

PROPOSTA DE FORMULAÇÃO DE CASO NOMOTÉTICA EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Júlio Gonçalves¹

¹Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE), Brusque – SC, Brasil
e-mail: contato@psicojulio.com

Recepção: 19/10/2023
Aprovação: 28/11/2023

Resumo – O objetivo desse trabalho é apresentar uma estrutura nomotética de FC baseada em Eells (2022) e Nicoletti et al. (2022), assim como verificar o nível de concordância de psicoterapeutas acerca da aplicabilidade do modelo. Pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, de objetivos descritivos do tipo documental e participativa. Foram calculados CVC para cada item (CVCi) e CVC total (CVCT) da FC, de modo que para um CVCi confiável, o valor mínimo é de 0,78 e maior que 0,80 para o CVCT. A coleta de dados ocorreu a partir do Questionário de Avaliação da FC. Os dados foram tabulados e realizada a análise estatística descritiva em planilhas da Microsoft Excel®. Em relação ao índice de concordância entre os juízes especialistas, foi obtido escore geral (CVCT) de 0,95, considerado um recurso confiável. A criação dessa estrutura padronizada pode contribuir significativamente para a prática clínica ao oferecer uma base sólida de análise e planejamento do tratamento, abordando a falta de modelos sistematizados anteriormente relatada.

Palavras-Chave – Formulação de Caso; Plano de Tratamento; Prática Baseada em Evidências.

PROPOSAL FOR NOMOTHETICS CASE FORMULATION IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Abstract – The objective of this work is to present a nomothetic structure of CF based on Eells (2022) and Nicoletti et al. (2022), as well as verifying the level of agreement among psychotherapists regarding the applicability of the model. Research with a quantitative and qualitative approach, with descriptive, documentary and participatory objectives. CVC were calculated for each item (CVCi) and total CVC (CVCT) of the HR, so that for a reliable CVCi, the minimum value is 0.78 and greater than 0.80 for CVCT. Data collection took place using the HR Assessment Questionnaire. The data were tabulated and descriptive statistical analysis was performed in Microsoft Excel® spreadsheets. Regarding the agreement index between the expert judges, a general score (CVCT) of 0.95 was obtained, considered a reliable resource. The creation of this standardized framework can significantly contribute to clinical practice by offering a solid basis for analysis and treatment planning, addressing the previously reported lack of systematized models.

Keywords - Case Formulation; Treatment Plan; Evidence-Based Practice.

I. INTRODUÇÃO

A prática da psicoterapia, destinada a promover desfechos clínicos positivos em relação à saúde mental, é complexa. No contexto do percurso psicoterápico, a Formulação de Caso (FC) emerge como um componente fundamental, sendo responsável por organizar as experiências e o funcionamento atual dos pacientes [1].

A FC é um processo ativo que transita de uma abordagem nomotética (geral) para uma abordagem ideográfica (personalizada), centrando-se no funcionamento psicológico de cada indivíduo [2]. Para além da observação superficial dos sintomas, a FC é desenvolvida para complementar e traduzir o raciocínio clínico em relação a um caso específico. Através da integração da teoria, pesquisa e intervenções provenientes dos modelos psicoterapêuticos (e.g., Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Aceitação e Compromisso etc.), a FC orienta o plano de tratamento [1][2][3]. Seu propósito vai além da descrição de sinais e sintomas, mas elucida o que predispõe o sofrimento e, talvez mais significativo, o que perpetua (mantém) esses padrões comportamentais atuais.

A compreensão da FC implica em estabelecer relações entre as experiências passadas, os aspectos desenvolvimentais, as aprendizagens individuais e os sintomas atuais do paciente. Isso requer a habilidade de traçar conexões entre eventos passados, experiências traumáticas, crenças arraigadas e os desafios do presente [3]. Além disso, a FC é capaz de projetar o potencial futuro, identificando possíveis recaídas e possibilidades de recuperação em diversas dimensões da vida, incluindo relacionamentos, interpessoais, dinâmica familiar, dentre outros [1]. No nível prático, os psicoterapeutas podem desenvolver teorias explicativas que transcendem a mera descrição topográfica de sintomas, elaborando um plano de tratamento preciso e adaptado às necessidades e peculiaridades de cada paciente [2].

