

# UFBA

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Ciências da Saúde

CLAUDIA LUÍSA SENA GOMES DE SOUZA

PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



## CONSTRUÇÃO E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS, VERSÃO PARA ADOLESCENTES - (CD-Quest-T)

Salvador  
2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**CLAUDIA LUÍSA SENA GOMES DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE  
DISTORÇÕES COGNITIVAS, VERSÃO PARA ADOLESCENTES - (CD-Quest-T)**

**SALVADOR**

**2016**

**CLÁUDIA LUÍSA SENA GOMES DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE  
DISTORÇÕES COGNITIVAS, VERSÃO PARA ADOLESCENTES - (CD-Quest-T)**

Dissertação apresentada ao Colegiado do  
Programa de Pós Graduação em Processos  
Interativos dos Órgãos e Sistemas, do  
Instituto de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal da Bahia.

Orientador/Pesquisador:  
*Irismar Reis de Oliveira*

Co-orientador:  
*Igor Gomes Menezes*

SALVADOR

2016

Souza, Cláudia Luísa Sena Gomes de.

Construção e análise psicométrica do questionário de distorções cognitivas, versão para adolescentes - (CD-Quest-T). [manuscrito] / Cláudia Luísa Sena Gomes de Souza. – Salvador, 2016.

74 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Co-Orientador: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2016.

1. Psicometria. 2. Terapia Cognitiva. 3. Distorções Cognitivas.  
4. Adolescentes. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Menezes, Igor Gomes. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título

CDD 616.8 - 23. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos trinta dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a **Defesa Pública da Dissertação** da Mestranda **Cláudia Luísa Sena Gomes de Souza**, através da Comissão Julgadora composta pelos **Professores Irismar Reis de Oliveira, José Neander Silva Abreu e Kátia Cristina de Lima Petribú**. O título da Dissertação apresentada foi **Construção e análise psicométrica do CD- Quest-T versão para adolescentes**. Ao final dos trabalhos, os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira APROVADA

Prof. Dr. José Neander Silva Abreu APROVADA

Profa. Dra. Kátia Cristina de Lima Petribú APROVADA

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, Bahia, 30 de novembro de 2016

Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira [Assinatura]

Prof. Dr. José Neander Silva Abreu [Assinatura]

Profa. Dra. Kátia Cristina de Lima Petribú [Assinatura]

Dedico este trabalho a minha família: Meu pai, meus irmãos e em especial minha mãe, a pérola da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A meu Orientador Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira, que só tenho a agradecer pelo aprendizado de todos esses anos que o acompanho, e por fazer parte da minha caminhada profissional que sempre levarei como grande mestre e incentivador. Obrigada por tudo sempre, professor!

Ao Prof. Dr. Igor Gomes Menezes, pela sua disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos em Psicometria e por ter me ajudado nos primeiros passos desse projeto. E a sua equipe do laboratório na UFBA em especial Flávio Osmo e Jérsica, pelo tempo despendido para ajudar na análise psicométrica.

Ao Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena e Dra. Camila Seixas, pelas excelentes contribuições na etapa de qualificação, colaborando na elaboração final dessa dissertação.

À Dra. Ana Thereza Rocha, por ter sido a semente de todo esse processo de iniciação científica e por quem tenho muito carinho e também faz parte da minha trajetória.

À Prof. Dra. Martha Castro, por ter permitido passar pela experiência de está ao seu lado na disciplina tirocínio docente orientado, que foi um momento de grande aprendizado com uma profissional que tanto admiro.

Ao Prof. Dr. Roberto Paulo, pela sua dedicação a essa Pós e a todos os professores que tive a honra de ser aluna nessa instituição e aos funcionários do PIOS/ICS que ajudaram e colaboraram na resolução de problemas durante esses dois anos.

Aos colegas e amigos da Pós em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas (PIOS), eles tornaram esses dias mais leves e felizes, mesmo com todas as tensões e dificuldades dessa fase. Vocês foram presentes que ganhei da pós, e guardarei cada um com muito carinho no meu coração. E afinal, “quem desconhece o impossível vai lá e faz.”

Aos colegas do núcleo de pesquisa de Terapia Cognitiva da Bahia em que alguns me ajudaram tanto de forma ativa no projeto, como em incentivos e motivação para seguir em frente diante das dificuldades.

Às minhas amigas da faculdade que sempre estiveram comigo desde o início de toda essa trajetória. Sou muito grata por ter o carinho de vocês (Mila, Milu, Conça, Martinha e Paty).

Ao meu pai Cláudio e minha mãe Luíza, por terem proporcionado a realização dos meus sonhos e estarem sempre ao meu lado. Meu irmão Luís e irmã Larissa pela torcida diária.

Muito Obrigada!

E a tal conclusão precipitada...

Sim, ela pode nos fazer perder o bem que poderíamos ganhar se não fosse o medo de tentar.

Cláudia Luísa Sena



SOUZA, Claudia Luísa Sena Gomes de. Construção e análise psicométrica do Questionário de Distorções Cognitivas, versão para adolescentes (CD-Quest-T). 2016. 74 f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

## RESUMO

O CD-Quest (Questionário de Distorções Cognitivas) é um questionário que identifica equívocos lógicos ou distorções cognitivas e é utilizado como instrumento na Terapia Cognitivo-Processual (TCP). O objetivo deste estudo é construir e analisar as propriedades psicométricas do CD-Quest-T, versão para adolescentes em uma amostra de 299 estudantes entre 11 e 17 anos de escolas públicas e privadas em Salvador/BA. Na fase de construção, os itens foram reduzidos de 15 itens para 8 itens e a linguagem foi adaptada para essa faixa etária, a estrutura continuou idêntica a original, que passou pela avaliação de 5 juízes. Na avaliação das propriedades psicométricas do CD-Quest-T, o questionário foi dividido para análise em uma escala total e duas subescalas de frequência e intensidade. A consistência interna na escala total foi de ( $\alpha=0,77$ ). Foi utilizado o SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders- Revised) e CDI (Children's Depression Inventory) para avaliar a validade convergente, o que confirma a confiabilidade e fidedignidade do instrumento. Portanto, o CD-Quest-T apresenta propriedades psicométricas adequadas e satisfatórias.

**Palavras-chaves:** Psicometria. Terapia Cognitiva. Distorções Cognitivas. Adolescentes.

SOUZA, Cláudia Luísa Sena Gomes de. Construction and psychometric analysis of the cognitive distortion questionnaire, version for adolescents (CD-Quest-T). 2016. 74 s. Dissertation (Masters in Interactive Process of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador

## **ABSTRAT**

The CD-Quest (Cognitive Distortions Questionnaire) is a questionnaire that identifies logical errors or cognitive distortions and is used as a tool in Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT). The aim of this study is to build and analyze the psychometric properties of CD-Quest-T, its version for teens, based on a sample of 299 students aged between 11 and 17 years old from public and private schools in Salvador/BA. In the construction phase, the 15 items were reduced to 8, the language was adapted to the age group, and the structure remained identical to the original, which was evaluated by five judges. In the assessment of the psychometric properties of CD-Quest-T, the questionnaire was divided for analysis into a total scale and two subscales of frequency and intensity. The internal consistency of the total scale was ( $\alpha=0,77$ ). SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders- Revised) and CDI (Children's Depression Inventory) were used to assess the convergent validity, which confirms the reliability and trustworthiness of the instrument. Therefore, the CD-Quest-T presents adequate and satisfactory psychometric properties.

**Keywords:** Psychometrics. Cognitive therapy. Cognitive Distortion. Teens.

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1	Ano/Série do 6º ano ao 9º ano, de uma amostra de 299 estudantes, nos anos de 2015 e 2016.	33
Tabela 2	Idades entre 11 e 17 anos, em uma amostra de 299 estudantes, entre os anos de 2015 e 2016.	33
Tabela 3	Valores de MSA e KMO da análise fatorial utilizada para os itens do CD-Quest-T.	39
Tabela 4	Análise fatorial para os itens individuais do CD-Quest-T em uma amostra de 299 estudantes do 6º ao 9º ano, na cidade de Salvador, Bahia, no ano de 2016.	40
Tabela 5	Validade Convergente: correlação entre CD-Quest-T, SCARED-R e CDI, apresentando o escore da escala total e das subescalas frequência e intensidade, em uma amostra de 299 estudantes, nos anos de 2015 e 2016.	41
Tabela 6	Análise de itens do CD-Quest-T a partir de uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016.	42
Tabela 7	Correlação entre os itens do CD-Quest em função da pontuação média, desvio-padrão e a frequência dos escores de 0 a 5 em uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016.	42
Tabela 8	Distribuição da frequência dos escores dos itens do CD-Quest-T em uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016.	43

---

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1	Quadro da Lista de Distorções Cognitivas do CD-Quest.	18
Figura 2	Diagrama de Conceituação Cognitiva da TCP	24
Figura 3	Questionário de distorções Cognitivas - CD-Quest	27
Figura 4	Quadro da lista de distorções cognitivas que fazem parte do CD-Quest -T, versão para adolescentes.	38
Figura 5	Gráfico - Scree Plot – Retenção de Fatores do CD-Quest-T	40

---

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

TC	Terapia Cognitiva
PA	Pensamentos Automáticos
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
CEQ	Cognitive Error Questionnaire
NPCEQ	Negative and Positive Cognitive Errors Questionnaire
CDS	Cognitive Distortion Scale
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDI- II	Inventário de Depressão de Beck - II
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
RCMAS	Revised Manifest Anxiety Scale for Children
MASC	Escala de Ansiedade Multidimensional para Crianças
SCARED-R	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised
CBCL	Child Behavior Checklist
CNCEQ	Children Negative Cognitive Error Questionnaire
CDI	Inventário de Depressão para Crianças
TCP	Terapia Cognitiva Processual
RPBRS	Registro de Pensamento Baseado na Revisão de Sentenças
PS	Pressupostos Subjacentes
CN	Crenças Nucleares
RP-Intra	Registro de Pensamentos Intrapessoal
RP-Inter	Registro de Pensamentos Interpessoal
RPC	Role Play Consensual
ACT	Academy of Cognitive Therapy
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória

---

---

CD-QUEST	Questionário de Distorções Cognitivas
CD-QUEST – T	Questionário de Distorções Cognitivas para Adolescentes
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MSA	Measure of Sampling Adequacy
AF	Análise Fatorial
ATQ	Automatic Thoughts Questionnaire
DASS	Depression Anxiety Stress

---

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1 TERAPIA COGNITIVA (TC) .....	16
2.2 TERAPIA COGNITIVA COM ADOLESCENTES .....	20
2.3 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL .....	23
2.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST).....	26
2.5 PSICOMETRIA .....	28
<b>3. HIPÓTESE</b> .....	30
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	30
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	31
5.1 OBJETIVO GERAL.....	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>6. MÉTODOS E MATERIAIS</b> .....	32
6.1 PARTICIPANTES.....	32
6.2 INSTRUMENTOS DE COLETA .....	33
<b>7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	35
<b>8. ANÁLISE DE DADOS</b> .....	36
<b>9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS</b> .....	36
<b>10. RESULTADOS</b> .....	37
10.1 A CONSTRUÇÃO DO CD-QUEST-T E ANÁLISE DOS JUÍZES .....	37
10.2 VALIDADE DE CONSTRUCTO – ANÁLISE FATORIAL (AF).....	39
10.3 VALIDADE CONVERGENTE.....	41
10.4 FIDEDIGNIDADE/ ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA.....	41
<b>11. DISCUSSÃO GERAL</b> .....	44
<b>12. CONCLUSÃO</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>APÊNDICES</b> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....	56

## 1. INTRODUÇÃO

A Terapia cognitiva (TC), criada por Aaron Beck por volta de 1964, trabalha com a premissa de que as emoções e os comportamentos são modulados por percepções, ideias ou interpretações das situações vividas. Essas ideias foram denominadas pensamentos automáticos (PA) por serem espontâneas, rápidas, pré-conscientes e não reflexivas. (BECK, 1964)

Segundo Beck, uma vez que os eventos podem ser percebidos de forma distorcida, esses pensamentos, então, podem estar equivocados, não sendo, de fato, o que acontece na realidade. Tais percepções equivocadas são denominadas distorções cognitivas que, em excesso, podem levar a dificuldades emocionais ou contribuir para o agravamento de transtornos mentais. (BECK, 1964)

Portanto, os pensamentos automáticos (PA) estão intrinsecamente relacionados à saúde, por afetarem diretamente as emoções e o comportamento. Os transtornos psicológicos seguem um padrão cognitivo peculiar, mantidos por crenças centrais disfuncionais, que são delineadas pelas concepções mais profundas e estáveis que o indivíduo tem sobre si, sobre o futuro e sobre o mundo em que vive. Essas crenças, porém, geram pensamentos automáticos que comprometem e atrapalham, gerando comportamentos inadequados que podem prejudicar a saúde mental e, assim, a qualidade da vida do indivíduo. (GABBARD; BECK; HOLMES, 2007)

Atualmente, encontram-se, na literatura, alguns instrumentos específicos para a mensuração dos pensamentos automáticos, dentre eles o CD-Quest, que é o único questionário de distorções cognitivas em língua portuguesa, encontrado até o momento na literatura, voltado para a população geral. Trata-se de um instrumento da Terapia Cognitiva Processual (TCP) cujo objetivo é identificar os equívocos cognitivos e fazer com que o paciente perceba, diariamente, as possíveis distorções cognitivas, de acordo com a intensidade e a frequência com que elas acontecem ao longo do tempo, documentando a evolução do tratamento. (DE OLIVEIRA, 2014; DE OLIVEIRA, 2016)

Nota-se, porém a necessidade, em pesquisa e na clínica, do uso de instrumentos que possam identificar e quantificar as possíveis distorções cognitivas que ocorrem em adolescentes. Esse fato foi o que conduziu a ideia deste estudo, cuja finalidade é desenvolver



uma versão para adolescentes do CD-Quest, com uma linguagem adequada à faixa etária e com o objetivo de identificar as distorções mais frequentes, assim como a intensidade com que elas acontecem no dia a dia.

A construção desse novo instrumento que possa identificar e quantificar as distorções cognitivas ou os equívocos lógicos está voltada para atender à faixa etária de 11 a 17 anos, incluindo, assim pré-adolescentes e adolescentes. Ele se destina a contribuir tanto para a obtenção de melhores resultados de tratamento na clínica, como para gerar possibilidades de pesquisas nessa população. Este estudo é parte de um projeto de prevenção de ansiedade e depressão para adolescentes em escolas públicas e particulares de Salvador, no qual foi utilizado o programa de Treinamento de Terapia Cognitiva Processual.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. TERAPIA COGNITIVA (TC)

A Terapia Cognitiva (TC) foi desenvolvida pelo Psiquiatra Aaron Beck na década de 60, na Universidade da Pensilvânia, EUA. À época, insatisfeito com os rumos da psicanálise, que era sua linha de trabalho, notou uma tendência sistemática no modo particular com que cada um dos seus pacientes, em especial os deprimidos, interpretavam eventos e acontecimentos do dia a dia. A partir dessa observação, o modelo cognitivo foi criado, partindo-se do pressuposto de que os pensamentos distorcidos ou disfuncionais influenciam o humor e o comportamento das pessoas e se faziam presentes em todos os transtornos psicológicos. Portanto, a flexibilização desses pensamentos mostrava a melhora do humor e do comportamento, bem como a modificação das crenças disfuncionais, que sustentavam e davam significado a essas ideias e pensamentos, o que resultava em melhora duradoura, com remissão total dos sintomas. (BECK, 1997)

A história e a evolução da TC se desenrolam desde 1960 e têm como protagonistas teóricos como Albert Ellis 1962, Lazarus 1966, Meichenbaum 1973 e Mahoney 1974. Aaron Beck foi o autor que, desde 1963, contribuiu para o que mais tarde iria se transformar numa das abordagens mais utilizadas no tratamento dos transtornos mentais. As três características que fundamentam essa abordagem, também denominada terapia cognitivo-comportamental (TCC), são: 1) a atividade cognitiva influencia o comportamento; 2) ela pode ser monitorada; e 3) o comportamento desejado pode ser influenciado pela mudança cognitiva. (DOBSON, 2001; KNAPP, 2004)

O modelo cognitivo, porém, segue a lógica de que o funcionamento normal do ser humano implica a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento e de que existe uma interação recíproca desses elementos com o ambiente. Então, para a TC, não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, e sim os pensamentos ou interpretações sobre a situação vivida. Tais pensamentos, quando distorcidos, absolutos e inflexíveis são denominados crenças nucleares, provavelmente configurando-se num quadro com alguma psicopatologia envolvida. (BURNS, 1989; FREEMAN, 1990, KNAPP; BECK; 2008)

Beck (1997) estabeleceu o perfil cognitivo dos transtornos psiquiátricos, no qual se insere a hipótese de que cada transtorno emocional tem um conteúdo cognitivo específico. Por exemplo, pacientes com depressão trazem a ideia negativa de si, dos outros e do futuro, definindo a tríade cognitiva que sustenta as bases teóricas dessa terapia.

O trabalho da TCC inicia-se com a avaliação e a modificação de tais pensamentos até a reestruturação das crenças nucleares subjacentes. As cognições mais superficiais, conhecidas como pensamentos automáticos, acontecem de forma rápida, involuntária e automática, coexistem com o fluxo de pensamentos manifestos, podem ocorrer de forma verbal ou por imagens e são geralmente aceitas como verdadeiras, sem avaliação crítica. Por outro lado, as cognições situadas em nível intermediário configuram-se em regras, padrões, normas, premissas e atitudes que são aprendidas e acabam como guia das tomadas de decisão, escolhas e formas de se comportar. As cognições mais profundas são as crenças nucleares ou esquemas, constituídos por ideias enraizadas sobre si mesmo, as pessoas e o mundo. As crenças nucleares se formam e se configuram ao longo da vida, podendo situar-se em três grupos: *desamparo* (frágil, vulnerável, carente, desamparado); *desamor* (indesejável, rejeitado, abandonado, incapaz de ser amado); e *desvalor* (incapaz, incompetente, inadequado, fracassado, sem valor). (BECK, 1997)

Ao reestruturar as crenças, a TCC visa à funcionalidade e à flexibilização de tais cognições. Para isso, utiliza a formulação do caso ou conceituação cognitiva como forma de obter elementos que possam ajudar o terapeuta a entender como o paciente funciona e como utiliza os mecanismos cognitivos e comportamentais. A conceituação é apresentada em um diagrama que inclui os seguintes elementos: diagnóstico (eixo I = Transtornos psiquiátricos incluindo problemas de desenvolvimento e aprendizagem; eixo II = Transtornos de personalidade), dados relevantes da história de vida, crenças nucleares, crenças intermediárias ou estratégias compensatórias e regras, eventos desencadeadores, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos. A conceituação é construída e reformulada durante todo o tratamento, com a confirmação ou não das hipóteses levantadas ao longo do processo e compartilhada sempre com o paciente. (BECK, 1997)

Na TCC, o empirismo colaborativo é uma característica essencial, observando-se o trabalho conjunto entre paciente e terapeuta. É nessa aliança ou relação que o processo e as mudanças acontecem, estimulados pelo automonitoramento e pela autoeficácia do tratamento. Outro elemento essencial da TCC é a descoberta guiada que, através do questionamento socrático, ajuda de imediato o paciente a entender seu transtorno ou problema e a pensar nas possíveis soluções e estratégias de enfrentamento para lidar com ele. (GREENBERGER; PADESKY, 1999; KNAPP, 2004)

O trabalho de reestruturação cognitiva busca identificar e modificar o PA – que, muitas vezes, se apresenta distorcido ou equivocado – e, conseqüentemente, promover a mudança das emoções negativas e dos comportamentos ou ações inadequadas. As distorções cognitivas ou

os equívocos lógicos – assim são denominados os pensamentos automáticos disfuncionais – podem ocorrer em todas as pessoas, em algum momento ou situação. Entretanto, é a frequência e a intensidade com que eles acontecem que provocam sofrimento psíquico ou contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia. (GREENBERGER; PADESKY, 1999)

Judith Beck, em 1995, organizou uma lista de distorções cognitivas, especificando 14 tipos, suas definições e alguns exemplos, apresentados no quadro abaixo:

**Figura 1** – Lista das Distorções Cognitivas de Beck

DISTORÇÕES COGNITIVAS	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
1. Leitura mental	Acredito que posso dizer o que as outras pessoas estão pensando ou o que elas sabem o que estou pensando.	“Ele acha que sou boba.”
2. Previsão do futuro ou catastrofização	Posso prever o futuro, que as coisas vão piorar ou que há perigo à frente; assim, passo para toda sorte de conclusões precipitadas.	“Vou ser reprovado no vestibular.”
3. Pensamento do tipo “e se...”	Fico imaginando “e se...” isto ou aquilo acontecer, e raramente fico satisfeito com as respostas.	“Sim, mas... e se eu ficar ansioso?”
4. Desqualificação dos aspectos positivos	Minhas realizações não contam ou contam pouco.	“A irmã da anfitriã da festa não gostou de mim.”
5. Filtro negativo ou abstração seletiva	Foco minha atenção quase exclusivamente nos detalhes negativos e raramente noto o todo da situação.	“A prova foi fácil, por isso consegui tirar 10.”
6. Supergeneralização	Noto um padrão global de aspectos negativos com base em um único acontecimento.	“Isto sempre acontece comigo. Falho em tudo que tenho que fazer.”
7. Rotulação	Dou atributos negativos a mim e a outras pessoas.	“Sou um fracassado.”
8. Pensamento do tipo deveria	Interpreto os acontecimentos em termos de como as coisas deveriam ser e do que eu deveria fazer ao invés de como as coisas são e do que posso fazer agora ou no futuro.	“Eu deveria fazer tudo bem.”
9. Personalização	Interpreto comentários, questões e comportamentos de outras pessoas como críticas sobre o meu valor, mesmo quando não tenho certeza de ser o caso.	“Ela disse que estava cansada, mas o que realmente queria dizer foi que não queria ficar comigo.”
10. Pensamento dicotômico	Vejo os acontecimentos e as pessoas em termos de pensamentos do tipo “tudo ou nada”, “preto ou branco”, “oito ou oitenta”.	“Se eu não for aceita por todos, isso significa que sou um fracasso.”
11. Comparações pouco razoáveis	Interpreto os acontecimentos utilizando padrões pouco realistas, focando minha atenção naqueles que se saem melhor do que eu e, então, me julgo inferior nessas comparações.	“Ela conseguiu mais sucesso do que eu.”
12. Tendência à lamentação	Foco minha atenção na ideia do que poderia ter feito melhor no passado e não no que posso fazer melhor	“Eu não deveria ter dito aquilo.”

	agora.	
13. Atribuição de culpa	Foco minha atenção nas outras pessoas como fontes dos meus sentimentos negativos e recuso-me a assumir a responsabilidade da minha própria mudança.	“Ela é culpada pelo que estou sentindo agora”
14. Raciocínio emocional	Permito que meus sentimentos determinem a minha interpretação dos fatos.	“Tenho um bom emprego e parece que meus colegas me apreciam, mas eu me sinto incompetente”.

Fonte: Beck, 1995.

Para identificar tais pensamentos distorcidos, alguns instrumentos foram construídos, voltados, de um modo geral, para pessoas sem diagnóstico de transtorno mental. Em 1981, Lefebvre elabora o *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ), composto por 24 questões organizadas com respostas dentro de uma escala de 0 a 5, para identificar quatro erros cognitivos: catastrofização, generalização, personalização e abstração seletiva. (CARVALHO, 2014; LEFEBVRE, 1981)

Mckenna, em 1987, elabora um instrumento complementar ao CEQ, com a ideia de que os pensamentos positivos também podem ser indicativos de distorções cognitivas. O *Negative and Positive Cognitive Errors Questionnaire* (NPCEQ) é composto por 32 questões que envolvem tanto pensamentos positivos como negativos, dentro de uma escala com respostas de 0 a 5 na ordem crescente da intensidade de quanto o paciente acredita no tipo de equívoco lógico apresentado. As distorções utilizadas por Mckenna são: a catastrofização, a generalização, a abstração e a personalização. (CARVALHO, 2014; MCKENNA, 1987)

Em 2011, Covin e colaboradores elaboram a *Cognitive Distortion Scale* (CDS), na qual, dentro de uma escala de 1 a 7, o paciente irá identificar a frequência em que a distorção apresentada acontece na sua semana. O questionário trabalha com 10 distorções cognitivas: leitura mental, catastrofização, tudo ou nada, raciocínio emocional, filtro mental, generalização, personalização, e se, minimização do positivo e rotulação. (CARVALHO, 2014; COVIN et al., 2011)

Em resumo, as distorções cognitivas são percepções ou pensamentos equivocados que, ao ocorrerem com frequência e intensidade alta, gerados por crenças nucleares disfuncionais, provocam dificuldades emocionais, agravam os transtornos mentais e comprometem a qualidade de vida. (BECK, 1997; GABBARD; BECK; HOLMES, 2007)

## 2.2. TERAPIA COGNITIVA COM ADOLESCENTES

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e vida adulta, muitas vezes denominada fase rebelde ou de crise. Apesar de não existir idade de início estabelecida, trata-se de um fenômeno universal, no qual prevalecem características do ambiente sociocultural e aspectos psicológicos envolvidos na busca de uma identidade pessoal. (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011)

O fenômeno da adolescência, dentro desse complexo psicossocial, é sustentado por uma base biológica em que se podem observar: perda do corpo infantil, transformações e redefinição da imagem corporal; busca da autonomia, com a ruptura do vínculo de dependência dos pais; perda da condição infantil, com o estabelecimento de crenças e o próprio código de ética; identificação com grupos específicos; e inclinações pessoais e reconhecimento da sexualidade. (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011)

A TCC, para adolescentes, segue o mesmo princípio e os pressupostos básicos do tratamento para adultos, ou seja, investigação e conceituação na busca da tríade cognitiva e de crenças que sustentam pensamentos automáticos, emoções e comportamentos. Na maioria das vezes, os livros da TCC voltada para adolescentes são oferecidos juntamente com as estratégias de intervenções na infância, em que os instrumentos e testes utilizados na avaliação psicológica são idênticos ou iguais para as duas fases. (FRIEDBERG, 2011)

No entanto, durante o processo terapêutico, é necessário levar em consideração as variáveis sociocognitivas, como linguagem, capacidade de tomada de decisões, capacidade de raciocínio e habilidades de regulação verbal, pois se observa que, quando a criança ou o adolescente são exigidos nos trabalhos terapêuticos que excedem sua capacidade sociocognitiva, eles tendem a não acompanhar o processo, evitando ou não realizando as tarefas propostas. (FRIEDBERG, 2004; HART; MORGAN, 1993; KIMBALL, 1993, RONEN, 1998)

Portanto, é importante que mais estudos sejam realizados com o intuito de separar, de forma mais nítida, essas duas fases da infância e da adolescência, sendo que a fase mais específica de transição para a idade adulta ainda é mais carente em termos de materiais e de livros voltados para suas especificidades.

Os instrumentos de avaliação quase sempre são autorrelato objetivo e listagens. Eles ajudam na investigação de frequência, intensidade e duração de sintomas, e são complementados pela entrevista ou relato verbal e impressões clínicas do terapeuta. (FRIEDBERG, 2011)

Exemplo de alguns instrumentos que são mais utilizados na infância e adolescência para verificar e investigar a ansiedade, a depressão e as distorções cognitivas: O CDI – Inventário de Depressão para Crianças (KOVACS, 1992); o BDI-II – Inventário de Depressão de Beck-II (BECK, 1997); a SCAS – Escala Spence de Ansiedade Infantil (SPENCE, 1997); a MASC – Escala de Ansiedade Multidimensional para Crianças (MACH, 1997); o SCARED-R – *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised* (MESSER et al., 1994); a CBCL – *Checklist* do Comportamento da Criança (ACHENBACH, 1991); o BAI – Inventário de Ansiedade de Beck (BECK, 1997), entre outros. Como questionário de identificação de pensamentos distorcidos, cita-se o CNCEQ – *Children Negative Cognitive Error Questionnaire* (LEITENBERG; YOST; CARROLL-WILSON, 1986), que pode ser utilizado com adolescentes, mas que ainda não se tem registro de validação no Brasil. Percebe-se a necessidade de validação e normatização de mais instrumentos tanto de investigação diagnóstica, como para diagnóstico, que possam ser utilizados nessa faixa etária. (ACHENBACH, 1991; BECK, 1997; FRIEDBERG, 2011; KOVACS, 1992; LEITENBERG; YOST; CARROLL-WILSON, 1989; MARCH, 1997; MESSER et al., 1994)

O CNCEQ (Children Negative Cognitive Error Questionnaire), questionário desenvolvido por Leitenberg, Leonard e Carroll-Wilson em 1989 e revisado por Messer em 1994, é utilizado com crianças dos 9 anos aos 18 anos e tem como objetivo avaliar quatro distorções cognitivas (catastrofização, supergeneralização, personalização e abstração seletiva), indicadas na teoria cognitiva de Aaron Beck (1996). Composto por 24 itens sobre situações que abordam um contexto ligado a crianças ou adolescentes, que foram elaborados para a avaliação a partir de uma escala Likert de 5 pontos de 1. (LEITENBERG; YOST; CARROLL-WILSON, 1986; MESSER et al., 1994)

O Inventário de Depressão para Crianças (CDI) foi elaborado por Kovács em 1983, tendo sido utilizado para as crianças a partir dos sete anos até os 15 anos, na sua primeira versão. Nas versões subsequentes, passou a ser utilizado com adolescentes até os 17 anos. Esse instrumento traz o autorrelato da criança e dos pais em relação aos sintomas depressivos, podendo as respostas ser utilizadas no acompanhamento do processo terapêutico. As observações e pontuações dos escores são feitas a partir da identificação de humor negativo, dificuldades interpessoais, autoestima negativa, desamparo e anedonia. (FRIEDBERG, 2004; KOVACS, 1992)

O *Screen for Child Anxiety Emotional Disorders – Revised* (SCARED- R) é um questionário multidimensional que foi desenvolvido originalmente em 1997 por Birmaher e colaboradores para avaliar perturbações emocionais relacionadas à ansiedade da criança, observadas nos últimos três meses, levando-se em consideração as subdivisões dos Transtornos de Ansiedade do DSM-IV, em que quatro das subescalas se dividem em: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, ansiedade de separação e uma quinta subescala de fobias referentes à escola. Algumas versões da SCARED foram desenvolvidas e adaptadas, mas as que têm 38 e 41 itens são as mais utilizadas tanto na clínica como para pesquisa. A pontuação é estabelecida a partir de uma escala Likert de 3 pontos (0 = Nunca ou quase nunca, 1 = Às vezes, 2 = Frequentemente), sendo que a pontuação total do instrumento pode variar entre 0 e 76. Escores a partir de 25 pontos ou mais são indicativos de algum transtorno de ansiedade estabelecido diante dos pontos de corte indicados na escala. (BIRMAHER et al., 1996; FRIEDBERG, 2004)

As escalas, os inventários ou os questionários são importantes em qualquer processo terapêutico, mas, com crianças e adolescentes, acabam sendo essenciais, pois ajudam na monitoração e no acompanhamento dos sintomas pelos pais e profissionais (psicólogos, psiquiatras infantis, pediatras, neurologistas, etc.) envolvidos no tratamento e, a depender do aumento ou remissão dos sintomas, decisões em relação ao processo e a como elaborar as melhores estratégias para esses pacientes são primordiais, uma vez que, frequentemente, as crianças e os adolescentes não se engajam com facilidade no tratamento (FRIEDBERG, 2011).



### 2.3 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) foi criada e desenvolvida em 2007 pelo Professor Irismar Reis de Oliveira, na Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Brasil (DE OLIVEIRA et al., 2015). Toma como base a TCC convencional, na qual uma das premissas é a ideia que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, com a qual pode interpretar os eventos de forma distorcida. A primeira técnica da TCP, chamada de Processo I, foi criada com o objetivo de modificar as crenças nucleares disfuncionais a partir da simulação de processos jurídicos utilizados como metáforas. Ao identificar a possível crença, ela é julgada no tribunal simulado, onde se encontram todos os elementos de um processo jurídico criminal (advogados de acusação e de defesa, testemunhas e jurados). Na terapia, o paciente passa por todos esses papéis e etapas, com o objetivo de flexibilizar sua crença nuclear negativa, tornando-a mais adaptativa e funcional (DE OLIVEIRA, 2014).

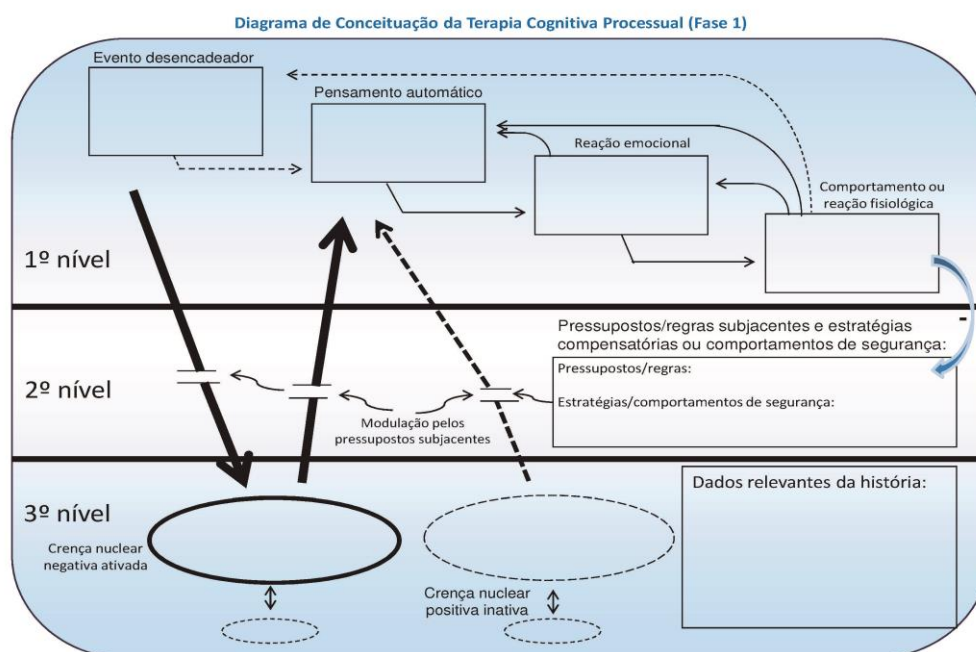
O Processo I surgiu do desejo de complementação de formas de atuação terapêutica do autor e também pelo *feedback* de pacientes em relação à dificuldade na resolução das tarefas propostas pelo Registro de Pensamento Baseado na Reversão de Sentenças (RPBRs), que tinha como objetivo reestruturar as crenças nucleares disfuncionais. (CARVALHO, 2014; DE OLIVEIRA, 2014a)

A técnica Processo I foi inspirada no livro O Processo, de Franz Kafka, em 1925, que conta a história de um personagem que foi detido e executado sem jamais conhecer os motivos e acusações que pesavam sobre ele. A TCP teve igualmente, em parte, inspiração em outro texto do mesmo autor, Carta ao Pai (KAFKA, 1966). De Oliveira (2016), portanto, chegou à conclusão de que Kafka teria tido a intenção explícita de trazer a autoacusações como um princípio universal. O indivíduo, portanto, de forma automática e sem percepção consciente, elabora tais autoacusações. Assim, partir dessa ideia, a TCP construiu técnicas para identificar essas possíveis autoacusações, equivalentes às crenças nucleares, dando ao paciente a capacidade de desenvolver sua própria defesa. (DE OLIVEIRA, 2016)

Como já foi mencionado, o Processo I foi a primeira técnica da abordagem TCP, justificando o nome “Processual”. A ideia era tornar a TCC mais sistematizada e de fácil entendimento pelo paciente, durante todo o seu processo terapêutico, utilizando com mais força ainda a interação entre paciente e terapeuta e possibilitando maior sintonia durante o tratamento. Assim, o Diagrama de Conceituação Cognitiva (DCC) da TCP (Figura 2) segue a ideia dos três níveis de processamento de informações do modelo cognitivo e adiciona três fases, tornando a TCP uma abordagem em três níveis e três fases (DE OLIVEIRA, 2016).

Os pensamentos automáticos (PA) fazem parte do primeiro nível, o mais explícito ou consciente do DCC; já os pressupostos subjacentes (PS), representados pelas crenças intermediárias ou condicionais, estão no segundo nível, e as crenças nucleares (CN), também chamadas de esquemas, fazem parte do nível mais implícito ou não consciente, o terceiro nível no DCC, que tem como característica mostrar as influências recíprocas exercidas por seus componentes, facilitando, assim, a compreensão do modelo cognitivo pelo paciente e tornando a conceituação um trabalho cooperativo, no qual um mapa vai sendo construído para acompanhar todo o processo terapêutico, deixando as escolhas de estratégias no tratamento mais claras (DE OLIVEIRA, 2016).

**Figura 2** – Diagrama de Conceituação da TCP



Fonte: De Oliveira, 2016.

O DCC (Figura 2) educa o paciente e deixa-o ciente de como os três níveis cognitivos se comunicam e podem reforçar comportamentos e perpetuar um ciclo disfuncional. A TCP estabelece, para cada nível cognitivo, técnicas específicas que vão progressivamente sendo empregadas ao longo do tratamento, passando das especificidades do primeiro nível ao terceiro e atendendo, respectivamente, às mudanças em cada nível. Para os PA disfuncionais, são usadas técnicas como o Registro de Pensamentos Intrapessoal (RP-Intra/ ANEXO 1) e o Registro de Pensamentos Interpessoal (RP-Inter/ ANEXO 2). Para PS ou crenças

condicionais, são utilizadas técnicas como o *Role play* Consensual – RPC, ANEXO 3. Finalmente, para as CN, são utilizadas as técnicas Processo I e Processo II (ANEXO 4), esperando-se que o trabalho de reestruturação nesse nível configure um resultado mais duradouro do processo terapêutico. (CARVALHO, 2014; DE OLIVEIRA, 2014b)

Dentre os instrumentos desenvolvidos pela TCP, encontra-se o CD-Quest, que tem como objetivo identificar os equívocos cognitivos, no intuito de auxiliar o paciente na tarefa rotineira de perceber suas distorções cognitivas, relacionando-as às emoções e aos comportamentos. Ele também oferece ao terapeuta uma medida quantitativa para o acompanhamento clínico. (CARVALHO, 2014; DE OLIVEIRA, 2016)

Atualmente, a TCP abarca um conjunto de técnicas baseadas em diversas abordagens e está em constante crescimento, pois novos trabalhos estão em andamento na tentativa de evidenciar sua eficácia no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Em especial, até o momento, desenvolvem-se as primeiras bases para o tratamento da TCP para adolescentes. Inicialmente, essa linha de abordagem foi construída como trabalho socioemocional, envolvendo as escolas para, a partir dessa experiência nesse ambiente, com objetivo de trabalhar formas de prevenção, o Treinamento Cognitivo Processual teve como estabelecer as técnicas e instrumentos a serem adaptados para melhor servir a essa faixa etária em geral.

## 2.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)

A saúde mental está diretamente ligada a percepções e ideias flexíveis, com uma lógica de pensamentos mais próximos da realidade da situação vivida, sem equívocos ou distorções intensas e frequentes que possam, desse modo, contribuir com emoções e comportamentos mais adaptativos e funcionais, gerando melhor qualidade de vida para o indivíduo. (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013)

Desenvolvido por De Oliveira (2011), o Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest) tem como principal característica ser um instrumento que auxilia durante todo o processo terapêutico, podendo ser aplicado no início da sessão – com o objetivo de acompanhar e monitorar semanalmente frequência e a intensidade de forma quantitativa – para identificar os tipos de distorções ou equívocos de pensamentos (DE OLIVEIRA, 2016).

O CD-Quest é composto por 15 itens que avaliam a frequência (F) semanal das distorções e a intensidade (I) do crédito dado pelo indivíduo a elas. Ao fim, são observados três resultados: total (F+I); F; e I. Cada questão corresponde a uma distorção cognitiva, com sua definição e possíveis exemplos. O sujeito é orientado a informar a frequência daquele tipo de distorção (F) na semana e quanto acreditou nela (I). Cada item oferece escores que variam de 0 a 5, totalizando valores que variam de 0 a 75. (CARVALHO, 2014; DE OLIVEIRA, 2014)

Segundo Oliveira (2014), as 15 distorções cognitivas que compõem o CD-Quest são: 1. Pensamento dicotômico; 2. Previsão do futuro ou catastrofização; 3. Desqualificação dos aspectos positivos; 4. Raciocínio emocional; 5. Rotulação; 6. Ampliação ou Minimização; 7. Abstração seletiva; 8. Leitura mental; 9. Supergeneralização; 10. Personalização; 11. Afirmções do tipo “deveria” – “devia” – “devo”; 12. Conclusões precipitadas; 13. E se....? ; 14. Culpar; e 15. Comparações injustas. Encontra-se, no questionário, a explicação de cada distorção cognitiva, e são fornecidos exemplos possíveis de cada item apresentado, como mostra a Figura 3, que representa um recorte do CD-Quest (ANEXO 5).

O CD-Quest é um questionário desenvolvido e adaptado com adequação semântica e conceitual e revisto por alguns membros da Academy of Cognitive Therapy (ACT), tendo sido logo em seguida validado, evidenciando sua consistência interna, confiabilidade e reprodutibilidade em estudo de análise psicométrica realizado por Carvalho em 2014.

**Figura 3** – Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

**Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest**  
 Irismar Reis de Oliveira

Nome: ..... Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivas que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 4 ou 5.

**DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:**

1. **Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "uma coisa ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.  
 EXEMPLOS: "Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta"  
 Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

2. **Previsão do futuro (também denominada catastrofização):** Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.  
 EXEMPLOS: "Vou fracassar e isso será insuportável." "Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame."  
 Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

Fonte: De Oliveira, 2014.

## 2.5 PSICOMETRIA

A psicometria tem como base conhecimentos da estatística e surgiu da necessidade de comunicação dos profissionais da psicologia com outras áreas, de modo que os fenômenos não diretamente observados possam ser avaliados, analisados e quantificados, para que a medida psicológica seja conhecida. Atualmente, é um método usado na validação dos instrumentos e testes psicológicos e facilita sua aplicabilidade e interação com diversas áreas de pesquisa. (DAMÁSIO, 2012; HUTZ, 2015)

Os instrumentos utilizados nas avaliações psicológicas auxiliam o profissional no processo de identificação da necessidade de intervenção, no tratamento individual ou na aplicação em programas de intervenções. Portanto, na construção e adaptação de um instrumento, é importante levar em consideração a necessidade desse instrumento, suas vantagens e limitações. Devem ser consideradas, igualmente, as questões relativas às peculiaridades da população estudada, a linguagem, a faixa etária e o nível cultural, assim como a complexidade de todo o processo de revisão da literatura, a elaboração de itens, a avaliação do instrumento pelos juízes, entre outras. (HUTZ, 2015; NUNES, 2009)

Na construção e adaptação de instrumentos e testes, alguns tipos de abordagem são utilizados, com o objetivo de verificar a validade assim como a fidedignidade ou confiabilidade. São eles: conteúdo, critério e construto. (MARKUS; BORSBOOM 2013)

A validade de conteúdo informa o quanto o teste pode evidenciar uma amostra representativa do universo de itens do construto apresentado no instrumento (HUTZ, 2015).

A validade de critério elege um teste que seja o padrão ouro e serve como critério na avaliação do instrumento investigado, relacionando-se os escores obtidos nos dois testes (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014; HUTZ, 2015) A validade de critério pode ser classificada como preditiva, em que os escores dos testes e as medidas de critério são verificados em momento diferente, e a validade concorrente, em que as duas medidas são obtidas quase de forma simultânea. (GORENSTEIN et al., 2016; HUTZ, 2015; NUNES, 2009)

A validade de construto identifica se as hipóteses apresentadas em relação ao construto são reais e condizem com o contexto. Duas técnicas mais frequentes de validação podem ser utilizadas: a análise fatorial e a análise da consistência interna. A análise fatorial permite identificar variáveis específicas e, quando esses fatores encontrados correspondem àqueles descritos pela teoria ou hipótese, pode-se afirmar que, nesse instrumento, existe validade de construto. A análise fatorial pode ser exploratória (AFE), com a extração dos fatores

abordados no instrumento avaliado, ou confirmatória (AFC), que ajuda a analisar o quanto os dados reais se ajustam ao modelo hipotético. (ANASTASI; URBINA, 2000; FREGNAMI, 2013; HUTZ, 2015)

A validade convergente e a divergente também contribuem com a validade de construto, por evidenciarem a relação ou não dos escores entre instrumentos semelhantes. (HUTZ, 2015) A análise da confiabilidade pode ser verificada a partir da fidedignidade ou consistência interna, em que a estabilidade dos escores é confirmada por aplicações alternativas do mesmo instrumento ou em formas equivalentes de outro teste. A fidedignidade, portanto, é uma propriedade psicométrica fundamental para a validade de um teste, pois, caso ele apresente uma baixa consistência interna, não representa, de forma real, o construto estudado. (ANASTASI; URBINA, 2000; HUTZ, 2015) O coeficiente alfa, ou alfa de Cronbach, é um dos procedimentos mais utilizados para avaliação da fidedignidade dos escores. Ao dividir o instrumento usando todas as possibilidades, chega-se ao coeficiente de correlação. Com a média deste, chega-se ao alfa de Cronbach, que varia entre 0 (ausência total de consistência interna) e 1 (presença total de consistência interna), encontrando-se os valores ideais entre 0,70 a 0,90. Quando o valor é muito elevado, isso pode ser indicativo de redundância dos itens. (CRONBACH, 1951)

Portanto, na construção e análise das propriedades psicométricas de uma escala ou de qualquer instrumento de avaliação psicológica, é imprescindível a avaliação dos itens desses instrumentos, para que se possam confirmar suas qualidades psicométricas, atestando que ele é confiável e fidedigno para ser utilizado tanto em pesquisas como na clínica em geral. (GORENSTEIN et al., 2016)

### **3. HIPÓTESE**

O CD-Quest, versão para adolescentes (CD-Quest-Teen), segue a mesma linha do instrumento original voltado para o público adulto e se espera que tenha consistência interna, com índices satisfatórios de confiabilidade e com a possibilidade da validação na faixa etária proposta.

### **4. JUSTIFICATIVA**

A construção e a validação de um instrumento que pudesse ser utilizado com adolescentes entre 11 anos e 17 anos, tanto na clínica como em pesquisas, e a necessidade de novas formas de acesso a essa população de faixa etária mais baixa constituíram as bases da principal motivação deste estudo. Ele visa a desenvolver um questionário de identificação de distorções ou equívocos lógicos, de importância na prática clínica e em pesquisas sustentadas pela abordagem da Teoria Cognitiva (TC) e da Terapia Cognitiva Processual (TCP). Essa escolha se justifica por se considerar, a partir dos estudos revisados do CD-Quest em sua versão para adultos, que os estudos com adolescentes ainda constituem uma área pouco explorada, quando comparada à de pesquisas com adultos.

Assim, este estudo busca suprir uma lacuna na área de elaboração de medidas para avaliação da saúde mental em adolescentes no Brasil, possibilitando a identificação e a quantificação da frequência e da intensidade com que as distorções cognitivas acontecem em indivíduos dessa faixa etária.



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GERAL**

Desenvolver, validar e padronizar o CD-Quest, versão para adolescentes, para o uso em população de faixa etária entre 11 e 17 anos no Brasil.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Formular e adaptar os itens do CD-Quest para a construção de um instrumento com linguagem apropriada para a faixa etária de 11 a 17 anos.
- b) Realizar a análise fatorial do CD-Quest, versão para adolescentes (CD-Quest-T).
- c) Verificar sua consistência interna.
- d) Buscar evidência de validade convergente por meio da comparação do CD-Quest-T com o CDI e a SCARED-R.

## 6. MÉTODOS E MATERIAIS

### 6.1 PARTICIPANTES

O estudo foi realizado com 299 estudantes de duas escolas públicas e uma de ensino privado na cidade de Salvador, sendo a amostra constituída por 277 alunos de escolas públicas e 22 alunos de uma escola privada. A amostra, na escola privada, foi pequena devido a questões burocráticas, como, por exemplo, dificuldade de comunicação, já que o estabelecimento precisa manter como sigilosas as informações referentes a números de celular ou telefone dos pais. O estudo só foi realizado com os estudantes que entregaram assinados os termos de assentimento e consentimento para participar da pesquisa. A idade variou entre 11 e 17 anos, sendo os estudantes, do sexo feminino e masculino, distribuídos nas séries escolares entre o 6º ano e 9º ano do Ensino Fundamental. A amostra foi escolhida por conveniência, a partir das séries ou anos cujas classes puderam ser liberadas pela disponibilidade de horário livre no mesmo turno da aula, o que foi informado pela coordenação da escola.

Na caracterização da amostra, verificou-se que sua composição total foi de 299 estudantes, sendo 277 (92,6%) estudantes de escola pública e 22 (7,3%) estudantes de escola privada. Em relação ao gênero, na escola pública, foram incluídas 144 (51,9%) meninas e incluídos 133 (48%) meninos. Na escola privada, predominou igualmente o gênero feminino, com 12 (54,5%) meninas e 10 (45,4%) meninos. Assim, a amostra total apresentou um total de 156 (52,1%) estudantes do gênero feminino e 143 (47,8%) estudantes do gênero masculino.

Participaram deste estudo alunos do 6º ao 9º anos, com idades entre 11 e 17 anos. A série que teve maior participação de alunos foi o 7º ano, com 108 alunos, seguido do 8º ano, com 79 alunos; a série com menos alunos da amostra foi o 9º ano, com 49 alunos (Tabela 1).

A idade com maior participação de adolescentes foi 13 anos, com 91 alunos; a idade de 17 anos contou com apenas 7 alunos (Tabela 2).

**Tabela 1** – Ano ou Série, do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, de uma amostra de 299 estudantes – 2015 e 2016

<b>ANO ou SÉRIE</b>	<b>ALUNOS (n=299)</b>
6º ano	63
7º ano	108
8º ano	79
9º ano	49

Fonte: Dados coletados pela autora

**Tabela 2** – Idades, entre 11 e 17 anos, em uma amostra de 299 estudantes – 2015 e 2016

<b>IDADE</b>	<b>ALUNOS (n=299)</b>
11 anos	18
12 anos	64
13 anos	91
14 anos	64
15 anos	36
16 anos	19
17 anos	7

Fonte: Dados coletados pela autora

## 6.2 INSTRUMENTOS DE COLETA

### CDI (Children's Depression Inventory)

O CDI é um Inventário de Depressão Infantil, que surgiu como adaptação do BDI (Inventário Depressão de Beck) e foi elaborado por Kovacs (1983), usado para a faixa etária de 7 a 15 anos. É um questionário de autoaplicação, que possui 27 itens na sua versão original. A que foi utilizada neste estudo, tem 20 itens, distribuídos em blocos com três frases afirmativas, com o objetivo de identificar a intensidade e a frequência com que cada situação acontece na vida da criança e do adolescente. Tais situações são observadas e avaliadas a partir dos blocos de itens trabalhados que refletem reações afetivas (por exemplo, humor deprimido, tristeza, etc.), aspectos cognitivos (por exemplo, avaliação negativa das

habilidades, culpa etc.), questões comportamentais (por exemplo, interação escolar, lazer, etc.) e os últimos dois itens que abrangem sintomas somáticos. (KOVACS, 1992)

No Brasil, o CDI foi adaptado, traduzido e normatizado por Gouveia *et al.* (1995), em uma amostra de 305 estudantes entre 8 e 15 anos, em escola pública e privada de João Pessoa (PB), com redução dos itens para 20, mas divididos na mesma estrutura do original, apresentando coeficiente de consistência interna de 0,81 e variância explicada em 13,5. No estudo da análise psicométrica desse questionário, o que obteve maior índice de consistência interna, com o valor do Alfa de Cronbach igual a 0,91 foi o realizado por Coutinho *et al.* (2008) em escola pública e privada de São Luís (MA), em uma amostra de 280 estudantes com idade entre 9 e 17 anos. (COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008; GOUVEIA *et al.*, 1995)

#### SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised)

O SCARED-R é um questionário desenvolvido por Birmaher (1997) de avaliação de perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade para crianças e adolescentes. A versão utilizada neste estudo tem 41 itens, cujo objetivo é a avaliação de diferentes dimensões da ansiedade na faixa etária entre 8 e 18 anos. A escala é dividida em 10 categorias que correspondem às subdivisões dos Transtornos de Ansiedade no DSM-IV. Em uma escala Likert de 3 pontos (0 = Nunca ou quase nunca, 1 = Às vezes, 2 = Frequentemente), indica as experiências de cada sintoma pela criança, observados nos últimos três meses.(BIRMAHER *et al.*, 1996; MURIS *et al.*, 2004; MURIS; STEERNEMAN, 2001)

No Brasil, foi adaptado e traduzido por Acosta *et al.* (2008), em estudo realizado na UFRGS em Porto Alegre, e a análise psicométrica por Isolan *et al.* (2011), em estudo com amostra de 2410 estudantes entre 9 e 18 anos, apresentando uma boa e adequada consistência interna com alfa de Cronbach de 0,90 para escala total, e a confiabilidade teste reteste do escore total foi de  $r=0,68$ ;  $ICC=0,81$ . (ACOSTA 2008; ISOLAN *et al.*, 2011)

#### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questões sociodemográficas foram elaboradas para obtenção de informações referentes a idade, série e gênero, com o objetivo de ajudar a identificar o perfil da amostra utilizada neste projeto de pesquisa.

## 7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Na construção do CD-Quest-Teen, questões sobre as distorções cognitivas foram enviadas por e-mails, escolhidos pelos responsáveis por este estudo, para terapeutas especialistas do Brasil e do mundo membros da *Academy of Cognitive Therapy* ([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)), através do site de coleta para pesquisa *Survey Monkey* ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)), que é uma companhia que oferece serviço de pesquisas *online* e foi desenvolvido por Ryan Finley em 1999.

Os terapeutas especialistas escolheram, na lista de 15 distorções do CD-Quest, versão para adultos, as 5 mais comuns entre os adolescentes atendidos por eles, sugerindo possíveis exemplos de distorções cognitivas trabalhadas no processo terapêutico desses pacientes. A partir das respostas desses terapeutas, foram escolhidas as 8 distorções cognitivas mais cometidas por pré-adolescentes e adolescentes na faixa etária dos 11 aos 17 anos, com seus respectivos exemplos. A ideia seria reduzir os itens do instrumento, nessa versão, já que, no questionário adulto, nota-se uma possível repetição na definição das distorções, o que acaba por não ser algo objetivo e prático para identificação dessas distorções na faixa etária trabalhada.

Na fase da análise dos juízes, participaram 5 especialistas do Brasil, que avaliaram o questionário a partir das definições e itens especificados na folha dos juízes, em anexo. O esperado é um nível de concordância no conteúdo entre 70% e 100%. (PASQUALI, 1999)

A coleta de dados para a análise psicométrica do CD-Quest-T foi realizada em duas escolas públicas e uma escola privada da cidade de Salvador, com estudantes que cursavam entre o 6º ano e 9º anos.

Esses dados foram coletados em sala de aula após a devida aprovação do projeto de pesquisa e da autorização da direção da escola com a permissão dos professores para aplicação dos questionários. A coleta foi realizada num período compreendido entre julho de 2015 e julho de 2016, com duração aproximada de 50 minutos, dentro do turno escolar. As turmas e as séries (6º, 7º, 8º e 9º) de cada escola trabalhada foram escolhidas a partir das disponibilidades dos professores em ceder o dia da semana, um horário livre ou o tempo de aula, o que caracteriza assim uma amostra de conveniência.

As aplicações aconteceram após uma aula do treinamento em Terapia Cognitivo Processual (TCP) sobre as distorções cognitivas. Participaram dessa fase da pesquisa apenas os alunos que estavam presentes no dia da aula sobre as distorções cognitivas e no momento

da aplicação dos questionários. Informações e explicações sobre o instrumento foram feitas antes da coleta e, no momento do preenchimento do CD-Quest-T, os aplicadores, que geralmente eram três profissionais da área, ficaram à disposição dos alunos no caso de possíveis dúvidas ou perguntas feitas de forma individual.

Todos os pais e alunos, antes da participação no estudo, assinaram os termos de consentimento e assentimento livre e esclarecido. A coleta de dados é parte de um estudo maior, que compreende um trabalho de prevenção com o Treinamento da TCP nas escolas com um número mais amplo de estudantes. Esse trabalho consiste em 18 encontros e segue o manual preparado para essa faixa etária, envolvendo as fases da TCP utilizadas em grupo e trabalhadas em forma de treinamento e não de tratamento. As técnicas de investigação e análise dos fenômenos foram prioritariamente quantitativas e referentes à tese de doutorado de Ana Cristina Matos, sob a orientação do Professor Irismar Reis de Oliveira.

## **8. ANÁLISE DE DADOS**

O estudo da validação do CD-Quest-T foi realizado por meio de análise fatorial exploratória e de consistência interna, utilizando-se o Programa Estatístico com o *software* R.

## **9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

A construção e o desenvolvimento do CD-Quest-T, assim como a aplicação do CDI e do SCARED-R se desenvolveram juntamente com outros inventários do projeto mais amplo já citado, sendo a coleta de dados realizada no ambiente da sala de aula com o grupo de alunos de cada série nas escolas públicas e na escola privada. O contato inicial foi feito com o diretor de cada escola escolhida. Foi explicado para os estudantes o objetivo da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelos pais ou responsáveis foi entregue no momento da matrícula do aluno. O projeto foi submetido ao comitê de ética com CEP da Maternidade Climério de Oliveira, aprovado em 26 de Fevereiro de 2015, sob o número 966.202.

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa estão em conformidade com as orientações éticas previstas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

## 10. RESULTADOS

### 10.1 A CONSTRUÇÃO DO CD-QUEST-T E ANÁLISE DOS JUÍZES

A primeira etapa deste trabalho consistiu na construção do CD-Quest-Teen a partir dos resultados das questões enviadas para terapeutas cognitivos que, através das 15 distorções cognitivas presentes no CD-Quest versão adulta, indicaram as cinco que consideravam as mais comuns e frequentes entre os adolescentes. Das respostas recebidas, foram retiradas as 8 distorções cognitivas mais citadas pelos profissionais. Assim, nessa versão, houve redução dos itens do questionário, e adequação da linguagem – que se tornou mais simples – para a faixa etária, além de modificação dos exemplos para cada equívoco lógico. Essas são as características do novo instrumento, que é semelhante, em sua forma ou modelo, à versão para adultos, mas inclui o nome da distorção, as definições e os exemplos, para que se possam medir a frequência e a intensidade a partir do crédito atribuído a cada uma delas e o escore total. No quadro a seguir (Figura 4), apresenta-se a lista das distorções cognitivas que fazem parte do Questionário de Distorções Cognitivas, versão para adolescentes (CD-Quest-T, Anexo 6).

O CD-Quest-T teve como principal característica a redução dos itens, considerando-se 8 distorções cognitivas, na tentativa de deixar o questionário claro, objetivo, de fácil preenchimento, o mais autoexplicativo possível, de modo que o pré-adolescente e o adolescente pudessem se identificar ou se reconhecer nos exemplos citados, trabalhando no seu processo terapêutico de forma consciente e ajudando, também, na psicoeducação.

Na análise dos juízes, 1 era especialista em psicometria e 4 em terapia cognitivo-comportamental. Todos concordaram que cada item apresentado era representativo na dimensão considerada, sem proposta ou sugestão de alterações pertinentes com o objetivo esperado para o instrumento. A linguagem foi considerada adequada para a faixa etária proposta no estudo. Na avaliação e na análise descritiva do questionário, realizadas pelos juízes, foi considerado que o consenso entre eles seria representado para cada item por uma porcentagem acima de 75%. O CD-Quest-T, na disposição da construção e no conteúdo de seus itens, obteve concordância de 100% entre os juízes, não havendo necessidade de retirada de nenhum item ou modificação da estrutura original.

**Figura 4** – Quadro das distorções cognitivas do CD-Quest-T

DISTORÇÃO COGNITIVA	EXPLICAÇÃO	EXEMPLOS
1. Pensamento tudo ou nada	Vejo os acontecimentos e as pessoas como “tudo ou nada” ou “oito ou oitenta”. Não considero o que está no meio.	“Se não tiro 10, isso significa que fracasei na prova.”; “Ou consigo estudar todo o assunto, ou é melhor nem tentar.”; “Minha mãe não me deu o presente que eu queria. Ela não gosta de mim.”
2. Previsão do futuro	Adivinho o futuro, como se tivesse uma bola de cristal, geralmente prevendo o pior.	“Vou ficar nervoso e me dar mal na prova.”; “A diretora me chamou para ir à secretaria. Ela vai brigar comigo.”; “A festa vai ser muito ruim.”
3. Desqualificação do positivo	Desmereço ou diminuo o valor das coisas boas e positivas que acontecem comigo.	“Só tirei nota boa na prova porque estava fácil.”; “Minha mãe ficou contente porque eu a ajudei, mas isso não foi mais do que minha obrigação.”; “Passar de ano não foi grande coisa. Qualquer um consegue.”
4. Rotulação	Coloco um carimbo, um rótulo ou uma etiqueta, geralmente negativo, em mim ou nos outros.	“Maria é metida.”; “Paulo é antipático.”; “Sou burro.”; “Sou um fracasso.”
5. Leitura mental	Acredito que posso adivinhar o que as pessoas estão pensando ou que elas podem adivinhar meus pensamentos.	“Alice não me ligou porque não quer sair comigo.”; “Pela cara do professor, tirei nota baixa.” “Jane passou e nem me olhou. Deve estar zangada comigo.”
6. Generalização	Generalizo e exagero as coisas usando palavras como “sempre”, “nunca”, “tudo”, “nada”, “só”, etc.	“Ninguém gosta de mim.”; “Nada comigo dá certo.”; “Meus pais nunca me entendem.”
7. Conclusões Precipitadas	Tiro conclusões precipitadas e faço as coisas de forma apressada, sem observar melhor o que está se passando.	“Fui mal na primeira unidade. Não adianta continuar, vou abandonar o colégio.”; “Se não respondeu a minha mensagem é porque não se importa comigo.”; “Se olhou para minha namorada, é porque está paquerando ela.”
8. Culpar	Culpo as pessoas pelo que me acontece, não considerando minha responsabilidade no acontecimento.	“Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.”; “Tirei nota baixa por culpa da professora.”; “Cheguei atrasado porque minha mãe não me acordou.”



## 10.2. VALIDADE DE CONSTRUCTO – ANÁLISE FATORIAL (AF)

Na amostra estudada, foi utilizada, como medida da viabilidade da AF, com base nas correlações parciais entre as variáveis, o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Ele e o indicador do Overall MSA (*Measure of Sampling Adequacy*) podem ser aplicados de forma isolada, e o resultado informa se a AF pode ser explicada pelos outros itens. Por fim, utiliza-se o teste de esfericidade de Bartlett.

O indicador Overall MSA, representado pelo KMO, foi de 0,83, mostrando que é viável realizar a análise fatorial, pois os itens se correlacionam satisfatoriamente, a partir do esperado em uma correlação que varia entre 0 e 1. Observa-se também, na tabela abaixo, que o menor MSA é 0,80 (item 3), confirmando que a AF explica bem todas as variáveis. (GORENSTEIN, 2016).

O teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 27.113$ ;  $p < 0.001$ ) foi significativo, o que demonstra a normalidade dos dados apresentados e a adequada utilização da análise fatorial. (Tabela 3).

**Tabela 3** – Valores de MSA e KMO da análise fatorial utilizada para os itens do CD-Quest-T.

ITEM	MSA
1. Tudo ou nada	0,87
2. Previsão do futuro	0,86
3. Desqualificação do positivo	0,80
4. Rotulação	0,83
5. Leitura mental	0,82
6. Generalização	0,83
7. Conclusão precipitada	0,87
8. Culpar	0,82
<b>KMO</b>	0,83

Fonte: Dados coletados pela autora

Na validade de constructo, a partir da análise fatorial exploratória, verifica-se a unidimensionalidade dos fatores, com a indicação da presença de um único fator, com a variação dos itens mostrando carga fatorial no intervalo de 0,35 a 0,69. A comunalidade ( $h^2$ ) variou entre 0,12 a 0,48 e a correlação entre cada item e o total foi de 0,52 a 0,86 para todas as questões do CD-Quest-T, o que indica boas correlações (Tabela 4).

A proporção de variância foi de 0,31, o que significa que apenas um fator explica 31% da variância dos itens no modelo estudado.

**Tabela 4** – Análise fatorial para os itens individuais do CD-Quest-T em uma amostra de 299 estudantes do 6º ao 9º ano, na cidade de Salvador, Bahia, no ano de 2016.

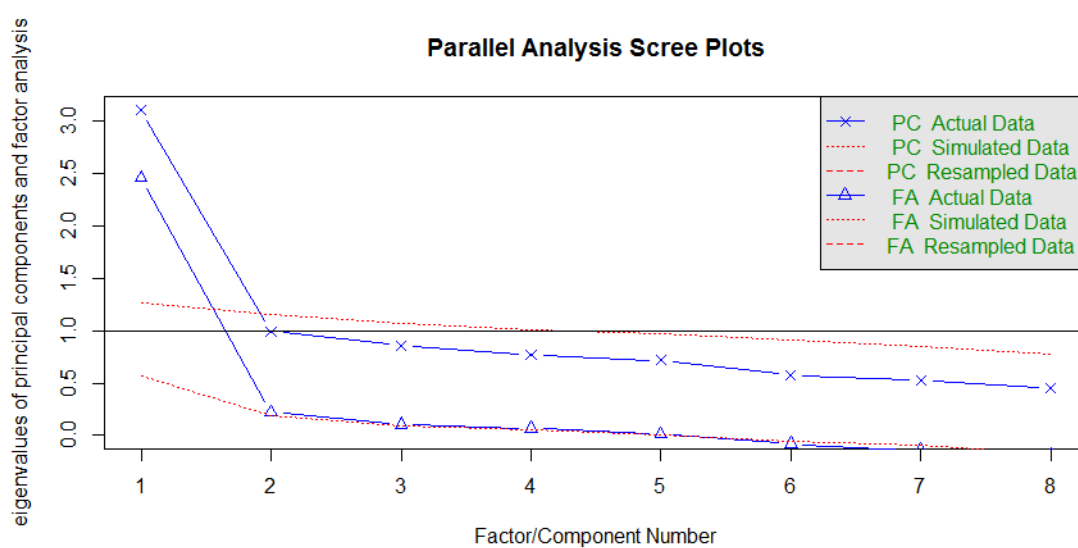
ITEM	Fator 1	h2*	Correlação item X resultado
1. Tudo ou nada	0,38	0,14	0,86
2. Previsão do futuro	0,53	0,28	0,72
3. Desqualificação do positivo	0,35	0,12	0,88
4. Rotulação	0,64	0,41	0,59
5. Leitura mental	0,69	0,48	0,52
6. Generalização	0,65	0,42	0,58
7. Conclusão precipitada	0,62	0,41	0,59
8. Culpar	0,47	0,22	0,78

Fonte: Dados coletados pela autora

\*h2 = comunalidade (variância comum)

A adequação da quantidade de fatores foi verificada através do gráfico Scree Plot, confirmando que um único fator é suficiente, ao apresentar a inclinação da curva próxima a 90 graus. A partir desse ponto de inflexão da curva, apenas um fator é observado (Figura 5).

**Figura 5** – Gráfico – Scree Plot – Retenção de Fatores do CD-Quest-T



Fonte: Dados coletados pela autora.

### 10.3. VALIDADE CONVERGENTE

A verificação da validade convergente foi confirmada pelo SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders- Revised) e pelo CDI (Children's Depression Inventory), que apresentaram correlação significativa, com uma magnitude média e pouco esperada em todos os níveis, tanto na escala total, como nas subescalas (Frequência e Intensidade), ao tomar como referência um  $r > 0,30$ .

Ao se considerar o escore total do CD-Quest-T para o SCARED-R, observou-se um  $r = 0,31$  e, para o CDI, um  $r = 0,30$ . Nas subescalas de frequência, a correlação com o SCARED-R foi  $r = 0,41$  e, para o CDI,  $r = 0,46$ . Para a subescala de intensidade, o SCARED-R teve  $r = 0,43$  e, para o CDI,  $r = 0,40$  (Tabela 5).

**Tabela 5** – Validade convergente: correlação entre CD-Quest-T, SCARED-R e CDI, apresentando o escore da escala total e das subescalas frequência e intensidade, em uma amostra de 299 estudantes, nos anos de 2015 e 2016.

CD-QUEST	SCARED-R	CDI
<b>Escala Total</b>	0,31	0,3
<b>Frequência</b>	0,41	0,46
<b>Intensidade</b>	0,43	0,4

Fonte: Dados coletados pela autora

### 10.4. FIDEDIGNIDADE, ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA

Na análise da consistência interna do CD-Quest-T, foi utilizado o alfa de Cronbach, que é considerado um das principais indicadores de confiabilidade de um teste (GORENSTEIN, 2016).

A medida do instrumento foi calculada de forma separada, para o total da escala e para as subescalas de frequência e intensidade. Em relação à consistência interna do questionário, foi obtido o coeficiente alfa de Cronbach global de 0,77 para a escala total, e de 0,75 e 0,73, respectivamente, para as escalas de frequência e intensidade, o que indica uma boa e adequada consistência interna em todos os níveis de medidas.

Nota-se que, na amostra de 299 estudantes, ao excluir-se um item, não houve variação do valor alfa de Cronbach total que pudesse criar problemas na confiabilidade dos itens propostos, o que demonstra, portanto, que todos os itens contribuíram para a construção de uma escala fidedigna, não havendo necessidade de remoção de nenhum item da nova escala (Tabela 6).

**Tabela 6** – Análise de itens do CD-Quest-T a partir de uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016

ITEM	Alfa de Cronbach total se um item for excluído
1. Tudo ou nada	0,76
2. Previsão do futuro	0,74
3.Desqualificação do positivo	0,77
4. Rotulação	0,73
5. Leitura mental	0,72
6. Generalização	0,73
7. Conclusão precipitada	0,73
8. Culpar	0,76

Fonte: Dados coletados pela autora

**Tabela 7** – Correlação entre os itens do CD-Quest em função da pontuação média, desvio-padrão e a frequência dos escores de 0 a 5 em uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016

ITEM	MÉDIA	DP	Correlação entre os itens do CD-Quest
1. Tudo ou nada	1,1	1,3	0,34
2. Previsão do futuro	1,8	1,4	0,48
3.Desqualificação do positivo	1,4	1,6	0,31
4. Rotulação	1,6	1,6	0,53
5.Leitura mental	2,0	1,6	0,59
6. Generalização	1,9	1,7	0,56
7.Conclusão precipitada	1,6	1,6	0,53
8. Culpar	1,2	1,6	0,41
Score total	12,6	12,4	-----

Fonte: Dados coletados pela autora

**Tabela 8** – Distribuição da frequência dos escores dos itens do CD-Quest em uma amostra de 299 estudantes entre os anos de 2015 e 2016.

ITEM	FREQUÊNCIA DOS ESCORES					
	0	1	2	3	4	5
<b>1. Tudo ou nada</b>	0,44	0,25	0,17	0,08	0,03	0,03
<b>2. Previsão do futuro</b>	0,20	0,29	0,24	0,15	0,04	0,08
<b>3. Desqualificação do positivo</b>	0,39	0,23	0,15	0,10	0,04	0,08
<b>4. Rotulação</b>	0,34	0,22	0,14	0,15	0,07	0,08
<b>5. Leitura mental</b>	0,20	0,26	0,18	0,17	0,08	0,11
<b>6. Generalização</b>	0,29	0,20	0,19	0,11	0,06	0,14
<b>7. Conclusão precipitada</b>	0,33	0,23	0,15	0,14	0,08	0,06
<b>8. Culpar</b>	0,48	0,23	0,09	0,08	0,04	0,07

**Fonte:** Dados coletados pela autora

## 11. DISCUSSÃO GERAL

O estudo buscou construir e realizar a análise das propriedades psicométricas do CD-Quest-T em uma amostra de 299 estudantes, com idade entre 11 e 17 anos, de escolas públicas e escola privada de Salvador. Na construção e adaptação do instrumento para a faixa etária proposta, não foi necessário alterar a estrutura original, mas modificar a linguagem utilizada e reduzir o número de itens com distorções cognitivas de 15 para 8 (pensamento tudo-ou-nada, previsão do futuro, desqualificação do positivo, rotulação, leitura mental, generalização, conclusões precipitadas e culpar), na tentativa de deixá-lo curto, sem repetições, para que eles pudessem identifica-las e diferenciá-las de forma mais clara. A escolha das distorções que iriam compor o questionário foi realizada com foco nas de ocorrência mais frequente nessa faixa etária, o que foi verificado pelos especialistas da área.

Assim, o CD-Quest-T é uma adaptação do CD-Quest adulto, ambos desenvolvidos por de Oliveira (2015), e pretendem identificar as distorções cognitivas, tanto em sua frequência quanto na intensidade em que acontecem durante a semana. O CD-Quest-T pode também ser um instrumento de psicoeducação e utilizado com o paciente nos momentos iniciais do tratamento. Na clínica com adolescentes, há poucos (ou quase não existem) instrumentos com essa característica ou finalidade.

Na revisão de estudos dos instrumentos construídos para identificar distorções ou equívocos lógicos em crianças e adolescentes, não foram encontrados questionários com as características do CD-Quest-T. O que mais se aproximou foi o CNCEQ (Children Negative Cognitive Error Questionnaire), questionário desenvolvido por Leitenberg, Leonard e Carroll-Wilson em 1989 e revisado por Messer em 1994, mas sem registros de validação em estudos no Brasil (LEITENBERG; YOST; CARROLL-WILSON, 1986; MESSER et al., 1994)

Alguns estudos de validação do CD-Quest adulto foram realizados em outros países. Nos EUA, Morisson et al. (2015) analisaram as propriedades psicométricas do CD-Quest aplicado a 906 estudantes de uma universidade pública, verificando-se excelentes índices na consistência interna, de acordo com o alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,88$ ). O estudo identificou um único fator e indicadores altos, evidenciando validade convergente e discriminativa e confirmando a confiabilidade e fidedignidade do instrumento nessa população.

Na Austrália, a validação do CD-Quest foi realizada por Sharelle e Kostoglou (2015), com uma amostra de 127 estudantes universitários. O resultado foi satisfatório, ao identificar a consistência interna pelo alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,80$ ), com boas correlações entre o CD-Quest e o ATQ (*Automatic Thoughts Questionnaire*), bem como com o DASS (*Depression*

*Anxiety Stress*), confirmando, portanto, a validade convergente e discriminante do questionário na população estudada.

Na Turquia, a validação do CD-Quest foi realizada por Batmaz (2015), tendo sido a primeira realizada em contexto clínico. O trabalho foi conduzido em duas cidades, totalizando uma amostra de 269 pacientes e produzindo excelentes resultados de consistência interna. O alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,93$ ) e as correlações significativas com as escalas escolhidas pelo autor, para o cálculo da validade convergente e divergente, confirmaram a confiabilidade do CD-Quest em pacientes clínicos.

No Brasil, a análise das propriedades psicométricas do CD-Quest adulto, realizada por Seixas em 2014, identifica excelentes indicadores em todas as fases de validação do instrumento. A análise fatorial identificou o modelo unidimensional, observando-se que a consistência interna total, mostrada pelo alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,85$ ), foi significativa, assim como as correlações da validade concorrente do CD-Quest com o BDI e BAI, que apresentaram fortes indicadores ( $r=0,65; 0,52$ ) e a alta confiabilidade do teste-reteste, o que confirma a validade e a fidedignidade desse instrumento.

O presente estudo, cujo objetivo é a construção e a análise das propriedades psicométricas para validação do CD-Quest adolescente, identificou índices importantes e diferenças nas diversas fases de aplicação da avaliação. Na fase dos juízes, cada item avaliado por eles foi levado em consideração quando todos concordavam, sem especificar problemas nos itens ou modificações substanciais que atrapalhassem o entendimento do instrumento. Ao fim dessa fase, conclui-se que não houve discordância nos itens apresentados para avaliação e construção do questionário adolescente. Na fase da análise psicométrica, a análise fatorial é viável a partir dos valores encontrados do KMO igual a 0,83, confirmando que os itens se correlacionam, e o gráfico *Scree Plot*, que identifica a necessidade de se trabalhar apenas com um único fator, reconhecendo-se o instrumento como modelo unidimensional. A consistência interna, calculada pelo alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,77$ ), foi satisfatória, mostrando boa correlação entre os seus diferentes itens. Nas correlações do CD-Quest com o SCARED e o CDI, o indicador total da escala foi o esperado dentro de uma avaliação moderada ( $r= 0,31; 0,3$ ), observando-se que não ocorreram itens com valores inferiores da carga fatorial, menores que 0,30, assim como não existiram cargas fatoriais similares em dois ou mais fatores de um mesmo item.

O estudo mostra a importância de se realizarem pesquisas com outras populações ou outros tipos de participantes e com uma amostra maior, variando também os locais da pesquisa, como, por exemplo, na clínica ou com a população em geral. Na análise

psicométrica dessa amostra, na etapa de fidedignidade e reprodutibilidade, a reaplicação realizada não pôde ser utilizada devido ao tempo decorrido entre a primeira e a segunda aplicação, que foi de três meses. Além disso, os estudantes passaram pela intervenção com o treinamento cognitivo processual. Nota-se, porém, a importância dessa etapa e a necessidade de se realizar o teste reteste em outras populações e estudos, sendo essa uma forma também de confirmar a reprodutibilidade do instrumento.

Ao considerar os estudos revisados do CD-Quest em sua versão para adultos, observa-se que pesquisas com adolescentes ainda são pouco realizadas, quando comparada às aquelas voltadas para adultos. Assim, o CD-Quest-T se torna um instrumento terapêutico importante e que poderá ser utilizado em pesquisas que agregarão novos conhecimentos na clínica para adolescentes.



## 12. CONCLUSÃO

Diante das hipóteses formuladas, pode-se concluir que, ao final da construção e avaliação da análise psicométrica do CD-Quest-T, que indicou alfa de Cronbach de 0,77, confirmou-se uma boa consistência interna, do mesmo modo como ocorreu na validação do CD-Quest adulto, realizada por Seixas (2014), que apresentou um adequado índice de consistência interna representada pelo alfa de Cronbach de 0,85. O segundo ponto observado foi que a análise fatorial tanto do CD-Quest adulto como da versão adolescente, desenvolvida neste estudo, confirmam que ambos os instrumentos consistem em um único fator.

As hipóteses desenvolvidas neste estudo confirmam que o CD-Quest versão para adolescentes, é um instrumento adequado no conteúdo e no constructo, validado com confiabilidade e fidedignidade, por apresentar boas qualidades psicométricas. Ele segue a mesma linha do instrumento original, porém com a adaptação necessária da linguagem e do conteúdo para a faixa etária proposta.

Verifica-se a necessidade de novos estudos com outras amostras, por exemplo, na clínica, que possam analisar a possibilidade de reprodutibilidade com o teste-reteste, para associar ainda mais a fidedignidade a esse instrumento.

O CD-Quest-T, portanto, é um questionário para adolescentes, desenvolvido para identificar as distorções ou equívocos lógicos, de importância na prática clínica e em pesquisas sustentadas pela abordagem da Teoria Cognitiva (TC) e da Terapia Cognitiva Processual (TCP). Assim, ele passa a ser um instrumento dos programas de treinamentos e da terapia com a TCP para adolescentes, buscando facilitar a psicoeducação do paciente nas sessões iniciais, e o acompanhamento em todo o processo terapêutico.

## REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. **Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile**. Burlington: University of Vermont, 1991.

ACOSTA, J. et al. Adaptação transcultural para o português da *screen for child anxiety related emotional disorders* (SCARED) para a avaliação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.**, Porto Alegre, v. 8, supl. 28, p. 304, 2008.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BANDURA, A. Vicarious processes: a case of no-trial learning. In: BERKOWITZ, L. (Ed.) **Advances in experimental social psychology**. New York: Academic Press, 1965. v. 2.

BAPTISTA NETO, F.; OSORIO, L. C. **Adolescentes: o desafio de entender e conviver**. Florianópolis: Editora Insular, 2011. 288 p.

BATMAZ, S.; KOCBIYIK, S.; YUNCU, O. A. Turkish version of the cognitive distortions questionnaire: psychometric properties. **Rev. Depress. Res. Treat.**, [S.l.], v. 2015, 8 p., 2015.

BECK, A. T. Thinking and depression II: theory and therapy. **Arch. gen. psychiatr.**, Belmont, v. 10, p. 561-571, 1964.

\_\_\_\_\_. et al. Comparison of beck depression inventories –IA and II in psychiatric outpatients. **J. pers. assess.**, New Jersey, v. 67, n. 3, p. 588-597, 1996.

BECK, J. S. **Cognitive therapy: basics and beyond**. New York: Guilford, 1995.

\_\_\_\_\_. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BIRMAHER, B. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, Part. 1. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.**, Baltimore, v. 35, n.11, 1427-1439, Nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012.

BURNS, D.D. **The feeling good handbook**. New York: Willian Morrow, 1989.

CARVALHO, C. M. S. de. **Análise psicométrica do questionário de distorções cognitivas (CD-Quest)**. 2014. 129 f. Tese (Doutorado) - Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. **Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

COUTINHO, M.; CAROLINO, Z.; MEDEIROS, E. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 291-300, 2008.

COVIN, R. et al. Measuring cognitive erros: initial development of the cognitive distortions scale (CDS). **Int. J. Cogn. Ther.**, New York, v. 4, n. 3, p. 297-322, 2011. DOI: 10.1521/ijct.2011.4.3.297.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, [S.l], v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

DAMÁSIO, B. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v.11, p. 213-228, 2012.

DE OLIVEIRA, I. R. Kafka's trial dilem- ma: proposal of a practical solution to Joseph K.' unknown accusation. **Med. hypotheses**, Edinburgh, v. 77, n. 1, p. 5-6, 2011.

DE OLIVEIRA, I. R. **Trial-Based cognitive therapy: a manual for clinicians**. New York: Ed. Routledge, 2014a.

DE OLIVEIRA, I. R. Trial-based cognitive therapy (TBCT): a new cognitive-behavior therapy approach. In: OLIVEIRA, I.; SCHWARTZ, T.; STAHL, T. **Integrating psychotherapy and psychopharmacology: a handbook for clinicians**. New York: Routledge, 2014b.

DE OLIVEIRA, I. R. Terapia cognitiva processual. In: MELO, W. et al. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

DE OLIVEIRA, I. R. et al. Evaluation of the psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (cd-quest) in a sample of undergraduate students. **Innov. clin. neurosci.**, Estados Unidos, v.12, n.7-8, p. 20-27, Jul./Aug. 2015.

DE OLIVEIRA, I. **Terapia cognitiva processual**: manual para clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DOBSON, K. S (Ed.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 2 ed. New York: Guilford, 2001.

FREEMAN, A. et al. **Clinical applications of cognitive therapy**. New York: Plenum, 1990.

FREGNAMI, C. M. S. **Propriedades psicométricas de dois instrumentos para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de colo do útero**. 2013. 164 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

FRIEDBERG, R. et al. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRIEDBERG, R. et al. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GABBARD, G. O.; BECK, J. S.; HOLMES, J. **Compêndio de psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. **A mente vencendo o humor**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GORENSTEIN, C. et al. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed: 2016.

GOUVEIA, V. V. et al. A. Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 7, p. 345-349, jul. 1995.

HART, K. J.; MORGAN, J. R. Cognitive Behavioral procedures with children: historical context and current status. 1993. In: FRIEDBERG, R. et al. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HUTZ, C. et al. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ISOLAN, L. et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. **J. anxiety disord.**, Elmsford, v. 25, n. 5, p. 741-748, 2011.

KIMBALL, W. et al. The role of developmental variables in cognitive-behavioral interventions with children. 1993. In: FRIEDBERG, R. et al. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 30, supl. 2, p. 55-64, 2008.

KOSTOGLU, S. L.; PIDGEON, A. M. The cognitive distortions questionnaire: psychometric validation for an Australian population. **Aust. J. Psychol.**, [S.l.], 2015.

KOVACS, M. **Children's depression inventory**. New York: Multi-Health Systems, 1992.

KAFKA, F. **Letter to his father**. New York: Schocken, 1966.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEFEBVRE, M. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 49, p. 517-525, 1981.

LEITENBERG, H.; YOST, L.W.; CARROLL-WILSON, M. Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v. 54, n.4, p. 528-536, 1986.

MARKUS, K. A.; BORSBOOM, D. **Frontiers of test validity theory: Measurement, causation, and meaning**. New York: Routledge, 2013. (Multivariate Applications Series).

MARCH, J. S. **Multidimensional anxiety scale for children: technical manual**. New York: Multi- Health Systems, 1997. 62 p.

MCKENNA, J. Self-enhancing and self-deprecatory cognitive errors in relation to self-reported esteem and depression. Un published doctoral dissertation, University of Vermont. 1987. In: HENRIQUES, G.; LEITENBERG, H. An experimental analysis of the role of cognitive errors in the development of depressed mood following negative social feedback. **Cognit. ther. res.**, New York, v. 26, n. 2, p. 245-260, 2002.

MESSER, S. C. et al. Cognitive distortions and adolescent affective disorder: validity of the CNCEQ in an inpatient sample: children's cognitive error questionnaire. **Behav. modif.**, Durham, v. 18, n. 3, p. 339-351, 1994.

MORRISON, A. S. et al. The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): psychometric properties and exploratory factor analysis. **Int. J. Cogn. Ther.**, New York, v. 8, n. 4, p. 287-305, 2015.

MURIS, P. et al. Questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. **J. child psychol. psy.**, United Kingdom, v. 45, n. 4, p. 813-820, 2004.

MURIS, P. E.; STEERNEMAN, P. The Revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): first evidence for its reliability and validity in a clinical sample. **Br. j. clin. psychol.**, Letchworth Herts, v. 40, p. 35-44, 2001.

NUNES, C. H. S. S et al. **Bateria fatorial de personalidade (BFP: Manual técnico)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

OLIVEIRA, M. P. M. T. de. **Validação da escala South Oaks Gambling Screen (SOGS) em população brasileira**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: Lab PAM/IBAP, 1999.

REYNOLDS, C. R. et al. Revised children's manifest anxiety scale. Los Angeles: estwrn psychological services, 1985. In: FRIEDBERG, R. et al. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RONEN, T. Linking developmental and emotional elements into child and family cognitive-behavioral therapy. 1998. In: FRIEDBERG, R. et al. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SCHNIERING, C. A.; LYNEHAM, H. J. The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: psychometric properties and clinical utility. **Behav. res. ther.**, Oxford, v. 45, p. 193-194, 2007.

SCHNIERING, C.A.; RAPEE, R.M. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. **Behav. res. ther.**, Oxford, v. 40, n. 9, p.1091-1099, 2002.

SPENCE, S. H. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. **J. abnorm psychol.**, Washington, v. 106, n. 2, p. 280-297, 1997.

SURVEYMONKEY. 1999. Disponível em: <[www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)>. Acesso em: 2 maio 2016.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico no caderno do aluno.

### Treinamento Cognitivo Processual na Escola

#### Caderno do Aluno

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero(a) que puder. Ninguém poderá ver suas respostas. Ao final, coloque suas respostas dentro do envelope. Só nós, os pesquisadores, teremos acesso a estas informações que serão guardadas confidencialmente e em segurança em nosso centro de pesquisas na universidade.

Não tenha pressa. Se tiver alguma dúvida ou não entender alguma palavra, um de nós terá muito prazer em ajudá-lo. Não tenha receio.

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) Feminino; ( ) Masculino .

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Série que estuda: \_\_\_\_\_ Período: ( ) Manhã; ( ) Tarde.

Qual é sua cor ou raça?

1-( ) negra; 2-( ) branca; 3-( ) amarela; 4-( ) parda; 5-( ) indígena.

Com quem você mora? Por favor, marque o item que mostra com quem você mora a maior parte do tempo.

1-( ) Minha mãe e meu pai;

2-( ) Minha mãe e seu novo companheiro ou marido;

3-( ) Meu pai e sua nova companheira ou esposa;

4-( ) Minha mãe;

5-( ) Parentes ou amigos;

6-( ) Outro, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Quantos irmãos e irmãs você tem?

Tenho \_\_\_\_\_ irmãos;

Tenho \_\_\_\_\_ irmãs.

Seus pais possuem carro(s)?

0- ( ) Não 1-( ) Sim, um; 2-( ) Sim, dois ou mais.

Quantos computadores sua família possui?

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Registro de Pensamentos Intrapessoal - RP-Intra

**Registro de Pensamentos Intrapessoal (RPIntra)**

**Situação**

1a. Que está acontecendo?

**Pensamento automático (PA)**

2a. Que acaba de passar por minha cabeça?

2b. Acredito nisto (%):

**Emoção**

3a. Que emoção sinto?

3b. Intensidade da emoção (%):

5. Vantagens de agir de acordo com o PA: \_\_\_\_\_

6. Desvantagens de agir de acordo com o PA: \_\_\_\_\_

7. Que distorção cognitiva este PA parece ser \_\_\_\_\_

8. Evidências (provas) que sustentam o PA: \_\_\_\_\_

9. Evidências (provas) que NÃO sustentam o PA: \_\_\_\_\_

**Comportamento ou reação física**

4a. O que este PA me leva a fazer?

4b. Que noto em meu corpo?

---

**Conclusão**

10a. As evidências acima me levam a concluir que:

10b. Quanto (%) acredito nisto?

**Emoção**

11a. Que emoções sinto agora?  
(+): \_\_\_\_\_  
(-): \_\_\_\_\_

11b. Intensidade das emoções  
(+): \_\_\_\_\_ (%):  
(-): \_\_\_\_\_ (%):

**Comportamento ou reação física**

12a. O que esta conclusão me leva a fazer de diferente?

12b. Que noto em meu corpo agora?

13. Quanto acredito no PA agora? \_\_\_\_\_ %

14. Como estou me sentido?

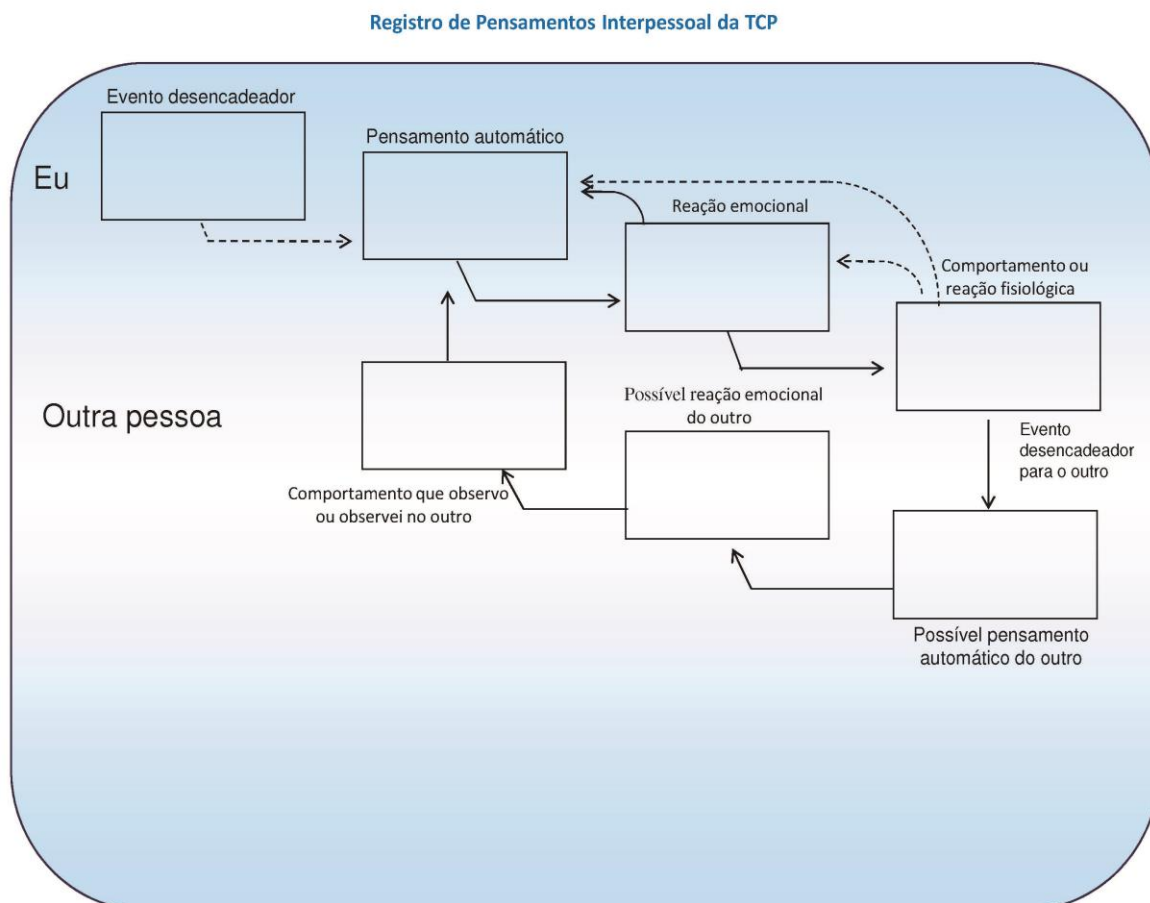
A mesma coisa: \_\_\_\_\_

Um pouco melhor: \_\_\_\_\_

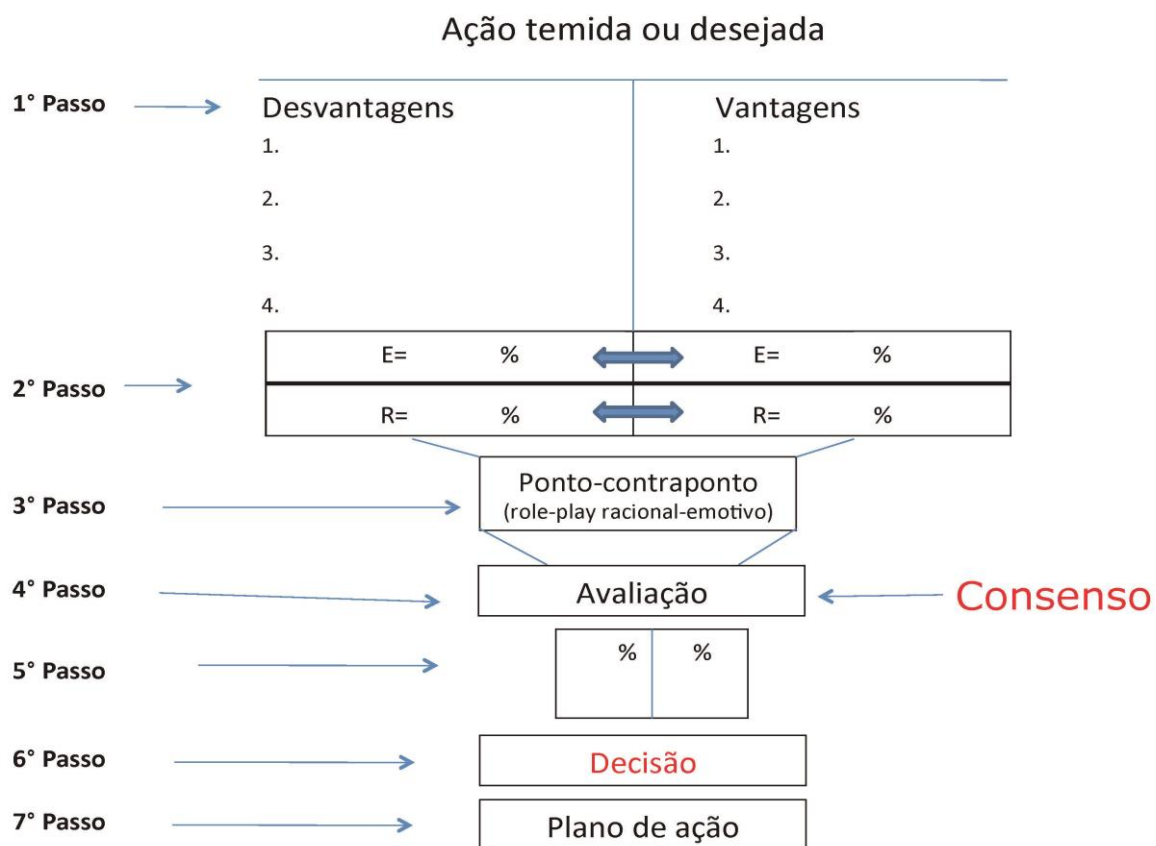
Muito melhor: \_\_\_\_\_

Copyright Irismar Reis de Oliveira


## ANEXO 2 – Registro de Pensamentos Interpessoal - RP-Inter



### ANEXO 3 – Role Play Consensual - RPC



## ANEXO 4 – Processo I

PROCESSO							
Descreva sucintamente a situação desagradável:							
1. Investigação / Estabelecimento da Acusação	2. Promotoria / Advogado de Acusação	3. Advogado de Defesa	4. Promotoria / Advogado de Acusação (Réplica)	5. Advogado de Defesa (Tréplica)	6. Significado das evidências apresentadas pela defesa	7. Jurado / Veredito	
<p>(Técnica da seta descendente)</p>  <p>Se os pensamentos acima forem verdade, isto significa que...</p> <p>Sou.....</p>							<p><b>Veredito</b> (circule a opção):</p> <p>a) <b>culpado</b></p> <p>b) <b>inocente</b></p>
INÍCIO	FINAL						
Crença (%)	Crença (%)	Crença (%)	Crença (%)	Crença (%)		Crença (%)	Crença (%)
Emoção (%)	Emoção (%)	Emoção (%)	Emoção (%)	Emoção (%)		Emoção (%)	Emoção (%)

Propriedade © Núcleo de Terapia Cognitiva da Bahia, 2003.

## ANEXO 5 – Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest)

### Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Irismar Reis de Oliveira

Nome: .....

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivas que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 4 ou 5.

#### DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:

1. **Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "uma coisa ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: "Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta"

Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei..		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

2. **Previsão do futuro (também denominada catastrofização):** Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: "Vou fracassar e isso será insuportável." "Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame."

Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei..		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

3. **Desqualificação dos aspectos positivos:** Desqualifico e descontro as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam."

EXEMPLOS: "Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte." "Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue."

Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei..		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

4. **Raciocínio emocional:** Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: "Sinto que ela me ama, então deve ser verdade." "Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso." "Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele."

Meu exemplo: .....

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei..		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

5. **Rotulação:** Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. **Ampliação/minimização:** Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: “Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. **Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel):** Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.

EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. **Leitura mental:** Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. **Supergeneralização:** Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc.

EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. **Personalização:** Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi sua quarta esposa).

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	1	2	3
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5



11. **Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”):** Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. **Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias):** Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. **Culpar (outros ou a si mesmo):** Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.

EXEMPLOS: “Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.” “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. **E se...?:** Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”

EXEMPLOS: “E se meu caro bater?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. **Comparações injustas:** Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: “Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Meu exemplo: .....

Intensidade: Acreditei...	0	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Um pouco (Até to 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

#### Referências:

Beck J (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Guilford, New York.

Beck AT (1979) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Meridian, New York.

Burns D (1989) The Feeling Good Handbook. Plume, New York.

Dryden W, Ellis A (2001) Rational Emotive Behavior Therapy. In: Dobson KS, Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. Guilford, New York.

Leahy R (2003) Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner’s Guide. Guilford, New York.

**ANEXO 7 – Questionário de Distorções Cognitivas, versão para Adolescentes  
(CD-Quest-T)**

**Questionário de Distorções Cognitivas,  
Versão para Adolescentes (CD-Quest-T)**

**Copyright (c) 2015**

**Irismar Reis de Oliveira**

Muitos pensamentos passam por nossa cabeça. Muitos desses pensamentos estão corretos, mas, muitos estão errados. Por isto eles são chamados de erros de pensamento ou distorções cognitivas.

Veja este exemplo: Paulo é um bom aluno que entregou a redação que foi corrigida pela professora. A professora fez poucas correções. Paulo ficou nervoso e pensou: “A professora não gostou. Se a redação estivesse boa, ela não teria feito nenhuma correção.”

Para Paulo, só há duas condições: ou a redação está boa, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento é chamado de “tudo ou nada”. Como o pensamento retornou à mente de Paulo na sexta e no sábado (dois dias), e Paulo acreditou muito no pensamento, ele marcou com um círculo o número 3 na segunda coluna da grade abaixo.

1. **Pensamento tudo-ou-nada:** Vejo os acontecimentos e as pessoas como “tudo ou nada” ou “oito ou oitenta”. Não considero o que está no meio.

EXEMPLOS: “Se não tiro 10, isso significa que fracasei na prova”. “Ou consigo estudar todo o assunto, ou é melhor nem tentar.” “Minha mãe não me deu o presente que eu queria. Ela não gosta de mim.”

Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, a professora não teria feito nenhuma correção.*

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

Por favor, vire a página e avalie como você pensa.

## Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

### Versão para Adolescentes

Irismar Reis de Oliveira

Nome: ..... Data: ..... Serie: .....

Leia com atenção e faça um círculo em torno do número que melhor descreve quantas vezes e em que intensidade os erros ou distorções cognitivas ocorreram durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no momento em que ela aconteceu (e não quanto você acredita agora) e com que frequência ela aconteceu durante esta semana.

**DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:**

**1. Pensamento tudo-ou-nada:** Vejo os acontecimentos e as pessoas como “tudo ou nada” ou “oito ou oitenta”. Não considero o que está no meio.

EXEMPLOS: “Se não tiro 10, isso significa que fracasei na prova”. “Ou consigo estudar todo o assunto, ou é melhor nem tentar.” “Minha mãe não me deu o presente que eu queria. Ela não gosta de mim.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

**2. Previsão do futuro:** Adivinho o futuro, como se tivesse uma bola de cristal, geralmente prevendo o pior.

EXEMPLOS: “Vou ficar nervoso e me dar mal na prova”. “A diretora me chamou para ir à secretaria. Ela vai brigar comigo”. “A festa vai ser muito ruim”.

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

**3. Desqualificação do positivo:** Desmereço ou diminuo o valor das coisas boas e positivas que acontecem comigo.

EXEMPLOS: “Só tirei nota boa na prova porque estava fácil.” “Minha mãe ficou contente porque eu a ajudei, mas isso não foi mais do que minha obrigação.” “Passar de ano não foi grande coisa. Qualquer um consegue.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

4. **Rotulação:** Coloco um carimbo, um rótulo ou uma etiqueta geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Maria é metida.” “Paulo é antipático.” “Sou burro.” “Sou um fracasso.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

5. **Leitura mental:** Acredito que posso adivinhar o que as pessoas estão pensando ou que elas podem adivinhar meus pensamentos.

EXEMPLOS: “Alice não me ligou porque não quer sair comigo.” “Pela cara do professor, tirei nota baixa.”

“Jane passou e nem me olhou. Deve estar zangada comigo.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

6. **Generalização:** Generalizo e exagero as coisas usando palavras como “sempre”, “nunca”, “tudo”, “nada”, “só”, etc.

EXEMPLOS: “Ninguém gosta de mim.” “Nada comigo dá certo”. “Meus pais nunca me entendem”.

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

7. **Conclusões precipitadas:** Tiro conclusão precipitada e faço as coisas de forma apressada, sem observar melhor o que está se passando.

EXEMPLOS: “Fui mal na primeira unidade. Não adianta continuar, vou abandonar o colégio.” “Se não

respondeu a minha mensagem é porque não se importa comigo.” “Se olhou para minha namorada, é porque está paquerando ela.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

8. **Culpar:** Culpo as pessoas pelo que me acontece, não considerando minha responsabilidade no acontecimento.

EXEMPLOS: “Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.” “Tirei nota baixa por culpa da professora.” “Cheguei atrasado porque minha mãe não me acordou.”

Intensidade:	Frequência:	Não aconteceu	Aconteceu 1 a 2 dias na semana	Aconteceu 3 a 5 dias na semana	Aconteceu o tempo todo, 6 a 7 dias na semana
Acreditei...		0			
Um pouco			1	2	3
Médio			2	3	4
Muito			3	4	5

## ANEXO 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” com objetivo de saber se um novo programa de treinamento pode mudar o comportamento de seu filho (a) fazendo que ele possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle de impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas. Queremos saber se este treinamento pode ser positivo para o seu filho (a).

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para este tipo de intervenção voltada para a educação. Assim, as atividades visam, além de intervir nas dificuldades dos adolescentes, auxiliar na produção de conhecimentos. As informações destes encontros serão armazenadas com cuidado e vamos rever e publicar. Os dados pessoais de seu filho não serão revelados. Todos os dados serão guardados de forma segura. Qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que identifiquem seu filho.

A participação de seu filho (a) é voluntária, e ele não terá nenhum custo. Seu filho (a) não receberá pagamento para participar. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento de participar deste projeto em qualquer momento, não havendo prejuízo para seu filho (a) ou para você, caso deseje fazê-lo.

Os riscos desta pesquisa para seu filho(a) são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.

A pesquisa acontecerá em sala de aula e os encontros acontecerão uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres letivos e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, vão ser 18 encontros, de acordo com o sorteio, com dois encontros extras para a aplicação dos questionários necessários para a avaliação deste programa. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão do Dr. Irismar Reis de Oliveira, professor da Universidade Federal da Bahia.

Você e seu filho(a) serão convidados(as) a responder um conjunto de questionários para medir ansiedade, depressão, estresse, traumas e qualidade de vida. Caso tenha alguma dúvida, o Prof. Irismar Reis de Oliveira ou Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro, coordenadora de estudos, estarão à sua disposição para os esclarecimentos. Você também pode solicitar maiores informações durante os atendimentos através do telefone (71) 3241-7154, ou ainda via e-mail a [irismar.oliveira@uol.com.br](mailto:irismar.oliveira@uol.com.br).

Se houver qualquer necessidade de mais esclarecimentos sobre o estudo ou sobre a equipe que está atendendo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, endereço: Rua do Limoeiro, nº 137-Nazaré-CEP 40055-150-Salvador-Bahia - Tel (71) 3283-9275 - email: [cepmco@gmail.com](mailto:cepmco@gmail.com).

Você vai receber uma cópia deste documento que explica o projeto e seus direitos.

\_\_\_\_\_ / /  
Assinatura do Responsável Data

\_\_\_\_\_ / /  
Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento Data

\_\_\_\_\_

Papel no estudo

## ANEXO 9 – Termo de Assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado.” Nesta pesquisa, vamos descobrir se um novo programa de treinamento pode mudar o seu comportamento fazendo com que você possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle sobre seus impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas.

A pesquisa vai acontecer em sala de aula uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres da escola. Estes encontros duram mais ou menos cinquenta minutos. Ao todo, vão ser 18 encontros e mais dois encontros extras para responder uns questionários sobre ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. Estes questionários são importantes para saber se o programa está dando certo. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não vai pagar ou receber dinheiro para participar desta pesquisa. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento, está livre para parar de participar ou não participar deste treinamento. Se você quiser sair, não tem problema e isto não vai ter nota ou repreensão. O que você fizer ou responder só vai ficar com você e o pesquisador, ninguém mais vai saber o que você respondeu ou fez. Durante a pesquisa você pode ficar cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento, mas nós faremos o possível para que isto não aconteça.

Você vai receber uma cópia deste documento após ter tido a oportunidade de ler e esclarecer as suas dúvidas.

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) menor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

**Pesquisador:** Irismar Reis de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42264315.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 966.202

**Data da Relatoria:** 27/02/2015

### Apresentação do Projeto:

Transtornos de ansiedade (TA) e depressão são comuns entre crianças e adolescentes e os primeiros estão entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica. Por outro lado, até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo, atrás somente de doenças coronarianas isquêmicas. Classicamente o tratamento dos TA e da depressão pode ser realizado com psicoterapias e medicações. Dentre as psicoterapias, a terapia-cognitivo comportamental (TCC) é a modalidade com mais evidências que demonstram sua eficácia quando comparada a lista de espera e controle atencional nos TA de crianças e adolescentes. Estes autores estimam que aproximadamente 3 pacientes devem ser tratados com TCC para que 1 obtenha remissão nos TA. Estima-se que até 10% da população possa apresentar algum TA durante a infância ou adolescência. A identificação e o tratamento precoces podem evitar repercussões na vida da criança e do adolescente, tais como faltas constantes à escola e a conseqüente evasão escolar, utilização excessiva de atendimentos médicos por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta. Além da TCC, nos últimos 5 anos, uma modalidade derivada desta, a terapia cognitiva processual (TCP), vem sendo usada nos TA e depressão em adultos e mostrou-se eficaz em estudos clínicos. Embora os

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 966.202

resultados sejam promissores nos adultos, ainda não foi testada em adolescentes, sobretudo em programas de prevenção ou promoção de saúde.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por clusters cruzado envolvendo 200 crianças com intervenção e 200 sem intervenção e vice-versa na segunda fase. Será realizado na rede municipal de Salvador (2 escolas, carta de anuência anexadas), tendo como participantes escolares de 11 a 17 anos. Os dados serão coletados utilizando-se questionários padronizados e utilizados em estudos anteriores com instrumentos capazes de avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como TDAH e qualidade de vida. Ambos os grupos serão avaliados semestralmente após a conclusão do treinamento por mais dois anos. Os treinamentos consistem em 18 encontros nas escolas com a turma em que haverá práticas de exercício e ensino de como processa pensamentos ações e julgamentos.

### **Objetivo da Pesquisa:**

GERAL:

Avaliar a eficácia do TCP-G na prevenção de TA e depressão medidos pelos escores da SCARED-C CDI em adolescentes em escolas públicas municipais de Salvador, tendo os escores destas escalas como desfechos primários.

Secundário

Avaliar qualidade de vida, sintomas de TDAH, autoestima, grau de sociabilidade, redução de bullying e performance escolar (notas) na população.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS:

“Os riscos são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.”

BENEFÍCIOS:

Auxiliar adolescentes em atividades como pensar cuidadosamente, fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole sobre seus comportamentos impulsivos.

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br





## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 966.202

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ensaio clínico randomizado cruzado envolvendo 400 participantes escolares de 11-17 anos que receberão treinamento cognitivo-processual em 2 escolas de Salvador. O estudo tem uma possibilidade relevante de trazer uma contribuição para o enfrentamento da epidemia de depressão entre os nossos jovens e adolescentes consequentemente fazendo adultos e uma sociedade mais saudável. Não há óbices éticos.

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

TCLE: dirigido aos pais ou responsáveis dos escolares. Contêm os elementos da RES466/12, em forma de convite, contêm liberdade, privacidade e sigilo, objetivos e justificativa, oferece as duas cópias.

TERMO DE ASSENTIMENTO: adequado para a população, contendo os elementos da RES466/12.

ORÇAMENTO: R\$ 4260. Próprio dos investigadores; SEM a contrapartida anotada. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Cartas de anuência das instituições que vai ser realizado o treinamento: anexadas, ADEQUADAS.

### **Recomendações:**

- APESAR DE NÃO HAVER RELATOS DE EVENTOS ADVERSOS À TERAPIA COGNITIVO PROCESSUAL, COMO SE TRATA DE UM ESTUDO DE FASE IIB, BUSCANDO NOVAS POPULAÇÕES, É IMPORTANTE QUE O INVESTIGADOR E SUA EQUIPE DECLAREM QUE QUALQUER EVENTO TERÁ TRATAMENTO PRONTO E GRATUITO POR PARTE DA EQUIPE DE PESQUISA.

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 966.202

não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

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

Não há pendências.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 966.202

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br

# **DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que realizei a normalização das Citações e Referências bibliográficas pela ABNT, do projeto de pesquisa intitulado: **CONSTRUÇÃO E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS, VERSÃO PARA ADOLESCENTES - (CD-Quest-T)**, autoria de Claudia Luísa Sena Gomes de Souza.

Salvador-BA, 20 de fevereiro de 2017.




---

Keite Birne de Lira  
CPF: 815372805-97

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que realizei a revisão de linguagem dos originais do trabalho intitulado **CONSTRUÇÃO E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS, VERSÃO PARA ADOLESCENTES (CD-Quest-T)**, de autoria de **Claudia Luísa Sena Gomes De Souza**

Salvador, 24 de novembro de 2016.

A handwritten signature in blue ink, reading "Ana Maria de Carvalho Luz". The signature is fluid and cursive, with a long, sweeping tail on the letter 'z'.

Ana Maria de Carvalho Luz