

Fabiana Romanini de Souza

***TEAM BASED LEARNING* NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE
CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL –
ENSAIO CLÍNICO**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Ensino em Saúde.

São Paulo

2023

Fabiana Romanini de Souza

***TEAM BASED LEARNING* NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE
CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL –
ENSAIO CLÍNICO**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Alves de Lima
Franco

Coorientadora: Profa. Dra. Janaína Bianca
Barletta

São Paulo

2023

Souza, Fabiana Romanini de

Team based learning no ensino da conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental – ensaio clínico / Fabiana Romanini de Souza -- São Paulo, 2023.

x, 81 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Team based learning in teaching the conceptualization of case in cognitive-behavioral therapy – randomized clinical trial.*

1. Universidades. 2. Terapia Cognitivo-Comportamental. 3. Aprendizagem Baseada em Problemas. 4. Ensino.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenador do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Ensino em Saúde: Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida

Fabiana Romanini de Souza

***TEAM BASED LEARNING* NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE
CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL –
ENSAIO CLÍNICO**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Fernando Alves de Lima Franco

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Profa. Dra. Fabiane Amorim de Almeida

Dra. Renata Vieira

Membros suplentes:

Profa. Dra. Rachel de Carvalho

Dra. Isabela Maria Freitas Ferreira

Data de aprovação: 26/09/2023.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Roberta Joaquim, minha grande amiga, parceira e sócia e Profa. Dra. Janaína Bianca Barletta, por sua presença constante ao longo desta desafiadora jornada, fornecendo suporte, orientação e apoio, compartilhando tanto momentos de risos como de lágrimas. Sem elas, tudo teria sido significativamente mais difícil, talvez até impossível.

À Dra. Michella Velasquez, que durante anos me incentivou pacientemente e persistentemente a iniciar essa jornada.

À toda equipe da Faculdade Israelita Albert Einstein, sempre cordiais e prontos para atender minhas solicitações. Agradeço, em especial, à Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida, cujos excelentes "pitacos" contribuíram muito para a construção deste trabalho. Agradeço também a Layane Ribeiro de Alencar, que sempre ofereceu suporte e orientação com carinho e competência diante das minhas dúvidas, bem como às minhas queridas Isabela Queiros Castro e Thais Talarico Hosokawa, profissionais que se destacam pela competência, profissionalismo e dedicação.

Ao Prof. Dr. Fernando Alves de Lima Franco pelas orientações recebidas ao longo do processo.

Aos meus pais, Jacy de Souza e Magda Romanini, ao meu esposo Dirceu Hokama e à minha amiga-irmã Andrea Santos, agradeço por compreenderem minha ausência e por todo o carinho e apoio oferecidos.

Sumário

Agradecimentos.....	v
Lista de abreviaturas	vii
Resumo	viii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Aprendizagem baseada em equipes ou <i>team-based learning</i>	3
1.2 Objetivos.....	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 Conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental	6
2.2 Aprendizagem baseada em equipes ou <i>team-based learning</i>	11
2.2.1 Etapas da aprendizagem baseada em equipes.....	12
2.2.2 Benefícios do aprendizagem baseada em equipes	21
2.2.3 Aprendizagem baseada em equipes <i>online</i>	27
2.3 Aprendizagem baseada em equipes e sua aplicação no ensino da psicologia	34
3 MÉTODOS	36
3.1 Desenho do estudo	36
3.2 População-alvo e local do estudo.....	36
3.3 Instrumentos e materiais	38
3.4 Procedimento de coleta de dados	39
3.5 Aspectos éticos	43
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	67
6 CONCLUSÕES	72
7 ANEXOS.....	73
8 REFERÊNCIAS	75
Abstract	
Apêndices	

Lista de abreviaturas

ABED	Associação Brasileira de Educação a Distância
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
CC	Conceitualização de caso
CCCRS	<i>Colaborative case conceptualization rating scale</i>
CHA	Conhecimentos, habilidades e atitudes
CRS	Escala de avaliação da conceitualização
CTS	Escala de terapia cognitiva
CTS-R	Escala de terapia cognitiva revisada
CVR	Razão de validade de conteúdo (content validity ratio)
EA	Exercícios de aplicação
EAD	Educação à distância
gRAT	Teste de prontidão em grupo (<i>group readiness assurance test</i>)
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
iRAT	Teste de prontidão individual (<i>individual readiness assurance test</i>)
ITT 1	Teste terminal individual 1
ITT 2	Teste terminal individual 2
PBL	Aprendizagem baseada em problemas (<i>problem-based learning</i>)
PPBE	Prática da psicologia baseada em evidências
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QM	<i>Quality matters</i>
RAT	<i>Readiness assurance test</i>
TBL	Aprendizagem baseada em equipes (<i>team-based learning</i>)
TBLC	<i>Team-based learning collaborative</i>
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
URL	<i>Uniform resource locator</i>

Resumo

Introdução: A conceituação de caso é uma competência central a ser desenvolvida pelos terapeutas e representa um dos desafios mais significativos a serem aprendidos. O desenvolvimento dessa competência ocorre por meio da aprendizagem ativa, experiencial e reflexiva como o *Team-Based Learning*. **Objetivos:** Avaliar a aquisição de conhecimento em conceitualização de caso transversal por psicólogos e estudantes de psicologia, utilizando o *Team-Based Learning* como metodologia de ensino. Comparar os resultados entre *Team-Based Learning* e o ensino tradicional e identificar a satisfação dos psicólogos com o método de ensino *Team-Based Learning*. **Métodos:** Este estudo consistiu em duas etapas: Etapa 1) validação de conteúdo por juízes dos instrumentos de coleta de dados (pré e pós -teste): envolveu 8 juízes especialistas que avaliaram clareza, concordância e relevância e foram necessárias duas rodadas de avaliação para a obtenção de concordância entre eles; Etapa 2) ensaio clínico randomizado comparando duas abordagens de ensino com duplo cegamento : aula expositiva tradicional (grupo controle) e *team-based learning* (grupo experimental). Participaram 16 indivíduos, 12 no grupo experimental e 4 no grupo controle, todos residentes no Brasil. O estudo foi conduzido de forma remota e síncrona, através da plataforma Zoom. **Resultados:** Na etapa 1, todos os itens das provas, avaliadas por juízes, apresentaram proporções de concordância e índices de razão de validade de conteúdo iguais ou superiores aos mínimos requeridos e coeficientes de concordância significativos entre os especialistas, com um valor total de 0,931, evidenciando a adequação das provas. Na etapa 2, não foi observado, na pontuação total, diferenças estatisticamente significativas, na comparação intragrupo e entre os grupos, tanto no pré-teste como no pós-teste, porém os resultados não são conclusivos devido ao tamanho reduzido da amostra. Os resultados acerca da percepção e satisfação com o *Team-Based Learning* apontaram que 83,3% preferem a discussão em grupo comparada a individual, 75% consideram aprender com colegas durante debate. Quando comparado com a aula tradicional, 75% dos participantes disseram que aprendem melhor em grupo do que com o professor. Na comparação da aprendizagem em grupo com a aula expositiva, 75% discordaram que aprenderam melhor em grupo do que com o professor. Pouco mais da metade (66%) concordou gostar da abordagem *Team-Based Learning* e a grande maioria (91%) discorda preferir *feedback* dos colegas ao do professor. **Conclusão:** os instrumentos de coleta de dados foram considerados adequados, podendo ser aplicado em outros estudos assim como em treinamentos, com um bom nível de confiabilidade; o *team-*

based learning mostrou-se aceito pelos participantes, mas a percepção sobre sua eficácia quanto à aprendizagem é questionável por estes; houve resultados semelhantes entre os grupos controle e experimental, em termos de pontuação total, porém ao se considerar o tamanho da amostra e o nível de significância (p) dos valores totais, os dados não podem ser conclusivos, sendo necessário uma nova aplicação.

Descritores: Universidades. Terapia Cognitivo-Comportamental. Aprendizagem Baseada em Problemas. Ensino.

Disposição legal

Este trabalho foi elaborado como um artigo científico, com a exigência de ser publicado em uma revista indexada e classificada pela CAPES, com no mínimo classificação B2.

A disponibilidade completa deste trabalho em um repositório institucional será realizada por meio de sua publicação.

1 INTRODUÇÃO

A conceitualização de caso (CC) desempenha um papel fundamental na psicoterapia, sendo considerada a base do tratamento em diversas abordagens terapêuticas como na terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal e terapia dialética comportamental.⁽¹⁾ Vários autores abordam esse tema sob diferentes perspectivas conceituais, evidenciando a diversidade de definições. Nesse sentido, Persons refere-se a CC como uma hipótese sobre os mecanismos psicológicos e outros fatores que causam e mantêm os distúrbios e problemas específicos de um paciente.⁽²⁾ Dobson et al. a descrevem como uma ponte que conecta a avaliação ao tratamento,⁽³⁾ sendo fundamental para o estabelecimento de metas de tratamento, enquanto Kuyken et al., a definem como um processo colaborativo entre terapeuta e paciente, no qual os problemas do paciente são descritos e explicados, visando aliviar seu sofrimento e promover sua resiliência.⁽⁴⁾ Westbrook et al.,⁽⁵⁾ destacam o uso da CC no contexto da terapia cognitiva, elaborando uma descrição do problema atual do paciente, uma teoria sobre seu desenvolvimento e hipóteses sobre os processos que mantêm o problema.

Apesar de diferentes definições, os autores convergem para quatro elementos comuns e essenciais na construção da CC: apresentação dos problemas(tais como dificuldades, sintomas); fatores precipitantes, ou seja, fatores situacionais que desencadearam o(s) problema(s); fatores de manutenção, que são definidos como processos psicológicos que explicam como os problemas são mantidos e principal foco do tratamento e a origem do mecanismo, que auxilia na hipótese de como o padrão de funcionamento se originou.^(3,4,6-10)

Assim, a CC é um elemento fundamental da terapia, pois, além de proporcionar uma compreensão do funcionamento do paciente, previne desvios terapêuticos, identifica objetivos de tratamento, orienta as escolhas de intervenção, favorecendo a manutenção do foco da terapia. No entanto, apesar de sua importância, a pesquisa em CC ainda apresenta várias lacunas. A literatura aborda amplamente a definição, elementos e importância da CC, bem como alguns estudos sobre treinamentos desta competência. No entanto, há uma escassez de pesquisas sobre a eficácia desses treinamentos relacionados ao desenvolvimento da CC. Somado a isso, os treinamentos disponíveis geralmente possuem estruturas semelhantes e carecem de avaliação de sua eficácia. Em geral, os treinamentos ofertados são de cunho didático e/ou observacional,

com alunos iniciantes observando alunos mais experientes fazendo o procedimento, recebendo *feedback* e supervisão de seus casos.⁽¹¹⁾

Compreende-se que a dificuldade de treinar e desenvolver competências profissionais, não se restringe apenas ao ensino da CC, mas acrescenta-se a isso um grande desafio na formação geral de psicólogos de várias abordagens, assim como da TCC, abordagem psicoterápica referida neste estudo.^(12,13) A realidade profissional se distancia muito da formação técnica,⁽¹⁴⁾ havendo uma enorme dificuldade dos psicólogos em desenvolver a habilidade de conceitualizar caso e integrar a um plano de tratamento, como também do supervisor em ensinar essa habilidade. Ressalta-se que limitar o ensino apenas a conceitos teóricos pode não gerar o desenvolvimento da habilidade de CC, havendo a necessidade de fomentar o desenvolvimento de um raciocínio clínico.

O desafio do treinamento e desenvolvimento de competências profissionais não se restringe a área da psicologia, mas abrange várias outras disciplinas. Considerando esse desafio, no campo das ciências da saúde, a busca por recursos diferentes de ensino vem acontecendo nas últimas décadas. O processo de ensino e aprendizagem vem sofrendo alterações significativas nos últimos anos com a proposição das metodologias ativas. A inserção de metodologias ativas em colégios, cursos de nível superior e outras instituições de ensino traz uma mudança nos tradicionais papéis do aluno e professor. O aluno passa a ser o protagonista central e o professor assume a função de um mediador do processo de aprendizagem, desenvolvendo estratégias educacionais que transforma a sala de aula, antes palco de transmissão de conhecimento, para uma possibilidade de saber mais crítico e reflexivo, a partir de trabalhos em grupo e discussão de problemas mais realistas, com objetivos de aprendizagem de nível superior como análise, síntese e avaliação.^(15,16)

As metodologias ativas se valem de alguns princípios norteadores como: o aluno no centro do processo de aprendizagem; estímulo à autonomia do aluno; problematização da realidade e reflexão; trabalho em equipe; ousadia para inovar; professor como mediador e facilitador do processo de aprendizagem.⁽¹⁷⁾ Por focalizar no aprender a pensar, no aprender a aprender, as metodologias ativas levam a uma aprendizagem mais complexa e significativa e facilita o desenvolvimento de competências profissionais.⁽¹⁸⁾ Ayres et al. apontaram quatro pressupostos que explicam a influência das metodologias ativas no desenvolvimento de competências: a) alunos constroem o conhecimento ativamente; b) a mudança na relação professor-aluno coloca o aluno como protagonista e responsável pelo desenvolvimento das suas competências;

c) as situações de problemas reais e desafiadores, aplicados durante a aula, segundo o processo de aprendizagem e d) a elucidação do problema, que pode ou não ter uma única resposta não é o mais importante, mas sim, o processo de aprendizagem.⁽¹⁸⁾

Estratégias ativas de aprendizagem oferecem diferentes formatos, sempre envolvendo os alunos de forma participativa e proporcionando um aprendizado mais significativo. Dentre essas estratégias destacam-se: a aprendizagem baseada em problemas (PBL - *problem-based learning*); a problematização; a aprendizagem baseada em projetos (*project-based learning*); a instrução por pares (*peer-instruction*); a sala de aula invertida (*flipped classroom*); o torneio de jogos em equipes (*teams-games-tournament*) e a aprendizagem baseada em equipes (TBL - *team-based learning*).⁽¹⁵⁾ Diante dessa ampla variedade de recursos, os professores têm a liberdade de fazer escolhas e combinações que melhor se adequam aos seus objetivos de aprendizagem.

1.1 Aprendizagem baseada em equipes ou *team-based learning*

Dentre diversas estratégias ativas de ensino, uma que vem ganhando destaque é o *team-based learning* (TBL). O TBL é uma metodologia ativa com fundamentação teórica no construtivismo, que objetiva promover atividade significativa para a aprendizagem, comunicação, autoaprendizagem, resolução de problemas complexos e pensamento crítico para a tomada de decisão.⁽¹⁹⁻²¹⁾

É uma estratégia educacional focada no aluno e possibilita a participação ativa dos estudantes no seu próprio processo de aprendizagem e no processo dos membros da equipe, propiciando uma aprendizagem reflexiva, experiencial e cooperativa.⁽²²⁾ A compreensão de conceitos e processos complexos se dá através de uma aprendizagem mais profunda, que acontece na colaboração entre os alunos e nas discussões de problemas, exigindo um papel argumentativo do aluno.⁽²³⁾ O TBL foi desenvolvido na década de 70 por Larry Michaelsen em cursos de administração, com enfoque em grandes classes.⁽²⁰⁾ Atualmente, vem sendo utilizado em muitos cursos de saúde como medicina, enfermagem e farmácia, entre outros.⁽²¹⁾

O governo americano, em 2001, implantou o ensino através do TBL nas ciências da saúde, treinando um considerável contingente de professores, principalmente no ensino em medicina.⁽²¹⁾ Esse investimento significativo na implantação do TBL aconteceu devido a uma vasta quantidade de pesquisas apontando para os

inúmeros benefícios e a eficácia do TBL como estratégia de ensino, além da aceitação positiva por parte de estudantes e professores.⁽²⁴⁻²⁸⁾

Apesar da metodologia de ensino TBL ser sustentada empiricamente, ainda carece de pesquisas para preencher lacunas existentes. Em uma revisão de escopo,⁽²⁹⁾ cujo objetivo foi explorar o uso do TBL no ensino de enfermagem, foi identificada a escassez de ensaios clínicos randomizados nos estudos com esta metodologia de ensino. Dos 41 estudos incluídos na pesquisa, apenas três eram ensaios clínicos. Corroborando com esses achados, Reimschisel et al.⁽³⁰⁾ em uma revisão sistemática sobre TBL no ensino de profissionais de saúde, objetivaram identificar lacunas com o intuito de orientar futuras pesquisas e observaram que, apesar dos estudos sobre TBL terem triplicado entre os anos de 2011 e 2016, poucas pesquisas enfatizaram o ensaio clínico nesta área.⁽³⁰⁾ Esses autores chegaram a esse entendimento, já que dos estudos incluídos na revisão, apenas um era ensaio clínico. Semelhante a esses resultados, Sisk⁽³¹⁾ realizou uma revisão sistemática, na qual 17 estudos foram incluídos e os resultados demonstraram que, dentre os estudos, nenhum deles era de ensaio clínico, o que levou o autor a apontar a necessidade de mais estudos experimentais nesta área.⁽³¹⁾

Currey et al. também apontaram outros hiatos nas pesquisas.⁽³²⁾ Um exemplo é que a maioria dos estudos se limita à graduação. Na pesquisa desses autores foram incluídos 41 estudos, dos quais apenas quatro foram com alunos de pós-graduação. Esses autores observaram ainda que apenas dois estudos avaliaram os resultados do TBL em formato único, identificando outra limitação sobre diferentes formas de aplicação desta metodologia de ensino.

Ao se focar no ensino da Psicologia, diversos autores⁽³³⁻³⁶⁾ apontaram a escassez de estudos com TBL nesta área do conhecimento, ressaltando a lacuna existente de pesquisas e o conhecimento de sua aplicabilidade. Tal ausência de informação gera incertezas sobre o emprego efetivo dessa estratégia de ensino. A ampla gama de pesquisas concentra-se nas áreas de medicina e enfermagem principalmente, além de odontologia, farmácia entre outros.^(24,30,37,38)

Considerando o desafio no treinamento e desenvolvimento de competências do psicólogo, assim como a importância de habilidades de CC para a prática psicoterápica e a escassez de literatura e de pesquisas com uso do TBL no campo da psicologia, o presente estudo se propõe a contribuir com a construção do conhecimento sobre o uso de uma estratégia ativa, o TBL, no ensino da CC.

1.2 Objetivos

1. Avaliar a aquisição do conhecimento, em psicólogos e estudantes de psicologia, da conceitualização de caso transversal em Terapia Cognitivo-comportamental, utilizando o *team-based learning* como metodologia de ensino.
2. Submeter os instrumentos de avaliação (pré e pós-testes) utilizados no *team-based learning* à validação de conteúdo.
3. Avaliar a possibilidade do uso do *team-based learning* em formato único e online para ensino de Conceitualização de Caso;
4. Identificar a eficácia do uso do *team-based learning* em formato único e online para ensino da Conceitualização de Caso;
5. Comparar os resultados da aplicação de duas modalidades de ensino: o *team-based learning* e o ensino tradicional (aula expositiva);
6. Identificar a percepção e satisfação dos psicólogos com o método de ensino *team-based learning*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

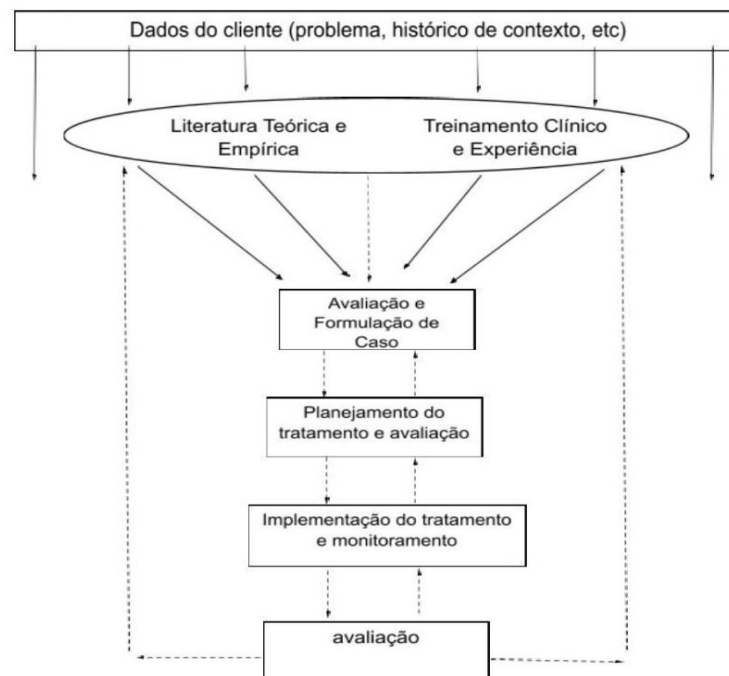
2.1 Conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental

A TCC é um modelo de psicoterapia desenvolvido por Aaron Beck, na década de 60, inicialmente para o tratamento da depressão, porém ao longo dos anos foi sendo comprovada sua eficácia para vários transtornos psiquiátricos. Trata-se de uma abordagem de curto prazo, com sessões estruturadas, focada em metas e soluções de problemas, tendo como objetivo principal a mudança de padrões comportamentais e cognitivos desadaptativos. A TCC parte do pressuposto que os pensamentos influenciam os comportamentos e as emoções e, portanto, contribuem para a manutenção de transtornos psiquiátricos.⁽³⁹⁾

A TCC é o tratamento psicoterápico mais amparado por pesquisas científicas, por este motivo, houve nos últimos anos, um aumento considerável de procura por cursos, treinamentos e supervisão de terapeutas nessa abordagem, pois a entrega de uma TCC de qualidade pelo psicólogo requer o conhecimento e treinamento adequados de sua prática baseada em evidências.⁽⁴⁰⁾

Na prática da psicologia existe atualmente um movimento a favor da prática da psicologia baseada em evidências (PPBE), o que implica em pautar a conduta e a escolha de intervenções clínicas na experiência do terapeuta treinado, nas preferências do paciente e nas práticas com base em dados empíricos. Portanto, a tomada de decisão pela PPBE deve ser feita a partir de três diretrizes: as melhores evidências disponíveis, a expertise clínica do terapeuta e a idiosincrasia do paciente.⁽⁴¹⁾ Desta forma, ao traduzir a PPBE para a TCC, pode-se dizer que esta psicoterapia se baseia em dados empíricos descritos especialmente nos protocolos para tratamento de problemáticas específicas⁽⁴⁾ como também na CC, que parte dos protocolos para o planejamento de um tratamento mais individualizado do paciente.⁽⁴²⁾ Entende-se que uma conceitualização bem feita inclui aspectos do desenvolvimento da pessoa e da sua funcionalidade atual, da cultura e do contexto, bem como, modelos cognitivos e protocolos de tratamento, que são pautados em dados empíricos.⁽⁴⁾ A CC descreve os problemas do paciente e explica, a partir de teorias psicológicas, as causas e a manutenção dos problemas.⁽⁶⁾ Desta forma, pode-se dizer que a CC se refere a uma estratégia terapêutica que visa compreender as dificuldades atuais do paciente, desde sintomas, diagnósticos a comportamentos disfuncionais. Inclui ainda padrões mal

adaptativos que contribuem para as dificuldades, desde a origem desses padrões mal adaptativos, até como esses padrões são mantidos, prevendo desafios e obstáculos ao tratamento. Nesse sentido, tem um poder explicativo sobre os problemas ou o transtorno e um poder preditor antecipando obstáculos e facilitadores para o êxito do tratamento, assim como um planejamento de tratamento efetivo,⁽⁴³⁾ sendo considerado um mapa que guia todo o tratamento e a escolha de intervenções.⁽³⁾ A CC foi considerada por Kuyken et al. “o coração da prática baseada em evidências”.⁽⁴⁴⁾ A figura 1 retrata o papel central da CC, na explicação dos problemas apresentados pelo paciente à luz de conceitos teóricos e na elaboração do plano de tratamento. Isto é, um modelo que mostra o processo de passagem da coleta de dados do paciente aos resultados clínicos.⁽⁷⁾



Fonte: Page AC, Stritzke WG, McLean NJ. Toward science-informed supervision of clinical case formulation: A training model and supervision method. Aust Psychol. 2008;43(2):88–95.⁽⁷⁾

Figura 1. Modelo da prática científica de psicologia clínica

A CC pode ser formulada em vários níveis. Kuyken et al.,⁽⁴⁾ descrevem três níveis. O primeiro deles é denominado CC descritiva e realizado principalmente no início da terapia para descrever a relação entre os problemas apresentados pelo paciente e seus pensamentos, emoções, respostas fisiológicas, comportamentos. Isso ajuda compreender, diante de uma situação-gatilho, o que acontece internamente com o

paciente e como ele reage. O segundo nível é a CC transversal (na qual o presente artigo se debruça) onde o foco é explicar como os problemas são desencadeados, ou seja, os gatilhos e como eles são mantidos, ou seja, porque o paciente continua a ter aquele problema, o que o impede de melhorar. E, por fim, a CC longitudinal apresenta uma hipótese de como a história de vida daquele paciente contribui para os problemas atuais, para seu padrão de funcionamento desadaptativo e quais fatores de proteção o paciente desenvolveu ao longo da vida, o que explicaria por que esse paciente não está pior assim como o que o ajudou a lidar com seus problemas. Em seu mais recente artigo, Padesky ilustrou a construção dos dois primeiros níveis de CC, apontando que esses dois níveis são mais facilmente aprendidos pelos terapeutas e essenciais para o planejamento do tratamento, pois são empregados para uma variabilidade de clientes com diversos transtornos psiquiátricos.⁽⁴⁵⁾

Pela sua importância no processo terapêutico a CC, também conhecida como formulação de caso, não é exclusiva da abordagem da TCC, mas sim utilizada por diversas abordagens em psicologia.⁽³⁾ Em TCC, a CC é amplamente aceita na prática clínica e também considerada essencial, pois informa sobre o tratamento e as estratégias de intervenção mais eficazes, contribuindo para um tratamento mais efetivo e com menor custo.^(8,46) A esse exemplo, tem-se um relatório desenvolvido em 2007 pelo Departamento de Saúde do Reino Unido que aponta que a construção da CC e do plano de tratamento é uma competência chave em TCC.⁽⁴⁷⁾ Outro exemplo de sua importância é verificado ao identificar que entre as habilidades avaliadas no instrumento mais usado no cenário mundial (escala de terapia cognitiva - CTS)⁽⁴⁸⁾ e sua versão revisada – escala de terapia cognitiva revisada (CTS-R)⁽⁴⁹⁾ para avaliar competências de terapeutas cognitivo-comportamentais, a CC está incluída.

Além de ser fundamental para a compreensão e planejamento do tratamento, alguns autores sugerem ainda que a CC está relacionada à eficácia do tratamento.⁽⁵⁰⁾ Abel et al.⁽⁵¹⁾ pesquisaram a relação entre ganhos terapêuticos repentinos de pacientes deprimidos e a eficácia dos terapeutas em construir CC. Este estudo foi conduzido como uma análise secundária do estudo de CoBalt, um ensaio clínico randomizado (N=156), que examinou a eficácia clínica e o custo-efetividade da TCC como um tratamento adjuvante à farmacoterapia para pessoas com depressão resistente ao tratamento em cuidados primários. Na pesquisa de Abel, os participantes receberam TCC por até 18 sessões, por terapeutas treinados e avaliados sobre sua competência de CC, e foram avaliados quanto aos sintomas depressivos antes e após o tratamento, bem como em acompanhamento após 6 e 12 meses após o tratamento. Os resultados

mostraram que 54% dos participantes experimentaram ganhos repentinos e estes relataram severidade na depressão menor durante o acompanhamento de 12 meses. Além disso, os dados apontaram que os pacientes que apresentaram melhora repentina recebiam tratamentos de terapeutas hábeis em CC. Easden e Fletcher⁽⁴⁶⁾ realizaram uma investigação sobre a relação entre competência em CC e resultados na psicoterapia. A pesquisa empregou a Escala de Avaliação da Conceitualização (CRS) para uma análise sistemática da competência do terapeuta na formulação do caso. Isso envolveu a análise de 225 gravações, em DVD, de sessões de terapia ao vivo, nas dez primeiras sessões de tratamento. Os resultados revelaram que a habilidade do terapeuta na formulação do caso explicou 40% da variação nos pacientes e 19% da variação entre diferentes pacientes, relacionando-se a uma melhoria significativa e positiva nos escores do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). O estudo forneceu evidências de que o aprimoramento da competência do terapeuta, na aplicação da formulação do caso na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), está associado a uma redução mais substancial dos sintomas depressivos.

Devido ao seu papel fundamental, há uma preocupação com a qualidade e confiabilidade das CCs. Sendo assim, alguns instrumentos foram construídos para avaliar a qualidade da CC. Em seu estudo de revisão sistemática, Bucci et al.,⁽⁵²⁾ descreveram as várias escalas utilizadas na avaliação da CC, porém nem todas mostraram-se eficazes para a avaliação da qualidade da CC. A Escala de Classificação de Codificação de CC; Conteúdo de Formulação de Caso e Lista de Verificação da Qualidade de Formulação de Caso foram as mais robustas para a avaliação da qualidade de CC. Page et al.,⁽⁷⁾ descreveram um modelo de treinamento para o desenvolvimento da competência de formulações de caso, embasado em evidências científicas, e discute as formas como a supervisão clínica pode contribuir para o desenvolvimento da competência de formulações. Para isto, desenvolveram uma metodologia para avaliar e mensurar as competências dos supervisionados na formulação de casos, a fim de prover *feedback* normativo. A pontuação da CC foi realizada a partir da identificação dos seguintes critérios: lista de problemas; fatores de predisposição; fatores precipitantes; fatores de manutenção; conceitualização provisória e obstáculos ao tratamento e pontos fortes. Kuyken et al.⁽⁴⁾ desenvolveram a *Collaborative Case Conceptualization Rating Scale* (CCCRS), uma escala que contempla, além da CC transversal, a descritiva, longitudinal, o processo de colaboração, empirismo e adição de pontos fortes dos clientes, porém ainda não foi traduzida e validada no Brasil. Durante um *workshop* sobre formulação de caso, com 115 profissionais da saúde, no qual o objetivo foi avaliar se os

participantes poderiam produzir CC confiáveis, a partir do uso do diagrama de conceitualização de Beck⁽¹⁾, as CC foram comparadas umas às outras, entre os participantes e depois, comparadas com uma CC de referência. Para realizar essa avaliação Kuyken et al.⁽⁴⁴⁾ utilizaram a *Quality of Cognitive Case Formulation Rating Scale* e, alguns elementos, foram avaliados através do Método de Codificação de Conteúdo de Formulação de Caso de Eells et al.⁽⁵³⁾ Os resultados demonstram que os participantes conseguiram concordar entre si com o referencial em aspectos mais descritivos da conceitualização, porém houve uma menor taxa de concordância em relação a aspectos inferências e que níveis de experiência e qualificação, como a certificação do terapeuta, foram associadas com a qualidade e confiabilidade das formulações.

No Brasil, há apenas uma escala que é culturalmente adaptada nas suas duas versões, a CTS e a sua versão revisada, a CTS-R,⁽⁴⁹⁾ porém essa escala não é exclusiva para a avaliação da CC. A CTS-R mensura outras 12 competências terapêuticas como ritmo, efetividade interpessoal, descoberta guiada entre outras, tendo apenas um item para a avaliação da CC. Outra dificuldade para o uso dessa escala, em qualquer uma de suas duas versões, é que sua utilidade principal é custosa e demorada, já que tem como objetivo avaliar desempenho profissional a partir da observação direta, ou seja, consiste na avaliação a partir da gravação de uma sessão inteira de terapia.

Embora a CC seja uma estratégia importante e uma competência central do terapeuta em TCC, entende-se que seu aprendizado é desafiador, já que terapeutas novatos apresentam dificuldades em compreender e terapeutas experientes relatam ser a habilidade que menos desenvolvem.^(43,45,51) Sudak⁽⁸⁾ afirma que a integração entre a conceitualização e o planejamento do tratamento é uma habilidade de nível superior no treinamento de psicólogos e que diversos autores notam ser uma área deficitária em muitos iniciantes.

Respalando o que foi descrito acima, a literatura aponta a importância do desenvolvimento de competências para o terapeuta cognitivo-comportamental como um aspecto essencial no treinamento deste profissional.⁽⁸⁾ O termo competência engloba a combinação entre conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA). Conhecimento refere-se a compressão de constructos teóricos, enquanto a habilidade é a capacidade de aplicar o conhecimento e atitude diz respeito à reflexão, o que favorece a empatia, respeito e colaboração.⁽⁵⁴⁾ No que concerne à aquisição de competências, Bennett-Levy⁽⁵⁵⁾ desenvolveu um modelo que busca explicar como tal processo acontece e orientar a escolha de estratégias educacionais. O modelo construído pelo autor diferencia três sistemas implicados no processo de aquisição de

competências. O primeiro deles é o sistema declarativo, que se ocupa em identificar e compreender o “saber como”, relativo ao processo de aquisição de conhecimentos e de informações, que servem de base para o desenvolvimento dos outros sistemas. O segundo refere-se ao sistema processual, ou seja, o “saber como fazer e quando fazer”. O sistema processual está articulado com o sistema citado acima, levando o indivíduo à aplicação do conhecimento declarativo.

Segundo Bennett-Levy⁽⁵⁶⁾ após a aquisição de competências pelos primeiros dois sistemas, a do saber como fazer e a do quando fazer, o desenvolvimento do sistema reflexivo é o que vai promover o refinamento das habilidades e do conhecimento declarativo e processual. Portanto, trata-se de uma meta competência, que permite ao terapeuta tornar-se expertise e alcançar níveis mais elevados de proficiência. Dessa forma, estabelece-se a ideia de que para terapeutas, sejam eles iniciantes ou experientes, o terceiro sistema, é imprescindível para fomentar e lapidar competências clínicas. Portanto, a aprendizagem experiencial e reflexiva é considerada uma estratégia potente no ensino de adultos, que contribui no desenvolvimento de habilidades dentro do contexto clínico.^(40,57)

2.2 Aprendizagem baseada em equipes ou *team-based learning*

O TBL é uma metodologia ativa, com fundamentação teórica no construtivismo, que objetiva promover atividade significativa para a aprendizagem e possibilita o desenvolvimento da comunicação, auto aprendizagem, resolução de problemas complexos e desenvolvimento de pensamento crítico para a tomada de decisão.⁽¹⁹⁻²¹⁾ É uma estratégia educacional focada no aluno e possibilita a participação ativa dos estudantes no seu próprio processo de desenvolvimento, propiciando um aprendizagem reflexiva, experiencial e cooperativa.⁽²²⁾ A compreensão de conceitos e processos complexos se dá através de uma aprendizagem mais profunda, que acontece na colaboração entre os alunos e nas discussões de problemas, exigindo um papel argumentativo do aluno.⁽²³⁾

O TBL foi desenvolvido na década de 70 por Larry Michaelsen em cursos de administração, com enfoque em grandes classes.⁽²⁰⁾ Atualmente, vem sendo utilizado em muitos cursos de saúde como medicina, enfermagem e farmácia.⁽²¹⁾ O governo americano, em 2001, implantou o ensino através do TBL nas ciências em saúde, treinando um grande número de professores, principalmente de ensino em medicina.⁽²⁰⁾

Nesse método de ensino, vários grupos pequenos (de 5 a 7 alunos) são incorporados em uma única sala de aula, com um único instrutor, para discutir problemas que promovem raciocínio complexo, debate e "controvérsia construtiva". Este método maximiza a preparação e participação dos estudantes e promove altos níveis de desempenho da equipe.⁽⁵⁸⁾ Diferente do ensino tradicional, em que os professores buscam a melhor forma de apresentar fatos e ideias aos alunos com intuito de ensiná-los, no TBL o instrutor tem como foco principal o aprendizado dos alunos. Para isto, a ênfase está em desenvolver atividades em sala de aula, para que cada grupo participe ativamente, construindo o próprio conhecimento, assim como desenvolvendo habilidades através dessa experiência.⁽⁵⁹⁾

Desta forma, a principal e mais desafiadora mudança, é adotar uma abordagem diferenciada do que deve ocorrer em sala de aula. Em vez de considerar apenas como ensinar, é preciso focar em como otimizar a aprendizagem dos estudantes. Nesse contexto, o instrutor de TBL tem como meta guiar os grupos, facilitar seu desenvolvimento e administrar o ambiente da sala de aula de modo a não comprometer o processo de aprendizagem.⁽⁶⁰⁾

2.2.1 Etapas da aprendizagem baseada em equipes

A sessão de TBL é constituída de algumas etapas, que devem ser seguidas imprescindivelmente. Essas etapas são descritas a seguir e representadas na figura 2.



Figura 2. Etapas da aprendizagem baseada em equipes

Etapa 1 – Preparação

Consiste na preparação prévia e individual dos alunos, através do estudo de materiais, disponibilizados pelo professor (tarefa pré-classe), que podem ser textos curtos, vídeos, filmes, experimentos, entrevistas, capítulos de livros, apostilas, slides etc., ⁽⁶¹⁾ nos quais os alunos devem ser responsáveis por esta etapa, concentrando-se no material previamente.⁽²⁰⁾ Essa fase visa garantir que os alunos tenham contato com informações básicas essenciais, que serão necessárias durante a aula.⁽⁵⁸⁾

É responsabilidade dos estudantes se prepararem individualmente para colaborar no trabalho em grupo. Segundo Bollela et al.,⁽²⁰⁾ a etapa de preparação individual prévia é crucial, uma vez que sem esta preparação, os alunos podem ter dificuldades em participar das atividades no grupo, o que pode prejudicar a coesão e sobrecarregar seus colegas. Para garantir tempo hábil para essa preparação, é recomendável disponibilizar o material com antecedência, preferencialmente entre três e cinco dias antes da segunda fase.

Etapa 2 – Avaliação da garantia de preparo (*readiness assurance test* - (RAT))

A segunda etapa do processo consiste na Garantia de Preparo, a qual acontece em sala de aula e tem como objetivo verificar a compreensão do conteúdo estudado previamente. Esta etapa é constituída por quatro fases, sendo considerada uma estratégia fundamental para o aprendizado efetivo, já que permite sondar possíveis dificuldades dos alunos quanto à compreensão dos conceitos estudados e corrigi-las antes de avançar para a etapa de aplicação desses conceitos. Além disso, o RAT contribui para manter os alunos motivados a se prepararem previamente, já que a aplicação constante dessa etapa funciona como um sistema de recompensa e facilita que o aluno, ao estudar os conceitos, aprenda e memorize para aplicar na sala.⁽⁶¹⁾

Fase 1- Teste de prontidão individual (*iRAT - individual readiness assurance test*): nesta primeira fase, a verificação da compreensão de conhecimento dos conceitos, estudados na etapa 1, acontece através de um teste individual, no qual os alunos respondem um questionário constituído por 10 a 20 questões, aproximadamente, a respeito dos conceitos mais relevantes do material estudado,⁽²⁰⁾ sendo ele de múltipla escolha, com um tempo de realização entre 10 a 15 minutos. As questões devem ser elaboradas, com base nos níveis mais simples da taxonomia de Bloom, a fim de que o aluno possa mostrar sua compreensão dos conceitos, portanto não devem ser apresentadas questões de aplicação de conceitos.⁽⁶¹⁾ Neste momento, o aluno tem a

oportunidade de avaliar o próprio conhecimento e identificar pontos que precisam ser aprendidos.

Fase 2 - Teste de prontidão em grupo (gRAT - *group readiness assurance test*): nesta fase, os alunos são alocados em grupos para responderem, novamente, o questionário da fase 1. As equipes são agrupadas de forma heterogênea, por 5 a 7 integrantes, que serão mantidas durante toda aplicação do TBL.⁽⁶¹⁾ Neste momento, os alunos discutem sobre as questões do teste, argumentando suas escolhas até chegarem em um consenso das respostas. Esta atividade proporciona aos integrantes do grupo a oportunidade de revelarem suas dúvidas e compartilhar seus conhecimentos e habilidades, contribuindo para o desenvolvimento dos colegas, e garantindo uma maior compreensão dos conceitos estudados.⁽²⁰⁾ Na aplicação do TBL presencial, existe uma folha de resposta, onde os alunos escolhem uma resposta e raspam a ficha para conferir se acertaram. Caso tenha errado a resposta, podem escolher outra e raspar novamente. Quanto mais respostas raspadas, menor é a pontuação da resposta certa.^(20,59,62)

Essas duas etapas de aprendizagem colaborativa iRAT e gRAT são impulsionadas para assegurar a prontidão dos alunos, capacitando-os para se envolverem na resolução de problemas da próxima fase. Também permite ao instrutor identificar as áreas em que os estudantes demonstraram maior ou menor domínio do conhecimento.⁽⁶¹⁾ Nesta fase o professor deve incentivar os alunos a compartilhar e justificar suas escolhas, provocando uma discussão argumentativa entre as equipes e evitando que as equipes escolham respostas aleatoriamente.^(59,62)

Fase 3 - Apelação: assim que finalizado os RATs, as equipes podem entrar com a apelação, que consiste em reivindicar questões mal elaboradas, respostas incorretas ou inconsistências com o material pré-classe. Para isto, os alunos precisam apresentar provas embasadas e o professor discute e apresenta os esclarecimentos, tirando qualquer dúvida.⁽⁶³⁾ A apelação deve ser feita por escrito, em formulários apropriados contendo: a) argumentação e sugestões de melhoria, pautadas em referência bibliográficas e b) um novo formato de pergunta com a resposta correta.⁽²⁰⁾

Fase 4 - *Feedback* do professor: antes de iniciar a etapa 3 (aplicação de conceitos), o professor deve analisar os resultados individuais e em grupo (iRAT e gRAT), identificando os pontos de maiores dificuldades que talvez ainda precisem ser esclarecidos a respeito dos conceitos fundamentais necessários para a próxima etapa, oferecendo *feedback* simultaneamente a todos os participantes. Para isto, pode-se incentivar um grupo que tenha compreendido melhor os conceitos e incentivar este grupo

a explicar aos outros grupos. Havendo necessidade, o professor pode ainda apresentar uma miniaula, esclarecendo apenas os tópicos ou as informações que os alunos não entenderam. O conteúdo que já foi compreendido pelos grupos não precisa ser abordado.^(20,61) Durante o *feedback* ou miniaula, o professor pode oferecer exemplos e experiências pessoais, contribuindo para os alunos sintetizarem a partir do conhecimento já adquirido.⁽⁴²⁾

Etapa 3 – Aplicação

A terceira etapa consiste na aplicação dos conceitos aprendidos para resolução de questões apresentadas através de cenários relevantes e comuns na prática profissional, chamadas de "exercícios de aplicação" (EA).⁽⁶¹⁾ Durante esta fase, os estudantes são incentivados a realizar inferências, análises, sínteses e interpretações em equipe, aplicando seus conhecimentos práticos por meio da discussão de casos.^(22,64) Esta etapa favorece que os estudantes desenvolvam suas habilidades de pensamento colaborativo, considerando perspectivas alternativas, educando os outros e comunicando-se efetivamente, garantindo a apresentação de suas próprias perspectivas.⁽⁶¹⁾ Os AEs devem ser projetados a progredir em nível de dificuldade e alcançar níveis mais altos da Taxonomia de Bloom, à medida que os alunos dominam o tópico. Os exercícios são elaborados com a finalidade de ajudar os alunos a obter uma compreensão profunda do material e permitem oportunidades para discussão em equipe.⁽⁶¹⁾

Para a realização dessa etapa, os alunos são agrupados novamente, mantendo-se a formação original, ou seja, os mesmos grupos do gRAT. O professor apresenta um AE, orienta sobre o tempo de realização do exercício, e fornece instruções claras de como realizá-lo e dos materiais a serem utilizados assim como fichas que precisam ser preenchidas.⁽⁶¹⁾ Logo após, os participantes discutem e aplicam os conceitos, aprendidos nas outras fases, e buscam chegar a um consenso sobre a resposta correta. Durante a discussão nas salas, pode ser que algumas equipes tenham dúvidas conceituais para a aplicação. É recomendado que o professor não transmita essas informações aos alunos nos grupos, mas que envolva todos os grupos por um momento, em uma breve discussão, esclarecendo as dúvidas conceituais que podem ter surgido, sempre com a ajuda das equipes.⁽⁴²⁾

Assim que todos os grupos finalizam a atividade, ou ao final do tempo determinado, as respostas do exercício são apresentadas pela equipe, simultaneamente, através do representante do grupo, o qual pode utilizar diversos recursos como cartões, quadros brancos ou recursos *online*.⁽⁶⁵⁾ Para estimular a discussão dos grupos, é

interessante que as equipes apresentem respostas divergentes. Caso isso não aconteça, o professor pode estimular o debate solicitando descrições sobre como chegaram àquele resultado, baseado em qual justificativa,⁽²⁰⁾ pois o essencial da discussão é que os alunos demonstrem uma boa compreensão dos conceitos e a capacidade de aplicá-los. A discussão também deve concentrar-se na tomada de decisão e a argumentação deve explicá-la, ao invés de concentrar-se na resposta correta.⁽⁶⁵⁾

Durante a discussão nas salas, pode ser que algumas equipes tenham dúvidas conceituais para a aplicação. É recomendado que o professor não transmita essas informações aos alunos nos grupos, mas que envolva todos os grupos, por um momento, em uma breve discussão, esclarecendo, com a ajuda das equipes, as dúvidas conceituais.⁽⁴²⁾

É fundamental que o exercício de aplicação seja orientado por quatro princípios denominados 4S 's. Esses princípios referem-se a:

1. *Same problem* (mesmo problema): todas as equipes trabalham no exercício de aplicação sobre o mesmo problema e ao mesmo tempo. Atribuir o mesmo problema contribui para o interesse no momento da discussão entre equipes. O ideal é que o problema seja desenhado com o intuito de levar várias equipes a diferentes tipos de respostas, o que possibilita e favorece a discussão e a apresentação das respostas.
(24,62,65,66)

2. *Significant problem* (problema significativo): O problema deve ser significativo para os alunos. Para isso, é fundamental que esteja relacionado a situações que os alunos provavelmente enfrentarão ou que seja fundamental para a próxima etapa do curso. O problema deve gerar debate intra e intergrupos, contribuindo para que os participantes estejam motivados a resolvê-lo.^(24,65,66)

3. *Specific problem* (escolha específica): as alternativas contidas no exercício de aplicação devem ser claras e específicas, referentes aos conceitos estudados anteriormente (etapas 1 e 2), que promovam um aprofundamento do conhecimento conceitual sobre o tema estudado, levando a um nível mais alto de aprendizagem.^(24,62,66)

4. *Simultaneously report* (relatos simultâneos): é importante que as respostas sejam comunicadas simultaneamente, a fim de fornecer *feedback* imediato aos grupos, evitando que equipes alterem suas escolhas iniciais. Essa comunicação simultânea promove a construção de uma controvérsia construtiva entre as equipes, pois elas precisam defender os diferentes pontos de vista a partir de suas respostas.^(24,62,65)

Etapa 4 – Avaliação por pares

Nesta etapa, os integrantes do grupo avaliam uns aos outros, com base na contribuição à equipe. O ideal é que o *feedback* seja qualitativo e quantitativo, podendo ser de forma anônima, porém a forma aberta é mais recomendável. É comum que no início os alunos tenham resistência em realizar essa atividade, mas é fundamental que o professor continue incentivando, pois com a regularidade, os alunos vão ganhando mais habilidades em oferecer *feedbacks* construtivos e específicos. Para realizar essa avaliação, o aluno deve distribuir o total dos pontos entre todos os integrantes do grupo, sendo que a soma da pontuação de todas resulte em 100. A avaliação é uma etapa importante, pois só os membros do grupo conhecem com clareza o desempenho de cada um na hora das atividades.^(20,62,66)

Avaliação no TBL

O processo de avaliação, ao longo da aplicação do TBL, acontece através de diferentes estratégias, assim como em momentos distintos. As avaliações individuais acontecem mediante o iRAT e autoavaliação, enquanto as avaliações em grupo são realizadas por meio do gRAT, pelo exercício de aplicação e pela avaliação por pares. São atribuídos pesos variados na avaliação de cada teste. Em virtude da importância do trabalho em equipe na metodologia TBL, as atividades em grupo são ponderadas com maior ênfase na avaliação geral, especialmente no exercício de aplicação. A alocação de pesos em cada avaliação é definida em conjunto com os estudantes, que recebem uma faixa percentual e negociam a distribuição entre as avaliações.⁽²⁰⁾

Importância de equipes:

A aprendizagem ativa é reconhecida por promover uma aprendizagem mais efetiva e duradoura em adultos. Um importante recurso para o alcance desse objetivo, são as discussões em pequenos grupos, que acontecem nas estratégias do *team-based problem* assim como no TBL. Esse recurso parte do pressuposto que a discussão em pequenos grupos é capaz de integrar conhecimentos adquiridos a novos conhecimentos.⁽⁶⁷⁾ Partindo dessa premissa, no TBL existe uma ênfase no desenvolvimento de equipes, pois essa metodologia educacional se diferencia de outras formas de trabalho em pequenos grupos, já que envolve o desenvolvimento e utilização de equipes como parte do processo de aprendizagem, onde a equipe é considerada como uma estratégia de ensino. Um grande desafio no TBL é construir equipes de aprendizagem com alto rendimento que permita o máximo de aprendizagem. Para que um grupo possa ter um alto rendimento, é fundamental que seus participantes

estejam motivados a realizarem discussões abertas, intra e intergrupos, sempre relacionado ao conteúdo da aula.⁽⁵⁹⁾

Desta forma, o intuito é desenvolver equipes de alto rendimento, através da coesão e confiança dos participantes. Por coesão entende-se ser “o grau em que os membros de um grupo são atraídos uns pelos outros e comprometidos com a realização dos objetivos do grupo” (Michaelson et al.)⁽⁵⁹⁾ Para a facilitação e desenvolvimento da adesão nos grupos de TBL, é fundamental seguir quatro princípios fundamentais, conforme descritos no Quadro 1:

Quadro 1. Princípios da aprendizagem baseada em equipes

Princípios da aprendizagem baseada em equipes	Descrição
1. Os grupos devem ser devidamente formados e geridos.	É importante que as equipes sejam formadas de maneira equilibrada e com base em habilidades, conhecimentos e experiências prévias, seguindo a premissa de heterogeneidade no grupo. Essas equipes são geralmente compostas por cerca de 5 a 7 alunos que se mantém até o final do curso.
2. Os alunos devem responsabilizar-se pela qualidade do seu trabalho individual e de grupo	Cada membro da equipe deve ser responsável pelo seu próprio desempenho e contribuir para o desempenho da equipe como um todo, principalmente na preparação individual antes da aula.
3. Os alunos devem receber <i>feedback</i> frequente e oportuno	O <i>feedback</i> imediato é o principal impulsionador do processo de ensino e aprendizagem, tendo um impacto direto no desenvolvimento da equipe. Quando o <i>feedback</i> é imediato, os alunos conseguem distinguir claramente entre as estratégias eficazes e não eficazes, o que aumenta o impacto positivo da TBL na aprendizagem.
4. As atribuições da equipe devem promover tanto o aprendizado quanto o desenvolvimento da equipe	Deve-se garantir a interação no grupo, favorecendo a utilização de conceitos para tomarem decisões em conjunto e evitando tarefas que possam ser divididas entre os membros.

TBL: aprendizagem baseada em equipes.

Fonte: Michaelson LK, Parmelee DX, McMahon KK, Levine RE. Team-Based Learning for Health Professions Education: A Guide to Using Small Groups for Improving Learning Herndon. Southbridge: Stylus Publishing; 2007.⁽⁵⁹⁾

O primeiro princípio refere-se à formação dos grupos, sendo essencial a participação de grupos menores, que aumenta a coesão, já que grupos maiores aumentam a probabilidade de problemas de interação e organização, e o cuidado com grupos heterogêneos mesclando competências, experiências e habilidades. O segundo princípio explicita a importância da responsabilidade individual dos participantes, tanto na sua preparação pré-aula quanto na participação ao longo das atividades. O terceiro princípio retrata a o papel fundamental do *feedback* como impulsionador do processo de ensino e aprendizagem, e que deve acontecer de forma imediata. E o último princípio retrata a necessidade de atividades que permitem interação, sendo realizados em conjunto, evitando-se atividades que possam ser realizadas de maneira individual pelos membros do grupo.

Uma regra importante para a coesão dos grupos é que o grupo seja formado e se mantenha por todo o curso, pois o tempo de interação é um fator importante para a construção da coesão.⁽⁵⁹⁾

Diretrizes para a construção e aplicação da aprendizagem baseada em equipes

Haidet et al.⁽⁵⁸⁾ com uma preocupação em manter os aspectos essenciais do TBL, na aplicação e reprodução em pesquisas, reuniu em 2005 um grupo de educadores de oito instituições, experientes na aplicação do TBL, a fim de delinear alguns *guidelines* para a implementação do TBL, apoiados em pesquisas bibliográfica e na discussão da própria experiência. Essa revisão resultou na identificação de sete elementos fundamentais na elaboração e aplicação do TBL. Esses elementos são apresentados no quadro 2 a seguir.

Quadro 2. Elementos fundamentais na elaboração e aplicação da aprendizagem baseada em equipes

Elementos	Descrição
Formação de equipe	A equipe deve ser heterogênea, sendo, portanto, formada pelo instrutor, além de conter de 5 a 7 membros. Equipes pequenas têm poucos recursos e as equipes grandes possibilitam alunos que não participam. Alunos se tornam mais motivados ao perceberem que seus recursos/conhecimento correspondem aos de outras equipes.
Garantia de Prontidão (RA)	Consiste na verificação se todos os alunos compreenderam os conceitos fundamentais, necessários para a aplicação das tarefas complexas. A primeira etapa acontece através de testes individuais, continua...

...continuação	onde os alunos respondem de 10 a 20 questões (iRAT) e logo após, com os grupos formados, respondem novamente as mesmas questões. Para isso, os alunos devem se preparar antes da aula, assumindo a responsabilidade de estudar o material enviado previamente pelo instrutor.
Feedback imediato	Logo após a realização do RAT, o grupo recebe <i>feedback</i> de suas respostas, e a pontuação de cada grupo, assim como as questões com mais e menos acertos.
Sequenciação de resolução de problema	As atividades são organizadas em sequência, partindo de objetivos mais simples, na garantia de preparo, para objetivos mais complexos, na aplicação de problemas práticos, permitindo um aprofundamento do nível de pensamento e desenvolvimento da equipe.
Os “quatro Ss”	A elaboração e estruturação do TBL deve seguir os preceitos dos 4 S’s: a) problema significativo (<i>Significant</i>) – os problemas apresentados devem retratar contextos nos quais os alunos se deparam ou irão se deparar na prática profissional; b) mesmo problema (<i>Same</i>)- as equipes devem receber o mesmo problema para trabalharem podendo ser discutido por todos após a conclusão; c) escolha específica (<i>Specific</i>) – as respostas devem ser curtas e compreensivas por todos; d) decisões Simultaneamente (<i>Simultaneously</i>)- todas as equipes devem apresentar as respostas sobre a aplicação de caso de forma simultânea através de cartões.
Estrutura de incentivos	A classificação tanto do desempenho individual, como da equipe, é um componente crítico no desempenho da preparação pré-classe. Alunos necessitam de incentivos a fim de desenvolverem comportamentos como estudo prévio, participação e comunicação na equipe, resolução de problemas com qualidade.
Revisão por pares	A revisão por pares possibilita um feedback diferenciado, o que impacta no relacionamento dos componentes da equipe. A possibilidade de um feedback negativo, também contribui para que os alunos se empenhem na preparação antes da aula, promovendo maior responsabilidade.

RA: Garantia de Prontidão. iRAT: Teste de prontidão individual. TBL: aprendizagem baseada em equipes. RAT: *Readiness assurance test*.

Fonte: Haidet P, Levine RE, Parmelee DX, Crow S, Kennedy F, Kelly PA, et al. Perspective: guidelines for reporting team-based learning activities in the medical and health sciences education literature. *Acad Med*. 2012;87(3):292–9.⁽⁵⁸⁾

Além desses elementos, um estudo de TBL também deve conter na descrição o tamanho da turma e número de participantes por equipe, a experiência anterior ou não com TBL pelo(s) docente(s), o assunto das sessões de TBL, do contexto da implementação (número de sessões ou sessão única) e, por fim, se foi realizado em um curso inteiro ou uma parte, qual tipo de curso.⁽⁵⁸⁾

2.2.2 Benefícios da aprendizagem baseada em equipes

Predominantemente os estudos sobre TBL retratam os resultados dessa estratégia metodológica em relação ao conhecimento ou desempenho acadêmico; à experiência ou satisfação dos estudantes e professores; ao engajamento e o desenvolvimento de habilidades como raciocínio clínico, comunicação e trabalho em equipe.

Em um estudo robusto, El-Banna et al.,⁽⁶⁸⁾ utilizando uma estratégia de pré e pós-teste com cinco grupos de alunos ao longo de um período de três anos (sendo as coortes 1 e 2 instruídas através de métodos tradicionais e as coortes 3, 4 e 5 instruídas através de TBL), realizaram um estudo comparativo. O objetivo era investigar as diferenças no desempenho acadêmico entre os dois tipos de abordagem de ensino, TBL e aulas tradicionais. O estudo contou com uma amostra de 338 alunos matriculados em um curso de farmacologia. Nos resultados, obtidos a partir de um exame final global semelhante, com 60 itens de escolha múltipla, foram encontradas diferenças significativas nas pontuações entre os grupos, sendo que os alunos ensinados usando o TBL obtiveram pontuações mais altas do que os alunos do grupo tradicional baseado em palestras.

Zeng et al.⁽⁶⁹⁾ conduziram um ensaio clínico aleatório que envolveu 111 estudantes de medicina do terceiro ano, para ensinar os dois tópicos de sintomatologia, com o objetivo de comparar a eficácia da estratégia do TBL (grupo experimental) com aprendizagem baseada em palestras (grupo controle). Após a aplicação das duas metodologias de ensino, foi efetuado um teste terminal individual 1 (ITT 1), com a duração de 30 minutos, em ambos os grupos, imediatamente após a conclusão do ensino e outro uma semana depois do teste terminal individual 2 (ITT 2). O conteúdo da avaliação dos ITTs consistia em perguntas de múltipla escolha, sobre casos clínicos, principalmente para examinar a capacidade dos alunos de aplicar os conhecimentos aprendidos. Os resultados demonstraram que o TBL foi superior em melhorar a aquisição de conhecimento dos alunos e que a eficácia do ensino do TBL continuou por um período mais longo do que o método de ensino tradicional. Os resultados também apontaram que o TBL beneficia tanto os alunos com alto quanto com baixo desempenho acadêmico.

Lang et al.⁽⁷⁰⁾ realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de examinar o impacto da abordagem do TBL, no ensino de farmácia na China. Foram realizadas buscas em seis bases de dados no período de 2013 a 2018 e incluídos 12

estudos, analisando 1271 estudantes de farmácia. Uma meta-análise foi conduzida de acordo com as diretrizes do Manual do Revisor Cochrane e da declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Os estudos incluídos relataram o desempenho de estudantes de farmácia em universidades ou faculdades chinesas que receberam a metodologia TBL, em comparação com aqueles que receberam o ensino tradicional baseado em palestras. Os resultados mostraram que os estudantes que receberam o TBL obtiveram pontuações mais altas nos testes teóricos em comparação com os estudantes que receberam o ensino tradicional baseado em palestras.

Methaneethorn et al.⁽⁷¹⁾ realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de comparar os resultados do TBL com as aulas teóricas tradicionais e identificar os benefícios da implementação da estratégia TBL em cursos de farmacocinética. Os pesquisadores utilizaram as bases de dados PubMed, Scopus e ERIC EBSCO e incluíram sete artigos em sua revisão. Os resultados desta revisão revelaram que a implementação do TBL em cursos de farmacocinética apontou diversos resultados positivos, incluindo maiores notas em exames, aumento do engajamento dos alunos, aprendizagem entre pares e desenvolvimento de competências.

A utilização do TBL tem sido objeto de estudos que apontam sua superioridade em relação às aulas tradicionais, não apenas em termos de aquisição de conhecimento, mas também no desenvolvimento de habilidades relacionadas à resolução de problemas, raciocínio clínico e competências clínicas. Corroborando com esta afirmação, em um estudo quase-experimental, Lee⁽⁷²⁾ teve como objetivo avaliar a eficácia do ensino de competências essenciais em enfermagem, como competências clínicas, resolução de problemas, comunicação, pensamento crítico e autoliderança, comparando aulas de TBL com aulas expositivas. Participaram 183 estudantes, sendo 95 no grupo experimental (TBL) e 88 no grupo de controle (aula expositiva). Ambos os grupos assistiram a 6 horas (2 horas semanais durante 3 semanas) de aulas TBL e expositivas. As diferenças nas competências foram comparadas antes e depois da intervenção. Ao comparar os resultados do pós-teste entre os dois grupos, foi observado que o grupo experimental apresentou pontuações significativamente mais altas em competências clínicas, competências de comunicação e auto-liderança em relação ao grupo de controle. Porém, os resultados apontaram que, embora a habilidade de resolução de problemas e a habilidade de pensamento crítico tenham sido maiores no grupo experimental do que no grupo controle, essas diferenças não atingiram significância estatística.

Endossando as informações acima, várias outras pesquisas sustentam esses resultados, demonstrando que o TBL pode ser um método mais eficaz e vantajoso em relação às aulas tradicionais para aprimorar as competências.⁽²⁴⁻²⁸⁾ Por outro lado, existem divergências nos resultados de estudos que comparam o TBL com a aula tradicional. Em uma revisão sistemática de literatura, que incluiu 12 estudos experimentais e quasi-experimentais, realizados com estudantes de licenciatura em enfermagem, objetivou-se identificar, avaliar e resumir os principais estudos sobre a eficácia da metodologia TBL na obtenção de resultados de aprendizagem. O estudo também teve como objetivo secundário explorar as competências genéricas desenvolvidas pelos estudantes, bem como suas reações e atitudes. Dos 12 estudos analisados, nove produziram resultados significativos a favor do TBL em termos de desempenho acadêmico e competências desenvolvidas, embora os resultados tenham sido divergentes quando comparados com outros métodos de ensino. Sete estudos destacaram a eficácia do TBL na melhoria do desenvolvimento de competências de comunicação, na aprendizagem interprofissional e na aprendizagem autônoma. Entretanto, houve resultados divergentes em relação à resolução de problemas e às competências de pensamento crítico. O estudo concluiu que o TBL foi eficaz para atingir os objetivos de aprendizagem dos estudantes de enfermagem, mas a evidência não é suficientemente forte para garantir que é mais eficaz do que outros métodos de ensino.⁽³⁸⁾

Outro estudo teve como objetivo avaliar o impacto da introdução do TBL na disciplina de neuroanatomia e medir a aquisição de conhecimentos e a percepção dos estudantes em relação às aulas tradicionais. Utilizando um estudo quasi-experimental, não aleatório, foram realizadas duas aulas consecutivas de TBL (grupo de intervenção, n = 157) com uma aula de TL (grupo de controle, n = 76). A aquisição de conhecimentos dos alunos foi avaliada em testes durante a disciplina e a percepção em relação ao TBL foi avaliada por meio de um questionário desenvolvido pelos autores. Os resultados mostraram que a aprendizagem em equipe foi significativamente associada a uma maior aceitação, já que 80% dos estudantes preferiram uma combinação de aulas tradicionais e TBL. Quanto à aquisição de conhecimentos, os resultados foram semelhantes entre o TBL e as aulas teóricas, de acordo com os testes.⁽⁷³⁾

Em um estudo comparativo de intervenção, Das et al.⁽⁷⁴⁾ buscaram comparar as competências de resolução de problemas de estudantes de Medicina que assistiram a uma sessão de TBL sobre teste de função de órgãos com a dos que foram ensinados sobre o mesmo tema em uma aula didática. Também avaliou a percepção dos

estudantes em relação ao TBL e se a diferença de estatuto acadêmico e gênero influenciou o resultado da aprendizagem do TBL. Participaram do estudo 100 estudantes e a avaliação foi realizada a partir de questionários com respostas curtas perguntas de múltiplas escolhas, utilizados ao final dos módulos. Os resultados não mostraram diferenças significativas entre os grupos na competência de resolução de problemas. Os alunos com baixo desempenho se beneficiaram mais do método tradicional. As alunas tiveram um melhor desempenho acadêmico após a sessão TBL em comparação com os estudantes do sexo masculino. Os alunos deram um *feedback* positivo sobre o TBL como técnica de ensino.