Essas considerações estão intrinsicamente relacionadas à Prática Baseada em Evidências na Psicologia, uma vez que as decisões orientadas pela FC são moldadas pelos princípios da PBE. Essa abordagem envolve a integração das melhores evidências disponíveis provenientes de pesquisas empíricas com a experiência clínica do psicoterapeuta e as preferências do paciente, a fim de oferecer tratamentos eficazes e personalizados [4].

Os benefícios da FC são inegáveis, conforme elucidado por diversos autores [4]. No entanto, apesar de seu potencial orientador, a literatura tem apresentado resultados mistos quanto à sua eficácia prática. Essa incerteza pode ser atribuída à falta de um modelo sistematizado e universalmente aceito. Atualmente, não existe um conjunto único e amplamente reconhecido de diretrizes ou protocolos que padronizem a aplicação da FC e essa ausência de estrutura padronizada pode criar as variações substanciais na forma como os psicoterapeutas conduzem esse processo [1][4].

Essas diferenças podem resultar em interpretações diversas e, potencialmente, limitar a eficácia da FC como ferramenta, além disso, a falta de padronização pode dificultar a comparação de resultados entre terapeutas e a generalização das descobertas sobre a aplicabilidade e eficácia da FC [4].

Nesse contexto, este estudo visa iniciar as discussões acerca dessa lacuna ao apresentar uma estrutura nomotética de FC baseada em trabalhos recentes de referência [1][2]. A abordagem nomotética busca estabelecer leis e princípios gerais, em contraste com a abordagem idiográfica, que se concentra na singularidade de cada caso. O objetivo primordial é desenvolver uma estrutura de FC que possa servir como um guia padronizado na prática clínica, fornecendo uma base sólida para a análise e planejamento do tratamento personalizado.

Ademais, este estudo também tem o propósito de avaliar o nível de concordância entre psicoterapeutas em relação à aplicabilidade da estrutura proposta. Ao envolver psicoterapeutas e integrar suas percepções, o estudo busca estabelecer a utilidade prática da estrutura de FC.

II. METODOLOGIA

O estudo, vinculado à dissertação do autor, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sob parecer substanciado 5.318.679 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 53149921.2.0000.0120. Esta pesquisa é de natureza aplicada, com objetivos descritivos do tipo documental e participativa, de abordagem qualitativa e quantitativa.

A. Contexto e participantes

Participaram desse estudo quatro (4) juízes especialistas [5], um (1) homem e três (3) mulheres, com idade média de 28 anos (DP = 4 anos). A amostra foi selecionada com base na técnica de amostragem não probabilística por conveniência do tipo snowball sampling [6], incluídos a partir de critérios que somaram no mínimo três (03) pontos: Pós-graduação em Terapias Cognitivas e/ou Comportamentais (03) e/ou Experiência na área de Psicologia Clínica por no mínimo três (03) anos (03). Os critérios de exclusão foram o preenchimento incompleto e/ou tardio da ficha do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) [7].

B. Instrumentos para coleta de dados

Para avaliação dos itens pelos juízes especialistas, foi desenvolvida uma ficha para verificação do Coeficiente de

Validade de Conteúdo [8] em que constavam os objetivos da pesquisa, a definição teórica da FC e itens adaptados da *Case Formulation Content Coding Method* [9], que resultou em 26 itens em escala likert (uma versão do instrumento pode ser acessada em <https://bit.ly/490AOkQ>).

C. Procedimentos para coleta de dados

Foi realizada a avaliação da concordância entre juízes especialistas, de modo que, após aceite no TCLE (conforme Resolução n.º 466/2012 do CNS), os juízes foram orientados por e-mail, de forma individual, e receberam a Ficha para o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) organizada em escala likert (1-4). Para avaliação semântica, ao final de cada item constava um espaço em branco para inserções de comentários e observações acerca do item [10].

D. Análise dos dados

O nível de concordância foi avaliado pelo Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Foram calculados CVC para cada item (CVCi) e CVC total (CVCt), com base nos critérios estabelecidos. Para que o CVCi seja considerado confiável, o valor mínimo é de 0,78 e maior que 0,80 para o CVCt [11].

