
RELATÓRIO DE PESQUISA

**EFEITOS DO MÉTODO COACHING INTEGRAL SISTÊMICO
SOBRE QUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA**

**TAUILY TAUNAY
PRISCILA SOUZA
PAULO VIEIRA**

**FORTALEZA-CE
2014**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Coaching Integral Sistêmico (CIS)

O Coaching Integral Sistêmico é uma metodologia de desenvolvimento pessoal orientada à conquista de objetivos, desenvolvimento da inteligência emocional e mudança de estilo de vida, baseado na metodologia de *coaching* e conhecimento de neurociências, operando no âmbito do paradigma holístico (sistêmico).

O *coaching* é um processo relacional conduzido por um profissional habilitado destinado a produção de resultados significativos na vida pessoal e profissional do cliente, por meio da identificação clara de seu estado atual, estabelecimento de metas e elaboração de um plano de ação. O *coaching* auxilia o cliente a melhorar seu funcionamento e sua qualidade de vida com base em seus princípios e valores. O *coach* é treinado para escutar, observar e adaptar sua abordagem às necessidades do cliente, baseando-se na premissa de que o cliente é naturalmente criativo e dotado de recursos. O trabalho do *coach* é prover suporte para desenvolver habilidades, recursos e criatividade do indivíduo, orientado para o futuro (Willians, Menendez, 2007).

As Neurociências são um conjunto de disciplinas científicas, tais como Psicologia, Biologia, Sociologia, Linguística, Pedagogia, etc., que se dedicam ao estudo da interação entre o sistema nervoso, os demais órgãos, a mente humana e o ambiente externo. Ou seja, estuda como o cérebro processa pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como se dá o gerenciamento neural das necessidades de sobrevivência e adaptação deste organismo. Enfim, estuda o que, biologicamente, nos faz humanos (Gondim, Taunay, 2013). Um dos achados das Neurociências, não consensual, se refere ao processamento diferencial entre hemisférios cerebrais, sendo o hemisfério esquerdo mais racional, lógico, serial e analítico, enquanto o hemisfério direito se dedica de modo preponderante a processos mais emocionais, intuitivos, em paralelo e holístico (Dalgalarrodo, 2011). Ambos se complementam em função e aqueles que utilizam predominantemente um dos hemisférios em seu dia a dia, e não o cérebro de modo integral, apresentam peculiaridades comportamentais que não expressam a potencialidade que o órgão maestro da conduta humana, o cérebro, é capaz de prover no seu cotidiano pessoal, social e profissional. O CIS busca, por meio de técnicas derivadas do conhecimento em Neurociências, exercitar e desenvolver o potencial de ambos os hemisférios, resultando num equilíbrio no processo de tomada de decisão cotidiana.

A visão sistêmica da abordagem e compreensão do ser humano surgiu com base nos estudos da Física Moderna, complementando a visão biomédica da atenção à saúde, a qual se restringia aos aspectos biológicos e materiais da compreensão do homem (Capra, 2006). Este modelo enfatiza o papel do relacionamento e da compreensão da saúde humana em amplos contextos. A abordagem biopsicossocial, derivada deste novo paradigma, considera sistematicamente os fatores biológicos, psicológicos e sociais e sua interação no processo de saúde-doença (Engels, 1977). Recentemente, pesquisadores têm ampliado o escopo desta abordagem e preconizado o modelo biopsicossocioespiritual de compreensão humana, aceitando e adicionando ao trinômio biopsicossocial a dimensão espiritual. Para muitos, tal dimensão espiritual se expressa e se restringe a aspectos religiosos, no entanto, esta se refere à aquisição de um significado e propósito de vida, fé e valores e objetivos para além de uma visão materialista (Cloninger, 2006). Independente de como a espiritualidade é expressa, juntamente com as demais dimensões supracitadas, possibilitam a compreensão integral de cada pessoa assumindo que, quando adversidades de quaisquer ordens o afligem, o atingem em sua totalidade (Ramsey, 1970). Tal modelo biopsicossocioespiritual não é dualístico no qual uma “alma” acidentalmente “habita” um corpo. Sendo assim, neste entendimento, o biológico, o psicológico, o social e o espiritual são dimensões distintas, dinâmicas e interativas do ser humano, e nenhum aspecto pode ser desconsiderado na abordagem ao cliente (McKee, Chappel, 1992). Cada aspecto pode ser afetado diferentemente pela dinâmica saúde-doença e história pessoal, e cada aspecto pode interagir e afetar as outras dimensões do sujeito (Sulmasy, 2002).

O conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES) tem se difundindo progressivamente no âmbito de pesquisas em saúde em anos recentes (Calvetti, Muller & Nunes, 2007). Atualmente, este construto tem sido freqüentemente utilizado em diversos campos das ciências da saúde, humanas e sociais (Reppold & Hutz, 2002; Yunes, 2003). Na literatura científica, este conceito pode ter outras denominações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Diener (1996) afirma que, de forma ampla, o tema trata sobre como as pessoas avaliam suas próprias vidas. Mais especificamente, diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente e como avaliam subjetivamente a sua qualidade de vida. O BES pode ser trabalhado em três categorias: possuir alguma qualidade desejável, baseada em critérios externos (como virtude ou santidade), não sendo pensada como um estado subjetivo; o que leva as pessoas a avaliar suas vidas em termos positivos (satisfação de vida),

utilizando padrões dos próprios respondentes para determinar o que é a felicidade; por fim, considera-se BES como sendo o estado que denota uma predominância do afeto positivo sobre o negativo (experiência emocional de satisfação ou prazer), dizendo respeito à frequência de experienciar emoções positivas ou negativas durante um período específico da vida ou a predisposição das pessoas a tais emoções (Diener, 1984). Recentemente, tem-se considerado que BES envolve um conjunto de categorias com componentes cognitivos e emocionais utilizadas pelas pessoas para avaliar sua própria vida, não sendo uma avaliação externa com relação à qualidade de vida de uma pessoa. Trata-se da avaliação pessoal, subjetiva, de cada um sobre sua própria qualidade de vida, sobre sua própria satisfação cotidiana. Assim, BES representa uma avaliação pessoal sobre quão feliz o sujeito se sente, independentemente do contexto e critérios externos, como condições socioeconômicas, saúde, sucesso e outras variáveis, que poderiam permitir uma avaliação objetiva de qualidade de vida. (Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009).

Segundo Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade trata-se de um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, comum à experiência humana e ajuda no desempenho dos indivíduos. Esta se torna patológica quando não existe um objeto específico ao qual se direcione e quando surge como desproporcional à situação que a desencadeia. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% ao ano, cujos sintomas estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência (ANDRADE; GORESTEIN, 1998; AUBREY LEWIS, 1979 *apud* ANDRADE; GORENSTEIN, 1998) salienta que existem manifestações autonômicas, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Psicologicamente, dentre outras definições encontradas, este autor ressalta que a ansiedade é um estado de medo em relação ao futuro, como uma sensação de perigo iminente sem risco real e, se este houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa. Ainda, a ansiedade pode afetar aspectos da cognição, como percepção e memória. Desse modo, a ansiedade não envolve um construto unitário, principalmente no contexto psicopatológico. A ansiedade pode ser generalizada ou focada em situações específicas, como nos transtornos fóbicos. A ansiedade não-situacional é ampla, podendo ser um estado de

início recente ou uma característica persistente da personalidade do indivíduo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população brasileira e mundial, com índices em torno de 16% ao longo da vida. Como doença, ela tem sido classificada de várias formas. Dentre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: episódio depressivo maior, melancolia, distímia e depressão bipolar (Lacerda, 2009). Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia), mas também vários outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (tabela 1).

Tabela 1. Aspectos clínicos da depressão (Yudofsky, Hales, 2006).

Esfera de sintoma	Sintoma específico
Humor	Disforia; anedonia; pessimismo e desesperança; culpa excessiva ou inadequada; baixa auto estima; crises de choro; ideação suicida; ansiedade
Motora	Lentidão motora; inquietação, agitação
Somática	Transtorno do sono; apetite anormal; alteração de peso; libido diminuída; fadiga fácil, baixa energia; apatia, impulso diminuído
Cognitiva	Atenção e memória de curto prazo prejudicadas; funcionamento executivo deficiente; retardo psicomotor; motivação pobre; ruminação

A depressão é a patologia psiquiátrica mais comum, sendo considerada uma condição médica crônica e recorrente. A prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% (Fleck, Lafer *et al.*, 2003). Em populações com doenças clínicas, a incidência varia entre 5% e 10% nos pacientes ambulatoriais e entre 9% e 16% nos internados (Katon, 2003). Está frequentemente associada à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e tanto a depressão maior quanto sintomas depressivos subclínicos trazem substanciais riscos a saúde (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002). Por exemplo, um estudo de 13 anos de seguimento indicou que pacientes diagnosticados com depressão maior têm um risco aumentado em 4,5 vezes de ter um ataque cardíaco do que aqueles sem histórico da morbidade (Pratt, Ford *et al.*, 1996). Adicionalmente, síndromes depressivas comumente se associam a diminuição da produtividade,

incapacidade funcional e absenteísmo (Hotopf, Chidgey et al., 2002), bem como a elevação dos custos relacionados à saúde.