Tendo em vista uma porção considerável de pesquisas a respeito do TBL, os estudos sobre os efeitos do TBL a longo prazo ainda são escassos. Esses estudos, comparados com a aula tradicional, vem apontando que mesmo com a aplicação do TBL existe uma perda de conhecimento considerável comparado a testes realizados a curto prazo.

Em um estudo quase-experimental, foi avaliado a retenção de conhecimento, a curto e longo prazo, em estudantes de medicina (N=112), comparando TBL a aula tradicional, através do desempenho em testes de múltipla escolha, ao longo de 2 anos. Pode-se concluir que os resultados corroboram estudos anteriores, mostrando os benefícios do TBL para a aquisição de conhecimento. Porém, quando avaliado a longo prazo, os resultados do TBL, quanto à retenção de conhecimento, não se mantiveram e não apresentaram diferença significativa, em resultados, comparado a aula tradicional.⁽⁷⁵⁾

Em outro estudo⁽⁷⁶⁾ foi avaliado a eficácia do TBL quanto a retenção de conhecimento, após dezessete meses, comparado a aula tradicional, em um curso na Faculdade de Farmácia e Ciências da Saúde de Massachusetts. Para isto, foi aplicado um teste em 369 estudantes (147 alocados no grupo controle e 222 no grupo experimental). Os resultados apontaram que a aula teórica parece favorecer a retenção de conhecimento tanto durante o curso como a longo prazo.

Farland et al.⁽⁷⁷⁾ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar padrões de aprendizagem, desempenho e retenção de conhecimentos a longo prazo, de estudantes de farmácia, comparando a aulas tradicionais com as aulas de TBL. Participaram 128 estudantes e as aulas foram ministradas de forma remota e síncrona, tendo os estudantes acesso depois às gravações. A duração do curso foi de 7 semanas. Os alunos foram submetidos a anotar quanto tempo de gasto de estudo e realizar exames intercalares e final. A retenção de conhecimentos foi avaliada após cinco meses

da conclusão do curso e os alunos foram orientados a não se prepararem para o exame. Os resultados demonstraram que o grupo submetido ao TBL passou mais tempo estudando em comparação com grupo de alunos da aula tradicional. Outro achado foi quanto ao resultado dos exames, onde pode-se constatar não haver diferença significativa, tanto nos exames intercalares como no exame de acompanhamento (cinco meses após), nos dois grupos

Ratificando esse resultado, Bleske et al.⁽⁷⁸⁾ realizaram um estudo com o objetivo comparar os resultados de aprendizagem a longo prazo entre duas pedagogias de ensino distintas: a aprendizagem em equipe (TBL) e a aula expositiva. Para isso, foi realizado um estudo cruzado aleatório com 30 estudantes divididos em duas seções, sendo que desse total, somente 16 estudantes participaram da avaliação de retenção seis meses após o curso. Cada seção foi ensinada com seis tópicos terapêuticos, sendo três utilizando a metodologia TBL e três utilizando a aula expositiva. Após seis meses da conclusão do curso, 47 questões de avaliação foram reanalisadas em 16 alunos das turmas, sem aviso prévio. Os resultados indicaram que não houve diferenças significativas no desempenho da avaliação a longo prazo entre os formatos TBL e aula expositiva. Além disso, foi observado um declínio semelhante nos ganhos a curto prazo para ambas as metodologias nas pontuações de avaliação.

Mesmo com alguns estudos apontando divergências sobre os resultados do TBL no desenvolvimento de competências, aprendizagem, resolução de problemas, observa-se que os alunos apresentam uma avaliação bastante positiva quanto à implementação do TBL.

Em um estudo realizado por Burgess et al.⁽⁷⁹⁾ onde foi utilizado um quadro conceitual foi explorado qualitativamente a experiência de alunos e professores (n=169) com o TBL, foi verificado que o uso de testes incentivou os alunos a se prepararem e que a responsabilidade individual e o trabalho em equipe eficaz foram promovidos pelos testes individuais e em equipe. Foi também observado que testes realizados no início da aula tiveram uma influência importante em garantir que os alunos viessem preparados para a aula. O teste em equipe na TBL promoveu uma competição entre as equipes e discussões ativas dentro delas. A estrutura e as etapas na TBL promoveram a preparação e a colaboração dos estudantes. As etapas específicas em sala de aula da TBL, incluindo a pré-leitura, o teste individual e em equipe, e uma série de atividades de resolução de problemas, incentivaram os estudantes a trabalharem juntos. Os alunos foram responsabilizados pelo seu aprendizado tanto individualmente quanto como grupo, promovendo assim o desenvolvimento da equipe. Os facilitadores

sentiram que a estrutura da TBL ajudou a garantir que os alunos viessem preparados para participar de atividades conjuntas em sala de aula.

Em outro estudo Burgess teve como objetivo explorar as percepções dos estudantes em relação à sua experiência com o TBL e avaliar suas implicações em termos de recursos. Para isso, 625 estudantes de medicina dos dois primeiros anos foram submetidos a sessões semanais de TBL, com cerca de 60 estudantes por turma. O *feedback* dos estudantes foi coletado por meio de questionários contendo perguntas fechadas e abertas, sendo que 84% dos alunos do primeiro ano e 74% dos alunos do segundo ano responderam ao questionário. Os relatos apontam aspectos positivos ao TBL relativos à dinâmica de pequenos grupos, as discussões intra e inter-equipes, as interações com os facilitadores, o fornecimento de contextos clínicos pelos médicos e o processo de garantia de prontidão. As sugestões dos alunos incluíram a necessidade de melhor alinhamento das tarefas de pré-leitura, redução do tempo de aula, maior oportunidade de raciocínio clínico e mais *feedback* sobre o fluxograma mecanicista.⁽⁸⁰⁾

Um estudo quase experimental, comparou-se os resultados de aprendizagem e a satisfação dos alunos de uma disciplina de bioquímica clínica, utilizando a modalidade TBL (33 participantes) versus aula tradicional (70 participantes). Para isto, foram avaliadas as notas do exame ao final do curso e um questionário autoadministrado sobre satisfação do TBL. Os resultados apontaram que os alunos percebiam a responsabilidade e o trabalho em equipe como positivo, além da satisfação com o TBL e resultados melhores de aprendizagem comparados a aula tradicional.⁽⁸¹⁾

Corroborando com essa perspectiva, Joshi et al.⁽³⁷⁾ realizaram uma revisão sistemática, relativa aos resultados do TBL comparados a aulas expositivas. Para isto, foi utilizado as diretrizes PRISMA. Os artigos foram selecionados por dois autores, sendo resolvidos os conflitos por um terceiro autor. Foi realizada uma revisão bibliográfica com base nas referências dos estudos selecionados e uma avaliação dos vieses utilizando a ferramenta de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute. Os resultados mostraram que o TBL apresentou um melhor desempenho nos domínios acadêmico, clínico e da comunicação, além de aumentar o envolvimento, o espírito de colaboração e a satisfação dos alunos.

Importantes e vastos estudos já foram realizados sobre TBL, principalmente nas áreas de enfermagem e medicina, porém vem crescendo seu uso e estudos em outras áreas. As evidências vêm apontando uma boa aceitação, satisfação e engajamento dos alunos com essa metodologia, porém a preferência em relação às aulas tradicionais ainda não é tão clara. Quanto à aquisição de conhecimentos,

principalmente em relação a pontuação em exames, e o desenvolvimento de competências, como pensamento crítico, resolução de problemas, autoliderança, competências clínicas, os resultados comprovam a eficácia do TBL quanto uma metodologia de ensino capaz de promover resultados positivos na aprendizagem. No entanto, ainda não é possível afirmar que TBL seja superior à que outros métodos de ensino, como as aulas tradicionais, para todos os alunos em seus diferentes níveis de desenvolvimento e contextos de aprendizagem, assim como sobre todos os objetivos de aprendizagem ou para o desenvolvimento de todas as competências como competências clínicas e pensamento crítico.

2.2.3 Aprendizagem baseada em equipes *online*

O TBL foi desenvolvido inicialmente, dentro de um contexto de aprendizagem síncrona presencial. Porém, com o crescente interesse e necessidade de adaptação de estratégias educacionais *online*, principalmente após a pandemia, a adoção do TBL *online* vem crescendo consideravelmente.

De acordo com o Censo ABED⁽⁸²⁾ que é uma pesquisa anual realizada pela Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED), a educação à distância (EAD) no Brasil cresceu 52,4% nos últimos cinco anos, e a pandemia do COVID-19 acelerou ainda mais esse crescimento. Em 2020, o número de estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação na modalidade EAD ultrapassou a marca de 2,6 milhões. Alguns cursos combinam atividades presenciais com atividades *online*, enquanto outros são oferecidos em formatos híbridos.⁽⁸²⁾ Em face dessa realidade, nota-se a importância do desenvolvimento e adaptação de estratégias de ensino *online*.

O *team-based learning collaborative* (TBLC), que é uma organização formada por educadores de várias partes do mundo e promove o uso do método de TBL na educação, fornecendo recursos didático e treinamento, com o intuito de incentivar as melhores práticas, elaborou um documento⁽⁸³⁾ incluindo padrões do *quality matters* (QM) para orientar instrutores na adaptação das práticas *online* de TBL. O QM é uma organização sem fins lucrativos que visa promover a excelência no ensino e aprendizagem *online*, orientando instituições educacionais a criar e fornecer cursos *online* de alta qualidade com base em pesquisas e critérios reconhecidos internacionalmente.

Os tópicos abordados no guia incluem: a) como estabelecer expectativas claras para a participação dos alunos no TBL *online*; b) como selecionar e preparar materiais de leitura para uso em um ambiente TBL *online*; c) como organizar grupos de aprendizagem *online* para garantir uma colaboração efetiva; d) como desenvolver avaliações formativas e somativas para o TBL *online*.⁽⁸³⁾

Neste mesmo seguimento, Malik et al.,⁽⁸⁴⁾ a partir de um estudo de revisão da literatura, que teve como objetivo equipar o corpo docente com ferramentas para conduzir sessões *online* de TBL, elaboraram um guia, com 12 orientações para conduzir e facilitar as sessões de TBL *online*, de forma eficaz. O quadro 3 descreve essas orientações:

Quadro 3. Orientações para sessão de aprendizagem baseada em equipes *online*

Orientações	Descrição
1. Iniciar a sessão TBL- <i>online</i> com orientação	Existem quatro tópicos principais a serem abordados com os participantes: a justificativa e a utilidade do TBL; os processos essenciais para conduzir uma sessão; a familiarização com a plataforma e aplicativos que serão utilizados, assim como será a condução <i>online</i> de uma sessão TBL; a apresentação de todos os participantes, podendo ser por <i>chat</i> .
2. Selecione os aplicativos com a ajuda das partes interessadas	Escolher, junto com os participantes, recursos que serão utilizados ao longo do curso, na aplicação do TBL <i>online</i> , como Whatsapp, Zoom, Socrative, etc
3. Opção manual para formação de equipes	A formação da equipe, é considerada crucial no TBL, não deve ser delegada aos alunos ou ao software que cria equipes automaticamente. Ao invés disso, é preciso que seja gerenciada pelo instrutor, que utiliza mecanismos e critérios bem definidos. Desta forma, o instrutor deve escolher a opção 'manual' ao invés da opção automática oferecida pela sala de <i>break rooms</i> do Zoom para agrupar os alunos.
4. Preparação das sessões de TBL com antecedência	A preparação envolve desenvolver atividades com objetivos de aprendizagem definidos; elaborar as perguntas dos testes (iRAT e gRAT) e a forma como será apresentada (formulários); preparo das discussões após o gRAT e aplicação, assim como o resumo e <i>feedback</i> e criar o <i>link</i> da reunião na plataforma a ser utilizada. continua...

...continuação

- | | |
|---|--|
| 5. iRAT – Escolha 'ocultar' as respostas para execução de relatórios simultâneos | Durante a realização do teste individual (iRAT), é recomendado a apresentação de relatórios simultâneos, que podem ser feitos por meio do aplicativo Mentimeter. Esta abordagem é considerada importante para avaliar o desempenho dos alunos e evitar cópias em suas respostas. Além disso, o aplicativo Mentimeter oferece a opção de ocultar as respostas até que todos os participantes tenham respondido às perguntas, garantindo assim que a avaliação dos relatórios ocorra de forma simultânea. |
| 6. Durante a realização de gRAT, é recomendado que o instrutor visite o maior número possível de salas que estão alocadas as equipes. | Depois de concluir o iRAT, alocar as equipes usando o ' <i>Breakout Room</i> '(Zoom). Informe aos alunos o tempo total da atividade. Oriente a escolher um líder que apresentará as respostas.
Assim que as equipes estiverem alocadas na sala, envie o primeiro conjunto de perguntas através do grupo do WhatsApp, dando assim cada aluno um acesso imediato e simultâneo às questões. Esta forma evita que os participantes possam compartilhar com outros membros. O instrutor deve entrar em todas as salas para verificar como estão se organizando e responder as perguntas, incentive a discussão do grupo, mas não responda ou oriente em relação ao conteúdo. |
| 7. Discuta as respostas de cada pergunta uma por uma. | Ao finalizar o gRAT, as equipes retornam para a sala principal, onde acontece a revisão. Neste momento, o instrutor projeta perguntas no aplicativo Mentimeter e apenas os líderes das equipes respondem com a resposta acordada pela equipe. As respostas podem ser ocultadas para criar um "relatório simultâneo". O instrutor lidera a revisão de esclarecimento, que deve abordar apenas as lacunas de conhecimento identificadas durante as respostas às perguntas. Além disso, o envolvimento dos alunos pode ser aumentado convidando outros alunos a expressar suas opiniões. |
| 8. Uso de aplicativos de bate papo para implementar os princípios dos 4s | Os estudantes retornam às salas de <i>breakout</i> após a discussão das questões do gRAT, onde as equipes e líderes permanecem os mesmos, para aplicar os conceitos recém-adquiridos em cenários da vida real. Essa fase segue os princípios "4S". A utilização do WhatsApp se mostra útil para fornecer o |

continua...

...continuação	mesmo problema a todos os alunos simultaneamente, enquanto a funcionalidade "ocultar" do Mentimeter é uma ferramenta valiosa na aplicação do relatório simultâneo.
9. Gerencie os 'apelos' imediatamente ou por meio do aplicativo de <i>chat</i> .	No momento da aplicação de conceitos, é possível que haja circunstâncias em que os estudantes não estejam de acordo com a resposta apresentada ou tenham dificuldades em compreender a questão proposta. Nesses casos, os alunos podem recorrer a apelações, que devem ser prontamente tratadas ou, se necessário, ser concedido um prazo para sua apresentação. A comunicação das decisões relativas a essas apelações pode ser realizada através do grupo de WhatsApp, mas é importante que o tempo de resposta seja breve.
10. Encerramento da sessão usando aplicativo de teleconferência	As dúvidas dos alunos são solucionadas durante as discussões, na sessão de TBL. Porém, é importante incentivar os alunos a entrarem em contato com o instrutor, pelo Whatsapp, caso precisem de alguma informação.
11. Use a gravação em vídeo da sessão para <i>feedback</i>	A comunicação de <i>feedback</i> pode ser realizada através de diferentes formas, como a verbal e a escrita. No <i>online</i> , a plataforma Zoom pode ser utilizada para permitir que instrutores, líderes de equipes e alunos, caso o número seja reduzido, compartilhem suas opiniões de forma verbal. Contudo, em situações em que o número de alunos é grande, o <i>feedback</i> escrito é preferível. O <i>feedback</i> deve ser focado em habilidades ou competências específicas e deve ser fornecido de maneira aberta. Para isso, é recomendado o uso de questionários com a possibilidade de adicionar comentários. O recurso " <i>chat box</i> " também pode ser utilizado para fornecer <i>feedback</i> escrito aos alunos.
12. Peça ao líder da equipe que envie o relatório de avaliação de pares usando um aplicativo de <i>chat</i>	A prática da avaliação entre pares é fundamental para otimizar a participação e a responsabilidade dos alunos, pois apenas os colegas de equipe possuem informações precisas para avaliar de forma adequada as contribuições uns dos outros. Esta avaliação deve ser realizada dentro de cada equipe, imediatamente após a sessão, e um breve relatório destacando quaisquer problemas, bem como suas possíveis soluções, deve ser preparado e enviado pelo líder de grupo ao instrutor.

TBL: Aprendizagem baseada em equipes. iRAT: Teste de prontidão individual. gRAT: *Group readiness assurance test*.

Fonte: Malik AS, Malik RH. Twelve tips for conducting team-based learning session *online* in synchronous setting. Med Teach. 2022; 44(5): p. 486-493.⁽⁸⁴⁾

Como visto anteriormente, muitas pesquisas vêm corroborando com os efeitos positivos do TBL na aquisição de conhecimento dos alunos. Porém, a implementação do TBL *online* ainda é pouca descrita na literatura e, portanto, não se pode afirmar os benefícios do TBL *online* comparado ao TBL presencial. Logo, estudos nessa área ainda precisam ser realizados, já que uma preocupação com essa nova modalidade é a qualidade da interação entre os alunos, uma vez que essa interação é um aspecto essencial a eficácia do TBL.^(85,86)

Entre os poucos estudos que investigaram o resultado da aplicação do TBL *online*, há uma indicação que essa modalidade pode ser considerada adequada para promover o aprendizado dos alunos. Yeh et al.⁽⁸⁷⁾ conduziram um estudo misto para explorar o efeito do TBL, em estudantes de enfermagem, na aprendizagem do cultivo de cuidar. Noventa e sete alunos participaram até o final. Os dados quantitativos foram coletados através do pré e pós-teste utilizando o instrumento Peer Caring Measuring. Para os dados qualitativos foi utilizado a análise de conteúdo a partir da gravação das discussões e *feedbacks*. Os resultados apontaram que o TBL *online* promoveu uma melhora significativa na competência de cuidar, a partir dos dados quantitativos, assim como dos qualitativos.

Sustentando os resultados sobre a eficácia do TBL *online*, Anas et al.⁽⁸⁸⁾ investigaram o impacto da TBL no desempenho acadêmico de estudantes de Ciências Biomédica, comparando uma abordagem presencial clássica com a entrega *online* devido à pandemia da COVID-19. Foi introduzida uma sessão não obrigatória de TBL no currículo. Assim, esses pesquisadores realizaram uma análise comparativa do desempenho nos exames e trabalhos de curso dos alunos que participaram das sessões TBL (*online* e presencialmente) e dos que participaram apenas das aulas tradicionais. Os resultados mostraram que ambos os grupos de estudantes que participaram nas sessões TBL (*online* e presencial) tiveram um desempenho significativamente melhor nos exames e trabalhos de curso quando comparados aos que não participaram. O estudo demonstrou que a frequência de sessões estruturadas de TBL pode melhorar o desempenho acadêmico global dos estudantes, independentemente do modo de prestação (presencial ou em linha).

Além do desempenho, a satisfação e percepção dos estudantes também foram focos de pesquisa. Sannathimmappa et al.⁽⁸⁹⁾ realizaram um estudo cruzado com o objetivo explorar a percepção dos alunos do quarto ano de medicina, a respeito da estratégia pedagógica TBL síncrona *online* na promoção de resultados de aprendizagem. Para isto, foram criados quatro grupos, tendo um total de 139 participantes. Os grupos receberam sessões de TBL e realizaram autoestudo. Os resultados foram avaliados a partir de pré e pós-teste e *feedback* dos alunos por questionário. Os alunos perceberam o TBL como positivo pois promoveu participação, engajamento, melhora no pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas e comunicação, além de uma melhora na pontuação do pós-teste do braço TBL em relação ao autoestudo.

Neste mesmo segmento, Subedi et al.⁽⁹⁰⁾ realizaram um estudo de método misto, no qual 29 alunos de Medicina e Bacharelado em Cirurgia participaram, no período de janeiro a setembro de 2021. Foram aplicadas três sessões de TBL on-line de duas horas no ensino de introdução à ética médica. A eficácia do TBL foi avaliada com base nas pontuações do IRAT comparadas com as pontuações do gRAT. Um questionário validado, composto por escala *Likert* de 5 pontos, foi utilizado para avaliar a satisfação e percepção dos alunos, assim como uma questão aberta sobre a experiência geral com TBL. Com base nos escores medianos, os resultados do gRAT mostraram-se significativamente maiores quando comparados com o iRAT. Em relação a percepção e satisfação dos alunos, houve uma avaliação positiva do TBL.

Corroborando com esses resultados, DeMasi et al.⁽⁹¹⁾ realizaram um estudo que consistiu em comparar os resultados de aprendizagem e as preferências dos alunos ao se aplicar o TBL, em sala de aula e em ambiente *online*. Para tal fim, foi selecionada uma amostra de cinquenta e cinco estudantes matriculados em um curso de graduação em imunologia de nível superior. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em grupos, nos quais realizaram quatro módulos de estudo de caso de imunologia, sendo que cada grupo participou igualmente de dois módulos realizados *online* e dois em formato presencial. Para a avaliação dos resultados, utilizaram-se os escores obtidos nos iRATs e nos gRATs, os quais abordavam os conceitos abordados em cada módulo. Além disso, ao término do curso, foi aplicada uma pesquisa de satisfação e preferência junto aos participantes. Os resultados obtidos revelaram que os alunos apresentaram um desempenho igualmente satisfatório nos iRATs, enquanto demonstraram um desempenho superior nos gRATs, independentemente de terem participado do TBL em sala de aula ou na modalidade *online*. Porém, no que diz respeito

à satisfação, os estudantes demonstraram preferência pelo formato presencial do TBL em relação ao TBL *online*. Este resultado aponta a necessidade de mais estudos avaliando a percepção dos estudantes com o formato de TBL comparativamente ao formato presencial.

Silva et al.⁽⁸⁵⁾ realizaram um estudo de abordagem comparativa única de TBL, com o objetivo de descrever as percepções dos alunos sobre o impacto do TBL no processo de aprendizagem. Para isto, 319 alunos matriculados em cinco diferentes cursos da universidade de Moinho participaram da pesquisa, sendo que um grupo recebeu TBL *online* e outro TBL presencial. Os alunos receberam um questionário sobre aceitação e participação no TBL, benefícios na aprendizagem e resultado nos estudos. Observou-se, a partir dos dados, que não houve diferença significativa nas respostas em relação ao TBL *online* e presencial, em ambos os grupos tiveram uma boa percepção desta estratégia de ensino, percebendo benefícios no processo de aprendizagem.

Com o objetivo de investigar a possibilidade de aprimorar a eficiência da implementação do TBL em um ambiente universitário, por meio da utilização de uma plataforma digital (D-TBL), não comprometendo a experiência dos alunos e educadores, foram avaliadas as experiências e perspectivas de alunos e educadores que utilizaram tanto o TBL digital quanto o TBL tradicional em formato impresso, Currey et al.⁽³²⁾ realizaram um estudo prospectivo de métodos mistos investigando estudantes e educadores em uma universidade da Austrália. Os resultados apontaram um nível de envolvimento significativamente maior, dos alunos, para o TBL digital comparados ao TBL tradicional e, tanto estudantes como professores, apresentaram satisfação elevada com o TBL digital.

Poucos estudos foram conduzidos até o momento sobre a eficácia e satisfação de alunos e professores em relação ao TBL *online*. As pesquisas vêm apontando, inicialmente, uma eficácia do TBL *online* na melhora de desempenho, e na satisfação e percepção dos alunos. Porém, mais pesquisas precisam ser realizadas para uma conclusão mais precisa acerca da eficácia e satisfação do TBL *online*. Além disso, são necessários estudos comparando os ganhos do TBL *online* com TBL presencial, avaliando tanto aquisição de conhecimento como desenvolvimento de competências como pensamento crítico, resolução de problemas, comunicação e a preferência e percepção de alunos e professores entre os dois formatos.

2.3 Aprendizagem baseada em equipes e sua aplicação no ensino da psicologia

O TBL é uma estratégia pedagógica que tem se mostrado promissora na área da psicologia, uma vez que parece contribuir para o desenvolvimento de competências importantes, especialmente aquelas elencadas pela American Psychological Association,⁽⁹²⁾ tais como o pensamento crítico, habilidades de comunicação e habilidades pessoais. Embora promissora, a aplicação do TBL na psicologia ainda é pouco explorada, havendo escassas pesquisas desenvolvidas nessa área,⁽³³⁻³⁶⁾ em contraste com outras áreas, como medicina e enfermagem.^(24,30,37,38)

Corroborando com pesquisas que apontam o TBL como uma estratégia que se mostra superior no ensino, contribuindo para um desempenho melhor do que as aulas tradicionais, Travis et al.⁽⁹³⁾ objetivaram investigar a influência dos métodos do TBL no desempenho e a satisfação dos alunos em um curso introdutório de psicologia. Através de exames intermediários e finais, comparados às aulas tradicionais, os resultados apontaram que os alunos das sessões TBL tiveram um desempenho significativamente melhor em itens que testaram conteúdo abordado nos módulos TBL, além de superarem seus pares em sessões de aulas tradicionais. No entanto, em termos de satisfação geral com o curso, não houve diferença entre os alunos ensinados por TBL e palestra.

Um outro benefício identificado na implantação do TBL em cursos de psicologia é a maior assiduidade às aulas, levando a um maior engajamento e satisfação dos estudantes com essa estratégia. Marrs⁽³⁵⁾ descreveu sua experiência com a implantação do TBL em cursos de graduação de psicologia e identificou um maior envolvimento dos estudantes com o conteúdo, com outros alunos e com o instrutor.⁽³⁶⁾ realizaram um estudo quase experimental, comparando o desempenho dos alunos, que frequentaram as aulas tradicionais (N=43) com os que frequentaram aulas de TBL (N=47) matriculados em um curso de psicologia do desenvolvimento (havia várias turmas deste curso). Foi utilizado como medida a classificação de exames. Os alunos, ao se matricularem, não sabiam que os cursos teriam metodologias diferentes. Os resultados apontaram um melhor desempenho dos alunos em TBL, porém os autores observaram uma alta taxa de assiduidade nas aulas de TBL comparadas as aulas tradicionais, esse engajamento pode justificar a superioridade no desempenho. Uma possível explicação para a assiduidade dos alunos está relacionada à responsabilidade perante os colegas e a preocupações com a avaliação realizada pelos pares sobre o desempenho de cada um na equipe.

Croyle et al.⁽⁹⁴⁾ e Thomas et al.⁽⁹⁵⁾ descreveram sua experiência com o TBL em cursos de psicologia com um resultado de satisfação dos alunos, porém Thomas et al.⁽⁹⁵⁾ ressaltaram que o conteúdo da disciplina (psicologia positiva) também é um fator de motivação para os alunos. Rania et al.,⁽³⁴⁾ em um estudo de abordagem qualitativa, com 50 estudantes de psicologia, utilizaram sessões de TBL modificado, identificando que o TBL foi apreciado pelos estudantes e que consideraram uma abordagem que permite desenvolver competências importantes para a vida, como o pensamento crítico. Pode-se notar, a partir dos poucos estudos publicados, a necessidade de que sejam realizados mais estudos para avaliar a eficácia do TBL na formação de psicólogos e no desenvolvimento de competências específicas da área.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com duplo cegamento, que inclui um grupo experimental e um grupo controle. Os participantes do grupo experimental foram submetidos a uma sessão única de *Team-base learning* (TBL) e os participantes do grupo controle a uma única aula tradicional expositiva.

3.2 População-alvo e local do estudo

Esse estudo constou de duas etapas: validação de conteúdo e ensaio clínico randomizado.

Etapa 1- Validação de conteúdo: os instrumentos de coleta de dados (pré e pós-testes) foram submetidos a validação de conteúdo, quanto a clareza, relevância e coerência, a fim de garantir a qualidade da coleta de dados. Foram convidados 12 juízes, através de um e-mail, a participarem do estudo. A seleção dos juízes ocorreu devido ao seu reconhecimento pelos pesquisadores e à sua notoriedade na área. A escolha do total de participantes foi baseada na literatura⁽⁹⁶⁾, que propõe um número de cinco a dez juízes. Foi considerada a possível indisponibilidade de algum deles. Como critério de inclusão, a seleção de juízes considerou a experiência e qualificação, publicações e pesquisas, assim como conhecimento em construção de teste e escalas⁽⁹⁷⁾. Sendo assim, os critérios de inclusão dos juízes foram: ser doutor, ter mais de 5 anos de experiência na área (em TCC). Como critério de exclusão, foi definido o não preenchimento de todas as provas. Dos 12 juízes convidados, um não aceitou o convite, um não recebeu o e-mail, um não respondeu à primeira rodada e um não respondeu a segunda rodada. Portanto, dos 12 juízes convidados, 8 participaram de todas as etapas.

Etapa 2- Ensaio clínico randomizado: a amostra (tipo bola de neve) foi composta por 16 participantes, 4 no grupo controle e 12 no grupo experimental. Dos 506 participantes inscritos, 96 foram randomizados. Destes, 56 responderam o pré-teste, 23 compareceram às aulas (16 TBL e 7 aulas expositivas), 16 responderam o pós-teste e 6 responderam o pós-teste após 1 mês, conforme apresentado na figura 3.

Os critérios de inclusão foram: ser alunos do 5º ano da faculdade de psicologia e psicólogos formados, de ambos os sexos; todos os participantes terem algum conhecimento em TCC, seja nas disciplinas da faculdade ou em cursos como workshops, especialização e formação. Os critérios de exclusão foram: participantes que não realizaram todas as etapas, com exceção da etapa de avaliação após um mês (N= 6).