O CVCi é calculado pela divisão da média dos valores dos julgamentos dos juízes (Σx_j) pelo valor máximo da última categoria da escala likert (V_{max}). O CVCt é feito pela subtração do CVC dos juízes (CVCj) para a escala pelo erro padrão (Pe_j) da polarização dos juízes. O CVCj é a divisão da média total dos escores pelo valor máximo da escala likert. O Pe_j é calculado pela razão entre 1 e o número absoluto de juízes (N_j), elevada ao próprio número absoluto de juízes [12]. Os dados foram tabulados e realizada a estatística descritiva em planilhas da Microsoft Excel®.

III. RESULTADOS

A. Estrutura da Formulação de Caso

Uma versão preliminar da FC (que pode ser acessada no link <https://bit.ly/46BCUWH>) foi estruturada no Microsoft Word®, seccionada em seis (06) dimensões: Funcionamento Atual, Fatores de Predisposição, Definição das Dificuldades, Objetivos do Tratamento, Monitoramento do Tratamento e Rastreamento Global de Saúde. Tais dimensões são compostas por itens que necessitam ser investigados para compor a FC, conforme pode ser observado na tabela 1.

TABELA I
Organização da FC

Dimensões	Itens
Funcionamento Atual	Sinais e sintomas cognitivos, comportamentais, fisiológicos, emocionais e fatores precipitantes, de manutenção e proteção.
Fatores de Predisposição	Penetrância genética, história médica, fatores de personalidade, eventos parentais, eventos sociais, modelo cultural e valores de vida.
Definição das Dificuldades	Crenças nucleares, pressupostos, comportamentos de segurança, hipóteses diagnósticas e lista de problemas.

Objetivos do Tratamento	Lista de metas psicoterápicas, potenciais obstáculos de tratamento, pontos fortes e recursos do paciente e avanços/dificuldades.
Monitoramento do Tratamento	Modelo da The Goal Attainment Scale (GAS)
Rastreo Global de Saúde	Escala de avaliação do sono, atividade física, ansiedade, depressão, estresse, irritabilidade etc.

Essa estrutura preliminar foi adaptada de etapas essenciais no que concerne a construção de uma FC, conforme modelo de Eells (2022) [1] e Nicoletti (et al., 2022) [2].

A primeira etapa se refere à obtenção de uma relação abrangente de problemas que um paciente pode estar experimentando em diversas áreas de sua vida. A amplitude dessa lista é crucial, uma vez que busca contemplar todas as adversidades enfrentadas pelo paciente. Contudo, é imperativo que essa lista permaneça em um tamanho gerenciável.

Em situações em que a lista de problemas se estenda, é aconselhável realizar agrupamentos a fim de condensá-la. Cada problema deve ser apresentado de maneira concisa, empregando uma ou, no máximo, duas palavras para identificá-lo, seguidas de uma descrição elucidativa (e.g., família: discussões diárias com a mãe).

Sempre que possível, é de extrema relevância fornecer informações relativas aos aspectos cognitivos, comportamentais, fisiológicos e emocionais associados a cada dificuldade, além dos fatores precipitantes, de manutenção e de proteção. Essa etapa visa a auxiliar o terapeuta (e o próprio paciente) na construção de uma conceitualização.

A coleta dessas informações é geralmente efetuada por meio de entrevistas clínicas, nas quais o terapeuta conduz questionamentos específicos e uso de instrumentos psicométricos com o intuito de explorar as características das dificuldades do paciente.

A segunda etapa diz respeito à atribuição de um diagnóstico clínico que funcionará como uma âncora para orientar a formulação de caso. Essa prática auxilia na identificação de uma formulação nomotética baseada em evidências, a qual servirá como referência para o modelo de formulação de caso.

Uma abordagem eficaz para selecionar um diagnóstico âncora envolve a escolha do diagnóstico que melhor explica a maioria das dificuldades listadas. Em outras palavras, opta-se pelo diagnóstico que tem a maior influência no funcionamento global do paciente.

Em situações práticas, essa abordagem implica que, se o paciente apresentar diagnósticos como transtorno bipolar, esquizofrenia ou transtorno de personalidade borderline, o psicoterapeuta poderá considerar um desses diagnósticos como o diagnóstico âncora. Contudo, há momentos em que é mais apropriado escolher um diagnóstico âncora com base nos objetivos terapêuticos atuais do paciente.