Uma série de estudos aponta que o *life coaching – coaching* baseado nas necessidades, valores e prioridades dos clientes, orientado para a totalidade da vida do sujeito e focado no aumento da qualidade de vida ao invés da diminuição de emoções negativas e patologia, é capaz de promover um estilo de vida saudável de modo eficaz (Ammentorp, Uhrenfeldt et al., 2013). Estudos demonstram que o incremento do bem estar psicológico é mais preditivo de saúde mental e bom funcionamento psicossocial do que a mera ausência de sintomas psiquiátricos ou diminuição do mal estar (Fava, Ruini, 2003), o que engendra uma mudança na perspectiva dos profissionais de saúde. Neste sentido, diversas evidências empíricas sugerem que o Método CIS – treinamento em inteligência emocional baseado na metodologia do Coaching Integral Sistêmico –, auxilia de maneira significativa aos participantes a conquistarem objetivos relevantes e a superar dificuldades emocionais em curto, médio e longo prazos. Conforme observações não-sistemáticas, os participantes e suas famílias e rede social próxima relatam sofrer menos com sintomas psiquiátricos (de ansiedade, depressão e esquizofrenia), atingir melhor qualidade de vida, desenvolver autoconfiança, restaurar importantes relacionamentos familiares e sociais e aumentar a sensação de bem-estar subjetivo, isto é, vivenciar mais emoções positivas do que negativas e adquirir um sentido de vida tornando-a mais significativa e menos vulnerável a doenças físicas e mentais.

Até o presente momento, não existem estudos científicos para averiguação dos efeitos do Método CIS no bem estar subjetivo, sintomas de ansiedade e de depressão das pessoas, qualidade de vida das pessoas, bem como em sua satisfação com a vida, apesar de inúmeros relatos pessoais dos participantes acerca dos benefícios que o curso os proporcionou. Desse modo, o objetivo do presente estudo é avaliar se o Método CIS é eficaz no incremento da satisfação e qualidade de vida dos seus participantes, a curto (1 mês) e longo (1 ano) prazos.

2. Metodologia

2.1 Características gerais do estudo e critérios de seleção

Este é um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal. Foram convidados a participar do estudo alguns alunos do curso Método CIS abordados por meio da

distribuição aleatória do instrumento de avaliação nos assentos disponíveis no local de realização curso, previamente ao início do mesmo.

2.1.1 Local do estudo

O Método CIS é um curso de inteligência emocional realizado algumas vezes por ano nas cidades de Fortaleza-CE (sede da empresa responsável pelo evento), Brasília-DF, São Paulo-SP e Porto Velho-RO. Até o presente momento, já foram realizadas quase 150 turmas, das quais mais de 25 mil pessoas foram participantes. O curso é ministrado por um profissional de coaching (PV) com formação em Gestão de Pessoas, Administração, Marketing, Programação Neurolinguística e com mais de 8 mil horas de sessões de *coaching* de experiência, presidente da Federação Brasileira de *Coaching* Integral Sistêmico (Febracis). Atualmente, o curso conta com, em média, 600 participantes por turma.

2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos homens e mulheres, a partir dos 18 anos de idade, sem restrição para escolaridade ou renda familiar que estiveram participando do curso Método CIS. Foram excluídos do estudo apenas aqueles que não aceitaram participar voluntariamente.

2.2. Instrumentos

2.2.1 Questionário geral (Anexo A)

No questionário de dados demográficos e socioeconômicos, as seguintes variáveis sócio-demográficas foram coletadas: idade, gênero, escolaridade e renda mensal.

2.2.2 Escala de Satisfação com a Vida (Anexo B)

Trata-se de um instrumento elaborado para avaliar a satisfação global de vida em adultos, jovens e pessoas de terceira idade (Diener et al., 1985). Inclui cinco itens em escala *Likert* de 7 pontos (“Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais”; “As minhas condições de vida são excelentes”; “Estou satisfeito com minha vida”; “Ate agora, consegui obter aquilo que era importante na vida”; “Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada”). A soma dos escores (amplitude) da escala varia de cinco (baixa satisfação) a 35 (alta satisfação). Os estudos

sobre as características psicométricas da escala indicam elevados índices de confiabilidade e consistência interna (*Alpha* de Cronbach: 0,82). Análises fatoriais de estudos posteriores a sua validação replicaram a estrutura unifatorial, explicando cerca de 66% de variância da escala, que já foi normatizada para as mais diversas populações, incluindo adultos idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais, estudantes universitários e amostras de outras culturas, que não a norte-americana (Ribeiro e Ruiz, 2009). O escore médio obtido no estudo original para adultos jovens foi de 23,5 e o ponto neutro na escala (percentil 50) corresponde ao escore bruto 20. As médias de escores encontradas nos diversos grupos não clínicos variaram de 23 a 28 (levemente insatisfeito a satisfeito). No Brasil, uma adaptação por Giacomoni e Hutz (1997) apresentou resultados coerentes com estudos americanos. A versão original do instrumento traduzido para o português é disponibilizada pelos autores no endereço eletrônico www.psych.uiuc.edu/~ediener, junto com suas instruções de aplicação e avaliação.

2.2.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo C)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD (Zigmond e Snaith, 1983): Esta escala é um instrumento de auto-relato estruturado, que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (Botega, Bio *et al.*, 1995) (Anexo C).

2.3 Procedimentos

Para o presente estudo, foram convidados a responder aos instrumentos de pesquisa os participantes da turma 127, que foram avaliados no início do curso e um ano após a realização do mesmo. As avaliações iniciais foram feitas por meio de teste em lápis-e-papel, respondidos em sala. As reavaliações foram realizadas por telefone, conduzidas por uma estagiária de Psicologia (PS), devidamente treinada, que também participou da revisão final do texto. A coordenação, supervisão e planejamento do estudo, análise de dados e escrita do artigo foi realizada por um psicólogo com formação profissional em *coaching*, professor universitário, pesquisador e doutor em Ciências Médicas (TT).

2.4 Análise estatística

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, IL), versão 20.0 para Windows. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para determinar a distribuição normal das variáveis.

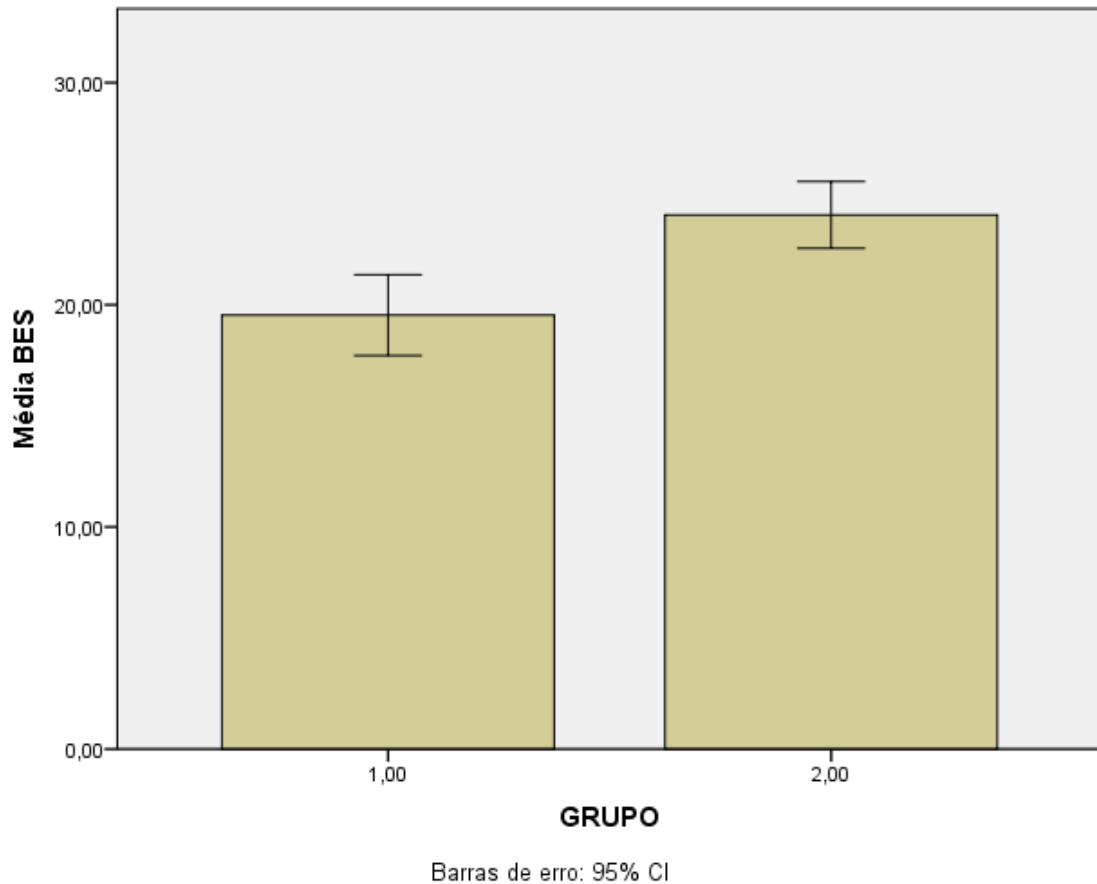
Para comparação entre as médias das amostras dependentes foi utilizado o teste não paramétrico Wilcoxon *Signed-Rank Test*. Para que sejam considerados estatisticamente significativos, foi estabelecido o valor de p menor do que 0,05. Os dados comparativos também são apresentados na forma de gráficos em barras (com erro padrão da média em intervalo de confiança a 95%). As estatísticas descritivas são apresentadas em forma de média e desvio padrão (DP) e frequência relativa (percentagem).

3. Resultados

A amostra de participantes do CIS foi composta de 100 sujeitos. Do total de participantes no início do estudo, 67 responderam ao reteste. A média de idade foi de 34,3 (DP=10,6), sendo 28 homens e 39 mulheres. A média de renda dos participantes foi de R\$10.600,9 (DP=9.858,6, em reais), dos quais vinte e uma pessoas não informaram a renda. No que se refere à escolaridade, 39 relataram ter ensino superior completo, 16 relataram ter superior incompleto e 11 relataram possuir ensino médio.

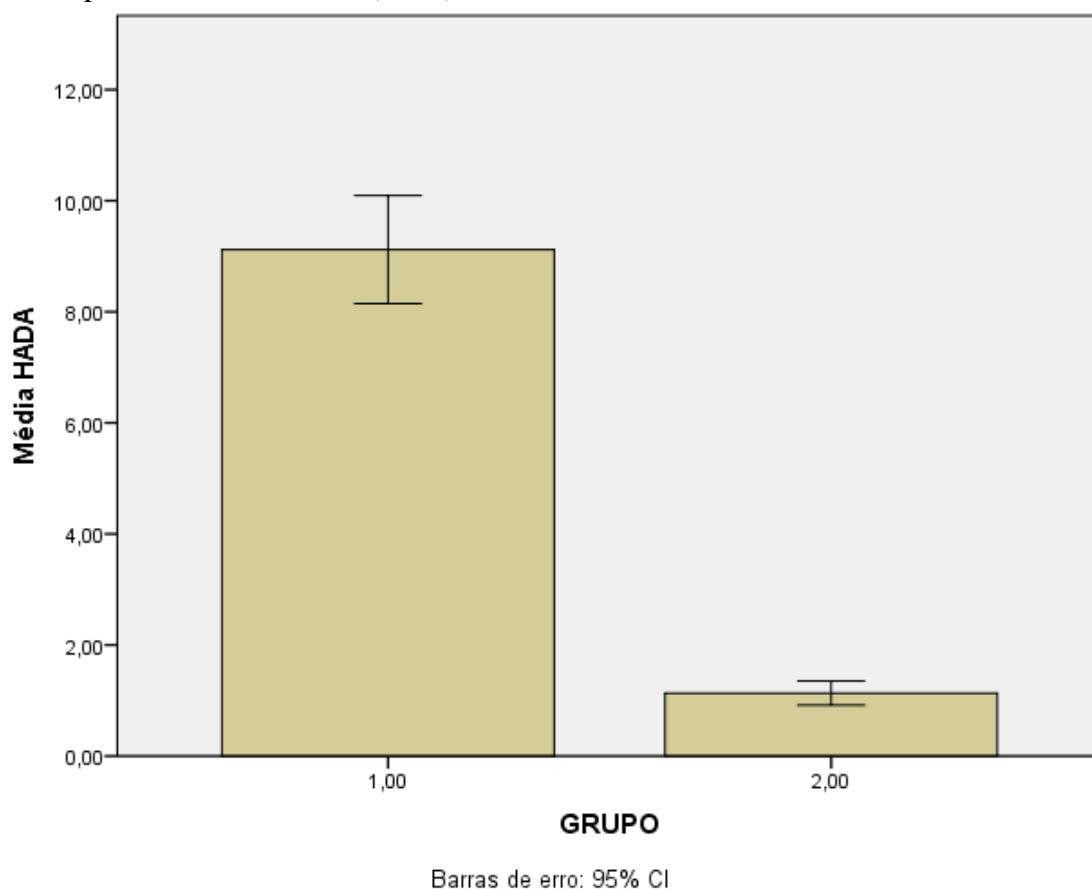
No que se refere à comparação entre as amostras dependentes para bem estar subjetivo, observamos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre a média dos participantes ao início do estudo ($\mu=19,53$; DP=7,44) e um ano após a realização do curso ($\mu=24,04$; DP=6,15), conforme demonstrado pelo teste não paramétrico para amostras dependentes Wilcoxon *Signed-Rank Test*. As diferenças entre as médias de bem estar subjetivo antes da participação no curso e um ano após a mesma não devem ter ocorrido por erro amostral. De acordo com o gráfico 1, podemos estatisticamente afirmar com 95% de confiança que as médias das amostras dependentes são diferentes.

Gráfico 1. Gráfico de comparação entre as médias (Intervalo Confiança a 95%) do grupo de participantes do Método CIS em dois momentos, antes da realização do curso (grupo 1) e um ano após o mesmo (grupo 2), em relação a bem estar subjetivo, medida pela SWLS (n=67).



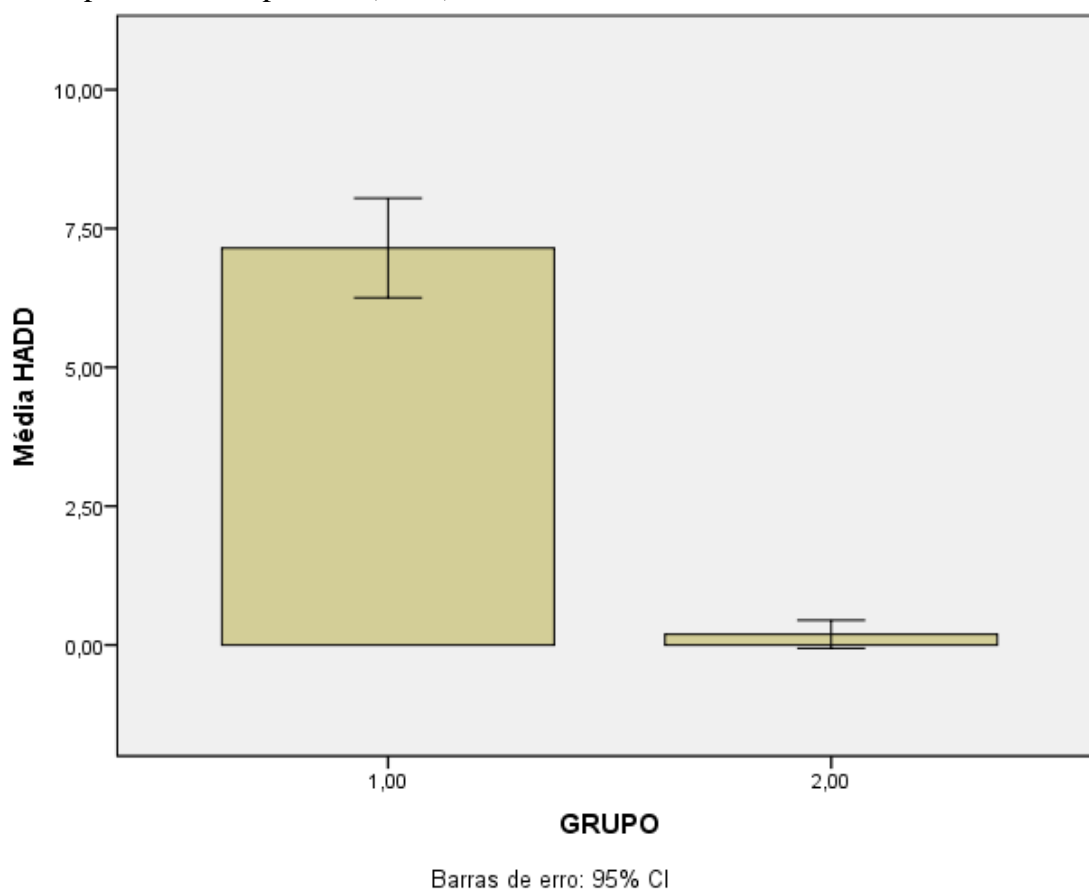
No que se refere à comparação entre as amostras dependentes para sintomas de ansiedade, observamos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre a média dos participantes ao início do estudo ($\mu = 9,11$; $DP = 3,99$) e um ano após a realização do curso ($\mu = 1,13$; $DP = 0,88$), conforme demonstrado pelo teste não paramétrico para amostras dependentes *Wilcoxon Signed-Rank Test*. As diferenças entre as médias da quantidade de sintomas de ansiedade antes da participação no curso e um ano após a mesma não devem ter ocorrido por erro amostral. De acordo com o gráfico 2, podemos estatisticamente afirmar com 95% de confiança que as médias das amostras dependentes são diferentes.

Gráfico 2. Gráfico de comparação entre as médias (Intervalo Confiança a 95%) do grupo de participantes do Método CIS em dois momentos, antes da realização do curso (grupo 1) e um ano após o mesmo (grupo 2), em relação a sintomas de ansiedade, medida pela HAD-Ansiedade (n=67).



No que se refere à comparação entre as amostras dependentes para sintomas de depressão, observamos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre a média dos participantes ao início do estudo ($\mu = 7,14$; $DP = 3,66$) e um ano após a realização do curso ($\mu = 0,19$; $DP = 1,03$), conforme demonstrado pelo teste não paramétrico para amostras dependentes *Wilcoxon Signed-Rank Test*. As diferenças entre as médias da quantidade de sintomas de depressão antes da participação no curso e um ano após a mesma não devem ter ocorrido por erro amostral. De acordo com o gráfico 3, podemos estatisticamente afirmar com 95% de confiança que as médias das amostras dependentes são diferentes.

Gráfico 3. Gráfico de comparação entre as médias (Intervalo Confiança a 95%) do grupo de participantes do Método CIS em dois momentos, antes da realização do curso (grupo 1) e um ano após o mesmo (grupo 2), em relação a sintomas de depressão, medida pela HAD-Depressão (n=67).



4. Discussão

A metodologia CIS propõe um modelo de desenvolvimento humano alinhada com a abordagem biopsicossocioespiritual de atenção à saúde e o paradigma sistêmico de compreensão do homem, utilizando conceitos derivados de pesquisas em ciências biológicas, incluindo neurociências e genética, e psicologia positiva e cognitiva. Trata-se de um conceito promissor de reformulação de hábitos de vida e reprogramação de crenças disfuncionais com resultados considerados rápidos e consistentes, segundo relatos de inúmeros usuários desta metodologia.

Buscando constatar tais benefícios no que tange a uma metodologia inovadora de *coaching*, que integra conceitos de Neurociências no âmbito de uma abordagem biopsicossocioespiritual, verificamos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) nos índices de bem estar subjetivo e de sintomas de ansiedade e depressão, medidos por instrumentos psicométricos validados cientificamente, ao início e um ano após a realização do curso entre participantes da turma 127 do curso Método CIS.

Os presentes resultados indicam que o curso parece ser uma alternativa promissora para engendrar melhores níveis de satisfação com a vida e redução nos sintomas de ansiedade e depressão dentre os participantes, mesmo até um ano após ter participado do curso. Estes resultados fortalecem as evidências empíricas que, de fato, o curso traz significativos benefícios para os participantes. Uma possível razão para tal é a adoção de um novo e saudável estilo de vida, por meio da conscientização de quais novos comportamentos são desejáveis em diversas áreas de vida do sujeito e quais são indesejáveis (Ammentorp, Uhrenfeldt, *et al.*, 2013). Outros aspectos importantes presentes no curso que contribuem para estes resultados são estratégias eficazes de promoção da felicidade, atestadas por pesquisas em Psicologia Positiva – um novo ramo da Psicologia que enfoca, contrariamente à pesquisa tradicional em Psicologia, as forças e virtudes do ser, capazes de gerar bem estar (Seligman, Tseen *et al.*, 2005), tais como a prática voluntária da gratidão (Emmons, McCullough, 2003), o perdão (Konstam, Marx *et al.*, 2000), pensamentos positivos (MacLeod, Moore, 2000), o gerenciamento e autorregulação de emoções (Goleman, 1995; Ekman, 2007), a adoção de um sentido próprio de vida baseado em princípios e valores (Cloninger, 2006; Hyun, 2001), o estabelecimento de metas e objetivos significativos de vida (Goldman, Masterson *et al.*, 2002) e boas relações sociais (Burt, 1987; Omish, Lin *et al.*, 2013).

Com isto, o curso Método CIS é capaz de viabilizar uma nova perspectiva de vida, libertadora e instigante, que transforma não apenas a relação do sujeito consigo mesmo, bem como suas relações sociais e afetivas. Esta iniciativa se faz necessária no contexto atual da sociedade, tão precário na expressão e manutenção de sentimentos de amor ao próximo e si mesmo, que está na base do elevado quadro atual de violência, transtornos psiquiátricos, moléstias físicas, dependência química e pobres relações familiares, sociais e trabalhistas, de modo que o curso pode ser importante não só para a transformação do indivíduo e sua saúde física e mental, mas para a sociedade como um todo.

No entanto, para que haja maior confiabilidade nos resultados apresentados, são necessárias novas medições e aumento do tamanho da amostra, bem como buscar minimizar o impacto de possíveis variáveis de confusão que podem interferir nos resultados, tais como participar de outras atividades de desenvolvimento pessoal no intervalo de avaliação, além de outras variáveis como religiosidade, estado civil, atividade física, temperamento, dentre outras. Isso ocorre porque os motivos pelos quais houveram abstenções podem ser devido a insatisfações com o curso não detectadas pela

investigação. Além disso, faz-se relevante a realização de estudos qualitativos para investigar quais aspectos do curso são importantes para os benefícios constatados, bem como buscar possíveis aspectos insatisfatórios que podem ser melhorados em futuras edições do curso.

5. Considerações finais

De acordo com o presente estudo, o curso de inteligência emocional Método CIS apresenta evidências iniciais de que é capaz de promover de forma sustentada e consistente melhor satisfação com a vida e redução de sintomas de ansiedade e de depressão, contribuindo para promover saúde mental e prevenir o sofrimento psicológico dos participantes, mesmo um ano após participação no curso. No entanto, mais estudos se fazem necessários para comprovar tais resultados.

6. Referências

- Ammentorp, J; Uhrenfeldt, L; Angel, F; Ehrensvar, M; Carlsen, EB; Kofoed, P. Can life coaching improve health outcomes? – A systematic review of intervention studies. *BMC Health Services Research*, 13:428-439, 2013.
- Burt, RS. A note on strangers, friends and happiness. *Social Networks*, 9:311-331, 1987.
- Capra, F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 25ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- Cloninger, CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 5(2):71-76, 2006.
- Dalgalarrondo, P. Evolução do cérebro: sistema nervoso, psicologia e psicopatologia sob a perspectiva evolucionista. Porto alegre: Artmed, 2011.
- Ekman, P. A linguagem das emoções. São Paulo: Lua de papel, 2007.
- Emmons, RA; McCullough, ME. Counting blessings versus burdens: na experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84:377-389, 2003.
- Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136, 1977.

Fava, GA; Ruini, C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34:45-63, 2003.

Goldman BM, Masterson SS, Locke EA, Groth M, Jensen DG. Goal-directedness and personal identity as correlates of life outcomes. *Psychological Report*, 91(1):153-66, 2002.

Goleman, D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

Gondim, F; Taunay, T. *Neuropsicofisiologia: uma introdução às neurociências do comportamento* Fortaleza: Premius, 2013.

Hyun, I. Authentic values and individual autonomy. *Journal of Value Inquiry*, 35:195-208, 2001.

Konstam, V; Marx, F.; Schurer, J. Harrington, A; Lombardo, NE; Deveney, S. Forgiving: what mental health counselors are telling us. *Journal of Mental Health Counseling*, 22:253-267, 2000.

MacLeod, AK; Moore, R. Positive thinking revised: positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7:1-10, 2000.

McKee, DD; Chappel, J N. Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice*, 35(201):205–208, 1992.

Ornish D, Lin J, Chan JM, Epel E, Kemp C, Weidner G, Marlin R, Frenda SJ, Magbanua MJ, Daubenmier J, Estay I, Hills NK, Chainani-Wu N, Carroll PR, Blackburn EH. Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a descriptive pilot study. *Lancet Oncology*. 14(11):1112-20, 2013.

Ramsey, P. *The patient as person*. New Haven: Yale University Press, 1970.

Seligman, M; Steen, TA; Park, N; Peterson, C. Positive Psychology Progress: empirical evaluation of interventions. *American Psychologist*, 60(5):410-421, 2005.

Sulmasy, DO. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(spec n° 3):24-33, 2002.

Willians, P; Menendez, DS. *Becoming a professional life coaching.: lessons from the institute for life coach training*. New York: W. W. Norton & Company, 2007.

World Health Organization. *Facet definitions and questions*. Geneva: WHO, 1995.