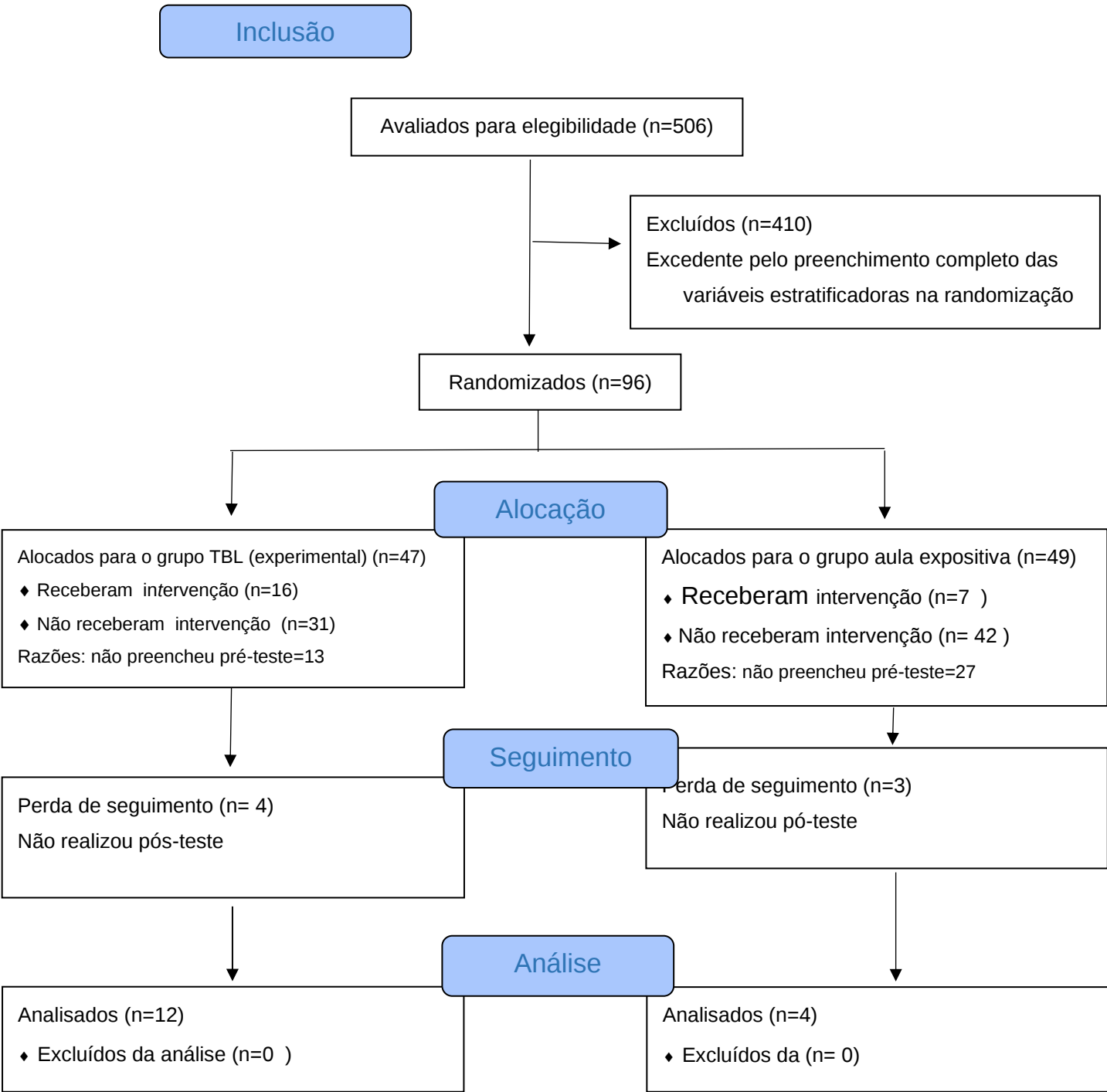


Figura 3. Fluxograma da randomização

3.3 Instrumentos e materiais

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Etapa 1)

a) Termo de consentimento livre e esclarecido para juízes (TCLE) (Apêndice 1).

b) Questionário sociodemográfico para juízes (Apêndice 2).

c) Prova pré e pós-teste e crivo de correção para juízes: Três relatos de caso clínico foram construídos para o estudo. Cada relato consiste na apresentação de um caso de depressão, com informações e relatos do paciente e 2 perguntas para análise do caso e construção da CC transversal (Apêndice 3). Tanto os casos usados para avaliação quanto o caso usado para a aplicação do TBL apresentam o mesmo transtorno psiquiátrico, transtorno depressivo maior, sem comorbidades. O comprimento médio dos relatos de caso é de 400 palavras. Os relatos apresentam os seguintes itens: informações de identificação; diagnóstico e sintomas; questões situacionais; relato do paciente sobre os sintomas, emoções, pensamentos e comportamentos (conceitualização descritiva). O relato 1 (Apêndice 4) foi utilizado na avaliação do pré-teste, o relato 2 (Apêndice 5) como o pós-teste (realizado logo após a aplicação da aula) e o relato 3 (Apêndice 6) foi utilizado como pós-teste um mês após a aplicação da aula. O crivo de avaliação foi construído através de uma escala likert de um total de 10 pontos, sendo 4 pontos para a pergunta um e 6 pontos para a pergunta dois.

Etapa 2)

a) Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participantes, de acordo com os termos da Resolução CNS nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. (Apêndice 7)

b) Questionário sociodemográfico para os participantes, que consiste em perguntas sobre idade, sexo, etnia, tempo de atuação e conhecimento em TCC. Esse instrumento teve como finalidade contemplar a ficha de inscrição e avaliação dos critérios de elegibilidade (Apêndice 8)

c) Provas pré e pós-teste para os participantes: as provas (já citadas anteriormente) tinham como finalidade avaliar o nível de conhecimento dos participantes antes e após a aplicação da intervenção. (Apêndices 5,6 e 7)

d) Material pré-aula: como material pré-aula para a sessão de TBL foi utilizado um texto de 3 páginas (Apêndice 9), produzida pela pesquisadora, contendo informações sobre a CC transversal e um vídeo de 10 min

(<https://youtu.be/whFI8k1QMII>) gravado pela pesquisadora contendo informações sobre ciclos de manutenção na depressão, disponibilizados aos participantes do grupo experimental por e-mail.

e) Sessão de TBL: foi utilizado um teste com 13 perguntas sobre conceitos básicos de CC transversal e ciclos de manutenção na depressão. Esse teste foi aplicado individualmente - iRTA e em grupo - gRTA. Após essa etapa, um caso clínico com 3 perguntas, que foi discutido na etapa da aplicação pelos participantes em grupo (Apêndice 10)

d) Questionário Aprendizagem Baseado em Equipes adaptado: esse instrumento teve por finalidade, avaliar a experiência e satisfação dos participantes com o TBL. Consiste em 10 frases afirmativas com respostas dispostas em uma escala likert de 1 a 5 pontos sendo que a pontuação 1 representa “discordo totalmente” e a pontuação 5 “concordo totalmente” (Anexo 1).⁽⁹⁸⁾

3.4 Procedimento de coleta de dados

O estudo teve seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein.

Etapa 1: Validação de conteúdo

Essa etapa do projeto teve início em abril de 2022, abrangendo a elaboração das provas, inserção na plataforma REDCap, primeira e segunda rodada de avaliação por juízes e finalizada em 31 de janeiro de 2023, contabilizando um período de 9 meses.

Foram elaboradas três provas (Apêndices 5,6 e 7), pela pesquisadora, utilizadas como pré e pós-teste, e um crivo de avaliação dessas provas (Apêndice 3). As provas constam de um relato de caso de Transtorno Depressivo Maior e duas perguntas sobre fatores desencadeantes e fatores de manutenção. Os participantes são orientados a descrever, nas respostas das provas, todos os elementos encontrados no relato de caso que se referem a desencadeantes e mantenedores. Os instrumentos de avaliação foram elaborados com base no material pré-classe do TBL e no conteúdo da aula expositiva. As três provas e seus respectivos crivos de correção foram submetidas a validação de conteúdo por juízes⁽⁹⁵⁾ com a finalidade última de garantir a qualidade dos instrumentos de coleta de dados. A validação de conteúdo se dá através de um comitê de especialistas que tem como objetivo analisar se o instrumento avalia o que se propõe a medir levando em consideração clareza,

concordância e relevância, em concordância com as respectivas definições segundo Alexandre.⁽⁹⁷⁾

a) clareza- avalia se os itens estão redigidos corretamente, compreensíveis e adequadamente expressos;

b) relevância- avalia se os itens refletem conceitos envolvidos e a sua relevância.

c) concordância: se todos os itens concordavam com um caso de Transtorno depressivo maior.

Os juízes receberam, por e-mail, a carta convite (Apêndice 11) que continha a intenção da participação no estudo e um link uniform resource locator (URL) que encaminha os juízes à Plataforma REDCap®, através da qual eles tinham acesso a: 1) TCLE (Apêndice 1); 2) um questionário de caracterização informando sobre o tempo de experiência, área de formação e qualificação (Apêndice 2); 3) provas de pré e pós-teste e seus respectivos crivos de correção (Apêndice 3). Todos os instrumentos foram disparados para os juízes participantes, por e-mail, através da Plataforma REDCap®.

No TCLE, os juízes foram informados que poderiam sentir-se desconfortáveis ou ter incertezas para avaliar alguma parte do instrumento e que poderiam desistir da participação a qualquer momento. O preenchimento das respostas também poderia ser salvo, caso os juízes sentem-se cansados ou surgisse um imprevisto durante a avaliação, podendo retornar assim que sentir-se preparado.

A análise de dados foi realizada através de uma escala likert de quatro pontos com valores que variam de: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente em relação a clareza, relevância e coerência. Essa avaliação foi realizada tanto para os três relatos de caso como para cada uma das perguntas contidas nos relatos. Foram atribuídos números a esses valores para se obter uma média ponderada.

Os crivos de correção passaram por análise dos juízes, com o objetivo de avaliar se neles continha a identificação correta dos fatores desencadeantes e dos fatores de manutenção descritos no caso, assim como avaliar se as perguntas apresentavam clareza, relevância e concordância. A análise de dados foi realizada através de uma escala likert de quatro pontos com valores que variam de: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente em relação a clareza, relevância e coerência e foram atribuídos números a esses valores para se obter uma no início da coleta. A análise das respostas foi realizada em colaboração com o setor de estatística do HIAE.

Uma primeira avaliação por juízes foi realizada e após a conclusão da análise estática, ficou evidente que o grau de concordância necessário não havia sido atingido. Consequentemente, as alterações sugeridas pelos juízes foram consideradas, sendo feito ajustes nas provas de pré e pós-testes e submetidas a uma segunda rodada de avaliação, na qual foi alcançado o nível de concordância.

As modificações realizadas nas avaliações incluíram:

a) Adição de informações sobre histórico familiar de transtorno mental, uso ou abuso de substâncias ou medicações, doenças clínicas, exposição a situações traumáticas na infância e/ou adolescência, comportamentos compulsivos ou impulsivos e características de personalidade.

b) Substituição de termos, como "precipitante" por "desencadeante," "arrasada" por "muito triste," e correções de erros de digitação.

c) Remoção de informações relacionadas à conceituação longitudinal, a fim de evitar qualquer confusão entre os participantes, uma vez que o foco reside na conceituação transversal.

d) Alterações nas perguntas para transmitir a ideia de que pode haver uma ou mais respostas, em contraste com a concepção anterior de respostas múltiplas para os fatores desencadeantes.

e) A descrição mais detalhada dos fatores desencadeantes e de manutenção foi incluída no processo de revisão.

f) Uniformização da faixa etária em todos os casos, já que os fatores físicos, cognitivos e psicossociais diferem de acordo com as etapas do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida.

g) Inclusão de informações relacionadas ao gênero, identidade sexual, raça e outros elementos culturais, com o objetivo de aprimorar a conceitualização cultural do estudo.

Segunda etapa: Aplicação do TBL e aula expositiva (formato único)

Os participantes foram convocados através de um convite (Apêndice 12), divulgado nas comunidades de TCC presentes nas redes sociais, como Facebook, Instagram, cursos de especialização ou formação em TCC, assim como na Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Nesse convite constavam informações sobre o tema da aula, o esclarecimento sobre se tratar de um projeto de mestrado além do local onde poderiam acessar o link de inscrição (via Instagram da pesquisadora). Neste convite não foi revelado aos participantes que seriam aplicadas duas aulas com metodologias diferentes.

Assim que os interessados entraram em contato pelo link, receberam um screening para identificar se eram estudantes de psicologia ou psicólogos e se tinham conhecimento sobre a TCC (critérios de inclusão). Sendo o interessado elegível, seguidamente foi enviado o TCLE (Apêndice 8) a ser preenchido via REDCap®.

Após o preenchimento do TCLE (n= 506), foi realizada a randomização (estratificada por blocos) de 96 participantes, pela pesquisadora, através da plataforma RedCap, alocando 49 participantes no grupo controle e 47 participantes no grupo experimental. Não foi possível randomizar mais participantes no estudo, uma vez que os blocos de alocação já estavam saturados com algumas características específicas.

Os participantes de cada grupo receberam um e-mail confirmando sua inscrição e um link -URL que os direcionava ao preenchimento do pré-teste (Apêndice 4). Àqueles participantes que realizaram o pré-teste (n=57), foi enviado novo e-mail contendo a data e horário da aula, assim como o link de acesso à plataforma. Os participantes do grupo experimental também receberam o material pré-classe (Apêndice 9), que consiste em um texto e um vídeo, gravado pela pesquisadora. Essa etapa é essencial à aplicação do TBL pois garante que o aluno tenha contato com conceitos básicos e fundamentais para a realização das etapas seguintes do TBL.^(20,58)

A aula tradicional aconteceu no dia 30/03/23, das 19h às 21h30, pela plataforma Zoom, contando com 7 participantes, onde a pesquisadora apresentou, em forma de palestra conceitos gerais sobre CC, conceitualização transversal e fatores de manutenção na depressão, com base no material fornecido aos participantes do grupo TBL (Apêndice 9; <https://youtu.be/whFI8k1QMII>). Todo o material foi elaborado a partir do referencial teórico de Kuyken et al.,⁽⁴⁾ Padesky⁽⁴⁵⁾ e Moorey.⁽⁹⁹⁾

A sessão de TBL aconteceu no dia 01/04/2023 das 9h às 12h30, pela plataforma Zoom, contando com 16 participantes. A aula iniciou com a explicação sobre a metodologia do TBL e como aconteceria o encontro. Após a apresentação, seguiu a aplicação de um teste individual, o iRAT (Apêndice 10), com 13 questões conceituais, onde o participante leu e respondeu, no tempo de 10 minutos, através do google forms.⁽²⁰⁾ Concluído a aplicação do iRAT, os alunos foram divididos em 3 salas (breakout room), com 5 participantes em cada grupo.⁽⁶¹⁾ Os grupos receberam novamente a prova, para que discutissem e respondessem gRAT (Apêndice 10). O tempo da atividade foi de 15 min e o líder do grupo enviou as respostas. O objetivo foi discutir e chegar em um consenso sobre as respostas.⁽²¹⁾

Terminado o gRAT, os participantes foram realocados na sala principal do zoom. O facilitador apresentou uma tabela com as respostas de cada grupo e número de acertos e erros. Iniciou-se uma discussão sobre as respostas, sendo cada grupo convidado a argumentar suas escolhas.

Finalizada a discussão sobre as respostas do gRAT, os mesmos grupos foram novamente alocados em salas do *breakroom* e receberam um caso clínico (Apêndice 10) através do google forms, para discutirem e responderem as três perguntas. O tempo para realização desse teste foi de 1h. Terminado o tempo, os participantes voltaram para a sala principal do Zoom e iniciaram uma discussão das respostas apresentadas pelos grupos, sobre os diversos pontos de vista levando a solução do problema apresentado e um consenso nas respostas. A sessão de TBL seguiu sendo aplicado todas as etapas, exceto a avaliação por pares, o que não seria possível em uma sessão única de TBL.

Após as aulas, os participantes receberam, por e-mail, um link URL direcionando-os à plataforma REDCap, na qual tiveram acesso ao pós-teste. Além do pós-teste (Apêndice 5), o grupo experimental recebeu um link URL para a escala de satisfação (Anexo 1)

Após um mês da realização do pós-teste, todos os participantes receberam, por e-mail, um link URL direcionando-os ao REDCap para acessarem uma terceira e última prova (Apêndice 6) que tem como objetivo avaliar a manutenção e generalização dos ganhos.

3.5 Aspectos éticos

Sendo um projeto que envolve seres humanos, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) em observância à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo a aprovação sob o parecer 6.108.612. O estudo só foi iniciado após a devida aprovação.

Foi assegurado aos participantes o respeito ao sigilo das informações contidas nesse estudo, tendo seu uso apenas para fins científicos, conforme o TCLE (Apêndices 1 e 7). Todos os dados colhidos ficaram de posse da pesquisadora, armazenados na plataforma REDCap. Aos participantes que não puderam ser alocados

nos estudos, será enviado uma aula gravada, contemplando todo o conteúdo desenvolvido com os participantes do estudo.

4 RESULTADOS

Artigo será submetido para publicação no periódico científico Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, ISSN: 1982-5587. Fator de impacto: 0,1. Classificação Qualis-CAPEs: A1.

TEAM-BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM ENSAIO CLÍNICO

APRENDIZAJE BASADO EN EQUIPOS EN LA ENSEÑANZA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: UN ENSAYO CLÍNICO

TEAM-BASED LEARNING IN THE TEACHING OF CASE CONCEPTUALIZATION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A CLINICAL TRIAL

Fabiana Romanini de SOUZA¹

Janaína Bianca BARLETTA²

Fernando Alves de Lima FRANCO³

¹ Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein – (FICSAE), São Paulo – SP – Brasil. Mestranda em Ensino em Saúde da FICSAE. Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7034-3680>. E-mail: fahokama@gmail.com

² Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein – (FICSAE), São Paulo – SP – Brasil. Pesquisadora, TrimTabPsi. Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0834-4559>. E-mail: janabianca@gmail.com

³ Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein – (FICSAE), São Paulo – SP – Brasil. Biólogo, FICSAE. Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4064-1510>. E-mail: fernando.ifranco@einstein.br

RESUMO: Objetivo: Este artigo teve como objetivo avaliar a aquisição do conhecimento da Conceitualização de Caso em psicólogos e estudantes de psicologia, utilizando o Team-Based Learning (TBL) como metodologia de ensino. Método: O estudo envolveu a validação de conteúdo dos instrumentos de avaliação por especialistas e um ensaio clínico randomizado com grupos recebendo aula expositiva tradicional e TBL em formato único, síncrono e online. A percepção e satisfação dos participantes em relação ao TBL também foi avaliada. Resultados: Os resultados indicaram a adequação das provas utilizadas. A maioria dos alunos preferiu a discussão em grupo em comparação à orientação individual e afirmou aprender com colegas durante os debates. Quanto à satisfação com o TBL, 66% demonstraram gostar dessa abordagem. É importante ressaltar que a amostra final foi pequena, o que limita a conclusão dos resultados quanto a eficácia do TBL na aquisição de conhecimentos, sendo necessária uma nova aplicação do estudo.

PALAVRAS-CHAVE: educação superior; terapia cognitivo-comportamental; aprendizado em grupo; método de ensino

RESUMEN: Objetivo: Este artículo tuvo como objetivo evaluar la adquisición del conocimiento de la Conceptualización de Caso en psicólogos y estudiantes de psicología, utilizando el Aprendizaje Basado en Equipos (TBL) como metodología de enseñanza. Método: El estudio involucró la validación de contenido de los instrumentos de evaluación por parte de expertos y un ensayo clínico aleatorizado con grupos que recibieron clase expositiva tradicional y TBL en formato único, sincrónico y en línea. También se evaluó la satisfacción de los participantes con respecto al TBL. Resultados: Los resultados indicaron la adecuación de las pruebas utilizadas. La mayoría de los estudiantes prefirió la discusión en grupo en comparación con la orientación individual y afirmó aprender de sus compañeros durante los debates. En cuanto a la satisfacción con el TBL, el 66% demostró gustar de este enfoque. Es importante destacar que la muestra final fue pequeña, lo que limita la conclusión de los resultados en cuanto a la eficacia del TBL en la adquisición de conocimientos, siendo necesaria una nueva aplicación del estudio.

PALABRAS CLAVE: Aprendizaje basado en problemas. Enseñanza. Terapia Cognitivo-Conductual. Aprendizaje en grupo.

ABSTRACT: *Objective: This article aimed to evaluate the acquisition of Case Conceptualization knowledge in psychologists and psychology students using Team-Based Learning (TBL) as a teaching methodology. Method: The study involved the content validation of assessment instruments by experts and a randomized clinical trial with groups receiving traditional expository lectures and TBL in a unique, synchronous, and online format. Participants' satisfaction with TBL was also assessed. Results: The results indicated the suitability of the tests used. The majority of students preferred group discussion compared to individual guidance and reported learning from their peers during the debates. Regarding satisfaction with TBL, 66% expressed a liking for this approach. It is important to note that the final sample size was small, which limits the conclusion regarding the effectiveness of TBL in knowledge acquisition, necessitating further application of the study.*

KEYWORDS: *Problem-Based Learning. Teaching. Cognitive-Behavioral Therapy. Group Learning.*

Introdução

A conceitualização de caso (CC) é um elemento fundamental na psicoterapia, sendo considerada a base do tratamento em diversas abordagens terapêuticas (PAGE; STRITZKE; MCEVOY, 2022). A importância da CC reside no fato que ela proporciona uma compreensão do funcionamento do paciente, previne desvios terapêuticos, identifica objetivos de tratamento e orienta as escolhas de intervenção, favorecendo a manutenção do foco da terapia. No entanto, há lacunas na pesquisa em CC. Embora a literatura aborde amplamente a definição, elementos e importância da CC, há uma escassez de pesquisas sobre a eficácia de treinamentos relacionados ao desenvolvimento da CC em psicólogos e estudantes (SHULMAN, 2018).

A formação de competências profissionais representa um desafio para os profissionais da área da saúde. Nas últimas décadas, as metodologias ativas têm sido buscadas como recursos para enfrentar esse desafio. Entre essas metodologias, destaca-se o Team-Based Learning (TBL), que envolve a participação ativa dos estudantes em seu processo de aprendizagem e promove uma abordagem reflexiva, experiencial e cooperativa (LOVATO; MICHELOTTI; LORETO, 2018; SEBOLD et al, 2010).

O TBL é uma abordagem fundamentada no construtivismo, amplamente utilizada em cursos de saúde, como medicina, enfermagem e farmácia (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017; LOVATO; MICHELOTTI; LORETO, 2018; SEBOLD et al, 2010). O TBL permite a participação ativa dos estudantes em seu próprio processo de aprendizagem, assim como no processo da equipe, promovendo uma aprendizagem reflexiva, experiencial e cooperativa. Desenvolvido por Larry Michaelsen na década de 1970 em cursos de administração, o TBL é conhecido por sua estrutura bem definida, dividida em etapas. A etapa 1, chamada de pré-classe, envolve a preparação individual dos alunos por meio do estudo de materiais fornecidos pelo professor. Essa etapa visa garantir que os alunos adquiram as informações básicas necessárias para aplicação nas etapas seguintes (BOLLELA et al, 2014). A etapa 2, conhecida como Readiness Assurance Test (RAT), é realizada em sala de aula para verificar a compreensão do conteúdo estudado. Consiste em quatro fases: a) Individual Readiness Assurance Test (iRAT) - teste individual de múltipla escolha para os alunos avaliarem seu conhecimento e identificarem pontos a serem aprendidos. b) Group Readiness Assurance Test (gRAT) - os alunos são agrupados de forma heterogênea e discutem as questões em consenso. c) Apelação - as equipes podem contestar questões mal elaboradas ou respostas incorretas por meio de formulários. A terceira etapa é a Aplicação, na qual todos os grupos recebem o mesmo problema para discutir e encontrar uma resolução, aproximando-se da prática clínica. Os alunos são agrupados novamente, mantendo a formação original, e as respostas são apresentadas simultaneamente (SIBLEY, 2012).

O TBL é considerado eficaz no ensino de várias disciplinas, com pesquisas apontando sua superioridade em relação às aulas tradicionais expositivas, assim como a aceitação e satisfação de alunos com essa metodologia (HAIDET; KUBITZ; MCCORMACK, 2014; ULFA et al; 2021; YEUNG et al, 2023). No entanto, apesar de uma sólida base empírica, há lacunas a serem preenchidas. Currey et al (2020) identificaram a falta de ensaios clínicos randomizados em uma revisão sobre o uso do TBL no ensino de enfermagem, o que foi corroborado por outras revisões (REIMSCHISEL, 2017). Além disso, poucos estudos se concentraram em estudantes de pós-graduação. Na área da psicologia, que é uma área da saúde, a pesquisa sobre o impacto do TBL no treinamento de psicólogos ainda é insuficiente (MADSON; ZAIKMAN; HUGHES, 2020; RANIA; MIGLIORINI; REBORA, 2016).

Considerando a relevância e complexidade do treinamento e desenvolvimento de habilidades do psicólogo, assim como a importância do desenvolvimento da habilidade de construir CC e a busca por estratégias eficazes para isto, é evidente a

necessidade de pesquisas nessa área da psicologia. Esta lacuna justifica a importância deste estudo em fornecer contribuições significativas para validar o uso de novas estratégias, como o TBL, uma estratégia ativa de aprendizagem, além de realizar ensaios clínicos randomizados nesta área.

Nesse contexto, o objetivo principal deste estudo é avaliar a aquisição de conhecimento em conceitualização de caso transversal por psicólogos e estudantes de psicologia, utilizando o TBL como metodologia de ensino. Os objetivos secundários incluem a validação do conteúdo das provas por meio de avaliação por juízes, para garantir a qualidade dos instrumentos utilizados; mensurar o conhecimento adquirido pelos psicólogos após o treinamento; comparar os resultados entre a aplicação do TBL e o ensino tradicional (aula expositiva); e identificar a satisfação dos psicólogos com o método de ensino TBL.

Método

Desenho e local do estudo

Esse estudo apresenta-se em duas etapas. A primeira consiste na validação de conteúdo por juízes acerca dos instrumentos de avaliação, utilizados para coleta de dados da etapa seguinte. A segunda etapa consiste em um ensaio clínico randomizado, no qual o grupo experimental foi submetido a aplicação de uma sessão de TBL e o grupo controle foi submetido a uma aula tradicional (expositiva). Todo o estudo foi concedido de forma remota, com participantes residentes no Brasil.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein com o número de aprovação 6.108.612 e sua estruturação foi elaborada de acordo com os itens do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (SCHULZ et al, 2010).

Participantes

Etapa 1: Doze juízes foram convidados a participarem do estudo. A escolha desse número foi baseada na literatura (LYNN, 1986) que propõe um número de cinco a dez juízes. Os critérios de inclusão dos juízes foram: ser doutor e ter mais de 5 anos de experiência em TCC. O critério de exclusão foi o não preenchimento de todas as provas pelos juízes. Dos 12 juízes convidados, um não aceitou o convite, um não recebeu o e-mail, um não respondeu à primeira rodada e um não respondeu a segunda rodada. Sendo assim, 8 juízes participaram de todas as etapas. A participação dos juízes ocorreu

de forma digital, através de e-mails e links de acesso pela plataforma do REDCap, após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram necessárias duas rodadas de avaliação para a obtenção de um consenso.

Etapa 2: Houve um total de 506 inscritos, dos quais 96 participantes foram randomizados, 56 responderam o pré-teste, 23 compareceram às aulas (16 TBL e 7 aulas expositiva), 16 responderam o pós-teste e 7 responderam o pós-teste de follow-up após 1 mês. Ao final, a amostra foi composta por 16 participantes, 4 no grupo controle e 12 no grupo experimental.

Os critérios de inclusão foram: ser aluno do 5º ano da faculdade de psicologia ou ser psicólogo formado; já ter algum conhecimento prévio de TCC seja nas disciplinas da faculdade ou em cursos como workshops, especialização e formação.

O critério de exclusão foi: a não realização de todas as etapas, com exceção da etapa de follow-up, isto é, da avaliação após um mês.

Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico e educacional, elaborado para este estudo, para os participantes das etapas 1 e 2. O questionário incluiu perguntas sobre idade, sexo, etnia, tempo de atuação, formação e conhecimento em TCC.

b) Provas pré e pós-teste e crivo de correção: Três relatos de casos clínicos foram construídos para o estudo. Cada relato consistiu na apresentação de um caso de depressão, com informações e relatos do paciente e duas perguntas para análise do caso com base na construção da CC transversal. O relato 1 foi utilizado na avaliação do pré-teste, o relato 2 como o pós-teste e o relato 3 foi utilizado como pós-teste de 1 mês (follow-up). O crivo de avaliação foi construído através de uma escala likert de um total de 10 pontos, sendo 4 pontos para a pergunta um e 6 pontos para a pergunta dois.

c) Material pré-aula: como material pré-aula para a sessão de TBL foram utilizados um texto e um vídeo, ambos produzidos pela pesquisadora e disponibilizados aos participantes do grupo experimental por e-mail.

d) Aplicação do TBL: foi utilizado um teste com 13 perguntas sobre conceitos básicos de CC transversal e ciclos de manutenção na depressão. Esse teste foi aplicado individualmente (iRTA) e em grupo (gRTA). Após essa etapa, um caso clínico de depressão, com três perguntas, foi discutido pelos participantes em grupo, para identificar elementos da CC transversal.

e) Escala de satisfação: esse instrumento consistiu em 10 frases afirmativas com respostas dispostas em uma escala likert de 1 a 5 pontos, sendo que a pontuação 1 representa “discordo totalmente” e a pontuação 5 “concordo totalmente” (SAKAMOTO et al, 2020).

Procedimento de Coleta de dados

Primeira Etapa: validação de conteúdo.

Foi realizada a construção de três provas, utilizadas como pré e pós-testes, juntamente com os respectivos crivos de correção. Os juízes receberam um convite por e-mail, com um link para acessar a plataforma REDCap®, onde tiveram acesso ao TCLE. Após aceitaram e assinam eletronicamente o termo, tiveram acesso a um questionário de caracterização, às provas de pré e pós-teste, e aos crivos de correção. Os juízes avaliaram cada item do material por uma escala likert de quatro pontos, ou seja, avaliaram a clareza, a relevância e a coerência dos relatos de caso e das perguntas contidas neles, bem como dos crivos de correção. Caso houvesse alguma discordância ou identificassem a falta de clareza, relevância e/ou coerência, os juízes, em um espaço para respostas abertas, indicavam as ambiguidades e pontos que precisam melhorar, como também poderiam sugerir novo formato de cada item.

Depois de receber todas as avaliações dos juízes, foram feitas as adequações sugeridas ou as explicações do motivo de não fazer as mudanças. Nova rodada foi realizada, para nova avaliação com intuito de validar as mudanças realizadas. Todo este processo ocorreu no período de nove meses, iniciando em abril de 2022 e sendo finalizada em 31 de janeiro de 2023.

Segunda etapa: ensaio clínico randomizado (formato único)

O convite para a participação no estudo foi realizado via redes sociais. Com intuito de acessar os participantes com perfil que correspondesse aos critérios de inclusão (ter conhecimento prévio de TCC), foi utilizado o método bola de neve, com auxílio da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC), que também divulgou os convites nas suas redes. Após responderem um *screening* de identificação, os participantes elegíveis para o estudo receberam o TCLE e, após aceitarem, responderam um questionário sociodemográfico.

Do total de inscritos (n=506), 96 foram randomizados pela plataforma REDCap do Hospital Israelita Albert Einstein, com critérios estratificadores. Eles foram alocados no

grupo experimental TBL (n=47) e no grupo controle aula expositiva (n=49). Todos os participantes receberam um e-mail com o pré-teste. A aula tradicional ocorreu no dia 30/03/23 e a sessão de TBL no dia 01/04/2023. Ambas tiveram uma duração de 2h30, e aconteceram de forma síncrona e online, pela plataforma Zoom.

Após as aulas, todos receberam um link para o pós-teste. O grupo experimental também recebeu um link para avaliar a satisfação. Um mês depois do pós-teste, os participantes acessaram uma terceira prova para avaliar a manutenção e generalização dos ganhos.

Com intuito de oportunizar a participação de todos os inscritos, que não foram alocados nesta fase, haverá outras sessões de TBL e aula tradicional. Para tanto, haverá nova randomização e o procedimento descrito anteriormente será repetido. Aos inscritos, que não forem alocados na próxima etapa do estudo, será oferecido a aula tradicional gravada para que possam receber as informações e conteúdo destinado aos participantes.

Procedimento de análise de dados

Os dados foram coletados a partir da plataforma REDCap (HARRIS et al, 2009; HARRIS et al, 2019). As análises foram realizadas com o auxílio dos pacotes R (R CORE TEAM, 2018), irrCAC (GWET, 2019) e do pacote Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 26.0 (IBM Corp, 2019), adotando um nível de significância de 5%.

As características dos juízes foram descritas a partir das frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e pelas medianas e quartis, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, com base no tamanho da amostra (ALTMAN, 1991). As respostas dos juízes foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas, com o objetivo de avaliar a concordância com os instrumentos utilizados. Essas respostas foram utilizadas para calcular o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mensura a proporção de especialistas que concordam quanto à clareza, relevância e pertinência (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2011). Além disso, foi calculada a Razão de Validade de Conteúdo (CVR) (LYNN, 1986), também conhecida como *content validity ratio*, para os itens avaliados nas evidências apresentadas. Os valores obtidos foram comparados com os valores mínimos estabelecidos por Ayre e Scally (2014), considerando o número de juízes participantes. Conforme mencionado pelos autores, para que a validade seja considerada satisfatória, a proporção de concordância e o valor de CVR de cada critério dependem do número de respostas obtidas. Para um total de

oito respondentes, espera-se uma proporção mínima de concordância de 87,5% e um CVR mínimo de 0,75. Esses critérios foram adotados para garantir a confiabilidade e validade dos resultados obtidos neste estudo. A fim de avaliar a concordância entre os especialistas, foi utilizado o coeficiente de concordância AC1 de Gwet (2014), juntamente com seus intervalos de confiança de 95% e valores de p. Os coeficientes de concordância foram comparados com a classificação proposta por Altman (1991), na qual coeficientes menores que 0,2 são considerados ruins, entre 0,2 e 0,4 são razoáveis, entre 0,4 e 0,6 são moderados, entre 0,6 e 0,8 são bons, e acima de 0,8 são excelentes. Para realizar os cálculos, as categorias foram agrupadas em "Discordo totalmente" e "Discordo" como uma única classificação, assim como as categorias "Concordo totalmente" e "Concordo".

Para verificar a diferença entre os grupos controle e experimental, em relação à caracterização dos grupos, foi realizado o teste Qui Quadrado. Foi realizado um teste de normalidade dos dados e verificou-se uma distribuição assimétrica. Sendo assim, a comparação dos resultados, tanto da questão 1 como da questão 2, entre os grupos controle e TBL, foi realizada utilizando o teste Qui-Quadrado. A fim de comparar as mudanças dentro de cada grupo, no pré- e pós-teste, foi utilizado o teste de McNemar. A fim de avaliar a progressão das pontuações totais, foram empregados o teste de Mann-Whitney para comparar os dois grupos em ambos os momentos e o teste de Wilcoxon para comparar cada grupo consigo mesmo (pré e pós-teste).

Resultados

Características dos juízes

Verificou-se que dos oito juízes, seis são mulheres (75%) e dois homens (25%), com idade mediana de 43,5 anos, 1º quartil igual a 38,5 e 3º quartil igual a 49, variando de 32 a 60 anos. O tempo mediano de formação foi de 18,5 anos, 1º quartil de 16,5 e 3º quartil de 26, variando de seis a 36 anos. Quanto à graduação, quatro juízes eram doutores e quatro pós-doutores (50%) e todos os juízes possuíam formação em TCC. Quanto ao tempo de atuação, sete juízes (87,5%) atuam há mais de 15 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos juízes participantes (n=8)
n (%)

Idade

Tabela 1 – Caracterização dos juízes participantes (n=8)

	n (%)
Média (desvio padrão)	44,3 (8,7)
Mínimo - Máximo	32 - 60
Mediana [Quartis]	43,5 [38,5 - 49]
Sexo	
Masculino	2 (25)
Feminino	6 (75)
Tempo de formação (em anos)	
Média (desvio padrão)	20,5 (9,2)
Mínimo - Máximo	6 - 36
Mediana [Quartis]	18,5 [16,5 - 26]
Graduação mais elevada	
Doutorado	4 (50)
Pós-doutorado	4 (50)
Possui formação em TCC?	
Não	0 (0)
Sim	8 (100)
Tempo de atuação	
até 5 anos	0 (0)
de 6 a 10 anos	1 (12,5)
de 11 a 15 anos	0 (0)
mais de 15 anos	7 (87,5)

Fonte: Elaboração do autor

Avaliação dos estudos de casos

A Tabela 2 apresenta as proporções de concordância e CVR para os quesitos avaliados e para cada prova. Comparados aos valores de referências, todos apresentaram proporções de concordância e índices CVR iguais ou superiores aos mínimos requeridos, evidenciando a adequação das provas.

Tabela 2 – Concordância dos especialistas (n=8)

	Discord o n (%)	Concor do n (%)	CVR
Prova 1			
1.Considero o relato de caso claro:	0 (0)	8 (100)	1,00
2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização de caso transversal (precipitantes e mantenedores):	0 (0)	8 (100)	1,00
3.Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.	0 (0)	8 (100)	1,00
Em relação aos precipitantes presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
A pergunta e as respostas são concordantes com desencadeantes:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
Em relação aos fatores de manutenção que estão presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:	0 (0)	8 (100)	1,00
Prova 2			
1.Considero o relato de caso claro:	0 (0)	8 (100)	1,00
2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização de caso transversal (precipitantes e mantenedores):	0 (0)	8 (100)	1,00
3.Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.	0 (0)	8 (100)	1,00
Em relação aos precipitantes presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:	0 (0)	8 (100)	1,00

Tabela 2 – Concordância dos especialistas (n=8)

	Discord o n (%)	Concor do n (%)	CVR
A pergunta e as respostas são concordantes com desencadeantes:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
Em relação aos fatores de manutenção que estão presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:	0 (0)	8 (100)	1,00
Prova 3			
1.Considero o relato de caso claro:	0 (0)	8 (100)	1,00
2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização de caso transversal (precipitantes e mantenedores):	0 (0)	8 (100)	1,00
3.Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.	0 (0)	8 (100)	1,00
Em relação aos precipitantes presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
A pergunta e as respostas são concordantes com desencadeantes:	1 (12,5)	7 (87,5)	0,75
Em relação aos fatores de manutenção que estão presentes nesse caso:			
A pergunta está clara:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal:	0 (0)	8 (100)	1,00
A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:	0 (0)	8 (100)	1,00

Fonte: Elaboração do autor.

Concordância entre os especialistas

Na Tabela 3, são apresentados os coeficientes de concordância, juntamente com os intervalos de confiança de 95% e valores de p, para as três provas individuais e para o total. Verificou-se que todas as provas, assim como o total, apresentaram coeficientes excelentes (acima de 0,8).

Com base nos resultados obtidos, pode-se afirmar que a concordância entre os especialistas foi adequada, uma vez que os coeficientes de concordância obtidos demonstraram uma concordância substancial entre os avaliadores.

Tabela 3 – Coeficientes de concordância entre os especialistas

Avaliações	Coeficiente (IC 95%)	Valor p
Prova 1	0,909 (0,796 - 1)	< 0,001
Prova 2	0,941 (0,847 - 1)	< 0,001
Prova 3	0,941 (0,847 - 1)	< 0,001
Total	0,931 (0,881 - 0,981)	< 0,001

Fonte: Elaboração do autor.

Etapa 2- Ensaio clínico randomizado

A tabela 4 apresenta uma visão geral dos 16 participantes que completaram tanto o pré-teste quanto o pós-teste. A diferença entre eles reside principalmente no conhecimento da conceitualização cognitiva transversal: no grupo controle, todos os participantes possuíam esse conhecimento, enquanto no grupo TBL apenas 16,7% tinham conhecimento prévio (p = 0,008).

Tabela 4 – Caracterização da amostra no ensaio clínico (n = 16)

	Grupo		
Qual sua formação?	Controle (n = 4)	TBL (n = 12)	valor p*
Estudante de psicologia do 5º ano	0 (0%)	2 (16,7%)	0,999
Psicólogo	4 (100%)	10 (83,3%)	
Nível de conhecimento			
Demais cursos	0 (0%)	8 (66,7%)	0,077
Especialização	4 (100%)	4 (33,3%)	
Sexo			
Homem	1 (25%)	2 (16,7%)	0,999

Mulher	3 (75%)	10 (83,3%)	
Sexo			
Branco	2 (50%)	6 (50%)	
Negro	0 (0%)	2 (16,7%)	0,641
Pardo	2 (50%)	4 (33,3%)	
Atua na área clínica			
Não	0 (0%)	4 (33,3%)	
Sim	4 (100%)	8 (66,7%)	0,516
Atua na área clínica há quanto tempo			
Até 2 anos	1 (25%)	3 (25%)	
Entre 2 e 5 anos	2 (50%)	4 (33,3%)	
Mais de 5 anos	1 (25%)	1 (8,4%)	0,829
Sem informação	0 (0%)	4 (33,3%)	
Conhece a conceitualização cognitiva transversal			
Não	0 (0%)	10 (83,3%)	
Sim	4 (100%)	2 (16,7%)	0,008

*Teste Qui Quadrado
Fonte: Elaboração do autor

A tabela 5 apresenta o resultado da análise da questão, no pré e pós-teste. Não foram observadas diferenças significativas nos resultados ao comparar o grupo controle e o grupo TBL ($p > 0,05$), tanto no tempo pré ($p = 0,585$) quanto no tempo pós ($p = 0,169$). No entanto, quando analisamos a progressão dos dois grupos, constatou-se que o grupo controle não apresentou alterações nos resultados ($p = 0,5637$), enquanto o grupo TBL apresentou um aumento significativo no número de respostas incorretas ($p = 0,0002$), passando de 50% para 83,4%. Essa mudança é considerada estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Análise da questão 1 no pré e pós-teste (n = 16)

	Grupo		
Q1 - pré teste	Controle (n = 4)	TBL (n = 12)	valor p*
Acerto parcial	3 (75%)	6 (50%)	
Errado	1 (25%)	6 (50%)	0,585
Q1 - pós teste			
Acerto	0 (0%)	1 (8,3%)	
Acerto parcial	2 (50%)	1 (8,3%)	0,169
Errado	2 (50%)	10 (83,4%)	
valor p**	0,5637	0,0002	

*Teste Qui Quadrado entre grupos e **Teste McNemar intra grupo
Fonte: Elaboração do autor

Na Tabela 6 pode-se observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados ao comparar o grupo controle e o grupo TBL ($p > 0,05$), tanto no tempo pré ($p = 0,999$) quanto no tempo pós ($p = 0,999$). No entanto, quando analisamos a evolução dos dois grupos, observamos que o grupo controle não apresentou mudanças nos resultados ($p = 0,999$), enquanto o grupo TBL teve uma alteração de uma resposta incorreta para uma resposta correta ($p = 0,0094$), o que indica uma mudança considerada estatisticamente significativa.

Tabela 6 – Análise da questão 2 no pré e pós-teste			
Grupo			
Q2 - pré teste	Controle (n = 4)	TBL (n = 12)	valor p*
Acerto parcial	4 (100%)	11 (91,7%)	0,999
Errado	0 (0%)	1 (8,3%)	
Q2 - pós teste			
Acerto	0 (0%)	1 (8,3%)	0,999
Acerto parcial	4 (100%)	11 (91,7%)	
valor p**	0,999	0,0094	
*Teste Qui Quadrado entre grupos e **Teste McNemar intra grupo			
Fonte: Elaboração do autor			

Os resultados, apresentados na Tabela 7, indicam que não houve aumento ou diminuição significativa na pontuação total tanto no grupo controle quanto no grupo TBL. Além disso, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre esses grupos, tanto no tempo pré quanto no tempo pós ($p > 0,05$).

Tabela 7 – Análise da pontuação total (n = 16)			
Grupo			
	Controle (n = 4)	TBL (n = 12)	valor p*
Pontuação pré	4,5 (3,25 - 5)	3 (3 - 4)	0,170

Pontuação pós	6 (2,75 - 7)	4 (3,25 - 5,75)	0,446
valor p**	0,465	0,096	

*Teste Mann Whitney. **Teste de Wilcoxon.
Valores apresentados como Mediana (Q1 – Q3)
Fonte: Elaboração do autor

A satisfação dos participantes foi avaliada através do Questionário de ABE adaptado de Hartz (SAKAMOTO et al, 2020). No total, 12 participantes responderam a escala após a aplicação do TBL. Os resultados são apresentados na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8 – Respostas do Questionário de ABE adaptado (n = 12)

	1 a 3 - n (%)	4 e 5 - n (%)
Eu prefiro uma orientação individual sobre um tema, ainda que rápida, a ter que debater sobre ele com um grupo de colegas	10 (83,3%)	2 (16,7%)
A discussão no grupo me permitiu ter consciência do quanto eu realmente sabia sobre um determinado assunto do trabalho	3 (25%)	9 (75%)
Acredito que eu aprenderia mais se fosse necessário entregar ao professor um pequeno relatório sobre o assunto debatido no grupo	10 (83,3%)	2 (16,7%)
Considero que aprendi muito com meus colegas durante os debates do grupo	3 (25%)	9 (75%)
Embora tenha sido útil, considero que o fechamento feito pelo professor pode ser dispensado, uma vez que o mais importante já foi debatido pelo grupo	12 (100%)	0 (0%)
Em grupo eu aprendo mais do que conversando com o professor	9 (75%)	3 (25%)
Prefiro um feedback de um colega do que de um professor	11 (91,7%)	1 (8,3%)
Acredito que os debates nos pequenos grupos são suficientes para garantir a aprendizagem sobre o tema em questão, não sendo necessário discuti-los no grande grupo	11 (91,7%)	1 (8,3%)
Acho que se eu tivesse que entregar a redação do item em debate ao final da aula eu aprenderia mais	11 (91,7%)	1 (8,3%)

De modo geral posso dizer que gostei da abordagem de aprendizagem baseada em times	4 (33,3%)	8 (66,7%)
--	-----------	-----------

1 - Discordo totalmente até 5 - Concordo totalmente

Fonte: Elaboração do autor

Com base nos resultados obtidos, os participantes demonstraram uma avaliação positiva da implementação do TBL em relação à preferência por discussões em grupo em vez de orientação individual (83,3%). Além disso, 75% dos participantes afirmaram que as discussões contribuíram para o entendimento do tema e que aprenderam com seus colegas durante os debates. No entanto, em relação à percepção de aprendizado, apenas 25% concordaram que aprenderam mais por meio das interações em grupo do que por meio de conversas com o professor e 100% avaliaram como importante o fechamento do professor. Quanto à satisfação geral, 66,7% dos participantes consideraram-na positiva.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar a aquisição de conhecimento em conceitualização de caso transversal em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) utilizando o TBL como metodologia de ensino, em psicólogos e estudantes de psicologia. Foi realizada uma validação de conteúdo para garantir a qualidade dos instrumentos de coleta de dados. Os resultados demonstraram proporções de concordância e índices CVR iguais ou superiores aos mínimos exigidos, evidenciando a adequação das provas. E com base na concordância entre os especialistas, avaliada pelo coeficiente de concordância AC1 de Gwet, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores p, todas as provas apresentaram excelentes níveis de coeficientes (acima de 0,8), evidenciando a concordância adequada entre os especialistas. Portanto, o instrumento de coleta de dados foi considerado adequado para o estudo do ensaio clínico.

A percepção dos participantes foi avaliada através de um questionário adaptado, revelando que a maioria (83%) preferiu a discussão em grupo e afirmou aprender com os colegas durante os debates (75%). Esses dados corroboram os resultados de Sakamoto et al. (2020), onde 92% dos participantes preferiram a discussão em grupo e 92% afirmaram aprender com colegas em debate. No entanto, quando comparada a aprendizagem em grupo com a aula expositiva, 75% dos participantes discordaram que aprendem melhor em grupo do que com o professor. No estudo de Sakamoto et al.

(2020), 57% dos participantes discordaram dessa afirmação, indicando que quase metade também considera aprender melhor com o professor. Em outro estudo (SANTANA; OLIVEIRA; RAMOS, 2019), apesar de 96% dos alunos terem ficado satisfeitos com as sessões de TBL, 42% não concordaram que seu desempenho foi melhorado com o uso dessa metodologia e 30% não concordaram que o TBL foi melhor do que palestras.

Os participantes deste estudo demonstraram discordar em relação à preferência pelo feedback dos colegas em vez do professor, em uma proporção de 91%, semelhante a estudos anteriores (SAKAMOTO et al., 2020). O feedback obtido por pares no TBL promove a reflexão crítica, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e o aprimoramento do trabalho em equipe, sendo essencial para o sucesso dessa abordagem de aprendizado colaborativo. No entanto, o feedback dos pares pode ser afetado por fatores como desconforto social, falta de preparação e treinamento, e falta de responsabilidade, o que pode impedir mudanças significativas no desempenho e comportamento dos alunos (BURGESS et al., 2020). Sugere-se que novos estudos investiguem a percepção dos alunos em relação ao feedback, a qualidade do feedback e suas possíveis implicações na eficácia do TBL.

Em relação à satisfação com o TBL, 66% dos participantes demonstraram gostar dessa abordagem. No entanto, esses resultados divergem de estudos anteriores, onde a satisfação foi relatada por uma porcentagem maior de participantes. Em Sakamoto et al. (2020) 100% dos participantes gostaram do TBL, 96% ficaram satisfeitos com o TBL no estudo de Santana, Oliveira e Ramos (2019), 78% ficaram satisfeitos com a experiência de TBL no estudo de Masocatto, Matta e Porfirio (2019) e 80% demonstraram satisfação com TBL no estudo de Attia e Mandour (2023). Essa discrepância sugere que a familiaridade com o TBL, após várias aplicações, pode aumentar a satisfação, à medida que os participantes compreendem melhor essa forma de aprendizagem e se organizam como grupo. Estudos adicionais são necessários para avaliar se o formato único do TBL promove a satisfação dos participantes e se os alunos menos familiarizados com metodologias ativas têm uma menor aceitação desse formato em comparação com os participantes já familiarizados com essas metodologias.

Ao contrário do que é comumente encontrado na literatura, este estudo foi realizado em um formato único e aplicado principalmente em profissionais não matriculados em instituições de ensino. Embora seja relevante aplicar a intervenção em um contexto diferente, e compreender suas implicações, enfrenta-se o desafio de engajar participantes no estudo. Apesar de um número satisfatório de inscrições iniciais

(n = 506), houve uma perda significativa de participantes ao longo das etapas do projeto, principalmente na etapa do pré-teste resultando em uma amostra final reduzida (n = 16). Sendo assim, ao se considerar o tamanho da amostra (n=16), e o nível de significância (p) dos valores totais, os dados não podem ser conclusivos.

Considerações finais

O TBL (Team-Based Learning) é geralmente bem aceito pelos participantes, mas a percepção de sua eficácia ainda não foi unânime entre eles. Devido ao tamanho reduzido da amostra, não foi possível realizar uma análise estatística confiável sobre a eficácia do TBL no ensino da CC, mais estudos são necessários. É importante para avaliar se o formato único do TBL promove a satisfação dos participantes, especialmente em comparação com alunos já familiarizados com metodologias ativas. Além disso, é importante investigar se o TBL é uma estratégia de intervenção eficaz para profissionais em treinamentos ou reciclagem, considerando suas características e necessidades diferentes dos estudantes em instituições de ensino, o que pode influenciar sua aplicação e eficácia. É relevante explorar a percepção e aceitação dos alunos em relação ao feedback recebido no contexto do TBL, o que pode contribuir para orientar os professores a fornecerem cuidado e incentivo adequados aos alunos nesse aspecto.

Referências

ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. Londres: Chapman and Hall, 1990.

ATTIA, R.T.; MANDOUR, A.A. Team-based learning-adopted strategy in pharmacy education: pharmacology and medicinal chemistry students' perceptions. **Future Journal of Pharmaceutical Sciences**, New Cairo, v. 9, n. 1, p. 1–6, 2023. DOI: 10.1186/s43094-023-00464-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43094-023-00464-6>. Acesso em: 19 jul. 2023.

AYRE, C.; SCALLY, A.J. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. **Measurement and valuation in Counseling and Development**, Londres, v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014. DOI: 10.1177/0748175613513808. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BOLLELA, V. R.; SENGHER, M. H.; TOURINHO, F. S. V.; AMARAL, E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.

47, n. 3, p. 293-300, 2014. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v47i3p293-300. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BURGESS, A.; VAN DIGGELE, C.; ROBERTS, C.; MELLIS, C. Team-based learning: design, facilitation and participation. **BMC Medical education**, Londres, v. 20, n. 2, p. 1–7, 2020. DOI: 10.1186/s12909-020-02287-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02287-y>. Acesso em: 19 jul. 2023.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459LYPM7Pt7Q7cSn/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jul. 2023.

CURREY, J.; SPROGIS, S.K.; BURDEU, G.; STORY, I.; CONSIDINE, J.; O'DONNELL, M.; GENTLE, A.; BACKHOUSE, S.; OLDLAND, E. Stakeholder acceptance of digital team-based learning. **Nurse education in practice**, [S. l.], v. 46, p. 102833, 2020. DOI: 10.1016/J.NEPR.2020.102833. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102833>. Acesso em: 11 jul. 2023.

DIESEL, A.; BALDEZ, A.L.S.; MARTINS, S.N. Os princípios das metodologias ativas de ensino superior: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, Pelotas, v. 14, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15536/thema.14.2017.268-288.404>. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/404>. Acesso em: 11 jul. 2023.

GWET, K.L. **Handbook of inter-rater reliability**. Piedmont: Advanced Analytics, LLC, 2014.

GWET, K.L. **irrCAC: Computing Chance-Corrected Agreement Coefficients (CAC)**. 2019. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=irrCAC>. Acesso em: 11 jul. 2023.

HAIDET, P.; KUBITZ, K.; MCCORMACK, W.T. Analysis of the team-based learning literature: TBL comes of age. **Journal on excellence in college teaching**, Miami, v. 25, n. 3-4, p. 303–333, 2015. PMID: 26568668. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26568668/>. Acesso em 11 jul. 2023.

HARRIS, P.A.; TAYLOR, R.; MINOR, B.L.; ELLIOTT, V.; FERNANDEZ, M.; O'NEAL, L.; MCLEOD, L.; DELACQUA, G.; DELACQUA, F.; KIRBY, J.; DUDA, S.N. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. **Journal of biomedical informatics**, [S. l.], v. 95, p. 103208, 2019. DOI:10.1016/j.jbi.2019.103208. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>. Acesso em: 11 jul. 2023.

HARRIS, P.A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J.; GONZALEZ, N.; CONDE, J.G. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, [S. l.], v. 42, n. 2, p.377–381, 2009. DOI: 10.1016/j.jbi.2008.08.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>. Acesso em: 11 jul. 2023.

IBM SPSS STATISTICS FOR WINDOWS. Versão 26.0. Armonk: IBM Corp, 2019. Disponível em: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>. Acesso em: 13 jul. 2023.

LOVATO, F.; MICHELOTTI, A.; LORETO, E.L.S. Metodologias Ativas de Aprendizagem: uma Breve Revisão. **Acta Scientiae**, Canoas, v. 20, n. 2, p. 154–171, 2018. DOI: 10.17648/acta.scientiae.v20iss2id3690. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/acta.scientiae.v20iss2id3690>. Acesso em: 11 jul. 2023.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, [S. l.], v. 35, n. 6, p.382-385, 1986. DOI: 10.1097/00006199-198611000-00017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MADSON, L.; ZAIKMAN, Y.; HUGHES, J. S. Team-based learning: A transformative tool for teaching psychology. In: SCHWARTZ, A.M.; MILLER, R.L. (Eds.). **High impact educational practices**: A review of best practices with illustrative examples. Washington: Society for the teaching of psychology, 2020.

PAGE, A.C.; STRITZKE, W.G.K.; MCEVOY, P.M. **Clinical Psychology for Trainees**: Foundations of Science-Informed Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2022.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2018. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

RANIA, N.; MIGLIORINI, L.; REBORA, S. Team-Based Learning and Life Skills: A Qualitative Study from Psychological Students point of View. Running Head: TBL and Psychology Students. **Health Science Journal**, Londres, v. 10, n. 1, p. 1, 2016. Disponível em: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/teambased-learning-and-life-skills-a-qualitative-study-from-psychological-students-point-of-view-105847.html>. Acesso em: 13 jul 2023.

REIMSCHISEL, T.; HERRING, A.L.; HUANG, J.; MINOR, T.J. A systematic review of the published literature on team-based learning in health professions education. **Medical Teacher**, [S. l.], v. 39, n.12, p. 1227–1237, 2017. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1340636. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2017.1340636>. Acesso em: 17 jul.2023.

SAKAMOTO, S. R.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; ABBADE, L. P. F.; CALDEIRA, S. M.; FUSCO, S. D. F. B.; AVILA, M. A. G. D. Aprendizagem baseada em equipes: um ensaio clínico randomizado na graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20180621, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0621>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SANTANA, V.C.; OLIVEIRA, C.R.; RAMOS, R.B. First-year students' perceptions of team-based learning in a new medical genetics course. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 170–177, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3RB20180256. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180256>. Acesso em: 19 jul. 2023.

SCHULZ, K.F.; ALTMAN, D.G.; MOHER, D.; CONSORT GROUP. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, vol. 152, n. 11, p. 726–732, 2010. DOI: 10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SEBOLD, L.F.; MARTINS, F.E.; ROSA, R.; CARRARO, T.E.; MARTINI, J.G.; KEMPFER, S.S. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 753–756, 2010. DOI: 10.5380/ce.v15i4.20381. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i4.20381>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SHULMAN, G. P. **The development of case conceptualization ability in clinical psychology graduate students**. Orientador: Debra A. Hope. 2018. 118 f. Dissertação (Doutorado em Filosofia) – Faculty of the Graduate College, University of Nebraska, Lincoln, NB, 2018.

SIBLEY, J. Facilitating Application Activities. In: SWEET, M.; MICHAELSEN, L. K. (Eds.). **Team-based learning in the social sciences and humanities: Group work that works to generate critical thinking and engagement**. New York, NY: Stylus Publishing, LLC, 2012.

ULFA, Y.; IGARASHI, Y.; TAKAHATA, K.; SHISHIDO, E.; HORIUCHI, S. A comparison of team-based learning and lecture-based learning on clinical reasoning and classroom engagement: a cluster randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, Londres, v. 21, n. 1, p. 444, 2021. DOI: 10.1186/s12909-021-02881-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02881-8>. Acesso em: 13 jul. 2023.

YEUNG, M.M.Y.; YUEN, J.W.M.; CHEN, J.M.T.; LAM, K.K.L. The efficacy of team-based learning in developing the generic capability of problem-solving ability and critical thinking skills in nursing education: A systematic review. **Nurse Education Today**, [S.l.], v. 122, 2023. DOI: 10.1016/j.nedt.2022.105704. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105704>. Acesso em: 13 jul. 2023.

Como referenciar este artigo

SOUZA, Fabiana Romanini; FRANCO, Fernando Alves de Lima; BARLETTA, Janaína Bianca. Team-based learning no ensino da conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental: um ensaio clínico. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 00, n. 00, p. 000-000, 2022. E-ISSN: 1982-5587. DOI:

Submetido em: 20/07/2023

Revisões requeridas em:

Aprovado em:

Publicado em:

5 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a aquisição de conhecimento em CC transversal em TCC, utilizando o TBL como metodologia de ensino, em psicólogos e estudantes de psicologia. Os resultados indicaram a adequação das provas utilizadas. A maioria dos alunos preferiu a discussão em grupo em comparação à orientação individual e afirmou aprender com colegas durante os debates. Quanto à satisfação com o TBL, 66% demonstraram gostar dessa abordagem. É importante ressaltar que a amostra final foi pequena, o que limita a conclusão dos resultados quanto a aquisição de conhecimento, sendo necessária uma nova aplicação do estudo.

Um quesito relevante neste estudo diz respeito a validação de conteúdo, que seguiu as orientações na literatura recomendada quanto ao número de juízes necessários⁽⁹⁵⁾ assim como os critérios para seleção.⁽⁹⁶⁾ Oito participantes foram incluídos no estudo, sendo 50% doutores e 50% pós-doutores, com 87,5% tendo mais de 15 anos de experiência. No que diz respeito a proporção de concordância razão de validade de conteúdo (CVR - *content validity ratio*).

A CVR mínima esperada, para cada critério em relação a clareza, relevância e pertinência das provas como um caso de depressão maior, elementos relevantes da CC transversal e o crivo de correção (fatores precipitantes e de manutenção), os resultados demonstraram proporções de concordância e índices CVR iguais ou superiores aos mínimos exigidos, evidenciando a adequação das provas. Com base na concordância entre os especialistas, avaliada pelo coeficiente de concordância AC1 de Gwet⁽¹⁰⁰⁾, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores p, todas as provas apresentaram excelentes níveis de coeficientes (acima de 0,8), evidenciando a concordância adequada entre os especialistas.

Desta forma, pode-se concluir que o instrumento para coleta de dados apresentou resultados compatíveis de adequação a critérios definidos quanto a validação de conteúdo, podendo ser utilizado no estudo da aplicação do ensaio clínico. Esse processo apresenta-se relevante, considerando que a maioria dos ensaios clínicos envolvendo aplicação de TBL em comparação a aula expositiva tem como fonte de dados notas de provas ou resultados de exames finais, uma vez que os estudos normalmente acontecem em instituições de ensino e esses instrumentos não passam por uma validação.^(69,70) Instrumentos de coletas não validados podem ser um viés apresentando potenciais problemas como questões mal formuladas ou ambíguas, assim como falhas

nos gabaritos de respostas, o que pode influenciar os dados da pesquisa. A validação de conteúdo pode ser um importante passo em estudos que focam em estratégias pedagógicas, aumentando a possibilidade de uso de ferramentas efetivas para o processo educativo, pois pode identificar e corrigir falhas antes da coleta de dados e melhorar a qualidade geral da pesquisa aumentando a confiabilidade nos resultados.⁽⁹⁶⁾

A percepção e satisfação dos participantes foram avaliadas por meio do Questionário de ABE adaptado.⁽⁹⁸⁾ Os resultados mostraram que a maioria dos alunos (83%) preferiu a discussão em grupo sobre um tema em comparação à orientação individual, e afirmaram aprender com colegas durante os debates (75%). Esses dados corroboram os resultados de Sakamoto et al.,⁽⁹⁸⁾ em que 92% dos participantes preferiram a discussão em grupo e 92% afirmaram aprender com colegas em debate. No entanto, quando comparada a aprendizagem em grupo com a aula expositiva, 75% dos participantes discordaram que aprendem melhor em grupo do que com o professor. No estudo de Sakamoto et al.,⁽⁹⁸⁾ 57% dos participantes discordaram dessa afirmação, indicando que quase metade também considera aprender melhor com o professor. Em outro estudo,⁽¹⁰¹⁾ apesar de 96% dos alunos terem ficado satisfeitos com as sessões de TBL, 42% não concordaram que seu desempenho foi melhorado com o uso dessa metodologia e 30% não concordaram que o TBL foi melhor do que palestras. Esses resultados indicam uma preferência dos participantes à discussão em grupo e à interação com os colegas e como uma estratégia de aprendizagem durante as discussões, sugerindo que o TBL pode ser eficaz na promoção da colaboração e do aprendizado entre pares. No entanto, a comparação com a aula expositiva revelou que uma proporção significativa dos participantes discordou que aprende melhor em grupo do que com o professor. Esse resultado pode sugerir que a instrução direta do professor ainda é considerada mais eficaz pelos participantes para promover aprendizagem.

Outro ponto importante a destacar é que 91% dos participantes discordaram que preferem o *feedback* dos colegas em vez do professor, resultado semelhante ao encontrado por Sakamoto et al.,⁽⁹⁸⁾ que foi de 92%. Esses dados chamam a atenção uma vez que o *feedback* por pares é um componente essencial no TBL, visto que impacta no relacionamento dos participantes e aumenta as chances de empenho destes na preparação pré-aula, fundamental para o sucesso da aplicação do TBL⁽⁵⁸⁾ assim como contribui para resolução de problemas, comunicação, trabalho em equipe e habilidades organizacionais.⁽¹⁰²⁾ A percepção dos alunos sobre a qualidade do *feedback* fornecido por colegas é valorizada, mas em algumas situações, pode não ser tão efetivo devido ao desconforto social, falta de preparação e treinamento adequados, e

responsabilidades associadas, o que pode comprometer a honestidade no *feedback* e resultar em poucas melhorias no desempenho e comportamento dos alunos.⁽¹⁰²⁾ Em um estudo de abordagem qualitativa buscou-se avaliar as percepções dos alunos sobre a experiência de *feedback* entre pares, no TBL, ao longo de um curso de medicina. Os resultados apontaram que os alunos avaliaram a experiência de dar e receber *feedback* como valiosa. Porém relataram, em relação ao processo de *feedback* entre pares, questões que incluem a falta de orientação clara e estrutura para o processo de *feedback*, a necessidade de treinamento e prática para melhorar a qualidade do *feedback* entre pares, e a importância da diversidade de perspectivas e habilidades na equipe para fornecer *feedback* útil, apontando com isso a importância de criar um ambiente seguro e apoiador, no qual o *feedback* possa ser percebido como uma oportunidade de melhoria, não como uma ameaça, sendo importante a implementação de programas de treinamento em *feedback* entre pares.⁽¹⁰³⁾

Quanto à satisfação com o TBL, 66% dos participantes demonstraram gostar dessa abordagem. No entanto, esses resultados divergem de outros estudos, onde 100% dos participantes gostaram do TBL (Sakamoto et al.,⁽⁹⁸⁾ 96% ficaram satisfeitos com o TBL,⁽¹⁰¹⁾ 78% ficaram satisfeitos com a experiência de TBL⁽¹⁰⁴⁾ e 80% demonstraram satisfação com TBL.⁽¹⁰⁵⁾ Essa discordância de resultados sugere que a familiaridade com o TBL, após várias aplicações, como nos estudos mencionados, pode levar a uma maior satisfação, à medida que os participantes compreendem melhor essa forma de aprendizagem e se organizam como grupo, criando uma maior coesão, uma vez que a equipe é considerada uma estratégia de ensino no TBL.⁽⁵⁹⁾

Diferentemente do que é encontrado na literatura, o presente estudo foi desenhado em formato único e aplicado principalmente em profissionais (83,3%) não matriculados em instituições de ensino.^(24,30,37) Explorar a aplicação do TBL em contextos diferentes é necessário, pois o TBL pode ter resultados diferentes quando aplicado em estudantes (universitários ou de outros níveis de ensino) e quando aplicado em profissionais. Da mesma forma, também deve ser estudado em aplicações em contextos diferentes do que instituições educacionais formais e regulares, como em *wokshops* ou treinamentos de curto prazo, uma vez que profissionais podem ter características e necessidades diferentes dos estudantes em instituições de ensino, o que pode influenciar a aplicação e eficácia do TBL.

Apesar da relevância da aplicação em um contexto diferente das instituições de ensino, um desafio já esperado pelos pesquisadores é a dificuldade de engajamento dos participantes. Inicialmente, o número de inscrições para participar do

presente estudo foi satisfatório ($n=506$), demonstrando a efetividade da divulgação e chamada dos participantes. Porém, ao longo das inúmeras etapas do projeto, ocorreu uma perda significativa de participantes randomizados ($n=80$). Sendo assim, ao se considerar o tamanho da amostra ($n=16$) e o nível de significância (p) dos valores totais, os dados não podem ser conclusivos. Uma nova aplicação será realizada, contemplando os 410 participantes inscritos que ainda não foram randomizados.

Com base nos resultados apresentados, pode-se constatar que os dois grupos apresentaram homogeneidade quanto a formação, nível de conhecimento, sexo, raça, atuar na área clínica e tempo de atuação. Porém, 100% dos participantes do grupo controle conheciam CC transversal enquanto apenas 16,7% das pessoas alocadas no grupo experimental tinham esse conhecimento. Essa disparidade pode ser considerada um potencial viés que pode afetar a interpretação dos dados estatísticos. Portanto, para uma nova randomização faz-se necessário incluir como variável estratificadora conhecer CC transversal, visando a homogeneidade dos grupos.

Quanto a alta taxa de desistência, alguns elementos podem explicar. Primeiramente, os participantes receberam um pré-teste a ser respondido antes da aula. Isso pode ter desestimulado muitas pessoas devido ao tempo necessário a se dedicar a essa tarefa, uma vez que, dos noventa e seis alocados, quarenta não responderam o pré-teste, condição obrigatória para participação nas aulas. Em segundo lugar, os participantes só receberam a data da aula após a inscrição (e randomização), como o objetivo de manter o cegamento. É provável que uma boa parte não pudesse comparecer na data estabelecida, uma vez que, dos cinquenta e seis participantes que responderam o pré-teste, trinta e três não compareceram à aula. Um terceiro fator que explicaria a perda de participantes nos pós-teste pode ser a perda de interesse em dedicar um tempo na execução da prova, uma vez que já haviam participado da aula. Dos vinte e três participantes que estavam presentes na aula, sete não responderam o pré-teste. Com base nesses dados, pode-se perceber que a maior perda de seguimento aconteceu na etapa do pré-teste. Com a preocupação em evitar a perda de seguimento na próxima aplicação, será realizada uma randomização com maior número de participantes, inclusão de incentivos adicionais aos participantes que concluírem todas as etapas, como certificado de participação e descontos em futuras palestras ou workshops, assim como a informação de duas possíveis datas para a realização dos encontros, sem comprometer o cegamento.

Apesar da amostra não ser representativa estatisticamente, principalmente na análise da pontuação total, tanto intra como intergrupos, um resultado

chamou atenção. Analisando os dados descritivos referentes a comparação dos grupos com eles mesmo, referente a Questão 1 do pré e pós-teste, o grupo experimental ($n=12$) obteve um aumento na pontuação das questões erradas após intervenção, já que o pré-teste apresentou 6 participantes que apresentaram questões erradas (50%) e pós teste 10 participantes (83,4%), resultado este que foi considerado estatisticamente significativo (valor- $p=0,0002$). Pode-se também observar no grupo controle ($n=4$) um resultado negativo após a intervenção, sendo que 1 participante (25 %) apresentou pontuação para erro da questão no pré-teste e 2 participantes (50%) apresentaram erro no pós-teste. Esses achados suscitam dúvidas relevantes. Será que as informações contidas no relato de caso do pós-teste não estavam claras, interferindo negativamente nas respostas da Questão 1? Pode o pós-teste apresentar um nível de dificuldade maior que o pré-teste? É possível que o conteúdo da aula não tenha sido bem compreendido pelos alunos em relação aos conceitos aplicados na Questão 1?

Diante das incertezas apresentadas, sugere-se a realização de uma nova aplicação em formato piloto para avaliar e elucidar essas dúvidas. Dessa forma, será possível obter uma compreensão mais aprofundada dos resultados obtidos e, eventualmente, aprimorar a metodologia da pesquisa para futuras investigações.

6 CONCLUSÕES

1. Em virtude do tamanho limitado da amostra, inviabilizou-se a realização de análises estatísticas confiáveis em relação à aquisição de conhecimento, em psicólogos e estudantes de psicologia, da conceitualização de caso transversal em Terapia Cognitivo-comportamental, utilizando o *team-based learning* como metodologia de ensino, tornando necessárias investigações futuras.

2. Os instrumentos de coleta de dados foram submetidos a uma análise bem-sucedida, contribuindo para aprimorar a qualidade da pesquisa e fortalecer a confiabilidade dos resultados, uma característica que os distingue da maioria das pesquisas que utilizam a metodologia *Team-Based Learning*. Devido à qualidade e confiabilidade desses instrumentos, eles podem ser aproveitados em futuras pesquisas e em programas de treinamento, constituindo um recurso adequado para avaliações.

3. A implementação do *Team-Based Learning* foi realizada no formato online, com uma única aplicação, na qual foi viável realizar todas as fases do *Team-Based Learning* com êxito, exceto a avaliação por pares.

4. Devido ao tamanho limitado da amostra, não foi viável realizar análises estatísticas confiáveis, com o intuito de identificar a eficácia do uso do *team-based learning* em formato único e online para ensino da Conceitualização de Caso, tornando necessária a condução de novas aplicações.

5. A implementação das duas modalidades de ensino ocorreu de forma efetiva; no entanto, devido ao tamanho limitado da amostra, não foi possível obter resultados estatisticamente robustos.

6. O *Team-Based Learning* foi bem recebido pelos participantes, porém, a percepção de sua eficácia na aprendizagem é sujeita a questionamentos. São necessárias investigações adicionais para: avaliar a satisfação dos participantes com esse formato exclusivo; avaliar a eficácia do *Team-Based Learning* para profissionais em treinamento ou reciclagem, dado que eles podem apresentar características e necessidades distintas em comparação com os estudantes; e analisar se alunos não familiarizados com metodologias ativas demonstram uma aceitação menor desse formato em comparação com os participantes já habituados a metodologias ativas.

7 ANEXOS

Anexo 1. Questionário Aprendizagem Baseado em Equipes adaptado

A abordagem de *team-based learning* propõe que o aprendizado pode ocorrer pela troca de conhecimentos e visões sobre um determinado tema entre componentes de um grupo. Se os integrantes do grupo estiverem preparados para o debate, conceitos poderão ser esclarecidos e aplicações práticas poderão ser propostas.

Considerando essa abordagem avalie as afirmações a seguir e se posicione entre o conceito “1”, Discordo totalmente e o “5”, Concordo totalmente.

1. Eu prefiro uma orientação individual sobre um tema, ainda que rápida, a ter que debater sobre ele com um grupo de colegas.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
2. A discussão no grupo me permitiu ter consciência do quanto eu realmente sabia sobre um determinado assunto do trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
3. Acredito que eu aprenderia mais se fosse necessário entregar ao professor um pequeno relatório sobre o assunto debatido no grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
4. Considero que aprendi muito com os meus colegas durante os debates no grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
5. Embora tenha sido útil, considero que o fechamento feito pelo professor pode ser dispensado, uma vez que o mais importante já foi debatido pelo grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
6. Em grupo eu aprendo mais do que conversando com o professor.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
continua...					

...continuação					
7. Prefiro um <i>feedback</i> de um colega do que do professor.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
8. Acredito que os debates nos pequenos grupos são suficientes para garantir a aprendizagem sobre o tema em questão, não sendo necessário discuti-los no grande grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
9. Acho que se eu tivesse que entregar a redação do item em debate ao final da aula eu aprenderia mais.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5
10. De modo geral, posso dizer que gostei da abordagem de aprendizagem baseada em times.	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5

Fonte: Sakamoto SR, Dell’Acqua MC, Abbade LP, Caldeira SM. Fusco SF, Avila MA. Aprendizagem baseada em equipes: um ensaio clínico randomizado na graduação em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180621.⁽⁹⁸⁾

8 REFERÊNCIAS

1. Page AC, Stritzke GK, McEvoy PM. Clinical Psychology for trainees: foundations of science-informed practice Cambridge. Cambridge University Press; 2022.
2. Persons JB. The case formulation approach to cognitive-behavior therapy New York. The Guilford Press; 2008.
3. Dobson D, Dobson KS. A Terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Conceitualização de Casos Colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. An Introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2011.
6. Flinn L, Braham L, das Nair R. How reliable are case formulations? A systematic literature review. Br J Clin Psychol. 2015;54(3):266–90.
7. Page AC, Stritzke WG, McLean NJ. Toward science-informed supervision of clinical case formulation: A training model and supervision method. Aust Psychol. 2008;43(2):88–95.
8. Sudak DM. Terapia cognitivo-comportamental na prática Porto Alegre. Artmed; 2008.
9. Wright JH, Brown G, Thase ME, Basco MR. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2019.
10. Kennerley H, Kirk J, Westbrook D. An Introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2017.
11. Shulman G. The development of case conceptualization ability in clinical psychology graduate students [dissertation]. Lincoln: University of Nebraska; 2018. 35 f.
12. Velasquez ML, Thomé CR, Oliveira IRd. Reflexões sobre a prática clínica supervisionada em cursos de especialização em terapia cognitiva-comportamental no Brasil. Rev Ciên Med Biol (Milano). 2015;14(3):331–7.
13. Neufeld CB, Cavenage CC. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Rev Bras Ter Cogn. 2010;6(2):3–36.
14. Lisboa FS, Barbosa AJ. Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. Psicologia (Cons Fed Psicol). 2009;29(4):718–37.
15. Lovato FL, Michelotti A, Silva CB, Loreto EL. Metodologias ativas de aprendizagem: uma breve revisão. Acta Scientiae. 2018;20(2):154–71.
16. Sebold LF, Martins FE, da Rosa R, Carraro TE, Gue Martini J, Kempfer SS. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Cogitare Enferm. 2010;15(4):753–6.

17. Diesel A, Baldez LS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Rev. Thema*. 2023;14(1):268–88.
18. Ayres RM, Cavalcanti MF; Ayres RMSdM. Cavalcanti MFR. Desenvolvimento de Competências e Metodologias Ativas: a Percepção dos Estudantes de Graduação em Administração. *RAEP*. 2020;21(1):52–91.
19. Debald B. Metodologias Ativas no Ensino Superior: O Protagonismo do Aluno Porto Alegre. *Artmed*. 2018.
20. Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014; 47(3):293-300.
21. Lucas da Rocha Cunha M, Amendola F, Fernandez Samperiz MM, Gomes da Costa Mohallem A. Evaluation of student perception of the Team-based Learning method (APA-TBL): instrument construction and validation. *Nurse Educ Pract*. 2018;33:141–7.
22. Currey J, Eustace P, Oldland E, Glanville D, Story I. Developing professional attributes in critical care nurses using Team-Based Learning. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(3):232–8.
23. Scager K, Boonstra J, Peeters T, Vulperhorst J, Wiegant F. Collaborative Learning in Higher Education: Evoking Positive Interdependence. *CBE Life Sci Educ*. 2016;15(4):1–9.
24. Haidet P, Kubitz K, McCormack WT. Analysis of the Team-Based Learning Literature: TBL Comes of Age. *J Excell Coll Teach*. 2014;25(3-4):303–33.
25. Ulfa Y, Igarashi Y, Takahata K, Shishido E, Horiuchi S. A comparison of team-based learning and lecture-based learning on clinical reasoning and classroom engagement: a cluster randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):444.
26. Hemmati Maslarpak M, Parizad N, Zareie F. The Impact of Team-Based Learning on Nervous System Examination Knowledge of Nursing Students. *J Caring Sci*. 2015;4(4):331–9.
27. Harmon RB, Hills RL. Transforming psychiatric mental health nursing education with team based learning. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(6):413–8.
28. Yeung MM, Yuen JW, Chen JM, Lam KK. The efficacy of team-based learning in developing the generic capability of problem-solving ability and critical thinking skills in nursing education: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2023;122:105704.
29. Considine J, Berry D, Allen J, Hewitt N, Oldland E, Sprogis SK, et al. Team-based learning in nursing education: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2021;30(7-8):903–17.
30. Reimschisel T, Herring AL, Huang J, Minor TJ. A systematic review of the published literature on team-based learning in health professions education. *Med Teach*. 2017;39(12):1227–37.
31. Sisk RJ. Team-based learning: systematic research review. *J Nurs Educ*. 2011;50(12):665–9.
32. Currey J, Sprogis SK, Burdeu G, Story I, Considine J, O'Donnell M, et al. Stakeholder acceptance of digital team-based learning. *Nurse Educ Pract*. 2020;46:102833.
33. Madson L, Zaikman Y, Hughes JS. Team-based learning: A transformative tool for teaching psychology. In: Schwartz A, Miller RL, editors. *High Impact Educational Practices: A Review of*

Best Practices with Illustrative Examples. Washington: Society for the Teaching of Psychology; 2020. p. 294-315.

34. Rania N, Migliorini L, Rebora S. Team-Based Learning and Life Skills: A Qualitative Study from Psychological Students Point of View. *Health Sci J*. 2015;10(1):2.

35. Marrs H. Increasing learner engagement with team-based learning. In: Miller RL, Amsel E, Kowalewski M, Beins Bc, Keith D, Peden BF. *Promoting Student Engagement*. Vol 1. Washington: Society for the Teaching of Psychology; 2011. p. 185-191.

36. Jakobsen KV, McIlreavy M, Marrs S. Team-Based Learning: The importance of attendance. *Psychol Learn Teach*. 2014;13(1):25–31.

37. Joshi T, Budhathoki P, Adhikari A, Poudel A, Raut S, Shrestha DB. team-based learning among health care professionals: a systematic review. *Cureus*. 2022;14(1):e21252.

38. Alberti S, Motta P, Ferri P, Bonetti L. The effectiveness of team-based learning in nursing education: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021;97:104721.

39. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

40. Sudak DM, Codd RT 3rd, Ludgate J, Sokol L, Fox MG, Reiser R, et al. *Teaching and Supervising Cognitive Behavioral Therapy*. New Jersey: Wiley; 2016.

41. Leonardi JL, Meyer SB. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia (Cons Fed Psicol)*. 2015;35(4):1139–56.

42. Corrie S, Lane DA. *CBT Supervision*. New York: SAGE Publications; 2015.

43. Sperry L, Sperry J. *Case Conceptualization: Mastering this Competency with Ease and Confidence*. Abingdon: Routledge; 2012.

44. Kuyken W, Fothergill CD, Musa M, Chadwick P. The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behav Res Ther*. 2005;43(9):1187–201.

45. Padesky CA. Collaborative Case Conceptualization: Client Knows Best. *Cognit Behav Pract*. 2020;27(4):392–404.

46. Easden MH, Fletcher RB. Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychother Res*. 2020;30(2):151–69.

47. Roth AD, Pilling S. *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. Relatório. London: University College London; 2007.

48. Young J, Beck AT. *Cognitive Therapy Scale: Rating Manual*. Philadelphia: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy; 1980.

49. Blackburn IM, James IA, Milne DL, Baker C, Standart S, Garland AA, et al. The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behav Cogn Psychother*. 2001;29(4):431–46.

50. Hinkle MS, Dean LM. Creativity in Teaching Case Conceptualization Skills: Role-play to Show the Interconnectedness of Domains. *J Creativity Ment Health*. 2017;12(3):388–401.

51. Abel A, Hayes AM, Henley W, Kuyken W. Sudden gains in cognitive-behavior therapy for treatment-resistant depression: processes of change. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(8):726–37.
52. Bucci S, French L, Berry K. Measures Assessing the Quality of Case Conceptualization: A Systematic Review. *J Clin Psychol.* 2016;72(6):517–33.
53. Eells TD, Kendjelic EM, Lucas CP. What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *J Psychother Pract Res.* 1998;7(2):144–53.
54. Scotton IL, Barletta JB, Neufeld CB. Competências Essenciais ao Terapeuta Cognitivo-Comportamental. *Psico-USF.* 2021;26(1):141–52.
55. Bennett-Levy J. Therapist Skills: A Cognitive Model of their Acquisition and Refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2006;34(1):57–78.
56. Bennett-Levy J, Thwaites R, Chaddock A, Davis M. Reflective Practice in Cognitive Behavioural Therapy: The Engine of Lifelong Learning. In: Dallos R, Stedmon J, editors. *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling.* New York: Open University Press; 2009. p. 115–35.
57. Beidas RS, Kendall PC. Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clin Psychol Sci Pract.* 2010;17(1):1–30.
58. Haidet P, Levine RE, Parmelee DX, Crow S, Kennedy F, Kelly PA, et al. Perspective: guidelines for reporting team-based learning activities in the medical and health sciences education literature. *Acad Med.* 2012;87(3):292–9.
59. Michaelsen LK, Parmelee DX, McMahon KK, Levine RE. *Team-Based Learning for Health Professions Education: A Guide to Using Small Groups for Improving Learning* Herndon. Southbridge: Stylus Publishing; 2007.
60. Derek RL. Teaching skills for facilitating team-based learning. *New Dir Teach Learn.* 2008;2008(116):1–99.
61. Whitley HP, Bell E, Eng M, Fuentes DG, Helms KL, Maki ED, et al. Practical Team-Based Learning from Planning to Implementation. *Am J Pharm Educ.* 2015;79(10):149.
62. Oliveira CA. *Metodologia ativa de ensino-aprendizagem: manual do TBL.* Autor; 2015.
63. Michaelsen LK, Sweet M. The essential elements of team-based learning. *New Dir Teach Learn.* 2008;2008(116):7–27.
64. Nascimento G, Silva GR. Utilização do método team-based learning (TBL) no processo de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades na disciplina de custos. In: 15º Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade; 2019; São Paulo. *Anais. São Paulo: FIECAFI; 2019.*
65. Sibley J. Facilitating Application Activities. In: Sweet M, editor. Michaelsen Lk. *Team-Based Learning in the Social Sciences and Humanities.* New York: Routledge; 2012.
66. Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: a practical guide: AMEE guide no. 65. *Med Teach.* 2012;34(5):e275–87.

67. Gelula MH. Clinical discussion sessions and small groups. *Surg Neurol.* 1997;47(4):399–402.
68. El-Banna MM, Whitlow M, McNelis AM. Improving Pharmacology Standardized Test and Final Examination Scores Through Team-Based Learning. *Nurse Educ.* 2020;45(1):47–50.
69. Zeng R, Xiang LR, Zeng J, Zuo C. Applying team-based learning of diagnostics for undergraduate students: assessing teaching effectiveness by a randomized controlled trial study. *Adv Med Educ Pract.* 2017;8:211–8.
70. Lang B, Zhang L, Lin Y, Han L, Zhang C, Liu Y. Team-based learning pedagogy enhances the quality of Chinese pharmacy education: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):286.
71. Methaneethorn J, Methaneethorn J. Methaneethorn j. REVIEW: A systematic review of using team-based learning in a pharmacokinetics course. *Pharm Educ.* 2022;22(1):63–72.
72. Lee KE. Effects of Team-Based Learning on the Core Competencies of Nursing Students: A Quasi-Experimental Study. *J Nurs Res.* 2018;26(2):88–96.
73. Rezende AB, de Oliveira AG, Vale TC, Teixeira LA, Lima AR, Lucchetti AL, et al. Comparison of Team-Based Learning versus Traditional Lectures in Neuroanatomy: Medical Student Knowledge and Satisfaction. *Anat Sci Educ.* 2020;13(5):591–601.
74. Das S, Nandi K, Baruah P, Sarkar SK, Goswami B, Koner BC. Is learning outcome after team based learning influenced by gender and academic standing? *Biochem Mol Biol Educ.* 2019;47(1):58–66.
75. Emke AR, Butler AC, Larsen DP. Effects of Team-Based Learning on short-term and long-term retention of factual knowledge. *Med Teach.* 2016;38(3):306–11.
76. Taglieri C, Schnee D, Dvorkin Camiel L, Zaiken K, Mistry A, Nigro S, et al. Comparison of long-term knowledge retention in lecture-based versus flipped team-based learning course delivery. *Curr Pharm Teach Learn.* 2017;9(3):391–7.
77. Farland MZ, Franks AS, Barlow PB, Rowe AS, Chisholm-Burns M. Assessment of student learning patterns, performance, and long-term knowledge retention following use of didactic lecture compared to team-based learning. *Curr Pharm Teach Learn.* 2015;7(3):317–23.
78. Bleske BE, Remington TL, Wells TD, Klein KC, Tingen JM, Dorsch MP. A Randomized Crossover Comparison between Team-Based Learning and Lecture Format on Long-Term Learning Outcomes. *Pharmacy (Basel).* 2018;6(3):81.
79. Burgess AW, McGregor DM, Mellis CM. Applying established guidelines to team-based learning programs in medical schools: a systematic review. *Acad Med.* 2014;89(4):678–88.
80. Burgess A, Bleasel J, Hickson J, Guler C, Kalman E, Haq I. Team-based learning replaces problem-based learning at a large medical school. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):492.
81. Alamoudi AA, Al Shawwa LA, Gad H, Tekian A. Team-based learning versus traditional didactic lectures in teaching clinical biochemistry at King Abdulaziz University; learning outcomes and student satisfaction. *Biochem Mol Biol Educ.* 2021;49(4):546–59.
82. Associação Brasileira de Educação à Distância - ABED. Censo EAD.BR: relatório analítico da aprendizagem a distância no Brasil 2020. Curitiba: InterSaberes; 2022.

83. Clark M, Merrick L, Styron J, Dolowitz A, Dorius C, Madeka K, et al. Off to On: Best Practices for Online Team-Based Learning™. 2018 [cited 2023 Aug 9]. Available from: http://www.teambasedlearning.org/wp-content/uploads/2018/08/Off-to-On_OnlineTBL_WhitePaper_ClarkEtal2018_V3.pdf
84. Malik AS, Malik RH. Twelve tips for conducting team-based learning session online in synchronous setting. *Med Teach*. 2022;44(5):486–93.
85. Silva EC, Lino-Neto T, Ribeiro E, Rocha M, Costa MJ. Going virtual and going wide: comparing Team-Based Learning in-class *versus* online and across disciplines. *Educ Inf Technol*. 2022;27(2):2311–29.
86. River J, Currie J, Crawford T, Betihavas V, Randall S. A systematic review examining the effectiveness of blending technology with team-based learning. *Nurse Educ Today*. 2016;45:185–92.
87. Yeh TP, Chang SM, Ho YF, Ma WF. Online Team-Based Learning Teaching Strategy for Developing Caring Competencies in Nursing Students under COVID-19 Pandemic Restrictions. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(11):1510.
88. Anas S, Kyrou I, Rand-Weaver M, Karteris E. The effect of online and in-person team-based learning (TBL) on undergraduate endocrinology teaching during COVID-19 pandemic. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):120.
89. Sannathimmappa MB, Nambiar V, Aravindakshan R, Kumar A. Are Online Synchronous Team-Based-Learning (TBL) pedagogy effective?: perspectives from a study on medical students in Oman. *J Adv Med Educ Prof*. 2022;10(1):12–21.
90. Subedi N, Hirachan N, Paudel S, Shrestha B, Pradhan A, Subedee A, et al. The effectiveness of online team-based learning in introduction to medical ethics education for medical students at a medical college of Nepal: a pilot study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):766.
91. DeMasi J, Harvan RA, Luca M. Online and In-class Team-Based Learning in Undergraduate Immunology: a Comparative Analysis. *Med Sci Educ*. 2019;29(4):1193–9.
92. Appleby DC, Young J, Van Kirk JR, Naufel KZ, Spencer SM, Hettich P, et al. The skillful psychology student: Skills you will need to succeed in the 21st-Century workplace. Washington: Psychology Student Network; 2019 [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://www.apa.org/ed/precollege/psn/2019/02/skillful-student>
93. Travis LL, Hudson NW, Henricks-Lepp GM, Street WS, Weidenbenner J. Team-based learning improves course outcomes in introductory psychology. *Teach Psychol*. 2016;43(2):99–107.
94. Croyle KL, Alfaro E, Sweet M, Michaelsen LK. Applying team-based learning with Mexican American students in the social science classroom. In: Sweet M, Michaelsen LK, editors. *Team-Based Learning in the Social Sciences and Humanities: Group Work That Works to Generate Critical Thinking and Engagement*. Abingdon: Routledge; 2012. p. 330.
95. Thomas MD, McPherson BJ. Teaching positive psychology using team-based learning. In: Parks A, editor. *Positive Psychology in Higher Education*. Abingdon: Routledge; 2013. pp. 66–70.
96. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382–5.

97. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061–8.
98. Sakamoto SR, Dell'Acqua MC, Abbade LP, Caldeira SM, Fusco SF, Avila MA. Aprendizagem baseada em equipes: um ensaio clínico randomizado na graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180621.
99. Moorey S. The six cycles maintenance model: growing a “vicious flower” for depression. *Behav Cogn Psychother*. 2010;38(2):173–84.
100. Gwet K.L. *Handbook of Inter-Rater Reliability*. Piedmont: Advanced Analytics, LLC, 2014.
101. Santana VC, Oliveira CR, Ramos RB. First-year students' perceptions of team-based learning in a new medical genetics course. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(3):170–7.
102. Burgess A, Roberts C, Lane AS, Haq I, Clark T, Kalman E, et al. Peer review in team-based learning: influencing feedback literacy. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):426.
103. Lerchenfeldt S, Kamel-ElSayed S, Patino G, Loftus S, Thomas DM. A Qualitative Analysis on the Effectiveness of Peer Feedback in Team-Based Learning. *Med Sci Educ*. 2023;33(4):893–902.
104. Masocatto NO, Couto WJ, Matta TS, Porfirio GJ. Matta TSd, Porfirio GJM. Percepção de Alunos de Curso de Graduação em Medicina sobre o Team-Based Learning (TBL). *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(3):111–4.
105. Attia RT, Mandour AA. Team-based learning-adopted strategy in pharmacy education: pharmacology and medicinal chemistry students' perceptions. *Future J Pharm Sci*. 2023;9(1):15.

Abstract

Introduction: The conceptualization of cases is a core competence to be developed by therapists and represents one of the most significant challenges to be mastered. The development of this competence occurs through experiential learning and active methodologies such as Team-Based Learning.

Purposes: This study aimed to assess the acquisition of knowledge in cross-sectional case conceptualization by psychologists and psychology students using *Team-Based Learning* as a teaching methodology. It sought to compare the results between *Team-Based Learning* and traditional teaching methods and identify psychologists' satisfaction with the *Team-Based Learning* teaching method.

Methods: This study consisted of two stages. Stage 1 involved content validation by expert judges of data collection instruments (pre and post-tests). Eight expert judges assessed clarity, agreement, and relevance, requiring two rounds of evaluation to achieve consensus among them. In Stage 2, a randomized clinical trial with double-blinding compared two teaching approaches: traditional lecture-based teaching (control group) and team-based learning (experimental group). Sixteen individuals participated, with 12 in the experimental group and 4 in the control group, all residing in Brazil. The study was conducted remotely and synchronously via the Zoom platform.

Results: In Stage 1, all items on the tests, as evaluated by judges, exhibited proportions of agreement and content validity ratio equal to or higher than the minimum requirements, with significant agreement coefficients among experts, yielding a total value of 0.931, demonstrating the adequacy of the tests. In Stage 2, no statistically significant differences were observed in total scores in both intra-group and inter-group comparisons in the pre and post-tests, likely due to the small sample size. Results regarding satisfaction with *Team-Based Learning* indicated that 83.3% preferred group discussion to individual study, 75% found learning from peers during debates beneficial. When compared to traditional lectures, 75% of participants stated that they learned better in a group setting than with a teacher. However, 75% disagreed that they learned better in a group setting compared to a traditional lecture. Slightly over half (66%) agreed that they liked the *Team-Based Learning* approach, while the vast majority (91%) disagreed with preferring feedback from peers over feedback from the instructor.

Conclusions: The data collection instruments were considered suitable, with a high level of reliability, allowing their application in further studies. While participants accepted Team-Based Learning, their perception of its effectiveness in learning was uncertain. Similar results were observed between the control and experimental groups in terms of total scores. However, due to

the sample size and significance level (p) of the total values, the data cannot be conclusive, necessitating further investigation.

Keywords: Universities. Cognitive Behavioral Therapy. Problem-Based Learning. Teaching.

Apêndices

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes

PROTOCOLO DE PESQUISA

TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do estudo intitulado: "TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL", em virtude de seu conhecimento temático e/ ou metodológico.

Para você decidir fazer parte dele, é necessário esclarecer no que consiste sua participação, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite digital desse termo de consentimento livre e esclarecido.

Se você tiver qualquer dúvida, após ou durante a leitura desse documento, por favor, entre em contato com o pesquisador responsável pelo estudo ou com algum dos profissionais que participam do estudo.

A decisão de fazer parte do estudo é voluntária e você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela pesquisadora Fabiana Romanini de Souza, aluna do Mestrado Profissional de Ensino da Faculdade de Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), sob orientação da Prof. Dr. Fernando Alves de Lima Franco e coorientação da Profa. Dra. Janaina Bianca Barletta.

O objetivo da pesquisa nesta fase é elaborar e validar o conteúdo de um instrumento criado para avaliar o conhecimento e aplicação deste sobre conceitualização de caso transversal em pacientes com Transtorno Depressivo Maior. Esse instrumento caracteriza-se por uma prova pré-teste e duas provas pós-teste.

Tipo de participação: caso concorde em participar do estudo, o (a) Sr (a) deverá ler as três provas e seus respectivos crivos de correção, a fim de avaliar a

clareza e pertinência do relato de caso e das questões, bem com suas respostas, conforme as instruções fornecidas em anexo. Se não concordar com algum item do instrumento, solicitaremos que faça sugestões para a adequação. Este instrumento será utilizado apenas como um recurso desse estudo.

Cada instrumento possui um relato de caso, duas perguntas a serem respondidas pelos participantes e um crivo de correção. Entendemos que o tempo necessário para fazer a avaliação e revisão do instrumento é variável. Apesar disso, estimamos que sua colaboração leve por volta de 1 hora. A data de entrega do material revisado está descrita na carta de instruções, mas o Sr(a) poderá entrar em contato conosco se necessitar de mais tempo.

Riscos: Durante a sua participação, existe a possibilidade do Sr (a) sentir-se desconfortável ou ter incertezas para avaliar alguma parte do instrumento. Caso isso ocorra, o Sr (a) poderá interromper sua participação e continuar posteriormente se for do seu desejo.

Sigilo e Privacidade: A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade, e sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a) será mantido em sigilo e estes dados serão armazenados pela pesquisadora e orientador até o término da pesquisa, e posteriormente serão eliminados, conforme a política de privacidade e a declaração de segurança da Plataforma *Online* e a Lei brasileira no. 12.965/2014.

Benefício: sua participação é voluntária e não lhe trará benefícios diretos, mas poderá lhe ser gratificante ajudar a melhorar o conhecimento da sociedade sobre o ensino da Terapia Cognitiva, mais especificamente, sobre a conceitualização de caso transversal a estudantes e profissionais de psicologia.

Autonomia: Será garantido a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo que quiser saber antes, durante e após sua participação. Declaramos que o (a) Sr. (a) pode se recusar a participar do estudo ou se retirar dele, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Ressarcimento e Indenização: Esclarecemos que, com sua participação, o (a) Sr. (a) não terá nenhum tipo de gasto e não receberá nenhuma quantia

por sua participação. Entretanto, se ocorrer qualquer gasto não previsto nesse termo, você será ressarcido.

De igual maneira, o (a) Sr. (a) não perderá nenhum de seus direitos, inclusive o direito de indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas por eventuais danos decorrentes de sua participação.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein pelo telefone (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273, ou pelo e-mail cep@einstein.br. O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo: Fabiana Romanini de Souza (pelo telefone 13 997489206 e e-mail fahokama@gmail.com) ou Dr Fernando Alves de Lima Franco (pelo telefone 11 992576734 e e-mail fernando.lfranco@einstein.br) ou Dra. Janaina Bianca Barletta (pelo telefone 16 996264729 e e-mail janabianca@gmail.com).

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo do qual participarei como avaliador especialista. Receberei por e-mail uma via em formato pdf datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando o pesquisador com outra via em pdf.

Aceito participar

Não aceito participar

Data: ____/____/____.

Nome completo: _____

e-mail: _____

Apêndice 2. Questionário sociodemográfico – Juízes

Idade (anos):

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Tempo de formação (Em anos):

Graduação mais elevada: ☐ Doutorado ☐ Pós doutorado

Qual a instituição da graduação mais elevada?

Possui formação em TCC? ☐ Não ☐ Sim

Tempo de atuação:

☐ até 5 anos

☐ de 6 a 10 anos

☐ de 11 a 15 anos

☐ mais de 15 anos

Ocupação atual:

Apêndice 3. Provas pré e pós-teste e crivos de correção para juízes

Desde já agradeço por aceitar o convite e contribuir com minha pesquisa. Sua participação é de extrema importância!

Esta etapa inicial da pesquisa consiste na elaboração do instrumento de pré e pós-teste que será utilizado na avaliação do grupo experimental e controle, antes e após a intervenção (aula expositiva- grupo controle; aplicação de TBL- grupo experimental). Portanto trata-se de um instrumento apenas para esse fim.

O instrumento consta de um relato de caso e duas perguntas. O relato de caso compreende um caso de Transtorno Depressivo Maior e contém elementos fundamentais para a conceitualização de caso em Terapia cognitivo-comportamental: informações sobre o paciente, diagnóstico, sintomas, história de vida relevante, fatores precipitantes, fatores de manutenção, descrição de pensamentos/emoções/comportamentos, crenças centrais.

Orientações – Análise de juízes

Vou descrever abaixo as orientações necessárias para a análise de conteúdo do instrumento.

O instrumento compreende um relato de caso e duas perguntas para checagem da compreensão do participante sobre os dois elementos da conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental (fatores precipitantes e fatores de manutenção)

A sua análise consiste em verificar os seguintes tópicos:

Clareza: o(a) sr(a) reconhece que a linguagem é clara, compreensível e adequada para a compreensão desse instrumento?

Relevância: o(a) sr(a) acredita que as informações contidas são relevantes para a representação dos elementos de uma conceitualização de caso em terapia cognitivo-comportamental?

Ao final do relato e das perguntas da prova haverá opções de respostas e um espaço para sugestões e comentários.

Agradeço sua participação!

Verificação do conhecimento Pré-teste – Prova 1

Relato de caso:

Paula procurou terapia por encaminhamento psiquiátrico e diagnóstico de depressão. Relata sentir-se muito triste, cansada, desanimada, sem energia nos últimos 8 meses. Não sente mais prazer no trabalho, nas atividades de lazer e nos encontros familiares. Quando não está trabalhando, está deitada, geralmente dormindo, o que não é comum já que sempre foi uma pessoa muito ativa e apaixonada pela prática de esportes.

Ela tem 30 anos, é solteira, mora com os pais e com uma irmã com os quais sempre se relacionou muito bem. Trabalha no RH de uma empresa de produtos hospitalares.

Com o início da pandemia, Paula precisou se dedicar ainda mais ao trabalho, aumentando sua carga horária e tendo mais desafios. Não conseguiu mais apresentar o mesmo desempenho e excelência de antes. Paula passou a se sentir mais cansada, desmotivada e com dificuldades de concentração no trabalho. Sempre se cobrou por realizar um trabalho com excelência e se exigia um bom desempenho, não sendo permitido erros. Deveria ser melhor, se superar, dedicando exclusivamente às atividades. Essa autocobrança iniciou na infância, quando seus pais exigiam que ela tirasse as melhores notas e sempre se superasse. Falavam que se ela não fosse bem em tudo que fizesse, seria um fracasso, uma vergonha.

Paula passou a se cobrar e se criticar ainda mais por seu desempenho mediano. Diante de situações em que apresentava alguma falha, como não cumprir prazos ou não lembrar de algo, ficava dizendo a si mesma o quanto era ruim, incapaz, incompetente. Essas críticas faziam-na sentir-se muito triste e desmotivada, com vontade de desistir de tudo.

Durante uma reunião, Paula não conseguiu entregar um relatório por completo, ficou arrasada, pensou que tudo que tinha feito não servia para nada, que estava tudo ruim e ficou se criticando durante toda a reunião.

Paula também achava que os colegas percebiam as falhas dela e pensavam sobre o quanto ela era incompetente.

Com o humor cada vez pior, Paula foi ficando cada vez mais sem energia e com dificuldades de concentração e memória, cometendo mais erros no trabalho. Com isso, as autocríticas aumentaram, ela pensava que pelo fato de se sentir sem energia era uma

fraca, que não conseguia enfrentar os problemas e que nunca iria sair disso, nunca mais ia se sentir melhor. Passou a evitar os colegas para que não percebessem suas falhas e sua fraqueza, o que a impedia que tivesse momentos de descontração e prazer. Ela foi ficando cada vez mais isolada em casa, dormia a maior parte do tempo e não buscava alternativas para fazer alguma atividade física que antes lhe dava tanto prazer e bem-estar.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Sr.(a) juiz(a) avalie o relato de caso, escolhendo uma das quatro alternativas, sobre os seguintes aspectos:

1.Considero o relato de caso claro:

()Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Você tem algum comentário ou sugestão?

()Não

() Sim

Comentários:_____

2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização de caso transversal (precipitantes e mantenedores):

()Concordo totalmente

()Concordo

() Discordo

()Discordo totalmente

Você tem algum comentário ou sugestão?

() Não

()Sim

Comentarios:_____

3.Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.

() Concordo totalmente

()Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Você tem algum comentário ou sugestão?

()Não

()Sim

Comentários:_____

4. Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 1 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância

1. Cite todos os precipitantes que estão presentes nesse caso.

Respostas:

a. Não cumprir prazos;

b. Falhas no trabalho;

c. Cansaço ou desânimo;

d. Dificuldade de concentração

Por favor, avalie a questão 1 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara:

() Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Comentários ou sugestões:_____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:

()Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com precipitantes:

() Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 2 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância da questão e suas alternativas de resposta:

2. Cite todos os fatores de manutenção que estão presentes nesse caso:

Respostas:

a. Pensamentos negativos/distorções cognitivas.

b. Ruminação/ autocrítica.

c. Isolamento.

d. Humor deprimido e/ou desânimo/cansaço/falta de energia.

e. Comportamentos inúteis- dormir excessivamente.

f. Evitação.

Por favor, avalie a questão 2 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara:

() Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal:

() Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

Verificação do conhecimento Pós-teste – Prova 2

Joana procurou terapia após receber o diagnóstico de depressão. Relatou estar muito triste e desanimada nos últimos 6 meses e vem se sentindo pior a cada dia. Não tem energia e dorme a maior parte do tempo, fazendo apenas algumas tarefas de casa como cozinhar e lavar roupas. Seu marido assumiu a maior parte dos cuidados com a casa e com única filha de 6 anos.

Joana é casada há 5 anos. Ela e o marido sempre tiveram um bom relacionamento, com poucas brigas. Ela nunca gostou de cuidar da casa, prefere dedicar todo seu tempo ao seu trabalho. É professora de dança em uma escola de artes e sempre gostou muito de trabalhar e ensinar a dança a outras pessoas. Há 6 meses fez a apresentação de um espetáculo, ao qual se dedicou muito, mas não saiu como esperado. Ela recebeu muitas críticas negativas e perdeu o patrocínio. Ficou arrasada e passou uma semana em casa, chorando. Depois voltou a trabalhar, mas já sem disposição nenhuma.

Joana desistiu de uma outra apresentação que estava preparando, já que pensou que a apresentação não ficaria boa e que as pessoas não iriam gostar e que seria um fracasso.

Optou apenas por continuar com as aulas, mas achava que suas aulas não eram tão boas quanto das suas colegas. Enquanto ensinava ficava dizendo a si mesma como

é uma péssima professora, como nunca vai ser tão boa como as outras e que deveria ter um desempenho melhor após tantos anos de experiência, que fracassa em tudo que tenta fazer. Quando ia ao Studio, evitava falar com as colegas. No último mês, também desistiu das aulas passando a ficar o tempo todo em casa. Concluiu que se fosse trabalhar iria falhar, então era melhor desistir.

No momento atual, ela passa a maior parte do tempo dormindo, diz que precisa descansar para ter alguma energia e que se não descansar vai ficar exausta. Quando não está dormindo, faz algumas tarefas da casa e fica pensando o quanto é uma fracassada por ter uma vida medíocre de dona de casa. Quando olha as redes sociais, pensa o quanto é fracassada ao ver suas colegas postando seus trabalhos. Prefere ficar em casa a sair, evita encontrar as pessoas para não ter que explicar por que não está trabalhando, já que isso a faz lembrar-se do quanto é uma fracassada e fica extremamente triste quando as colegas ligam para saber como ela está. Sempre pede para o marido falar que ela esta ocupada.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Sr.(a) juiz(a) avalie o relato de caso sobre os seguintes aspectos:

1.Considero o relato de caso claro:

- ☐Concordo totalmente
- ☐Concordo
- ☐Discordo
- ☐Discordo totalmente

Você tem algum comentario ou sugestão?

- ☐Não
- ☐Sim

Comentarios e sugestões:_____

2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização transversal

- ☐Concordo totalmente
- ☐Concordo
- ☐Discordo
- ☐Discordo totalmente

Você tem algum comentário ou sugestão?

() Não

() Sim

Comentários e sugestões: _____

3. Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.

() Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Você tem algum comentário ou sugestão?

() Não

() Sim

Comentários e sugestões: _____

4. Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 1 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância da questão e suas alternativas de resposta:

1. Cite todos os precipitantes que estão presentes nesse caso.

Respostas:

a. Dormir;

b. Ver redes sociais;

c. Fazer tarefas domésticas;

d. Colegas ligarem para saber como ela está

Por favor, avalie a questão 1 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara?

() Concordo totalmente

() Concordo

() Discordo

() Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com precipitantes:

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 2 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância da questão e suas alternativas de resposta:

2. Cite todos os fatores de manutenção que estão presentes nesse caso:

Respostas:

a. Pensamentos negativos/distorções cognitivas;

b. Autocrítica;

c. Isolamento;

d. Evitação;

e. Comportamentos inúteis- dormir excessivamente;

f. Falta de energia

Por favor, avalie a questão 2 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara:

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal :

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários e sugestões: _____

Verificação do conhecimento Pós-teste 1 mês – Prova 3

Relato de caso

Rebeca, 60 anos, é professora de pintura, casada há 35 anos e sem filhos. Trabalha em um ateliê com a cunhada onde ensinam pintura em tela. Gosta muito do que faz e não tem vontade de se aposentar. Relata sempre ter tido bom relacionamento com as alunas e com sua cunhada. Porém, tem se sentido muito triste e desanimada, há 8 meses, sem vontade de trabalhar, sem apetite e com insônia, pois ficou muito triste com um episódio relacionado a uma aluna e passou a se culpabilizar pelo que aconteceu.

No momento, fica boa parte do dia pensando sobre o assunto, enumerando tudo o que ela possa ter feito de errado para a aluna ter saído. Acha que talvez não tenha ensinado corretamente, ou que possa ter falado alguma coisa que a magoo. Também passou a prestar mais atenção em si mesma e nas pessoas, para identificar se está desagradando alguém. Quando alguma aluna falta ou solicita a cunhada para tirar dúvidas, Rebeca pensa que está desagradando e que a aluna não gosta mais dela, ficando muito triste e com vontade de ir para casa. Quando está em casa, lembra-se de situações do dia, no seu trabalho, e fica imaginando que tenha feito algo errado e desagradado. Mesmo quando faz alguma atividade de lazer, como passear com os

familiares pensa que eles não estão gostando da companhia dela, se eles conversam entre si e não com ela.

Ela relata que, desde criança, tenta agradar ao máximo as pessoas e evita qualquer situação que possa deixar alguém chateado, muitas vezes renunciando às suas vontades ou as suas opiniões. Acredita ser uma pessoa que magoa as pessoas e que precisa se esforçar muito para ser um pouco gostada. Na infância, sua mãe brigava muito com ela, dizia que Rebeca era chata e falava para a filha ficar quieta e parar de falar.

Rebeca alega nunca ter escutado ela falar isso para os irmãos. Rebeca é a filha mais velha de 8 irmãos. Seu pai era carinhoso, mas como trabalhava muito, quase não estava presente. Ela ajudava a mãe a cuidar dos irmãos menores e relata sempre receber críticas da mãe por tudo que fazia.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Sr.(a) juiz(a) avalie o relato de caso sobre os seguintes aspectos:

1.Considero o relato de caso claro:

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Você tem algum comentario ou sugestão?

()Não

()Sim

Comentários ou sugestões:_____

2. Considero que o relato de caso apresenta elementos relevantes da conceitualização transversal

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Você tem algum comentario ou sugestão?

()Não

()Sim

Comentários ou sugestões:_____

3.Considero que o relato de caso apresenta elementos concordantes com o de depressão maior.

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

()Discordo totalmente

Você tem algum comentario ou sugestão?

()Não

()Sim

Comentários ou sugestões:_____

4. Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 1 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância da questão e suas alternativas de resposta:

1. Cite todos os precipitantes que estão presentes nesse caso.

Respostas:

a. Alunas solicitarem a cunhada;

b. Alunas faltarem a aula;

c. Lembrar-se do trabalho em casa;

d. Familiares conversarem entre si;

Por favor, avalie a questão 1 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara?

()Concordo totalmente

()Concordo

()Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização transversal:

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com precipitantes:

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐)Discordo

☐)Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

Sr.(a) juiz(a), considerando que os participantes deverão ler e responder a questão 2 que está dentro do quadro a seguir, por favor, avalie a clareza, a relevância e a concordância da questão e suas alternativas de resposta:

2. Cite todos os fatores de manutenção que estão presentes nesse caso

Respostas:

- a. Agradar;
- b. Evitar expressar opiniões e necessidades;
- c. Ruminação e autocrítica;
- d. Culpabilizar-se;
- e. Hipervigilância;
- f. Pensamentos negativos.

Por favor, avalie a questão 2 acima e as alternativas de resposta:

A pergunta está clara:

☐)Concordo totalmente

☐)Concordo

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são relevantes à conceitualização de caso transversal:

☐ Concordo totalmente

☐ Concordo

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

A pergunta e as respostas são concordantes com fatores de manutenção:

☐ Concordo totalmente

☐ Concordo

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

Comentários ou sugestões: _____

Apêndice 4. Relato de caso 1 – Verificação do conhecimento pré-teste

Relato de caso 1

Paula procurou terapia por encaminhamento médico. Segundo relatório psiquiátrico, Paula apresenta episódio único de depressão, em nível moderado, sem ideação suicida. Não há relato de algum outro transtorno psiquiátrico, assim como nenhum histórico de traumas ou abusos.

Ela relata sentir-se muito triste, cansada, desanimada, com uma sensação de vazio, sem energia e diminuição do apetite, nos últimos 8 meses. Não sente mais prazer no trabalho, nas atividades de lazer e nos encontros com familiares. Quando não está trabalhando, está deitada, geralmente dormindo, o que não é comum, já que sempre foi uma pessoa muito ativa e apaixonada pela prática de esportes.

Ela tem 30 anos, é solteira, do gênero e identidade feminina, branca, não pertencente a nenhuma religião. Mora com os pais e com uma irmã, com os quais sempre se relacionou muito bem. Trabalha no RH de uma empresa de produtos hospitalares.

Com o início da pandemia, Paula precisou se dedicar ainda mais ao trabalho, aumentando sua carga horária e tendo mais desafios. Devido ao excesso de trabalho, começou a ter dificuldades em apresentar o mesmo desempenho e excelência de antes. Paula passou a se sentir mais cansada, desmotivada e com dificuldades de concentração no trabalho. Sempre se cobrou por realizar um trabalho com excelência e se exigia um bom desempenho, não se permitindo errar. Deveria ser melhor, se superar, dedicando-se exclusivamente às atividades.

Ao constatar uma queda no desempenho, cometendo algumas falhas, Paula passou a se cobrar e se criticar ainda mais por seu desempenho mediano. Diante de situações em que apresentava alguma falha, como não cumprir prazos ou não lembrar de algo, ficava dizendo a si mesma o quanto era ruim, incapaz, incompetente. Essas críticas faziam-na sentir-se muito triste e desmotivada, com vontade de desistir de tudo.

Durante uma reunião, Paula não conseguiu entregar um relatório por completo, ficou muito triste, pensou que tudo que tinha feito não servia para nada, que estava tudo ruim e ficou se criticando durante toda a reunião. Paula também achava que os colegas percebiam as falhas dela e pensavam sobre o quanto ela era incompetente (leitura mental)

Uma outra situação, que costuma acontecer com frequência, é quando o chefe de Paula solicita que ela altere algo em seus relatórios (feedback negativo) pois estava incompleto, e Paula sente-se muito triste, pois pensa que é incompetente e que nunca mais vai ter o mesmo desempenho de antes. Ela evita fazer as correções no relatório, se dedicando a outras tarefas que acredita estar realizando com mais competência, o que leva a cobranças do seu chefe, sobre a entrega dos relatórios. As cobranças são interpretadas como críticas ao seu trabalho, contribuindo para se sentir ainda mais triste.

Com o humor cada vez pior, Paula foi ficando cada vez mais sem energia e com dificuldades de concentração e memória, cometendo mais erros no trabalho. Com isso, as autocríticas aumentaram, ela pensava que pelo fato de se sentir sem energia era uma fraca, que não conseguia enfrentar os problemas e que nunca iria sair disso, nunca mais ia se sentir melhor (previsão negativa). Passou a evitar os colegas para que não percebessem suas falhas e sua fraqueza, o que a impedia que tivesse momentos de descontração e prazer. Ela foi ficando cada vez mais isolada em casa, dormia a maior parte do tempo e, com isso, não buscava comportamentos alternativos como fazer alguma atividade física, que antes lhe dava tanto prazer e bem-estar.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Responda as perguntas abaixo:

1. Cite o(s) fator(es) desencadeante(s) que está(ão) presente(s) nesse caso.

2. Cite todo(s) o(s) fator(es) de manutenção que está(ão) presente(s) nesse caso:

Apêndice 5. Relato de caso 2 – Verificação do conhecimento pós-teste

Relato de caso 2

Joana procurou terapia após receber o diagnóstico de depressão. Segundo relatório psiquiátrico, Joana apresenta episódio único de depressão, em nível moderado, sem ideação suicida. Não há relato de algum outro transtorno psiquiátrico, assim como nenhum histórico de traumas ou abusos. Relatou estar muito triste e desanimada nos últimos 6 meses e vem se sentindo pior a cada dia. Seu apetite diminuiu significativamente, não tem prazer nas coisas que tinha antes, sente-se sem energia e dorme a maior parte do tempo, fazendo apenas algumas tarefas de casa como cozinhar e lavar roupas. Seu marido assumiu a maior parte dos cuidados com a casa.

Joana é casada há 8 anos; tem uma filha de 6 anos; é do gênero e identidade feminina, branca, não pertencente a nenhuma religião. Ela e o marido sempre tiveram um bom relacionamento, com poucas brigas. Ela nunca gostou de cuidar da casa, prefere dedicar todo seu tempo ao trabalho. É professora de dança em uma escola de artes e sempre gostou muito de trabalhar e ensinar dança a outras pessoas.

Há 6 meses, realizou a apresentação de um espetáculo, ao qual se dedicou muito, mas não saiu como esperado. Ela recebeu muitas críticas negativas e perdeu o patrocínio. Ficou muito triste e passou uma semana em casa, chorando. Após esse período, retornou ao trabalho, mas já sem disposição nenhuma.

Diante do humor depressivo, Joana desistiu de realizar outra apresentação que estava preparando, pois pensou que a apresentação não ficaria boa e que as pessoas não iriam gostar, que seria um total fracasso. Optou apenas por continuar com as aulas, mas sempre que está no estúdio, dando aula para suas alunas, vem o pensamento que suas aulas não são tão boas quanto das suas colegas. Enquanto ensinava, ficava dizendo a si mesma como é uma péssima professora, como nunca vai ser tão boa como suas colegas e que deveria ter um desempenho melhor após tantos anos de experiência, que fracassa em tudo que tenta fazer. Quando vai ao estúdio de dança, evita falar com as colegas. E no último mês, também desistiu de dar suas aulas, passando a ficar o tempo todo em casa. Concluiu que se fosse trabalhar iria falhar, então era melhor desistir.

No momento atual, ela passa a maior parte do tempo dormindo, diz que precisa descansar para ter alguma energia e que se não descansar vai ficar exausta.

Porém, mesmo descansando e dormindo tanto, não consegue ter energia, o que contribui para se ver como fracassada por não ter mais a energia e disposição que tinha antes, e pensa que nunca mais vai voltar a ter o desempenho de antes. Quando não está dormindo, faz algumas tarefas da casa e fica pensando o quanto é uma fracassada por ter uma vida medíocre de dona de casa. Quando olha as redes sociais, vem o pensamento sobre o quanto é fracassada ao ver suas colegas postando seus trabalhos. Prefere ficar em casa a sair, evita encontrar as pessoas para não ter que explicar por que não está trabalhando, já que isso a faz lembrar-se do quanto é uma fracassada e fica extremamente triste quando as colegas ligam para saber como ela está, pois as ligações a fazem lembrar que não está trabalhando e que é uma fracassada. Sempre pede para o marido falar que ela está ocupada.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Responda as perguntas abaixo:

1. Cite o(s) fator(es) desencadeante(s) que está(ão) presente(s) nesse caso.

2. Cite todo(s) o(s) fator(es) de manutenção que está (ão) presente(s) nesse caso:

Apêndice 6. Relato de caso 3 – Verificação do conhecimento pré-teste (1 mês)

Relato de caso 3

Rebeca procurou terapia após receber o diagnóstico de depressão. Segundo o relatório psiquiátrico, ela apresenta episódio único de depressão, em nível moderado, sem ideação suicida. Não há relato de algum outro transtorno psiquiátrico, assim como nenhum histórico de traumas ou abusos. Ela descreve que tem se sentido muito triste, sem prazer em trabalhar, apática, sem apetite e com insônia, há 8 meses. Este humor deprimido teve início após um episódio relacionado a uma aluna, no ateliê onde trabalha.

Rebeca, 43 anos, é professora de pintura, casada há 15 anos e sem filhos, do gênero e identidade feminina, branca, não pertencente a nenhuma religião. Trabalha em um ateliê com a cunhada onde ensinam pintura em tela. Sempre gostou muito do trabalho que executa, tanto pintar quadros como ensinar aos alunos.

Porém, após uma aluna sua parar de frequentar o curso, alegando que estava insatisfeita com as aulas, Rebeca ficou muito deprimida e passou a se culpabilizar pelo que aconteceu. Ligou várias vezes para a aluna que não retornou suas ligações. Sua cunhada insiste que ela não deve se preocupar com isso, que a aluna era muito exigente e não ficava satisfeita com nada, mas Rebeca não consegue aceitar. Rebeca sempre foi muito dedicada ao trabalho e muito preocupada em agradar e não falhar com as pessoas.

No momento, fica boa parte do dia pensando sobre o assunto, enumerando tudo o que ela possa ter feito de errado para a aluna ter saído. Acha que talvez não tenha ensinado corretamente, ou que possa ter falado alguma coisa que a magoou. Quando está dando aula, fica prestando mais atenção em si mesma e nas pessoas, para identificar se está desagradando alguém ou procura adivinhar o que as alunas estão precisando, ou se estão tendo alguma dificuldade para poder ajudá-las. Rebeca tem se engajado mais em agradar, sendo prestativa, fazendo elogios, pois acredita que só dessa maneira vai ser gostada pelas alunas e não será rejeitada. Quando alguma aluna falta ou então solicita sua cunhada para tirar dúvidas, ao invés de solicitá-la, Rebeca pensa que a aluna a considera chata ou burra e que, por isso, está

desagradando, com isso fica triste e procura se isolar, fazendo alguma outra atividade e deixando a cunhada sozinha com as alunas.

Quando está em casa, lembra-se de situações corriqueiras do dia, no seu trabalho, e começa a imaginar que tenha feito algo errado e desagradado, que deveria ter feito as coisas de forma diferente, que deveria ser mais solícita e que deveria ensinar melhor. Quando não está trabalhando, procura ficar isolada de amigos e familiares, pois pensa que as pessoas não vão gostar da sua companhia e quando está fazendo alguma atividade com seus familiares, pensa que eles estão conversando mais entre si e não com ela, levando a acreditar que é desagradável e não amada por eles. Na tentativa de ser gostada, passou a não expressar necessidades ou opiniões, concordando com todos o que a deixa, muitas vezes, se sentindo desconfortável diante de várias situações.

(Trata-se de um caso fictício para fins de ensino).

Responda as perguntas abaixo:

1. Cite o(s) fator(es) desencadeante(s) que está(ão) presente(s) nesse caso.

2. Cite todo(s) o(s) fator(es) de manutenção que está (ão) presente(s) nesse caso:

Apêndice 7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para participantes protocolo de pesquisa (eletrônico)

**TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Introdução

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do estudo intitulado: "TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL" em virtude da sua inscrição prévia para a participação neste estudo.

Para você decidir fazer parte dele, precisará saber no que consiste sua participação, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite digital deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Se você tiver qualquer pergunta, após ou durante a leitura desse termo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é voluntária e você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a estratégia metodológica de ensino-aprendizagem TBL na aprendizagem da Conceitualização Cognitiva em psicólogos.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela pesquisadora Fabiana Romanini de Souza Hokama, aluna do Mestrado Profissional de Ensino da Faculdade de Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), sob orientação do Profº. Dr. Fernando Alves de Lima Franco e coorientação da Profa. Dra. Janaína Bianca Barletta.

Procedimentos realizados neste protocolo

No que consiste a sua participação: caso você concorde em participar do estudo, o (a) Sr (a) deverá realizar uma prova (pré-teste) com o objetivo de avaliar seu conhecimento teórico e prático sobre a conceitualização cognitiva transversal. A prova consiste na leitura de um caso fictício e 2 perguntas que contemplam a aplicação

da conceitualização transversal do caso. Não há necessidade de ter conhecimento sobre o assunto. As provas têm como objetivo comparar o nível de conhecimento inicial com o nível de conhecimento adquirido após a aplicação da aula. Em um outro momento, a ser agendado, o (a) Sr (a) participará de uma aula, que terá a duração de 1h30 a 2h30min sobre Conceitualização Cognitiva Transversal e ao final realizará novamente uma prova, como um pós-teste, que consiste no mesmo formato da primeira prova. Toda a pesquisa será realizada no formato *online* via plataforma zoom. O (a) Sr (a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa solicitando por e-mail a fahokama@gmail.com.

Riscos e inconveniências

Durante a sua participação, existe a possibilidade do Sr(a) sentir-se desconfortável em participar das atividades. Caso isso ocorra, o Sr(a) poderá interromper sua participação na pesquisa.

Benefício do estudo

Sua participação é voluntária e seus benefícios diretos contemplam a aquisição de informações e conhecimento úteis para sua prática profissional. A comunidade científica, profissionais e a sociedade também poderão se beneficiar, futuramente, com os resultados obtidos com esta pesquisa.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza.

Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Entretanto, se ocorrer qualquer gasto não previsto neste termo, você será ressarcido.

Ao assinar este termo você não renuncia a nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Se for de seu interesse, você poderá solicitar, a qualquer momento, informações sobre os resultados de exames ou testes realizados neste estudo.

Você será informado sobre os achados deste estudo, assim que as análises estiverem terminadas.

Danos

Se uma lesão ou qualquer dano ocorrer como resultado de sua participação nesta pesquisa, a assistência integral estará disponível sem que você tenha gastos, pelo tempo que for necessário.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein pelo telefone (11) 2151-3729, ou pelo e-mail cep@einstein.br.

O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h e está localizado no Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecília e Abram Szajman, Rua Comendador Elias Jafet, 755, Piso L4, Sala 407-G /407-F - Morumbi, São Paulo / SP - CEP:05653-000.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo: Fabiana Romanini de Souza Hokama (pelo telefone 13 99748920, e-mail fahokama@gmail.com) ou Dr. Fernando Alves de Lima Franco (pelo telefone 11 992576734, e-mail doc017@einstein.br) ou Dra. Janaína Bianca Barletta (pelo telefone 16 996264729, e-mail janabianca@gmail.com).

Reclamações, elogios e sugestões poderão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou do formulário identificado como "fale conosco", disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participei.

Receberei por e-mail uma via em formato pdf datada deste Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, ficando o pesquisador com outra via em pdf.

Aceito participar

Não aceito participar

Data: ____/____/____.

Nome completo:_____

CPF_____

Apêndice 8. Questionário sociodemográfico e educacional para participantes

1. Ano de formação:

2. Idade:

3. Sexo: () feminino () masculino () outros

4. Etnia:

() Branco () Negro () Pardo () Amarelo () Outro

5. Atua na área clínica:

() sim () não

6. Atua na área clínica há quanto tempo?

Conhece conceitualização cognitiva transversal?

() sim () não

Apêndice 9. Material pré-aula

CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO

O que é conceitualização de casos

A conceitualização de caso na terapia, ou formulação de caso como também é chamada, é uma etapa fundamental do processo terapêutico, e um dos primeiros objetivos do terapeuta ao iniciar um tratamento, independente do transtorno ou das dificuldades do paciente. Apesar da conceitualização ser construída ao longo do processo, à medida que o terapeuta obtém mais informações do paciente, quanto mais cedo o terapeuta compreender o padrão de funcionamento do paciente, mais cedo pode escolher por estratégias de intervenções mais precisas e elaborar um plano de tratamento mais efetivo.

Mas afinal o que é conceitualização de caso? Diversos autores trazem definições parecidas e complementares. Para Westbrook, Kennerley, & Kirk (2016, p.68) é “uma descrição do(s) problema(s) atual(is); um relato do porquê e como esses problemas podem ter se desenvolvido; uma análise dos principais processos de manutenção hipotéticos para manter os problemas em andamento. Já Sperry & Sperry (2020, p. 215) define como “um método e estratégia clínica para obter e organizar informações sobre um cliente, entender e explicar a situação do cliente e padrões mal adaptativos, orientar e focalizar o tratamento, antecipar desafios e obstáculos e preparar-se para o término bem-sucedido”.

Portanto, podemos dizer que a conceitualização de caso é uma compreensão dos problemas do paciente, dos fatores que desencadearam esses problemas, dos fatores que mantêm os problemas e que impedem que esse paciente melhore assim como os fatores que contribuem para uma vulnerabilidade a desenvolver esse problema, ou seja, o porquê esse paciente pode ter desenvolvido esse padrão de funcionamento.

Qual a importância da conceitualização de casos e seu formato

A conceitualização é uma etapa de extrema importância do tratamento e uma competência que o terapeuta precisa desenvolver. Suas principais funções compreendem:

- a) sintetizar as informações fornecidas pelo paciente e integrá-las fundamentadas em uma teoria;
- b) tornar os problemas complexos dos pacientes mais compreensíveis e manejáveis;
- c) orientar as escolhas de intervenções contempladas em um plano de tratamento para ajudar o paciente a melhorar do modo mais efetivo possível (Beck, 2013; Kuyken, Padesky & Dudley ,2010).

A formulação de caso pode ser feita de várias maneiras como, a partir de um modelo mais geral de compreensão da psicopatologia (Beck & Haigh, 2014) ou de modelos mais específicos sobre transtornos psiquiátricos como:

fobia específica	Kirk & Rouf, 2004
transtorno de pânico e agorafobia	Clark, 1986; Wells, 1997
ansiedade de saúde	Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick & Salkovskis, 1989
ansiedade social	Clark, 2002; Clark & Wells, 1995; Wells,1997
transtorno de ansiedade generalizada (GAD)	Borkovec & Newman, 1999; Borkovec et al., 2002; Wells, 1997, 2000
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	Salkovskis, 1985, 1999; Wells, 1997
transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)	Ehlers & Clark, 2000
transtornos alimentares (transdiagnóstico)	Waller, 1993; Fairburn et al., 2003

(Kennerley, 2021, p. 64.)

Nesse texto, será apresentada, de forma breve, a conceitualização de caso geral, descrevendo e explicando seus elementos principais e, em seguida, será apresentado um nível de conceitualização de caso conhecido como nível de conceitualização transversal, tendo como foco principal os processos desencadeantes e mantenedores do(s) problema(s) do paciente.

Elementos da conceitualização de Caso

A conceitualização de caso pode ter formatos e elementos diferentes, porém ela deve conter alguns elementos que são essenciais à sua construção. Esses elementos são apresentados a seguir:

1. Diagnósticos e sintomas: é fundamental obter informações sobre o diagnóstico psiquiátrico, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno do Pânico, entre outros, e que estão relacionados às dificuldades emocionais do paciente, para auxiliar o terapeuta na escolha da melhor literatura baseada em evidências, acerca do tratamento, contribuindo para a melhor condução do processo terapêutico, ou seja, desenvolver uma conceitualização cognitiva, a partir de um modelo cognitivo específico postulado sobre o transtorno e sua forma de tratamento (Dozois, Dobson, & Rnic, 2019).
2. Contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento: identificar experiências tardias ou durante a vida do paciente que possam explicar a origem do padrão mal desadaptativo e do desenvolvimento dos problemas (Wright, Brown, Thaíde & Basco, 2018)
3. Fatores precipitantes ou estressores: são eventos externos, ao paciente, ou internos e que podem causar o problema que ele está apresentando ou ativar os esquemas disfuncionais desse paciente.

Precipitante externo pode ser um evento como a morte de um ente querido, a perda do emprego ou divórcio e os precipitantes internos podem ser situações como, por exemplo, uma doença (distúrbio endócrino ou câncer etc.) (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2016). Em alguns casos, o precipitante é muito claro e identificável, mas em outros, pode ser bem desafiador identificar e defini-lo, já que alguns transtornos podem ir se desenvolvendo ao longo do tempo, de maneira gradual como uma Depressão ou Transtorno de Ansiedade Generalizada.
4. Fatores de genéticos e biológicos: Segundo Dozois, Dobson, & Rnic (2019) podem ser;
 - a) biológicos, genéticos e médicos; são fatores que estão relacionados à genética, temperamento, influências (doença física, medicamentos e substâncias) e predisposições biológicas inatas.
 - b) psicológicos: são desenvolvidos através de modelagem, condicionamento, trauma, comparação e identificação.
 - c) fatores médicos: condições médicas que interferem em algum nível na construção e manutenção das crenças.
5. Pontos fortes e recursos: recursos e habilidades que o paciente tem e que o ajuda a ser resiliente diante das dificuldades (Wright, Brown, Thaíde & Basco, 2018)

6. Padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos: pensamentos automáticos são pensamentos ou imagens que, de forma involuntária e não intencional, manifestam-se na mente de todas as pessoas, muitas vezes sem serem ao menos percebidos. Eles contribuem para uma ligação entre as situações experienciadas e as emoções sentidas, ou seja, diante de alguma situação, pensamentos automáticos surgem contribuindo para uma resposta emocional e conseqüentemente uma reação a ela (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010)
7. Crenças centrais e intermediárias e estratégias compensatórias: fazem parte deste item crenças centrais, intermediárias e estratégias de enfrentamento disfuncional. As crenças centrais são ideias mais absolutas e dicotômicas, que funcionam como filtros ajudando a processar e codificar informações do ambiente. São crenças que descrevem a si mesmo, os outros, o mundo, as experiências de vida e o futuro (“eu sou ruim”; “o mundo é injusto”; “sempre serei um fracassado”). As crenças intermediárias, ou pressupostos subjacentes, são crenças que guiam nossos comportamentos e expectativas. Podem se apresentar em declarações, como regras ou “dever” (uma pessoa responsável “deve” fazer todas as suas tarefas) ou por crenças condicionais do tipo “se ... então” (se eu agradar a todos serei aceita e gostada) (Padesky, 2021). As estratégias de enfrentamento (disfuncionais) podem ser definidas como estratégias que o paciente desenvolve para lidar com as crenças dolorosas, compensando-as (Beck, 2013), como agradar, tentar ser perfeito, evitar, agredir, entre outras.
8. Fatores de manutenção: Sperry (2010, p. 116) define como “processos psicológicos que envolvem pensamentos, emoções, comportamentos e respostas fisiológicas que explicam porque os problemas são mantidos ou processos que mantêm e reforçam o padrão”.

Níveis de Conceitualização

Kuyken, Padesky & Dudley (2010) propõe uma conceitualização de caso que vai evoluindo, durante o progresso da terapia, pois vai agregando informações sobre o paciente, e esta evolução acontece em 3 níveis de conceitualização:

O primeiro deles é a conceitualização de caso descritiva, por onde o terapeuta inicia o processo de formulação, sendo realizada nas primeiras sessões de avaliação, principalmente. Nesse nível, o terapeuta identifica os problemas que trouxeram o paciente à terapia e descreve essas dificuldades em termos de pensamentos, emoções e comportamentos e sua conexão

O segundo nível, a conceitualização transversal, explica sobre como as dificuldades do paciente foram desencadeadas e o que contribui para que sejam mantidas neste momento.

E o terceiro nível corresponde a descrição de como essas dificuldades do paciente se originaram, que fatores de vida foram relevantes para dar origem a esse padrão de funcionamento. Neste texto vamos aprofundar o segundo nível de conceitualização. Para conhecer mais sobre o primeiro e terceiro nível sugiro a leitura de Kuyken, Padesky & Dudley (2010).

Conceitualização de Caso Transversal

Conforme mencionado acima, a conceitualização constitui-se de alguns elementos, e o nível da conceitualização transversal relaciona-se aos fatores desencadeantes e fatores de manutenção do(s) problema(s) do paciente.

Desenvolver este nível de conceitualização é extremamente importante, pois na maioria das vezes, o trabalho com os pacientes está na mudança dos padrões de manutenção do problema e, portanto, compreender esse nível é fundamental para a escolha das estratégias de intervenção. O foco está em entender o que desencadeia o(s) problema(s), ou seja, os precipitantes e como são mantidos (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010) pois isso fornece uma bússola para a escolha dos objetivos de tratamento e das estratégias de intervenção (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2016).

Desencadeantes:

As reações do paciente podem ser desencadeadas por diversas situações como um evento externo, ou pelos próprios por pensamentos, emoções e comportamentos. Podemos descobrir quais são esses fatores desencadeantes por meio do monitoramento de emoções negativas ou situações que incomodaram o paciente ao longo da semana. Para isso, podemos utilizar o registro de pensamento disfuncional, como no exemplo abaixo:

Situação	Pensamento	Emoção	Comportamento
Acordar sem energia e motivação (interno)	Eu sou um preguiçoso mal- agradecido.	Tristeza	Fica se criticando por diversas falhas que acha que tem.
Diante de um convite para um <i>happy hour</i> (externo)	Vão me achar chat e esquisito.	Ansiedade e tristeza	Inventa uma desculpa e não aceita o convite.
Vendo as redes sociais (externo)	Todo mundo é feliz menos eu.	Tristeza	Dorme.
Tira uma nota mediana na prova da faculdade (externo)	Eu sou um fracasso e nunca vou conseguir o que quero.	Tristeza	Para de estudar e fica ruminando.

Nessa tabela, podemos identificar, nessa tabela, alguns desencadeantes olhando para a coluna da situação. Na primeira situação, o desencadeante foi um evento interno (falta de energia) e nas outras temos desencadeantes externos (convite social, ver redes sociais, nota de prova).

Mantenedores:

São processos psicológicos que envolvem pensamentos, emoções, comportamentos e respostas fisiológicas que explicam o porquê as dificuldades são mantidas. Mais importante do que entender o porquê o cliente desenvolveu aquele problema, é entender o porquê aquele ele se mantém, uma vez que, o que deu origem a um transtorno, como a depressão, não é o que o mantém (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2016).

As pessoas se envolvem em alguns comportamentos disfuncionais, improdutivos e que mantêm seus problemas, em geral por dois motivos (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010):

- a) reforço positivo, ou seja, ter recompensas imediatas (fazer algo para receber elogios).
- b) reforço negativo que busca remover circunstâncias que lhe são aversivas (exp. evitar para se livrar da ansiedade)

Apesar de determinados comportamentos promoverem recompensa imediata, muitos deles mantêm o problema da pessoa a longo prazo. Quem faz coisas para agradar e receber elogios, acaba tendo que renunciar a suas necessidades; ou quem evita situações sociais, além de ficar sozinho nunca descobre que tem habilidades para se relacionar ou não desenvolve as habilidades adequadas (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010; Kennerley, 2021).

Os mantenedores podem se apresentar como comportamentos (evitação, uso de bebida, hipervigilância etc.), padrões de pensamentos (dicotomia, comparações, altos padrões, deve e deveria, autocrítica), atenção seletiva (Kennerley, 2021) e, geralmente, apresenta-se na forma de círculos viciosos, também chamado de "ciclos de manutenção", pois retroalimentam o problema, mantendo-o ou piorando. (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2016).

Quando identificamos os ciclos de manutenção e seus componentes, podemos planejar estratégias de intervenções de acordo com esses componentes. Se o componente for emocional (humor deprimido, ansiedade) pode-se adotar estratégias de regulação de humor; se o componente for comportamental, pode-se trabalhar com experiências práticas ou desenvolver habilidades comportamentais; e se o componente for cognitivo pode-se treinar o paciente em técnicas cognitivas (Kennerley, 2021)

Pressupostos contribuindo para a manutenção:

Os pressupostos são crenças (intermediárias) em forma de declarações/regras (deve/devo/deveria) ou suposições (Se ... então...) que guiam nossos comportamentos assim como os pensamentos, humor, e nossas expectativas, contribuindo para nossas ações e interpretações das situações (Padesky, 2021). Eles

ajudam a lidar com crenças centrais dolorosas (Kennerley, 2021), porém muitas vezes, retroalimentam os problemas e as crenças disfuncionais. Vamos a alguns exemplos:

Exemplo 1: Uma pessoa que tenha o pressuposto “Se eu agradar, então serei amada”, vai sempre agradar as pessoas, o que gera uma segurança de sentir amada, mas a impede de expressar ou satisfazer as próprias necessidades, levando a uma insatisfação ou até sofrimento. Por agradar sempre, ela também não descobre que poderia ser amada mesmo satisfazendo e expressando suas necessidades, o que a deixaria muito mais satisfeita e realizada. Esse pressuposto também vai contribuir para que tenha expectativas de ser amada por todas as pessoas, já que está sempre agradando, porém, nem sempre isso vai acontecer e ela vai se ver como não amada, tendo falhado e não perceber que é impossível agradar ou ser amada por todos. E, por fim, este pressuposto vai guiar muitos de seus pensamentos automáticos como: “Não posso desagradar”; “Está chateado comigo porque eu desagradei, a culpa é minha” o que levaria a experimentar ansiedade e /ou tristeza.

Exemplo 2: Imagine uma pessoa que fica muito triste ao cometer um erro. Isso só acontecerá se ela tiver pressupostos disfuncionais ou negativos sobre errar: “Se eu errar serei um fracasso” ou “Se eu errar serei inferior às pessoas”, portanto, “Se eu fizer tudo perfeito não fracassarei” Esse pressuposto guiará seus comportamentos, levando-a a tentar fazer tudo perfeito, checar tudo que faz gastando muito tempo e energia e ter pensamentos automáticos “será que ficou bom?”, “será que não estou percebendo algum erro?”, o que levaria a experimentar ansiedade. E a interpretar como fracasso erros que venha a cometer, erros que seriam considerações razoáveis e aceitáveis para a maioria das pessoas.

Podemos identificar, através dos exemplos anteriores, como pressupostos contribuem para manter ou até piorar os problemas do paciente. Em vista disso, é importante para o terapeuta identificar esses pressupostos tendo como objetivo planejar intervenções para flexibilizá-los e construir pressupostos mais funcionais.

Referências:

Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Dozois DJ, Dobson KS, Rnic K. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, Dozois DJ. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 4th ed. Nova York: The Guilford Press; 2019. p. 3–31.

Kennerley H, Kirk J, Westbrook D. An introduction to cognitive behavior therapy: skills and applications. Thousand Oaks: Sage Publications; 2016.

Kennerley H. The ABC of CBT. Thousand Oaks: Sage Publications; 2021.

Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Padesky CA, Greenberger D. Guia de terapia cognitivo-comportamental para o terapeuta: a mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed; 2021.

Persons JB. The case formulation approach to cognitive-behavior therapy. Nova York: Guilford Press; 2012.

Sperry L. Highly effective therapy: Developing essential clinical competencies in counseling and psychotherapy. Reino Unido: Routledge; 2009.

Sperry L, Sperry J. Case conceptualization: mastering this competency with ease and confidence. Reino Unido: Routledge; 2020.

Wright JH, Brown GK, Thase ME, Basco MR. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Apêndice 10. Sessão de *Team-Based Learning*

Mestrado Profissional Ensino em Saúde

***Team-Based Learning* no Ensino da Conceitualização de Caso**

Carga horária: 2h30min

Professor responsável: Fabiana Romanini

Público-alvo: participantes do projeto (alunos de psicologia e psicólogos)

Local: plataforma Zoom (*online* síncrono)

Objetivos fundamentais (de preparação pré-classe)

- Conhecer elementos de uma conceituação
- Compreender fatores de manutenção e desencadeantes (conceitualização transversal)
- Entender os principais fatores de manutenção na depressão

Material pré-classe:

- Texto elaborado para esta aula- Conceitualização transversal
- Vídeo elaborado para esta aula- Mantenedores na depressão.

Objetivo de aprendizagem

- Aplicar os conceitos de conceitualização transversal e fatores de manutenção na depressão no entendimento de um caso (que simula um caso real) com diagnóstico de depressão.

Estratégia de ensino: TBL

iRAT

Nome: _____

Conceitualização transversal de caso

1) A conceitualização transversal descreve:

- a) fatores de manutenção e comportamentos
- b) pensamentos automáticos e emoções
- c) fatores desencadeantes e mantenedores
- d) gatilhos e fatores desencadeantes

2) A conceitualização descritiva explica:

- a) o paciente na hora da mudança de humor
- b) a origem do problema dos pacientes
- c) os desencadeantes e fatores de manutenção
- d) instalação do transtorno e consequências

3) Diante de uma situação com o filho João relata:

pensamentos: ele não gosta de mim

emoção: tristeza

comportamento: se trancou no quarto

Esses elementos referem-se a:

- a) uma conceitualização transversal

- b) uma conceitualização descritiva
- c) uma conceitualização longitudinal
- d) uma conceitualização de caso

4) Podemos afirmar que os dados para a conceitualização transversal são fornecidos por:

- a) conceitualização descritiva
- b) conceitualização de caso
- c) anamnese do paciente
- d) dados de vida relevante

5) Fazem parte da conceitualização transversal:

- a) pensamentos, emoções, comportamentos
- b) desencadeantes, mantenedores, respostas fisiológicas
- c) desencadeantes, mantenedores e pressupostos
- d) história de vida, crenças, pressupostos

6) Os mantenedores mais comuns na depressão são:

- a) evitação e ruminação
- b) ruminação e fuga
- c) comportamentos de segurança
- d) autocrítica e ansiedade de desempenho

7) A conceitualização transversal é indicada quando o paciente apresenta:

- a) transtorno de ansiedade
- b) transtorno afetivo bipolar
- c) depressão e TAG
- d) para todos os casos

8) Os comportamentos disfuncionais tem o objetivo de:

- a) resolver um problema
- b) evitar danos e problemas
- c) gerar alívio e recompensas
- d) manter um problema

9) Assinale a alternativa incorreta sobre fatores de manutenção na depressão:

- a) pensamento e autocrítica são ciclos cognitivos
- b) evitação e comportamentos disfuncionais são ciclos comportamentais
- c) humor e emoção são ciclos de humor
- d) autocrítica e evitação são ciclos comportamentais

10) A resposta correta é :

- a) os 6 ciclos de manutenção na depressão devem estar presentes
- b) um ciclo de manutenção da depressão não influencia o outro
- c) não precisa estar presente os 6 ciclos de manutenção na depressão
- d) o ciclo mais comum que mantém a depressão é a evitação

11) Os pressupostos ajudam a lidar com crenças dolorosas, através de:

- a) resolução de problemas
- b) regras e pressuposições
- c) regras e imperativos
- d) comportamentos disfuncionais

12) Escolha a alternativa incorreta:

- a) Se eu agradar as pessoas, então serei aceito (pressuposto)
- b) Se alguém me ama de verdade, então me prioriza (pressuposto)
- c) Se eu chegar atrasado, então perderei a consulta (pressuposto)
- d) Se eu mostrar o que penso, as pessoas vão me rejeitar (pressuposto)

13) Os desencadeantes podem ser:

- a) internos e externos
- b) gerais e específicos
- c) situacionais e gerais
- d) específicos e condicionais

Questões	Alternativas corretas*
1	C
2	A
3	B
4	A
5	C
6	A
7	D

8	C
9	D
10	C
11	B
12	C
13	A

gRAT

Nome do grupo:

Participantes:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Nome: _____

Conceitualização transversal de caso

1) A conceitualização transversal descreve:

- a) fatores de manutenção e comportamentos
- b) pensamentos automáticos e emoções
- c) fatores desencadeantes e mantenedores
- d) gatilhos e fatores desencadeantes

2) A conceitualização descritiva explica:

- a) o paciente na hora da mudança de humor
- b) a origem do problema dos pacientes
- c) os desencadeantes e fatores de manutenção
- d) instalação do transtorno e consequências

3) Diante de uma situação com o filho João relata:

pensamentos: ele não gosta de mim

emoção: tristeza

comportamento: se trancou no quarto

Esses elementos referem-se a:

- a) uma conceitualização transversal
- b) uma conceitualização descritiva
- c) uma conceitualização longitudinal
- d) uma conceitualização de caso

4) Podemos afirmar que os dados para a conceitualização transversal são fornecidos por:

- a) conceitualização descritiva
- b) conceitualização de caso
- c) anamnese do paciente
- d) dados de vida relevante

5) Fazem parte da conceitualização transversal:

- a) pensamentos, emoções, comportamentos
- b) desencadeantes, mantenedores, respostas fisiológicas
- c) desencadeantes, mantenedores e pressupostos
- d) história de vida, crenças, pressupostos

6) Os mantenedores mais comuns na depressão são:

- a) evitação e ruminação
- b) ruminação e fuga
- c) comportamentos de segurança
- d) autocrítica e ansiedade de desempenho

7) A conceitualização transversal é indicada quando o paciente apresenta:

- a) transtorno de ansiedade
- b) transtorno afetivo bipolar
- c) depressão e TAG
- d) para todos os casos

8) Os comportamentos disfuncionais tem o objetivo de:

- a) resolver um problema
- b) evitar danos e problemas
- c) gerar alívio e recompensas
- d) manter um problema

9) Assinale a alternativa incorreta sobre fatores de manutenção na depressão:

- a) pensamento e autocrítica são ciclos cognitivos
- b) evitação e comportamentos disfuncionais são ciclos comportamentais
- c) humor e emoção são ciclos de humor
- d) autocrítica e evitação são ciclos comportamentais

10) A resposta correta é :

- a) os 6 ciclos de manutenção na depressão devem estar presentes
- b) um ciclo de manutenção da depressão não influencia o outro
- c) não precisa estar presente os 6 ciclos de manutenção na depressão
- d) o ciclo mais comum que mantém a depressão é a evitação

11) Os pressupostos ajudam a lidar com crenças dolorosas, através de:

- a) resolução de problemas
- b) regras e pressuposições
- c) regras e imperativos
- d) comportamentos disfuncionais

12) Escolha a alternativa incorreta:

- a) Se eu agradar as pessoas, então serei aceito (pressuposto)
- b) Se alguém me ama de verdade, então me prioriza (pressuposto)

- c) Se eu chegar atrasado, então perderei a consulta (pressuposto)
- d) Se eu mostrar o que penso, as pessoas vão me rejeitar (pressuposto)

13) Os desencadeantes podem ser:

- a) internos e externos
- b) gerais e específicos
- c) situacionais e gerais
- d) específicos e condicionais

Questões	Alternativas corretas*
1	C
2	A
3	B
4	A
5	C
6	A
7	D
8	C
9	D
10	C
11	B
12	C
13	A

Conceitualização transversal de caso

Nome do grupo:

Participantes:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Relato de caso

Paula é advogada, tem 37 anos, casada, tem 1 filha de 5 anos. Trabalha no escritório de advocacia da família desde que se formou.

Seu pai veio de uma família humilde de agricultores e se esforçou muito para fazer faculdade e abrir o próprio escritório. Portanto, sempre deu muito valor ao esforço e ao trabalho árduo, como a única forma de ser alguém na vida, passando esses valores aos filhos e cobrando esforço e desempenho deles.

Paula sempre se mostrou uma aluna dedicada e responsável, apresentando bom desempenho escolar. Com isso, conseguiu uma excelente colocação no vestibular de uma universidade pública. Manteve o bom rendimento nos anos acadêmicos, sendo uma aluna excepcional, que se destacava e era muito elogiada por todos. Sua preferência era sempre priorizar estudo e estágios, abrindo mão de atividades de lazer, amigos ou hobbies, já que acreditava que essas atividades não ajudavam a alcançar seus objetivos, e via com certo desdém quem priorizava o lazer, como se a pessoa não tivesse o mesmo valor de quem trabalhava muito.

Quando estava no último ano de faculdade, conheceu seu marido no estágio, e começaram a namorar, casando 5 anos depois. Logo após formado, o marido foi trabalhar no escritório de advocacia, junto com ela. Sempre tiveram bom relacionamento, mas ela se irritava com ele em vários momentos, porque ele queria

viajar, passear ou sair cedo do escritório para atividades de lazer. Ela interpretava isso como irresponsabilidade, preguiça e ficava decepcionada com ele.

No mês passado, Paula procurou terapia, por encaminhamento psiquiátrico, pois vinha apresentando sintomas depressivos como desânimo, apatia, choro, insônia, falta de apetite e irritabilidade, desde que sofreu um acidente automobilístico e passou por uma cirurgia nas pernas. A partir deste acidente, Paula diminuiu muito as horas de trabalho, já que precisava fazer fisioterapia e repouso, pois não podia voltar a andar no momento. Com isso, ficava muito tempo ociosa e sozinha em casa, pensando que todos os familiares estavam no escritório trabalhando. Foi sugerido pela psiquiatra e psicóloga que fizesse alguma atividade em casa, como leitura, atividades manuais, receber amigos, para se ocupar e relaxar. Porém Paula se negava a fazer, diz não ter vontade e que isso tudo é bobagem, coisa de quem não tem o que fazer. Durante a consulta com psicóloga, relatou que fica se perguntando o tempo todo porque não tomou mais cuidado, que deveria ter prestado mais atenção, foi burra por não ter evitado o acidente, não poderia ter cometido esse erro, nunca vai se perdoar por isso. Relata também estar muito decepcionada consigo por apresentar falta de motivação, de energia, principalmente pela manhã, quando todos saem para trabalhar e ela não, e que se tornou uma pessoa preguiçosa, que não quer saber de nada. Isto a deixa irritada, brigando com os familiares, os quais passaram a se afastar dela. Paula conclui que esse afastamento se deve pelo fato dela ter se tornado uma pessoa preguiçosa e sem valor, e estar decepcionando todos.

Diante da descrição deste caso, pode-se concluir que:

- I) Os fatores de manutenção de Paula são comportamentos de evitação e leitura mental.
- II) Podemos dizer que a agressividade, ruminação e autocrítica; distorções cognitivas e falta de energia contribuem para a depressão de Paula e a crença de desvalor
- III) A leitura mental e a ruminação são os principais fatores de manutenção de Paula neste momento.
- IV) Paula reage de forma agressiva e não expressa adequadamente o que sente ou pensa mantendo a tristeza atual.

1) Escolha a melhor resposta para o caso clínico:

- a) as afirmativas I e II estão corretas.
- b) a afirmativa IV está correta.
- c) as afirmativas II e IV estão corretas.
- d) apenas a alternativa II está correta.
- e) as alternativas II e III estão incorretas.

2) Com base no caso de Paula, podemos dizer que:

- a) A tristeza piora quando se dá conta que está em casa e os outros trabalhando.
- b) A tristeza de Paula tem como principal gatilho situações de críticas.
- c) Acordar pela manhã é um gatilho para sua tristeza.
- d) Lembrar dos casos que trabalhava contribui para Paula ficar desanimada.
- d)As respostas a e b estão corretas.
- e) As respostas a e c estão corretas.
- f) todas as respostas estão corretas.

3) Justifique o porquê os fatores de manutenção contribuem para a depressão de Paula.

Questão	Alternativa correta
1	D
2	F

Apêndice 11. Carta convite – Juízes

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do estudo intitulado: "TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL", em virtude de seu conhecimento temático e/ ou metodológico.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Fabiana Romanini de Souza, aluna do Mestrado Profissional de Ensino da Faculdade de Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), sob orientação da Prof. Dr. Fernando Alves de Lima Franco e coorientação da Profª Dra. Janaína Bianca Barletta.

O objetivo da pesquisa nesta fase é elaborar e validar o conteúdo de um instrumento criado para avaliar o conhecimento dos participantes do estudo sobre conceitualização de caso transversal em pacientes com Transtorno Depressivo Maior, através de uma prova pré-teste e duas provas pós-teste.

O estudo é um desenho experimental, com grupo controle e experimental. O grupo experimental será submetido a aplicação de uma sessão de TBL e o grupo controle será submetido a uma aula tradicional (expositiva). O objetivo é avaliar a estratégia metodológica de ensino-aprendizagem TBL na aprendizagem da conceitualização de caso transversal em psicólogos.

Caso concorde em participar do estudo, o(a) Sr.(a) deverá ler as três provas e seus respectivos crivos de correção, a fim de avaliar a clareza, relevância e concordância do relato de caso e das questões, bem com suas respostas. Se não concordar com algum item do instrumento, solicitamos que faça sugestões para a adequação. Este instrumento será utilizado apenas como um recurso desse estudo.

Entendemos que o tempo necessário para fazer a avaliação e revisão do instrumento é variável. Apesar disso, estimamos que sua colaboração leve por volta de 1 hora. A data de entrega do material revisado está descrita na carta de instruções, mas o Sr(a) poderá entrar em contato conosco se necessitar de mais tempo.

Desde já agradeço sua disposição e aguardo seu retorno.

Você pode abrir a pesquisa em seu navegador da Web clicando no link abaixo:

TEAM BASED LEARNING NO ENSINO DA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Se o link acima não funcionar, tente copiar o link abaixo em seu navegador da web: <https://redcap.einstein.br/surveys/?s=ExWfTxqyx8ftIYWS>

Este link é exclusivo para você e não deve ser encaminhado para outras pessoas.

Contato dos pesquisadores:

Fabiana Romanini de Souza (telefone (13) 99748-9206)

Dr. Fernando Alves de Lima Franco (11 99257-6734; e-mail fernando.lfranco@einstein.br)

Dra. Janaina Bianca Barletta (16 99626-4729; e-mail janabianca@gmail.com).

Apêndice 12. Convite aos participantes

Workshop Gratuito

Conceitualização de Caso em

Terapia Cognitivo Comportamental

Nesse workshop de conceitualização de caso, você vai aprender identificar fatores desencadeantes e de manutenção, fundamentais para o planejamento do tratamento.



Fabiana Romanini
CRP 065620/06

Vagas limitadas
Inscrições até 28/03



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN

APOIO



FBIC
Fundo Brasileiro de Investimentos em Capacitação