Por exemplo, se o paciente estiver com o transtorno bipolar sob controle e almejar tratar seus sintomas de pânico, o diagnóstico de transtorno de pânico pode ser mais pertinente como diagnóstico âncora. Não obstante, o psicoterapeuta deve manter o diagnóstico anterior (transtorno bipolar) em mente ao longo do tratamento.

Na terceira etapa é imperativo selecionar uma formulação de caso nomotética com base no diagnóstico âncora. Quando formulações de caso nomotéticas, respaldadas por evidências, estão disponíveis (como aquelas encontradas em manuais clínicos e diretrizes), uma dessas formulações é selecionada para servir como modelo referencial na formulação de caso idiográfica.

Em casos em que formulações nomotéticas respaldadas por evidências não estão prontamente acessíveis, o psicoterapeuta pode considerar a adaptação de um modelo que tenha sido proposto para outro problema ou sintoma e aplicá-lo ao caso em questão. Nesse cenário, a pesquisa em bases de dados científicas que incluem ensaios clínicos randomizados (ECR) ou estudos de caso pode ser uma abordagem útil.

Por fim, a quarta etapa do processo de formulação de caso é dedicada à personalização da formulação de caso nomotética em conformidade com a lógica idiográfica, ou seja, com base nas particularidades e características singulares do paciente.

Nessa fase, o psicoterapeuta deve coletar informações detalhadas acerca dos aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e somáticos relacionados às dificuldades enfrentadas pelo paciente. Além disso, é crucial reunir informações sobre como essas dificuldades parecem estar interconectadas e obter dados sobre os fatores predisponentes (tais como eventos históricos, desenvolvimentais, médicos, traços de personalidade, entre outros) e os fatores precipitantes (ou seja, gatilhos ou eventos desencadeadores) relevantes para o paciente em questão.

O psicoterapeuta reúne as informações necessárias para formular hipóteses sobre como o paciente desenvolveu esquemas cognitivos disfuncionais, como adquiriu comportamentos disfuncionais ou não aprendeu comportamentos funcionais, como desenvolveu dificuldades emocionais ou falhas na regulação emocional e como adquiriu vulnerabilidades biológicas. Essas hipóteses são fundamentais para entender os mecanismos subjacentes que, supostamente, contribuem para as dificuldades enfrentadas pelo paciente.

Um resumo visual da estruturação e aplicação da FC no processo psicoterápico pode ser observada na figura 1.

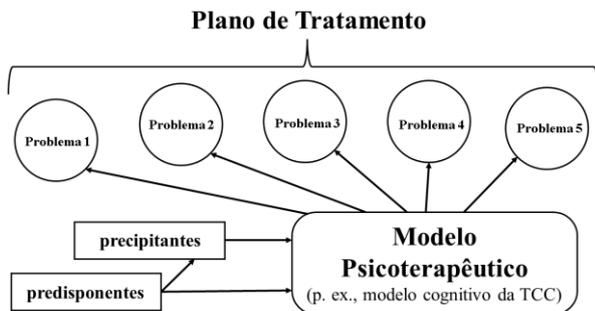


Fig. 1. Estruturação e aplicação da FC.

B. Índice de Validade de Conteúdo

Em relação ao índice de concordância entre os juízes especialistas, foi obtido um escore geral (CVCt) de 0,91, considerado uma ferramenta confiável [13]. Em relação à validade de conteúdo de cada item (CVCi), 69,2% (n=18) apresentaram um índice de concordância $\geq 0,90$, 19,2% (n=5) um índice de $\geq 0,80$ e 11,5% um índice de $\geq 0,78$ (n=3). Vale frisar que apesar de índices menores, todos itens ultrapassaram o CVCt (0,78) e CVCi (0,80) mínimo [11][12].

Em relação às dimensões avaliadas, a tabela 2 resume os achados, destacando a dimensão “Fatores sociais/culturais”, que foi considerada menos abordada nesse modelo de FC.:

TABELA 2
CVCt por dimensão da escala adaptada via Case Formulation Content Coding Method

Dimensões	CVCt
Predisposições	0,93
Sintomas/problemas	0,94
Fatores de Manutenção	0,90
Fatores Sociais/Culturais	0,84
Diagnóstico	0,91
Pontos Fortes e Recursos	0,95

Por fim, os menores índices de concordância se referem aos itens 4, 14 e 21, que tratam respectivamente da capacidade da FC abordar os “Déficits nas habilidades comportamentais ao longo da vida”, “Se o apoio psicossocial insuficiente” e “História de Vida Adulta (relacionamentos)”.

IV. CONCLUSÕES

A estrutura de FC proposta neste estudo demonstrou ter uma validade de conteúdo confiável, com índices de concordância relevantes entre os juízes especialistas [11][12]. Isso sugere que a estrutura pode ser uma ferramenta aplicável na prática clínica para a formulação de casos em psicoterapia. No entanto, é importante destacar que o estudo foi conduzido com uma amostra relativamente pequena de especialistas, e estudos futuros com amostras maiores são necessários para consolidar os resultados.

Outra limitação é que a validade da estrutura de FC foi avaliada com base em um grupo específico de psicoterapeutas especialistas. A generalização dos resultados para terapeutas

com diferentes formações e níveis de experiência pode requerer investigação adicional.

Embora o presente estudo tenha avaliado a validade de conteúdo da estrutura de FC, não foi examinada diretamente a eficácia clínica dessa abordagem. Pesquisas futuras devem abordar a relação entre o uso da FC e os resultados clínicos dos pacientes de forma abrangente, em que especificidades do plano de tratamento o uso da FC reflete, como auxilia na seleção de intervenções, dentre outras possibilidades.

Em resumo, a estrutura de FC proposta e avaliada de forma exploratória neste estudo representa um passo importante na direção de uma prática clínica mais fundamentada e sistematizada. No entanto, para consolidar sua utilidade e generalização, são necessários estudos adicionais que abordem as limitações identificadas e explorem mais a fundo a relação entre a formulação de casos e os desfechos clínicos. Pesquisas futuras podem contribuir significativamente para o avanço da teoria e prática em psicoterapia.

REFERÊNCIAS

- [1] EELLS, T. *Handbook of psychotherapy case formulation* (3ª ed.). The Guilford Press, 2022.
- [2] NICOLETTI, E. A.; DONADON, M. F.; PORTELA, C. *Guia prático de Formulação de Caso em Terapia Cognitivo Comportamental*. Sinopsys, 2022.
- [3] WILLEM, K.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. *Conceitualização de Casos Colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Artmed, 2010.
- [4] CHRISTON, L.; MCLEOD, B.; JENSEN-DOSS, A. Evidence-Based Assessment Meets Evidence-Based Treatment: An Approach to Science-Informed Case Conceptualization. *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 22, pp. 36-48, 2015. <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2013.12.004>
- [5] LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, vol. 35, nº 6, pp. 382-385, 1986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>
- [6] MOURA, J. R. A.; SILVA, C. B., ROCHA, A.; AMORIM, T.; SILVA, A. R. V. S. Construção e validação de cartilha para prevenção do excesso ponderal em adolescentes. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 32, nº 4, pp. 365-373, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900051>
- [7] ALVES, K.; BEZERRIL, M. S.; RODRIGUES, C. C. F. M.; FERREIRA JÚNIOR, M.; SANTOS, V. E. P. Validação de protocolos gráficos para avaliação da segurança do paciente politraumatizado. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 31, nº 5, 2018. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3070/307058002008/html/index.html#B13>
- [8] COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, nº 3, pp. 925-936, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
- [9] Eells, T. D., Kendjelic, E. M. & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of psychotherapy*

- practice and research*, 7(2), 144–153.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330487/>
- [10] GORENSTEIN, C., WANG, Y. & HUNGERBULER, I. *Instrumentos de avaliação em Saúde Mental*. Artmed, 2016.
- [11] YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. *Resource*, vol. 11, nº 2, pp. 49-54, 2019. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
- [12] FILGUEIRAS, A., GALVÃO, B. O., PIRES, P.; FIORAVANTI-BASTOS, A. C., HORA, G. P. R., SANTANA, C. M. T. & LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. *Estudos de Psicologia*, vol. 32, nº 2, pp. 173-185, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200003>

DADOS BIOGRÁFICOS

Júlio Gonçalves, é professor universitário (IPA-PSI, Viver Mais Psicologia, UNIFEBE e UNIVALI). Psicólogo Clínico. Supervisor Técnico em Psicologia Clínica. Graduado e Mestre em Psicologia pela UNIVALI. Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia.