, que nessa pesquisa em sua maioria foram da capital, com a percepção do domínio físico após a psicoterapia breve. Não foram encontrados dados na literatura que corroborem com esses dados, mas pode-se inferir

que, após o procedimento psicoterapêutico, aconteça a ampliação da consciência dos indivíduos quanto aos recursos de tratamento, principalmente físico, disponíveis numa capital do porte de Goiânia. Quanto ao dado situação profissional, observa-se que este se encontra associado à percepção negativa dos domínios psicológico e relações sociais nas situações pré psicoterapia. Acredita-se, portanto que, dependendo da avaliação da situação profissional do participante, esta atue significativamente no estado emocional e na qualidade de suas relações sociais. Outro dado interessante apontado pela correlação Kendall consiste na associação dos tratamentos realizados no presente momento do participante – psicoterapia, psicoterapia associado à psicofármaco, ou tratamento multiprofissional- ao domínio físico tanto pré quanto pós psicoterapia, e no domínio relações sociais pré psicoterapia, pode-se perceber indícios que a psicoterapia é capaz de rever a percepção das relações sociais independente do tratamento realizado pelo sujeito.

Ainda referente as relações de correlação encontradas no método Kendall, nota-se a associação entre uso de psicofármaco e os domínios físico, psicológico e relações pré psicoterapia breve. Nota-se que, aparentemente, o uso de medicações traria melhora na percepção das dimensões física e psicológica, como se pode constatar pelos relatos clínicos dos pacientes, nos quais, a medicação é vista com uma dos fatores que diminui sintomas como insônia e ansiedade. Contudo, o uso do psicofármaco parece provocar uma queda na percepção quanto a qualidade das relações sociais, o que acredita-se estar relacionado aos efeitos colaterais do mesmo, como embotamento afetivo ou tremores que podem expor a problemática da pessoa e, muitas vezes envergonhá-la. Curiosamente, essa relação de correlação não está presente em nenhum dos domínios após a psicoterapia, levando-se a inferir que as reflexões e mudanças propostas pela intervenção, como aceitação do diagnóstico e o cuidado em outro aspecto para além do

médico, possa ter diminuído consideravelmente a influência da medicação da qualidade de vida do indivíduo. Confirmando esses dados, observa-se o aparecimento de relações de correlação da Queixa Central com os domínios físico e psicológico após a psicoterapia, que nos leva a crer que as reflexões e intervenções terapêuticas a tenham colocado em maior evidência, uma vez que estas se mostram ausentes anteriormente ao processo psicoterapêutico.

Já na análise das correlações de Spermán, nota-se que a variável renda mostra-se associada à percepção dos participantes quanto ao seu ambiente, o que é coerente uma vez que os aspectos financeiros são citados nas pesquisas como importante para a percepção de melhor Qualidade de Vida. A mesma variável aparece como positivamente correlacionada às dimensões física e psicológica após a intervenção psicoterapêutica, o que nos leva a constatar que com a psicoterapia, da mesma forma que aconteceu a variável procedência, houve a ampliação da consciência das possibilidades que os recursos financeiros dos participantes, que em sua maioria apresentavam-se favoráveis, eram capazes de dispor de modo que contribuísse para sua saúde física e psicológica. A correlação de Spermán, em acordo com as correlações de Kendall, mostra a associação negativa entre quantidade de psicofármaco e percepção das relações sociais antes da psicoterapia, ou seja, quanto maior o uso de psicofármaco pior a avaliação do participante quanto suas relações interpessoais. Contudo este dado, não aparece após a intervenção da psicoterapia breve o que reafirmam as constatações anteriores, que o efeito do processo psicoterapêutico pode diminuir o impacto das medicações na qualidade de vida do indivíduo no que se refere ao âmbito das relações.

A avaliação qualitativa, por sua vez, merece algumas ressalvas antes de ser discutida. A pesquisa realizada no presente trabalho apresentou algumas particularidades ao longo da sua trajetória. Houve dificuldades com a adesão dos

participantes à pesquisa que necessitou uma alteração no método para coleta de dados qualitativos. A princípio, assim como na aplicação do WHOQOL-bref, foi planejado a realização das entrevistas nas situações pré e pós intervenção psicoterapêutica para que também fosse possível alguma comparação qualitativa da amostra. Contudo, observou-se que a maioria dos pacientes demonstrava ansiedade para iniciar o processo, se colocando pouco disponíveis a uma entrevista pré psicoterapia, portanto esta acabou sendo descartada ao longo da investigação. Características próprias do funcionamento institucional também interferiram na pesquisa como a necessidade das próprias psicoterapeutas realizarem, elas mesmas, a aplicação dos questionários e realizarem as entrevistas em seus próprios pacientes em decorrência da dificuldade de conciliar horários, indisponibilidade do participante e as regras quanto à reposição de sessões da instituição.

No que se refere à compreensão dos participantes sobre psicoterapia e psicoterapia breve, percebeu-se a partir da análise de conteúdo, que estes apresentam com mais clareza uma definição acerca da primeira, e mais vaga quanto à segunda. Os participantes compreendem a psicoterapia com um espaço onde podem se expressar sem julgamentos e podem receber orientações de um profissional treinado o que se aproxima dos objetivos propostos pelas psicoterapias de forma geral (Cordioli, 2008). Já à psicoterapia breve, notou-se dúvida entre os participantes entrevistados que a associaram mais ao período de tempo, considerado curto, e pelo trabalho baseado em um foco previamente estabelecido, ambos estipulados no contrato terapêutico e mais fáceis de serem percebidos.

Quanto aos elementos facilitadores da psicoterapia, identificados pelos participantes, encontra-se a percepção da boa relação estabelecida com o profissional que lhe prestou o atendimento terapêutico e com as demais pessoas que compunham a

equipe da instituição que inclui, além dos psicólogos, os médicos, secretárias, e atendentes que trabalham para o plano de saúde. A importância da aliança terapêutica tem sido um dos temas mais abordados em psicoterapia e principalmente em psicoterapia breve tanto em pesquisas nacionais quanto internacionais, embora não tenha sido objeto de estudo nesta pesquisa (Peuker *et al.*, 2009; Cordioli, 2008; Sousa, 2006).

Já os elementos inibidores, foram observados, nas entrevistas, elementos externos aos participantes e relacionados aos mesmos. Os elementos externos foram ressaltados pela maioria dos entrevistados como referente à burocracia institucional, algo que interfere diretamente no início do tratamento e, muitas vezes, provoca a vontade de desistir de iniciá-lo. Essa burocracia está relacionada tanto aos tramites das autorizações exigidas pelo plano de saúde quanto pela falta de vagas na instituição. Os elementos do próprio participante foram descritos como as fantasias quanto ao que seria a psicoterapia, o preconceito do discurso social quanto àqueles que dela precisam, medo da exposição e do julgamento do profissional, e a crenças de que o número de sessões seria insuficiente para provocar mudanças efetivas.

No que se refere à compreensão quanto à função do psicólogo, muitos participantes demonstraram-se confusos, mas em sua maioria o apontaram como um profissional responsável por tratar doenças emocionais e psicológicas, e também físicas quando os sintomas físicos são de origem psicológica. Está confusão parece estar fundamenta em concepções biomédicas de saúde e doença que podem ser observados em suas falas. No entanto, mesmo aparentemente confusos ao descreverem a função do psicólogo, a maioria considerou este profissional como essencial ao sistema de saúde, especialmente o plano de saúde, sendo comparada a sua importância, muitas vezes, ao do próprio médico. Esses dados evidenciam o crescimento da valorização do trabalho

do psicólogo na sociedade e a tendência apontada por Lemgruber (2008) pela procura de psicoterapia nos planos de saúde.

Os resultados da psicoterapia breve foram observados pela maioria dos participantes que a consideraram satisfatória no intuito de retirá-los da crise e ajudá-los no controle do sintoma. Relataram mudanças significativas em, pelo menos, um dos domínios da Qualidade de Vida, sendo que os que apresentaram maior percepção de mudança e benefício foram os domínios psicológico e físico. Nas falas dos participantes, é possível perceber que muitos atribuem diretamente o resultado de sua mudança a psicoterapia (locus de controle externo), ou a mudanças em si mesmo (locus de controle interno) que também percebem como resultado da psicoterapia.

Embora apenas alguns tenham achado os resultados limitados, todos se mostravam conscientes da proposta da psicoterapia breve quanto ao foco e seus limites quanto à mudança em suas vidas, e avaliaram sua qualidade de vida atual de forma mais positiva do que a anterior à psicoterapia breve. Esses dados são similares aos encontrados por Enéas (2003), Stingel e Pereira (2003), Mendez *et al.* (2010), todos estudos que evidenciam bons resultados a partir de intervenções da psicoterapia breve.

Para diminuir o viés esperado resultante da aliança terapêutica entre pesquisadora/psicoterapeuta e paciente/participantes, foi ressaltado nos esclarecimentos em relação à pesquisa que o objeto avaliado era a psicoterapia breve e não o atendimento do profissional, e que os resultados da pesquisas seriam repassados para a diretoria da instituição como forma de reavaliarem o serviço e se necessário instituir mudanças, dessa forma, era fundamental a maior honestidade possível para que a pesquisa fosse bem sucedida. Mesmo assim esse viés não é descartado das limitações do estudo. Outra limitação a ser considerada é que por se tratar de um estudo transversal e correlacional, há impedimentos quanto à possibilidade de estabelecer relações de causa

e efeito e de generalização dos resultados, deste modo, observa-se a necessidade de mais estudos da temática dentro desse enquadre de pesquisas para análise e comparação dos resultados.

9- Considerações Finais

A procura crescente por cuidados em saúde, principalmente saúde emocional e psicológica, reflete no momento vivido pelo homem na atualidade que tem se conscientizado da importância da Qualidade de Vida, aqui entendida em sua ampla acepção. Considerando este contexto, as psicoterapias breves oferecidas em instituições públicas e privadas têm despontado como alternativas em potencial para tentar atender a população que tem buscado auxílio psicológico. Esta pesquisa demonstra, portanto, que a PB atua, significativamente, na melhora da percepção da Qualidade de Vida dos participantes que a vivenciaram, se mostrando assim, como instrumento válido que pode e deve ser usado no âmbito da saúde pública.

A psicoterapia breve inserida em instituições, pública ou privada, permite o acesso a um tratamento historicamente elitizado, como pôde ser verificado nas falas dos pacientes, nas quais muitos afirmaram que não teriam participado do processo psicoterapêutico se este não tivesse sido integrado ao seu plano de saúde e viabilizado pela instituição participante. Dessa forma, disponibilizar o processo psicoterapêutico breve nas instituições torna sua vivência viável a mais pessoas, podendo alcançar todas as classes. Essa realidade possibilita maior igualdade na oportunidade de acesso da população a tratamentos de saúde, um dos papéis e compromissos sociais e éticos que a psicologia enquanto ciência se propôs a assumir.

A Agência Nacional de Saúde, quando instituiu a vigência da resolução MS/ANS/167 inserindo o atendimento psicológico no rol dos procedimentos obrigatórios de cobertura dos planos de saúde, abriu um novo campo imenso e rico para a atuação do psicólogo que deve ser explorado com responsabilidade. Embora a proposta da ANS tenha sido inovadora, deve-se atentar para os cuidados com as práticas

em psicoterapia breve que estão surgindo em resposta a sua exigência. É fundamental ter em mente, que trabalhar com PB não significa apenas aplicar técnicas da psicoterapia clássica em um número menor de sessões para agilizar as imensas filas de espera observadas nas instituições de saúde. A psicoterapia breve deve ser estudada, aplicada e respeitada dentro do seu enquadre teórico, para possibilitar o melhor resultado possível às pessoas que a ela recorrem. Do contrário, no lugar de um novo espaço para o crescimento da atuação do psicólogo e de investigação científica, estará sujeito a criação de um espaço de práticas mal realizadas e incompletas que ajudará a disseminar o preconceito no imaginário social quanto à atuação desse profissional.

Pensando, ainda, na qualidade do trabalho nesta área, deve-se pensar na necessidade de formar profissionais aptos a trabalhar com a PB em contextos institucionais, muito diferentes da clínica tradicional. Sugere-se, portanto, inserir a psicoterapia breve, teoria e prática, na grade curricular dos cursos de formação em psicologia além de promover cursos de formação referente ao tema que ainda se mostra insipiente na literatura nacional.

Faz-se necessário também, refletir sobre a própria resolução proposta pela ANS que preconiza apenas 12 sessões por ano para casos considerados não – crônicos, enquanto a própria literatura especializada em PB afirma que são necessários pelo, menos, uma média de 20 sessões para atender estes mesmos casos. A psicoterapia breve proposta pela ANS, portanto, se enquadra em um processo considerado como ultra-breve, segundo Lemgruber (2008), e torna a atuação do profissional de psicologia extremamente desafiadora e, à vezes, frustrante por não ser capaz de atingir o foco terapêutico planejado, em certos casos, em decorrência dos limites temporais imposto pela lei. Para isso, contudo, é fundamental a movimentação da classe dos psicólogos junto a Conselhos Regionais e Conselho Federal de Psicologia para lutarem por

alterações que possibilite condições de trabalho mais coerentes com descobertas em psicologia e que sejam capazes de atender a demanda de ajuda do paciente que busca melhoras na sua Qualidade de Vida.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Resolução Normativa nº167, de 9/01/2008. Acessada em 16 de outubro de 2011, disponível no site: http://www.previminas.com.br/RN_167_2008.pdf
- Almeida, M.A.B., Gutierrez, G.L. & Marques, R.F.R. (2009). Qualidade de vida como objeto polissêmico: contribuições da educação física e do Esporte. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 1(1), 15-22.
- Almeida, M.A.B. & Vitigliano, L.F. (2009). Patologias sociais e a qualidade de vida na sociedade moderna. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 1(2), 1-7.
- Alves, E.F. (2011). Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 16-23.
- Alves, G.A., Baldessar, M.Z., Pereira, G.W., Kuehlkamp, V.M., Hilzendeger, C. & Silva, J. (2012). Quality of life of patients with hepatitis C. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(5), 553-557.
- Amendola, F., Oliveira, M.A.C. & Alvarenga, M.R.M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(2), 266-272.
- Andrade, A.N. & Morato, H.T.P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353.
- Avelar, A.M.A., Derchain, S.F.M., Camargo, C.P.P., Lourenço, L.S., Sarian, L.O.Z. & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista Ciências Médicas*, 15(1), 11-20.
- Azevedo, G.P.G.C., Friche, A.A.L. & Lemos, S.M.A. (2012). Autopercepção e qualidade de vida de usuários de um ambulatório de fonoaudiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 119-127.
- Azevedo, M.A.S.B. (2006). Psicoterapia para o povo: avaliação dos resultados. *Psicologia América Latina*, 8, Disponível na World Wide Web: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400013&lng=pt&nrm=iso
- Bampi, L.N.S., Guilherm, D., & Lima, D.D. (2008). Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(1), 66-77.

- Baquero, M. G. (1974). *Testes psicométricos e projetivos: Medidas psico-educacionais*. São Paulo: Loyola.
- Bardin. L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benito, E. (2008). Las Psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(1), Disponível na World Wide Web: <http://www.psiencia.org>
- Berlim, M.T. & Fleck, M. P.A. (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(5), 249-252.
- Brasil, Congresso Nacional, Lei n ° 9.961, de 28/01/2000. Acessado em 15 de outubro de 2011, disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm
- Cardoso, P.O., Rodrigues, K.C.L., Mende, K.M., Petroiano, A., Resende, M. & Alberti, L.R. (2009). Avaliação de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hiperidrose palmar quanto à qualidade de vida e ao surgimento de hiperidrose compensatória. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 36,(1), 14-18.
- Castro, M.M.C., Daltro, C., Kraychete, D.C. & Lopes, J. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 70(11), 864-868.
- Cesari, L. & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudanças em pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 59(4), 293-301.
- Chiesa, A.M., Fracoli, L.A., Zoboli, A.L.P.C., Maeda, S.T., Castro, D.F.A., Barros, D.G., Ermel, R.C. & Chang, K. (2011). Possibilidades do WHOQOL-Bref para a promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 1743-1747.
- Chilelli, K.B. & Enéas, M. L. (2000). Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*,1(1), 47-52.
- Chou, Y., Shih, S., Tsai, W., Li, C.R., Xu, K. & Lee, T.S. (2013). Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow up study. *BMC Psychiatry*, 13(190). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/13/190>.
- Cordioli, A.V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações, e contra-indicações. A.V. Cordioli (Org.). *Psicoterapia: Abordagens atuais*.(pp.19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Costa Neto, S.B. & Araújo, T.C.F. (2001). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Temas em Psicologia da SPB*, 9(2), 125-135.

- Cruz, L. (2010). *Medidas de qualidade de vida de uma amostra da população de Porto Alegre*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.
- Dantas, R.A.S., Sawada, N.O. & Malerbo, M.B. (2003). Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 11(4), 532-538.
- Day, H. & Jankey, S.G. (1996). Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: R. Renwick, I. Brown & M. Nagles. (Orgs). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and application*. Sage: Thousand Oaks.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat, S.C.M., Allan, A., Abbass, A.A., Jonghe, F. & Dekker, J. J.M. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30 (2010), 25–36.
- Enéas, M.L.E., Faleiros, J.C. & Sá, A.N.A. (2000). Uso de Psicoterapia Breve em Clínica-Escolas: Caracterização do Processo com Adultos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(2), 9-30.
- Enéas, M.L.E. (2003). Mudanças psíquicas Avaliada Pela Escala Rutgers de Progresso em psicoterapia. *Avaliação Psicológica*, 1, 45-56.
- Erkki, H., Lindfors, O., Laaksonen, M.A & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301–312.
- Espada, A.A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 23 (87), 67-84.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pierò, A. & Rovera, G.G. (2002). Dropout from Brief Psychotherapy in Anorexia nervosa. *PsychotherPsychosom*, 71, 200-206.
- Fávero-Nunes, M.A. & Santos, M.A. (2010). Depressão e qualidade de vida em mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 33-40.
- Fiorini, H.J. (2008). *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL – bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.

- França, I.S.X., Coura, A.S., França, E.G., Basílio, N.N.V. & Souto, R.Q. (2011). Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1364-1371.
- Freud, S.(1973). *Obras completas – história de una neuroses infantil (caso del “Hombre de los Lobos”)*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Friedlander, M.L., Sutherland, O., Sandler, S., Kortz,L., Bernadi,S., Lee, H.H. & Drozd, A. (2012). Exploring corrective experiences in a successful case of short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(3), 349-363.
- Fuini, S.C., Souto, R., Amaral, G.F. & Amaral, R.G. (2013). Qualidade de vida dos indivíduos expostos ao césio-137 em Goiânia, Goiás, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(7), 1301-1310.
- Furigo, R.C.P.L., Sampedro, K.M., Zanelato, L.S., FOLONI, R.F., Ballalai, R.C. & Ormrod, T. (2008). Plantão Psicológico: Uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*, LVIII(129), 185-192.
- Gebara, A.C. (2008). *Pesquisa sobre a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gilliéron, D. (1986). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Gilliéron, E.(2004a). *Indrodução às Psicoterapias Breve*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gilliéron, E.(2004b). *Manual de Psicoterapias Breves*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- Gimenes, G.F. (2013). Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 291-318.
- Gordia, A.L., Silva, R.C.R., Quadros, T.M.B. & Campos, W. (2010). Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), 29-35.
- Gordia, A.P., Quadros, T.M.B., Oliveira, M.T.C. & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40-52.
- Gouvêa, H.(2000). Psicoterapia Breve de Apoio. In: V. Lemgruber (Org), *O Futuro da integração: desenvolvimento em psicoterapia breve* (pp.123-138). Porto Alegre: Artmed.
- Hauck, S., KrueL, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Sherstatsky, S., & Ceitlin, L.H.F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do

- tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 265-273.
- Heidegger, M.(1988). *O Ser e o Tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Helito, R.A.B., Branco, J.N.R., D’Innocenzo, M., Machado, R.C. & Buffolo, E. (2008). Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 24(1), 50-57.
- Heinonen, E., Lindfors , O., Laaksonen , M.A. &Knekt, P.(2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy.*Journal of Affective Disorders*, 138, 301–312.
- Irigaray, T.Q., Schneider, R.H. & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818.
- Jansen, K., Mondin, T.C., Ores, L.C., Souza, L.D.M., Konrad, C. E., Pinheiro, R.T. & Silva, R.A. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 27(3), 440-448.
- Kluthcovsky, A.C.G.C. & Kluthcovsky, F.A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrument para avaliar qualidade de vida: revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3).Disponível na World Wide Web:<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>
- Kluthcovsky, A.C.G.C. & Takayanagui, A.M.M. (2007). Qualidade de vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus-Guaraouava*, 1(1), 13-15.
- Knobel, M.(1986). *Temas básicos de psicologia : psicoterapia breve*. São Paulo:EPU.
- Kunzler, L. S. & Araujo, T.C.C.F. (2013). Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 267-274.
- Landeiro, G.M.B., Pedrozo, C.C.R., Gomes, M.J. & Oliveira, E.R.A. (2011). Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4257-4266.
- Lemgruber, V.(1995). *Psicoterapia focal: o efeito carambola*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Lemgruber, V. (2000). *O futuro da integração: Desenvolvimentos em psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lemgruber, V. (2008). Terapia focal: psicoterapia breve psicodinâmica. In: A.V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp.167-187). Porto Alegre: Artmed.

- Lemgruber, V. (2012). Prefácio. In: M.E.N. Lipp & E.M.P. Yoshida (Orgs), *Psicoterapias Breves: nos seus diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lemos, C., Gottschall, C.A.M., Pellanda, L.C. & Müller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 471-476.
- Lima, A.F.B.S. (2002). Qualidade de vida em pacientes masculinos dependentes de álcool. Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lima, A.F.B.S. & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3). Recuperado em 22 de setembro de 2013 do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082009000400002
- Lopez, M. L. G.(2011) Psicoterapia dinâmica breve realizada em una unidad de agudos hospitalaria de salud mental. A propósito de un caso. *Revista da Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 31(112), 605-701.
- Lopez, M.R.A., Ribeiro, J.P., Ores, L.C., Jansen, K. Souza, L.D.M., Pinheiro, R.T. & Silva, R.A. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 103-108.
- Lustosa, M.A. (2010). A psicoterapia breve no hospital geral. *Revista do SBPH*, 13(2), 259-269.
- Maciel, E.S., Vilarta, R., Vasconcelos, J.S., Modeneze, D.M., Sonati, J.G., Vilela, G.B. & Oetterer, M. (2013). Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5(1), 53-62.
- Maia, S.S.S. (2007). A detecção de sinais e sintomas da violência na fase diagnóstica da psicoterapia breve. Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Marques, I.R. & Arandas, F. (2011). Qualidade de vida do estudante médio e tabagismo. *Revista de Qualidade de Vida*, 3(2), 13-22.
- Marques, I.R. & Isabel, R.O. (2011). Avaliação da qualidade de vida após programa de intervenção direcionado à melhora da qualidade do sono. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 24-31.
- Martins, M.E., Ribeiro, L.C., Baracho, R.A., Feital, T.J. & Ribeiro, M.S. (2012). Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(1), 5-11.

- Mello, M.F. (2004). Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2),124-130.
- Mello-Neto, V.L., Valença, A.M., Nascimento, I., Lopes, F.L. & Nardi, A.E. (2008). Quality of life assessment by WHOQOL-Bref in panic disorder patients during treatment. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(2), 49-54.
- Mello-Silva, A.C.C., Brasil, V.V., Minamisava, R., Oliveira, L.M.A.C., Cordeiro, J.A.B.L. & Barbosa, M.A. (2012). Qualidade de vida e trauma psíquico em vítimas da violência por arma de fogo. *Texto Contexto de Enfermagem*, 21(3), 558-565.
- Mendez, J.F., Castro, M.A.L., Haro, J.G., Alvarez, A.C., Díaz, M.D.G., Menéndez, B.B., Izquierdo, M.C. & Riesco, J.C. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve em los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 31(109), 13-29.
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M.(2000). Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Monteiro, R., Braile, D.M., Bransau, R. & Jatene, F.B. (2010). Qualidade de vida em foco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardíaca*, 25(4), 568-574.
- Moreira, R.O., Amâncio, A.P.R., Brum, H.R., Vasconcelos, D.L. & Nascimento, G.F. (2009). Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes distal diabética. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 59(9), 1103-1111.
- Moreira, T.C., Figueiró, L.R., Fernandes, S., Justo, F.M., Dias, I.R., Barros, H.M.T. & Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives and non-users assessed using the WHOQOL-bref. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1953-1962.
- Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck G. L., Lopes, C.S. & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde pública*, 22(12). 2585-2597.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L. et al. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459.
- Neto, O.D. & Féres-Carneiro,T. (2005). Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito Dodô. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 355-361.
- Oliveira, I.T. (2002). Critérios de indicação de psicoterapia breve para crianças e pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4 (1), 39-48.

- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa:Ministério da Saúde/Direcção Geral da Saúde. Recuperado em 08 de abril, 2013, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Panzini, R.G., Rocha, N. S., Bandeira, D.R. & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Parapelli, R.B. & Nogueira-Martins, M.C.F. (2007). Psicólogos em Formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(1), 64-79.
- Pereira, E.F., Teixeira, C.S. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Perls, F. (1988). *A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia*. LTC: Rio de Janeiro
- Peuker, A.C., Habigzang, L.F., Koller, S.H. & Araújo, L.B. (2009). Avaliação de processo e resultados em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445.
- Pinto, E.B. (2009a). *Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para prática clínica*. São Paulo: Summus.
- Pinto, E.B. (2009b). A experiência emocional atualizadora em gestalt-terapia de curta duração. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 71-84.
- Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL – bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Quadros, T.M.B., Gordia, A.P., Santos, I.C., Passoni, J., Campos, W. & Vilela Junior, G.B. (2008). Qualidade de vida em mulheres fisicamente ativas. *Acta Science Health Science*, 30(1), 13-17.
- Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.
- Ribeiro, J. P. (1985). *Gestalt-Terapia: Refazendo um Caminho*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J.P. (2009). *Gestalt-Terapia de curta duração*. São Paulo: Summus.
- Rios, K.A., Barbosa, D.A. & Belasco, A.G.S. (2010). Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 413-420.

- Rodrigues, S.R. (2009). Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana. Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Roque, V.M.N. & Forones N. M. (2006). Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arquivos de Gastroenterologia*, 43(2), 94-101.
- Rovere, H., Rossini, S. & Reimão, R. (2008). Quality of life in patients with narcolepsy. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66(2-A), 163-167.
- Santana, A.F.F.A., Chianca, T.C.M. & Cardoso, C.S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187-194.
- Santeiro, T.V.(2008). Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 761-770.
- Santos, E.F. (1997). *Psicoterapia breve: abordagem sistemática de situações de crise*. São Paulo: Agora.
- Schuyler, D.(2000). Prescribing Brief Psychotherapy *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 13–15.
- Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L.C. & Tróccoli, B.T. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), 373-382.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahan, S.R., Williams, J.B., DeGruy, F.V., et al. (1995). Health-Related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA*, 274(19), 1511-1543.
- Stingel, A.M. & Pereira, C.A.A.(2003). Escalas de Bem-Estar Subjetivo (BES) e avaliação quantitativa em Psicoterapia (PPBI). *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurológica Medica Legal*, 97(3), 16-22.
- Tavares, F.M.B. (2011). Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(2), 23-32.
- Torresan, R.C., Smaira, S.I., Ramos-Cerqueira, A.T.A. & Torres, A.R. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.

- Vasconcelos, P.O. (2006). Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico. Tese de Mestrado, Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia. Recuperado em 8 de março de 2012, de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:wMNbc5KP5JUU:scholar.google.com/+Qualidade+de+Vida+em+Pessoas+Submetidas+%C3%A0+Cirurgia+bari%C3%A1trica+em+Momentos+Pr%C3%A9+e+P%C3%B3s-Cir%C3%BArgico&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1
- Webb, E. et al. (2011). Proximal predictors of change in quality of life older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(6), 542-547.
- WHOQOL Group. (1994). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from The World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment: development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Yoshida, E.M.P. (1999). Psicoterapia breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança. *Tema em Psicologia*, 17(2), 119-129.
- Zahar, S.E.V., Aldrighi, J.M., Pinto Neto, A.M., Conde, D.M., Zahar, L.O. & Russomano, F. (2005). Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista da Associação Médica do Brasil*, 51(3), 133-138.
- Zanei, S. S. V. (2006). *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2012-04-08, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21032006-154203/>

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONARIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome: _____

Idade: _____ Data da Entrevista: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino

Estado Civil: 1- () Solteiro 2- () Casado 3- () Divorciado/Separado

4- () União Livre 5- () viúvo 6- () Outro _____

Escolaridade: 1- () Educação Infantil (Alfabetização) 6- () Superior Incompleto

2- () Ensino Fundamental Incompleto 7- () Superior Completo

3- () Ensino Fundamental Completo 8- () Pós-graduado

4- () Ensino Médio Incompleto

5- () Ensino Médio Completo

Procedência: 1- () Grande Goiânia 2- () Interior de Goiás 3- () Outros Estados

Religião: 1- () Católica 2- () Evangélica 3- () Espírita

4- () Testemunha de Jeová 5- () Sem religião 6- () Outras _____

Situação Profissional: 1- () Empregado 2- () Aposentado 3- () Autônomo

4- () Trabalho Irregular 5- () Outro 6- () Desempregado

7- () Sem Trabalho

Renda Familiar: 1- () Menos de 1 Salário Mínimo 3- () De 2 a 4 Salários Mínimos

2- () De 1 a 2 Salários Mínimos 4- () Mais de 4 Salários Mínimos

ASPECTOS CLÍNICOS

Diagnóstico médico: _____

Indicadores de Co-morbidade: _____

Tratamentos atuais: _____

Uso e descrições de medicações: _____

Motivo da indicação para a psicoterapia breve: _____

Queixa psicológica: _____

Experiência anterior com a psicoterapia: () Sim () Não

Quanto tempo: _____

Diagnóstico Psiquiátrico: () Sim () Não Qual? _____

ANEXO 3

Entrevista Semi – Estruturada Pós – Intervenção

Nome: _____

Idade: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____ Grau de Instrução: _____

Esta entrevista tem por objetivo avaliar a Qualidade de vida de pessoas que passaram pelo processo de psicoterapia breve focal nos serviços de saúde suplementar, sendo importante saber o seu ponto de vista neste momento, não havendo respostas certas ou erradas.

Agradeço sua participação e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento

Aspectos gerais sobre a psicoterapia

1. Para você o que é psicoterapia?
2. Quais são os benefícios da psicoterapia?
3. O que você conhece sobre a psicoterapia breve focal?
4. Qual a sua opinião sobre a função do psicólogo no sistema de saúde?

Aspectos físicos

5. Para você o que é saúde? O que é doença?
6. Como você descreveria sua saúde física no momento?
7. Como era sua saúde física antes do processo terapêutico?
8. A quem ou a que você atribui o seu estado físico atual?
9. Como você avalia sua memória e concentração?
10. Como está seu sono?

11. Como está seu apetite?
12. Acredita que a psicoterapia tenha beneficiado sua saúde física?

Aspectos Psicológicos

13. Como tem se sentido emocionalmente atualmente?
14. Como você avalia sua auto-estima ?
15. A psicoterapia contribuiu de alguma maneira para essa avaliação?
16. Você tem experimentado momentos de ansiedade? Como tem sido esta experiência?
17. Você tem experimentado momentos de felicidade? Como tem sido esta experiência?
18. Você tem experimentado momentos de tristeza? Como tem sido esta experiência?
19. Percebe diferença do seu estado emocional atual do anterior a psicoterapia?
20. Como você percebe a sua capacidade de tomar decisões ?
21. O que melhorou na sua autonomia pessoal frente às coisas da vida?

Aspectos Sócio-Familiares

22. Participa de atividades sociais? Houve alguma diferença após o processo psicoterapêutico?
23. Como está a sua relação com amigos e colegas? Houve diferença após a psicoterapia?
24. Como está sua relação familiar nesse momento? Percebe diferenças após a psicoterapia?
25. Como está sua relação com o trabalho? Percebe diferenças após a psicoterapia?

Aspectos Funcionais

26. Tem conseguido desempenhar suas atividades rotineiras? Houve alguma diferença após o processo psicoterapêutico?
27. Em que medida ainda necessita de auxílio dos outros para atividades rotineiras como: lavar-se, vestir-se, alimentar-se, entre outros?

Aspectos gerais

28. Para você o que é qualidade de vida?

29. Como você avalia sua qualidade de vida atual?

30. Ao buscar a psicoterapia quais as principais dificuldades que encontrou?

31. Como você avalia sua relação pessoal com a equipe que está te atendendo?

32. Como você avalia o resultado da psicoterapia?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O SUJEITO DA PESQUISA

Nome do participante: _____

Documento de identidade n°: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: () M () F

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone: _____

EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA SOBRE A PESQUISA AO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa do Projeto PLANTAR (Plano Técnico de Articulação de Redes e de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa) ligado ao Programa de Gerontologia Social (PGS) vinculado Pro-reitoria de Extensão e Apoio Estudantil (PROEX) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Esta pesquisa pretende apreender a experiência e a visão particular das personagens que colaboraram, desde o início, para a chegada e desenvolvimento da RENADI - Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa no município de Goiânia, com intuito de refazer a trajetória de construção e planejamento da mesma. Vale ressaltar que os dados coletados serão analisados e resultarão em um estudo publicado.

A metodologia utilizada na pesquisa incluirá a gravação e transcrição de entrevistas semi-dirigidas. Os pesquisadores responsáveis estarão à disposição para prestar-lhe esclarecimentos acerca de suas dúvidas antes, durante e depois da pesquisa, assim como para garantir-lhe o livre acesso as informações. Caso não queria mais participar da pesquisa, a qualquer momento, terá o direito de retirar o seu consentimento, assim interrompendo a sua participação sem prejuízos. Vale assinalar que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, pela participação.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa, se você concordar com sua participação neste estudo, estando ciente dos objetivos desta, é necessário que você assine este consentimento, que está em duas vias, declarando estar informado sobre o projeto de pesquisa acima descrito. Uma das vias é sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de dúvida você poder procurar informar-se na secretaria da Sociedade Goiana de Cultura na PUC-GO pelo telefone 39461045.

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Goiânia, ___/___/___

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador