



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

VALENTINA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA

**OS EFEITOS DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO SOBRE
RESPOSTAS PRESENTES NOS QUADROS DE PÂNICO E AGORAFOBIA**

São Luís

2019

VALENTINA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA

**OS EFEITOS DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO SOBRE
RESPOSTAS PRESENTES NOS QUADROS DE PÂNICO E AGORAFOBIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Maria de Nazaré Pereira da Costa.

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ferreira Santos de Almada Lima, Valentina.

OS EFEITOS DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO SOBRE
RESPOSTAS PRESENTES NOS QUADROS DE PÂNICO E AGORAFOBIA /
Valentina Ferreira Santos de Almada Lima. - 2019.

134 p.

Orientador(a): Nazaré Costa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís
- MA, 2019.

1. Agorafobia. 2. Evidências. 3. Terapia de
aceitação e compromisso. 4. Transtorno do pânico. I.
Costa, Nazaré. II. Título.

VALENTINA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA

**OS EFEITOS DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO SOBRE
RESPOSTAS PRESENTES NOS QUADROS DE PÂNICO E AGORAFOBIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado em
Psicologia da Universidade Federal do Maranhão -
UFMA como requisito para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Nota: _____

Orientador

1º Avaliador

2º Avaliador

Aos participantes da pesquisa, com quem tanto
aprendi.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me protegido e guiado os meus passos até aqui, me apontando sempre o melhor caminho, me direcionando para as decisões acertadas e me concedendo mais essa conquista.

Aos meus amados pais por durante toda a minha vida não medirem esforços no investimento e apoio à minha educação. Sem dúvidas esse é o maior legado que podem deixar. Agradeço também por serem meus maiores incentivadores e por confiarem tanto em mim e nos meus projetos.

Ao meu noivo Thiago por todo amor, cuidado, apoio, paciência e compreensão e por ser o meu porto seguro, por ser quem me escuta e quem me tranquiliza nos momentos em que eu mais preciso.

Aos meus queridos irmãos por me acompanharem ao longo de toda a trajetória e por sempre torcerem pelo meu sucesso e aos meus amados sobrinhos pela alegria que me proporcionam quando estão por perto.

Aos meus amigos, que sempre me incentivam, torcem pelo meu sucesso e vibram com as minhas conquistas.

Aos meus colegas da turma de Mestrado por todas as trocas de conhecimento e por todos os momentos de alegrias e preocupações compartilhados. Aprendi muito com todos.

Aos meus professores do mestrado pelo compartilhamento de diferentes saberes e por me apresentarem novas leituras e formas diferentes de ver o mundo.

À FAPEMA, pela bolsa concedida para a realização dessa pesquisa.

Ao meu grupo de supervisão Holga, Taynan e Thaís por todas as trocas e pelo apoio nos momentos difíceis ao longo dessa jornada. Agradeço à Taynan pela atenção dada no momento inicial desse projeto e em especial à Holga pela disponibilidade em ouvir, por sempre oferecer ajuda e incentivo e por contribuir com sugestões no momento de conclusão.

Às minhas companheiras do Experimente, por me inspirarem como profissionais, pelas diversas trocas, pela convivência diária e por tornarem a minha rotina leve e cheia de aprendizado.

À Michaele Saban por ter se disponibilizado a ouvir sobre a pesquisa, a dar sugestões e principalmente por participar do processo de adaptação do protocolo e por ter aceitado passar um fim de semana longe de seu filho pequeno para fornecer o treinamento do protocolo. Agradeço por compartilhar seu vasto conhecimento de forma tão generosa, por

todas as dicas e por sempre estar disposta a dar contribuições que foram fundamentais para essa pesquisa.

Aos professores Catarina Malcher, Claudia Aline e Ramon Alcantara por aceitarem o convite de participar da banca de qualificação do meu projeto e por terem enriquecido esse trabalho com todas as contribuições que trouxeram naquele momento.

Aos membros da banca de defesa pela disponibilidade em ler o trabalho. Agradeço também desde já por todas as considerações que serão feitas.

Aos participantes dessa pesquisa por terem confiado no meu trabalho, por compartilharem tanto comigo e por fornecerem uma lição sobre a coragem de lidar com o que mais temem para se reinventar e recomeçar.

Especialmente à Nazaré, minha orientadora, por ter contribuído tanto com a minha formação desde o começo, por ter aberto tantas portas para a minha vida profissional e por toda dedicação, disponibilidade, conhecimento compartilhado, orientações, generosidade, apoio e compreensão ao longo da execução desse trabalho.

RESUMO

Aproximadamente 35% da população mundial possui algum quadro relacionado à ansiedade, sendo o mais comum o de Pânico acompanhado ou não de Agorafobia. Além disso, aproximadamente 20% dos pacientes que passam por intervenções eficazes para a ansiedade, não respondem a intervenções convencionais. Um dos tipos de intervenção que surge como alternativa a esta crescente demanda é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que apresenta uma proposta psicoterápica diferente dos modelos convencionais. Considerando a proposta da ACT e a incorporação do Movimento de Prática Baseada em Evidências na Psicologia, torna-se importante investir em pesquisas que investiguem a eficácia desta intervenção. Dessa maneira, a presente pesquisa se propôs a verificar os efeitos da ACT sobre respostas presentes nos quadros de Pânico em indivíduos que não responderam de forma satisfatória a intervenções anteriores; e, de forma específica, verificar os efeitos da ACT sobre: 1) o nível de flexibilidade psicológica, 2) o nível de atenção plena, 3) a frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico e 4) as respostas de evitação de situações relacionadas aos episódios de Pânico. O método adotado foi o delineamento experimental de sujeito único com linha de base múltipla. Participaram da pesquisa três indivíduos diagnosticados com Pânico, com ou sem Agorafobia, que já haviam se submetido a intervenções anteriores, e que passaram pelas seguintes condições experimentais: linha de base, oito sessões de intervenção ACT e uma sessão de *follow-up* após um mês do término da intervenção, diferindo entre eles o momento em que a ACT foi introduzida. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Aceitação e Ação – II, Inventário de *Mindfulness* de Freiburg e Escala para Pânico e Agorafobia. Os instrumentos foram aplicados na linha de base, na quarta sessão de intervenção, na última sessão de intervenção e no *follow-up*. Para a análise dos dados, os escores obtidos nos instrumentos de cada um dos participantes nas condições experimentais de linha de base, metade da intervenção, fim da intervenção e *follow-up* foram comparados. Os resultados demonstraram que a ACT produziu como efeitos nos três participantes: aumento do nível de flexibilidade psicológica, aumento de atenção plena, redução da frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico, diminuição do padrão de evitação de situações relacionadas ao Pânico e diminuição da gravidade do quadro de Pânico. Conclui-se que a ACT foi além do objetivo esperado, pois além de desenvolver habilidades que propõe, como flexibilidade psicológica e atenção plena, contribuiu para a redução da gravidade de alguns sintomas presentes no quadro. Os dados encontrados, somados aos outros presentes na literatura, trazem contribuições ao movimento de busca por

evidências empíricas de eficácia das psicoterapias e a uma questão de saúde importante, já que o protocolo ACT mostrou ser uma alternativa para indivíduos com Pânico que não se beneficiaram de intervenções anteriores.

Palavras-chave: Terapia de aceitação e compromisso. Transtorno do pânico. Agorafobia. Evidências.

ABSTRACT

Approximately 35% of the world's population has some anxiety disorder and the most common is Panic Disorder with or without Agoraphobia. Moreover, approximately 20% of patients undergoing effective interventions for anxiety do not respond to conventional interventions. One of the types of intervention that emerges as an alternative to this growing demand is the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which presents a different psychotherapeutic proposal from the conventional models. Considering ACT's proposal and the incorporation of the Evidence-Based Practice in Psychology, it is important to invest in research that investigates the effectiveness of this intervention. In this way, this research proposed to verify the effects of ACT on Panic Disorder responses in individuals who did not respond satisfactorily to previous interventions; and, specifically, to verify the effects of ACT on: 1) the level of psychological flexibility; 2) the level of mindfulness; 3) the frequency, intensity and duration of Panic episodes and 4) the avoidance responses of situations associated to Panic episodes. The method adopted was the single case experimental design with multiple baselines. Participated in the research three individuals diagnosed with Panic Disorder with or without Agoraphobia, which already had undergone previous interventions and undergone the following experimental conditions: baseline, eight ACT's intervention sessions and one follow-up session after on month of the end of the intervention, differing between them the moment the ACT was introduced. The instruments used were: Acceptance and Action Questionnaire – II, Freiburg Mindfulness Inventory and Panic and Agoraphobia Scale. The instruments were applied at the baseline, at the fourth intervention session, at the last intervention session and at the follow-up. For data analysis, the scores obtained in the instruments of each participant in the experimental conditions of baseline, half of the intervention, end of intervention and follow-up were compared. The results demonstrate that ACT produced as effects on the three participants: increased level of psychological flexibility; increased mindfulness; reduction in the frequency, intensity and duration of Panic episodes; decrease in the avoidance of Panic-related situations and decrease in Panic Disorder severity. Concludes that ACT was beyond the expected objective, because in addition to developing skills it proposes, such as psychological flexibility and mindfulness, contributed to reduce the severity of some symptoms. The data found in addition to the others presents in the literature contribute to the search for empirical evidence on the efficacy of psychotherapies and an important health issue, since the ACT protocol proved to be an alternative for Panic individuals who did not benefit from previous interventions.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy. Panic Disorder. Agoraphobia. Evidences.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Nível de Flexibilidade Psicológica e Atenção Plena dos Participantes 1, 2 e 3 nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão de intervenção (metade da intervenção), 8ª sessão de intervenção (fim da intervenção) e <i>follow-up</i>	51
Gráfico 2	Frequência, intensidade e duração dos episódios de pânico nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão (metade da intervenção), 8ª sessão (fim da intervenção) e <i>follow-up</i>	55
Gráfico 3	Respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância das situações evitadas nas semanas referentes à Linha de Base, 4ª sessão (metade da intervenção, 8ª sessão (fim da intervenção) e <i>follow-up</i>	57
Gráfico 4	Gravidade do quadro de Pânico dos participantes 1, 2 e 3 nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão (metade da intervenção), 8ª sessão (fim da intervenção) e <i>follow-up</i>	60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Semanas (S) em que ocorreram a linha de base, intervenção, <i>follow-up</i> e aplicação de instrumentos para cada participante.....	46
Quadro 2	Descrição dos exercícios e metáforas utilizados em cada sessão do protocolo e dos processos da ACT trabalhados por meio desses recursos...	47
Tabela 1	Avaliação total de aderência ao protocolo e avaliação de aderência ao protocolo para cada participante nas sessões 2, 4 e 6 por cada avaliador....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SILGAS

AAQ-II	Questionário de Aceitação e Ação – II
ACBS	<i>Association for Contextual Behavioral Science</i>
ACQ	<i>Agoraphobia Cognition Questionnaire</i> /Questionário de Cognições Agorafóbicas
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
APA	<i>American Psychological Association</i>
ASI	<i>Anxiety Sensitivity Index</i> /Sensibilidade à Ansiedade
BA	Ativação Comportamental
BAFT	<i>Believability in Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire</i>
BAI	Inventário Beck de Ansiedade
BDI	Inventário Beck de Depressão
BSQ	Questionário de Sensações Corporais
CGI	Impressão Clínica Global e de Funcionamento
CNS	Comissão Nacional da Saúde
DBT	Terapia Comportamental Dialética
DRES	Escala de Dificuldade com Regulação Emocional
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FAP	Psicoterapia Analítica-Funcional
FFMQ	<i>Five Factor Mindfulness Questionnaire</i>
FMI	Inventário de <i>Mindfulness</i> de Freiburg
KIMS	<i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>
MI	Escala de Evitação Agorafóbica
PAS	Escala de Pânico e Agorafobia
PDSS	<i>Panic Disorder Severity Scale</i>
RFT	<i>Relational Frame Theory</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
VLQ-2	<i>Valued Living Questionnaire</i>
WBSI	<i>White Bear Suppression Inventory</i>
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 Uma introdução à ACT	20
2.2 “Transtorno” do Pânico e Agorafobia	25
2.3 Pesquisas sobre os efeitos da ACT nos quadros de Pânico e Agorafobia	30
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo Geral	37
3.2 Objetivos Específicos	37
4 MÉTODO	38
4.1 Delineamento	38
4.2 Participantes	38
4.2.3 <i>Descrição dos participantes</i>	39
4.2.3.1 Participante 1 (P1)	39
4.2.3.2 Participante 2 (P2)	40
4.2.3.3 Participante 3 (P3)	41
4.3 Local	42
4.4 Instrumentos e materiais	42
4.5 Procedimento	44
4.5.1 <i>Submissão ao Comitê de Ética</i>	44
4.5.2 <i>Triagem dos participantes</i>	44
4.5.3 <i>Delineamento da pesquisa e descrição das sessões</i>	45
4.5.4 <i>Escolha de objetivos e ações valorizadas</i>	48
4.5.5 <i>Análise de dados</i>	49
5 RESULTADOS	50
5.1 Flexibilidade psicológica e Atenção Plena	51
5.2 Frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico	55
5.3 Respostas de evitação relacionadas aos episódios de Pânico	57
5.4 Gravidade geral do quadro de Pânico	60
5.5 Efeito do Protocolo sobre as Respostas-alvo	62
5.6 Avaliação de Aderência ao Protocolo	64
6 DISCUSSÃO	65
6.1 Flexibilidade psicológica e atenção plena	65
6.2 Frequência, intensidade e duração	67

6.3 Respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância das situações evitadas	70
6.4 Efeitos sobre a gravidade do quadro de Pânico e ações valorizadas	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
APÊNDICES	85
APÊNDICE A – Ficha de Triagem	86
APÊNDICE B – <i>Check-List</i> de Avaliação de Aderência ao Protocolo.....	88
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	91
APÊNDICE D – PROTOCOLO: Terapia de Aceitação e Compromisso para Quadros de Ansiedade	93
APÊNDICE E – Formulário de Monitoramento Experiencial.....	115
APÊNDICE F – Avaliações Diárias ACT.....	116
APÊNDICE G – Aceitação de Pensamentos e Sentimentos.....	117
APÊNDICE H – Do que eu desisti por conta da ansiedade essa semana?.....	118
APÊNDICE I – Escreva seu Próprio Epitáfio	119
APÊNDICE J - Direções Valorizadas.....	120
APÊNDICE K – Registro do Exercício de Aceitação da Ansiedade.....	124
APÊNDICE L – Bússola da Vida	125
APÊNDICE M – Atividades Semanais voltadas para Objetivos/Valores de Vida	126
APÊNDICE N – Registro de Alcance dos Objetivos	127
ANEXOS.....	128
ANEXO A – Questionário de Aceitação e Ação II.....	129
ANEXO B – Inventário de <i>Mindfulness</i> de Freiburg (FMI).....	130
ANEXO C – Escala para Pânico e Agorafobia	131

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 35% da população mundial possui algum tipo de quadro relacionado à ansiedade. Um dos quadros de ansiedade descritos pelos manuais diagnósticos é o “Transtorno” do Pânico¹. O diagnóstico de Pânico pode vir acompanhado ou não do de Agorafobia. Apesar de o quadro de Pânico com ou sem Agorafobia ocorrer com uma frequência mais baixa do que os outros quadros de ansiedade, ele é o que aparece mais comumente entre as pessoas que procuram tratamento e conseqüentemente chega com frequência como queixa aos consultórios de psicologia (BARROS NETO, 2010).

Dessa maneira, existe uma busca cada vez maior pelos diversos tipos de terapia como uma forma de livrar-se de sentimentos, sensações corporais e pensamentos aversivos característicos do Pânico e Agorafobia. Diante desta busca, as várias modalidades de tratamento, como o medicamentoso, ou as terapias cognitivas e a analítico-comportamental, desenvolveram diferentes estratégias para lidar com a ansiedade. No entanto, de acordo com Gloster *et al.* (2015), estimativas apontam que mais de 20% dos pacientes que passam por intervenções consideradas eficazes para a ansiedade, como a terapia cognitivo-comportamental, não atingem os critérios de alta ao fim da intervenção. Dessa maneira, a falta de resposta ao tratamento se torna um problema a ser considerado, sendo necessário investigar alternativas de intervenção que favoreçam indivíduos que não responderam às intervenções convencionais, considerando-se convencionais como aquelas que possuem um nível de evidências mais sólido e que são mais frequentemente buscadas para atender a essa queixa, como a cognitivo-comportamental, por exemplo.

Uma modalidade de terapia comportamental que vem ganhando notoriedade nos últimos anos é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), desenvolvida por Hayes e colaboradores. A proposta da ACT pode ser uma alternativa viável para pacientes com Pânico e Agorafobia que não responderam à intervenção por propor um objetivo diferente das psicoterapias tradicionais: o desenvolvimento de uma postura de aceitação diante dos eventos psicológicos característicos dos quadros de ansiedade, no lugar de eliminá-los (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

¹ A palavra “transtorno” remete a um contratempo devido à desadaptabilidade, a algo que foge do que é considerado a norma ou a algo que não obedece a leis, sendo incompatível com o modelo explicativo de seleção por conseqüências assumido pela Análise do Comportamento. A Análise do Comportamento evita esse termo por considerar que um comportamento, mesmo que pareça incoerente, segue a leis e princípios comportamentais e se mantém no repertório do indivíduo por ser adaptativo considerando as contingências atuais (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Diante do surgimento de novos modelos terapêuticos, como a ACT e com a incorporação do Movimento de Prática Baseada em Evidências na Psicologia torna-se importante investigar quais os efeitos das estratégias dessa intervenção em diferentes quadros psiquiátricos, como o Pânico com ou sem Agorafobia.

A Prática Baseada em Evidências pode ser definida como o processo individualizado de tomada de decisão sobre as intervenções utilizadas na clínica. Segundo a *American Psychological Association* (APA, 2006), na tomada de decisão deve-se levar em consideração a escolha pela melhor evidência empírica disponível, a perícia clínica do profissional e as características do cliente.

Considerando que um dos fatores na tomada de decisão deve ser a melhor evidência empírica, torna-se cada vez mais relevante investir em pesquisas que avaliem eficácia e efetividade de psicoterapias para que mais dados sejam acumulados. Com este tipo de pesquisa é possível identificar quais tratamentos psicológicos se mostraram eficazes em pesquisa controlada com uma população específica, para que essas intervenções possam então ser testadas e transpostas para os ambientes naturais em que as intervenções costumam ocorrer, como consultórios particulares, clínicas psiquiátricas e hospitais (NENO, 2005; LEONARDI, 2016).

Sendo assim, desde a década de 2000, terapeutas e estudiosos da ACT têm investido em pesquisas que comprovem sua eficácia para diversos tipos de problemas comportamentais. Conforme Hayes, Pistorello e Biglan (2008), esses estudos têm comprovado que a ACT tem sido eficiente nos tratamentos de diversos casos, como por exemplo, abuso de substâncias (HAYES *et al.*, 2004a), estresse e Síndrome de *Burnout* (BOND; BUNCE, 2000; HAYES *et al.*, 2004b), dor crônica (MCCRACKEN; VOWLES; ECCLESTON, 2005), psicoses (BACH; HAYES, 2002) e ansiedade (TWOHIG; HAYES; MASUDA, 2006).

Porém a eficácia da ACT foi questionada devido aos resultados encontrados em uma meta-análise realizada por Öst (2014). Para o autor, embora a ACT seja um dos tipos de terapias mais pesquisadas no mundo, já que em 2014 o site da *Association for Contextual Behavioral Science* apontava 102 ensaios clínicos randomizados para os mais variados quadros, incluindo ansiedade, ainda assim carece de evidências de eficácia. A meta-análise que incluiu 60 ensaios clínicos randomizados comparando a eficácia da ACT com outros tipos de terapia, apontou que a maioria das pesquisas possuía problemas metodológicos – erros estatísticos, diferença do número de sessões entre os grupos que passaram pelas intervenções, ausência de avaliação de aderência ao protocolo de intervenção, entre outros – que tornariam

os resultados apontados inválidos, de forma que não seria possível afirmar se a ACT é eficaz e para quais problemas clínicos ela funciona.

Em relação aos quadros de ansiedade especificamente, analisando as pesquisas já realizadas, Öst (2014) chegou à conclusão que a ACT é provavelmente eficaz para “Transtorno” de Ansiedade Generalizada e possivelmente eficaz para “Transtorno” de Ansiedade Social, “Transtorno” Obsessivo-Compulsivo (TOC) e ansiedade relacionada a situações de teste. Em relação ao “Transtorno” do Pânico, ele encontrou apenas um estudo que investigou a eficácia da ACT para “ansiedade misturada”. Os estudos que investigam eficácia para “ansiedade misturada” costumam buscar os efeitos de determinada intervenção para um conjunto de indivíduos com diferentes quadros de ansiedade, como: “Transtorno” do Pânico, TOC, Ansiedade Social e “Transtorno” de Ansiedade Generalizada. A ACT foi considerada novamente pelo autor apenas como possivelmente eficaz para essa categoria.

No entanto, Atkins *et al.* (2017) realizaram um exame dos métodos, abordagens e dados utilizados na meta-análise realizada por Öst (2014) e discordaram dos resultados encontrados. De acordo com Atkins *et al.* (2017) a meta-análise em questão possuía diversos problemas que comprometeram a validade do resultado encontrado. Os autores afirmam que os erros empíricos mais fundamentais foram o uso de um método de classificação de psicoterapias idiossincrático, ainda não reconhecido pelo restante da comunidade e que parece não ter sido aplicado de forma confiável, além de erros na escolha dos estudos incluídos, na metodologia utilizada para as classificações sobre a qualidade dos estudos e no julgamento sobre o nível de qualidade da evidência encontrada nas pesquisas.

Entre os erros citados pelos autores, incluem-se: exclusão, por Öst (2014), de estudos que avaliassem os componentes da ACT na meta-análise, sendo estes considerados fundamentais para busca por evidências; escolha de uma escala para classificação sobre a qualidade dos estudos que ainda não pode ser considerada como válida e confiável, já que foi aplicada a poucas pesquisas, sendo a maioria delas sobre a ACT; e julgamento sobre a qualidade de evidências baseados em critérios formulados por apenas um autor, quando o ideal seria que fossem formulados por uma comunidade constituída por mais de um membro, que devem ser experientes e imparciais (ATKINS *et al.*, 2017).

Além disso, Atkins *et al.* (2017) apontam que a ACT tenderá a ter o seu nível de evidências avaliado como mais baixo se os critérios utilizados para a avaliação levarem em consideração a escolha de estudos que utilizem protocolos direcionados a diagnósticos psiquiátricos específicos, pois a ACT está caminhando cada vez mais para a realização de estudos que investiguem seus processos, que por sua vez podem ser aplicados a diferentes

problemas clínicos, não possuindo classificações diagnósticas como um foco. Sendo assim, os autores sugerem que a revisão realizada por Öst (2014) não deve ser considerada pelo campo de investigações sobre evidências de psicoterapia e que não deve ser utilizada como critério para avaliação do campo de pesquisa sobre evidências da ACT.

Diante de todos esses questionamentos e controversas sobre a eficácia da ACT, tornam-se essenciais mais investigações sobre os efeitos da ACT e sobre os seus processos para diferentes tipos de queixas clínicas, em especial para o quadro de Pânico. Em relação aos estudos que investigam a eficácia da ACT para Pânico e Agorafobia observa-se que estes são escassos, já que no site da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS), considerando-se publicações dos últimos 10 anos (2008 a 2018), foram encontrados apenas três ensaios clínicos randomizados (GLOSTER *et al.*, 2015; MEURET *et al.*, 2012; WESERBE *et al.*, 2017), enquanto na literatura nacional nenhum estudo com este objetivo foi encontrado.

Diante desse panorama, Leonardi (2016) considera a necessidade urgente de realizar pesquisas que contribuam para a validação empírica dos diferentes tipos de terapias comportamentais, entre eles, a ACT. Apenas dessa maneira é possível que os terapeutas comportamentais afirmem que sua prática é baseada em evidências de eficácia.

Levando em consideração: 1) a necessidade de psicoterapias que amenizem os prejuízos que os quadros de ansiedade, em especial o de Pânico e Agorafobia, vem trazendo para uma parcela cada vez maior da população; 2) a contribuição que a ACT pode trazer com a proposta de desenvolver uma postura ativa e intencional de aceitar os eventos psicológicos aversivos no lugar de eliminá-los, quando essa postura é importante para agir em direção ao que é importante para si, principalmente em indivíduos que não responderam a intervenções anteriores e; 3) a necessidade de pesquisas sobre a eficácia dessa modalidade de psicoterapia, a presente pesquisa delimitou o seguinte problema: Quais são os efeitos da ACT sobre as respostas envolvidas nos quadros de Pânico com/sem Agorafobia em indivíduos que não responderam a intervenções anteriores?

A hipótese foi de que a ACT produziria efeitos nos quadros de Pânico/Agorafobia apresentados pelos participantes da pesquisa, produzindo melhoras nos seguintes aspectos especificamente: 1) aumento do nível de flexibilidade psicológica; 2) aumento do nível de atenção plena; 3) diminuição ou manutenção da frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico e; 4) redução na frequência de respostas de evitação das situações relacionadas aos episódios de Pânico. Dessa maneira, o objetivo da pesquisa foi o de

investigar os efeitos da ACT em respostas presentes nos quadros de Pânico em indivíduos que já houvessem passado por intervenções anteriores.

Quanto à estrutura, parte-se da fundamentação teórica, onde serão abordados aspectos referentes à ACT, ao “Transtorno” de Pânico e Agorafobia e estudos sobre os efeitos da ACT em quadros de Pânico. Posteriormente os objetivos serão apresentados e, após a explicitação dos objetivos, serão descritos o método adotado neste estudo, os resultados obtidos e por fim a discussão e as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Uma introdução à ACT

A ACT é uma modalidade de terapia comportamental que vem sendo elaborada nos Estados Unidos da América por Steven Hayes e colaboradores desde 1987 e incorporada na prática dos psicoterapeutas brasileiros. Ela faz parte da terceira onda de terapias comportamentais juntamente com outras modalidades de intervenção, como a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), Terapia Comportamental Dialética (DBT), Ativação Comportamental (BA), entre outras. Hayes (2004) afirma que as terapias pertencentes à terceira onda de terapias comportamentais têm algumas características em comum, como por exemplo, o foco no contexto e na função dos fenômenos psicológicos (pensamentos, sentimentos e memórias), fazendo com que utilizem estratégias mais experienciais do que didáticas, e o objetivo de desenvolver repertórios comportamentais amplos e flexíveis (como atenção plena, valores, ações com compromisso e aceitação) no lugar de eliminar comportamentos problema (HAYES, 2004).

Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2003), no primeiro livro sobre a ACT, intitulado “*Acceptance and Commitment Therapy: a Experiential Approach to Behavior Change*”, apresentam-na como uma terapia que tem como filosofia o Contextualismo Funcional e se embasa na *Relational Frame Theory* (RFT), traduzida para o português como Teoria das Molduras Relacionais. Em um manual mais recente, Hayes *et al.* (2010, p. 29) definiram a ACT como: “uma abordagem funcional contextual de intervenção, baseada RFT, que vê o sofrimento humano como originário da inflexibilidade psicológica promovida pela esquiva experiencial e fusão cognitiva”.

Sobre o Contextualismo Funcional, Hayes, Barnes-Holmes e Wilson (2012, p. 4) definem que o seu objetivo é “predizer e influenciar, com precisão, alcance e profundidade a interação de organismos inteiros em contexto considerado histórica e circunstancialmente”. A unidade de análise do Contextualismo Funcional é a ação ocorrendo no contexto e as características centrais são: foco no evento como um todo, sensibilidade ao papel do contexto na compreensão e função de um evento, ênfase em um critério de verdade pragmático e objetivos científicos específicos nos quais é aplicado o critério de verdade (HAYES, 2004).

Já a RFT consiste em uma teoria que estuda o responder relacional arbitrariamente aplicável e a cognição, cujo pressuposto básico consiste na ideia de que humanos possuem a capacidade de relacionar estímulos de forma arbitrária, ou seja, o indivíduo pode se comportar

diante de um evento baseado em sua relação com outro sem antes ter ocorrido um treino prévio. Isto significa que boa parte da aprendizagem dos indivíduos ocorre de forma indireta, sem a necessidade de passar pela experiência ou contingência (HAYES; BARNES-HOLMES; ROCHE, 2001; SORIANO; SALAS, 2006).

Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001) apontaram que as principais propriedades do responder relacional são o vínculo mútuo (Se “A” está relacionado a “B”, “B” está relacionado a “A”), o vínculo combinatório (Se “A” está relacionado a “B” e “B” está relacionado a “C”, então “A” e “C” estarão relacionados) e a transformação de função de estímulos. A transformação de função de estímulos significa que um estímulo pode mudar de função devido à relação que foi estabelecida entre ele e outro estímulo. Ou seja, se um determinado estímulo “A” tem relação com determinado estímulo “B” e a função de “B” é alterada, a função de “A” também será modificada sem necessidade de uma experiência direta com “A” (HAYES; BARNES-HOLMES; ROCHE, 2001). Dessa maneira, se um indivíduo com Pânico e Agorafobia estabelece as relações de que elevador é um lugar fechado e elevador representa perigo de ocorrência de episódios de Pânico, ele pode chegar à conclusão de que lugares fechados em geral representam perigo de episódios de Pânico, e assim passar a comportar-se de forma a evitar não só elevadores, como também trens, metrô, aviões, casas de festas fechadas, entre outros, mesmo que nunca tenha tido um ataque em nenhum destes outros locais, tornando sua vida cada vez mais limitada.

De acordo com Hayes (2004), o estabelecimento de diferentes tipos de relações é possível, e em todas elas existe a capacidade de transformar a função de estímulos, como: oposição (“A” é o oposto “B”), comparação (“A” é melhor que “B” ou “B” é pior do que “A”), temporal (“A” vem antes, depois ou contíguo a “B”), distinção (“A” é diferente de “B”), hierarquia (“A” pertence a “B”), causalidade (se “A” ocorre, então logo “B” ocorrerá), etc. Percebe-se então, que muitas relações podem ser criadas ao longo da história de um indivíduo e é esta rede de relações formadas arbitrariamente que é denominada de moldura relacional (HAYES; BARNES-HOLMES; ROCHE, 2001; SORIANO; SALAS, 2006).

A capacidade dos humanos em responder relacionalmente tem vantagens, como o fato de acelerar a aprendizagem dos indivíduos, já que não é necessário passar por uma experiência direta para responder a eles. No entanto, também traz algumas implicações que na visão da ACT favorecem o sofrimento humano, já que torna mais frequente a presença de estímulos aversivos na vida dos indivíduos, em especial os verbais, que geralmente são pensamentos, sentimentos e memórias evocados pelos estímulos ambientais relacionados ao estímulo aversivo original. Sendo assim, o sofrimento humano se torna essencialmente verbal,

ou seja, o indivíduo passa a sofrer não apenas quando entra em contato com uma situação aversiva, como também ao lembrar ou pensar nela, por exemplo. Como o sofrimento se torna mais frequente e inevitável, os indivíduos passam a se envolver em uma série de estratégias para tentar controlá-lo, contribuindo para que desenvolvam um padrão de inflexibilidade psicológica (HAYES; BARNES-HOLMES; ROCHE, 2001; SORIANO; SALAS, 2006).

Para Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2003), a inflexibilidade psicológica ocorre quando o indivíduo persiste em buscar controlar eventos psicológicos, como sentimentos, pensamentos e sensações corporais mesmo quando essa busca por controle não é eficaz. Assim, ainda segundo os autores, o efeito da busca por controle é o oposto, já que os danos muitas vezes são maiores do que os que ocorreriam se as pessoas se permitissem apenas experimentar esses eventos aversivos.

Um dos padrões comportamentais que mais contribuem para essa inflexibilidade é o de esquiva experiencial, que pode ser definida como o padrão de fugir ou se esquivar de eventos psicológicos considerados aversivos. Desta forma, o indivíduo se engaja em uma série de estratégias para evitar não apenas a situação aversiva, mas também os eventos psicológicos por ela produzidos e passa, então, a tentar controlar seus próprios pensamentos e sentimentos, tornando suas ações cada vez mais restritas (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

Ainda segundo os pressupostos da ACT a respeito das implicações da linguagem sobre as “psicopatologias”, existem contextos socioverbais que contribuem para o desenvolvimento de problemas clínicos, sendo eles: fusão cognitiva, evitar, avaliar e dar razão (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003), conforme abaixo:

- Fusão cognitiva: ocorre quando o indivíduo passa a tratar seus pensamentos e sentimentos com o status de identidade, agindo como se fosse exatamente o que pensa ou sente. É quando o indivíduo responde ao mundo a partir das funções verbais que lhe foram atribuídas – feio, bonito, ruim, ansioso, medroso, por exemplo – distanciando-se da situação presente (HAYES *et al.*, 2010). Assim, a fusão cognitiva produz um repertório de comportamentos limitado já que o indivíduo fica pouco sob controle das situações externas que o cercam e tem seu comportamento influenciado principalmente pelo seu mundo psicológico (pensamentos e palavras que lhe são atribuídos);

- Evitar ou Controle das Causas: consiste em respostas que possuem a função de evitar ou alterar a frequência com que eventos psicológicos aversivos aparecem, bem como as situações que os produzem (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Um indivíduo

pode, por exemplo, deixar de frequentar alguns locais em que já teve um episódio de Pânico com a função de evitar um novo ataque, as lembranças do episódio e sentimentos como medo e ansiedade;

- **Avaliar:** é a capacidade de atribuir valor aos eventos psicológicos, conferindo propriedades arbitrárias a eles. Por exemplo, em nossa cultura alguns sentimentos são tidos como “ruins”, como: tristeza, medo, raiva, ansiedade e preocupação. Já outros são avaliados como sentimentos “bons”, o que é o caso da felicidade. Sendo assim, os indivíduos acabam por não distinguir os seus sentimentos destas propriedades arbitrárias e tendem frequentemente a avaliá-los no lugar de descrevê-los, fazendo com que busquem evitar aqueles que identificam como negativos, o que contribui para o padrão de inflexibilidade psicológica (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). No caso do Pânico, por exemplo, a cultura ensina aos indivíduos que sentimentos como medo e ansiedade são “negativos” ou “ruins” e que por isso devem ser controlados;

- **Dar razão:** se refere à ideia presente na cultura ocidental de que sentimentos são causas de ações. Sendo assim, acredita-se que para modificar ações é necessário anteriormente modificar os sentimentos ou pensamentos que “causam” esta ação, o que contribui para a tentativa de controle dos mesmos (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Por exemplo, se alguém com Pânico e Agorafobia evita ir a lugares fechados, acredita-se que o indivíduo “não vai porque tem medo”, e que então deve primeiro não sentir medo para que possa frequentar um local fechado.

Nessa direção, a ACT defende que a busca por controle dos eventos psicológicos favorece o desenvolvimento de quadros psicopatológicos. Elas podem ser compreendidas como processos comportamentais normais que devido a situações adversas se tornam problemáticos. A principal origem deles é a crença presente na sociedade de que os eventos psicológicos desagradáveis devem ser evitados a qualquer custo e que quando se está diante de algum desses eventos, como a ansiedade, por exemplo, a causa precisa ser encontrada para que eles possam ser controlados. Porém, como esses eventos não são passíveis de controle, a constante busca por controlá-los limita a vida dos indivíduos e pode favorecer o desenvolvimento dos quadros em questão (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

Tomando como base os pressupostos acima descritos, o principal objetivo da ACT é promover a flexibilidade psicológica em seus clientes. A flexibilidade psicológica consiste na aceitação de eventos psicológicos aversivos e engajamento em ações direcionadas ao que é importante e valorizado pelo o indivíduo (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

Dessa forma, o intuito é fazer com que os indivíduos os vejam como algo inerentemente humano, que inevitavelmente irão surgir em algumas situações e que não precisam controlá-los. Sendo assim, busca-se desenvolver nos indivíduos uma postura ativa e intencional de aceitar entrar em contato com esses eventos e simplesmente experienciá-los, e então agir – mesmo na presença deles – em direção ao que é importante para si. A proposta é que se possa viver uma vida para buscar o que se valoriza, mesmo que eventos psicológicos aversivos surjam ao longo do caminho, no lugar de viver uma vida limitada e não significativa, onde as ações são voltadas para a fuga e esquiva do sofrimento (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003; SORIANO; SALAS, 2006).

O modelo de intervenção da ACT é representado pelo hexágono de flexibilidade psicológica, no qual é possível visualizar os processos envolvidos e as relações existentes entre eles. O lado esquerdo do hexágono é composto por dois processos: “aceitação” e “desfusão cognitiva”. A aceitação envolve uma postura ativa de curiosidade, interesse e exploração de sentimentos, memórias, sensações e pensamentos. O objetivo não é reduzi-los e sim aumentar a flexibilidade para responder diante desses eventos psicológicos. Sendo assim, esse processo tem como objetivo fazer com que o cliente entre em contato com seus eventos psicológicos aversivos e os aceite, sem tentativas de mudar sua frequência ou forma (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003, HAYES; PISTORELO; BIGLAN, 2008; HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012).

Já o segundo, se propõe a fazer com que o cliente desenvolva uma maneira mais flexível de lidar com seus pensamentos, sentimentos e sensações, entendendo-os apenas como o que eles realmente são, sem se fundir a eles (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Dessa maneira, na desfusão cognitiva, no lugar de eliminar os eventos psicológicos, visa-se alterar a função que eles adquiriram através da criação de contextos nos quais as suas funções nocivas sejam diminuídas (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003; HAYES; PISTORELO; BIGLAN, 2008; HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012).

O meio do hexágono é composto pelo “Contato com o Momento Presente” e o “*Self* como Contexto”, sendo esses dois processos um pré-requisito para o alcance de todos os outros. O objetivo do “Contato com o Momento Presente” é fazer com que o indivíduo esteja atento ao que acontece no aqui e agora, pois entende-se que desta forma ele fica mais sob controle das contingências que estão atuando e isso é fundamental para que se comporte de forma mais flexível.

Já o “*Self* como contexto” tem como objetivo alterar o contexto em que surgem as avaliações que o indivíduo atribui a si mesmo, como “ansioso”, “medroso” e “depressivo”,

pois esses “rótulos” limitam o seu repertório comportamental (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Sendo assim, nesse processo busca-se que o indivíduo desenvolva a noção do “eu observador”, ou seja, de se conceber como apenas o contexto em que as experiências acontecem e não como a própria experiência. Busca-se contribuir para que o indivíduo se distancie do conteúdo de eventos psicológicos, já que a fusão entre os dois pode ser problemática. O objetivo é modificar a forma de o indivíduo se relacionar com esses eventos, transformando as relações de coordenação entre o Eu e o conteúdo dos eventos psicológicos em relações de hierarquia, onde o *Self* torna-se apenas o local em que eles ocorrem, contribuindo para a tomada de perspectiva (FOODY *et al.*, 2014).

Por último, o lado direito do hexágono é composto pelos “Valores” e “Ações com Compromisso”. Os valores podem ser entendidos como direcionamentos de ações, como o que é importante para o indivíduo e o que ele deseja alcançar na vida. Entre as metas desse processo estão: definir quais são os valores do cliente, identificar os objetivos e ações que levam aos seus valores e atentar para as barreiras que os desviam. Já o processo de “Ações com compromisso” consiste em criar e manter as mudanças direcionadas aos valores do cliente (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

É importante destacar também que o processo terapêutico baseado na ACT busca utilizar ao máximo uma linguagem pouco literal para reduzir as formas danosas de controle verbal e dar ênfase à experiência. Dessa maneira, se faz uso frequentemente de metáforas e exercícios experienciais (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

Diante das propostas e ferramentas utilizadas pela ACT, mostra-se importante investigar se seus processos cumprem o objetivo a que se propõe: promover flexibilidade psicológica em diferentes queixas clínicas e “psicopatologias”. Como o foco da presente pesquisa é investigar os efeitos da ACT sobre os quadros de Pânico com/sem Agorafobia especificamente, nos próximos tópicos serão abordadas as principais características deste quadro bem como a visão da ACT sobre ele e sua proposta de intervenção.

2.2 “Transtorno” do Pânico e Agorafobia

Os quadros de Pânico e Agorafobia estão classificados no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) como pertencentes à classe dos “Transtornos” de Ansiedade. De acordo com o próprio manual, os quadros de ansiedade caracterizam-se por medo e ansiedade excessivos e alterações comportamentais relacionadas a

estes sentimentos. O sentimento de medo estaria relacionado a uma ameaça real ou percebida, já a ansiedade seria a antecipação de uma ameaça futura.

O “Transtorno” do Pânico é caracterizado no DSM-5 (2014) como um quadro de ansiedade marcado por ataques de Pânico inesperados e recorrentes que podem ocorrer em estados calmos ou ansiosos. O ataque se caracteriza pela presença de pelo menos quatro das seguintes sensações, ocorrendo de forma intensa: taquicardia; tremores; sudorese; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfíxia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; anestésias ou sensações de formigamento; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou enlouquecer e medo de morrer. Além disso, o indivíduo sente uma preocupação persistente em ter outros ataques de Pânico ou com suas consequências e passa a evitar a ocorrência de novos episódios. Os ataques podem, ainda, ser esperados ou inesperados, ocorrendo em situações específicas e temidas no primeiro caso e no segundo sem desencadeantes aparentes.

Já a Agorafobia é definida pelo DSM-5 (2014) como um quadro de ansiedade caracterizado por intensa apreensão ou ansiedade diante de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público, estar em espaços abertos ou em lugares fechados, ficar em uma fila ou estar entre uma multidão, ficar sozinho ou sair sozinho, entre outras. O indivíduo com diagnóstico de Agorafobia passa a apresentar ansiedade e apreensão diante dessas situações, por acreditar que seria difícil escapar do local ou conseguir ajuda, caso apresentasse sintomas de Pânico ou outros sintomas constrangedores, passando, então, a evitar as situações temidas, ou solicitar a presença de algum acompanhante para enfrentá-las.

Em relação à concepção da Análise do Comportamento sobre os quadros de ansiedade, Gouvêa e Natalino (2018) afirmam que não existe uma definição consensual, precisa e uniforme do que seja ansiedade, e sim a identificação de aspectos definidores que fazem parte do fenômeno. Já Coêlho e Tourinho (2008) argumentam que existem dois caminhos principais para o entendimento do fenômeno: um prioriza a análise das relações operantes não verbais e o outro destaca as relações verbais e relações indiretas entre estímulos.

Skinner (1953/2003) explica que alguns estímulos, por meio do processo de pareamento, adquirem função de um aversivo condicionado. Este estímulo, quando está presente, modifica a probabilidade de ocorrência de algumas respostas, reduzindo a taxa de respostas mantidas por reforço positivo e aumentando as respostas mantidas por reforço negativo com função de fuga e esquiva do evento aversivo. Essa análise explica o fato de que

a ansiedade não está relacionada a condições futuras, mas a estímulos presentes que no passado adquiriram função aversiva (GOUVÊA; NATALINO, 2018).

Na mesma direção, Zamignani e Banaco (2005) já haviam destacado que os quadros de ansiedade seriam marcados por um conjunto de respondentes e operantes. Os operantes teriam a função predominante de eliminar ou evitar o contato com os estímulos condicionados ou incondicionados, de forma que a diferença entre os quadros de ansiedade é quais são os estímulos ameaçadores evitados. Segundo os autores, no Pânico o estímulo ameaçador seria a própria estimulação encoberta de medo e o desconforto físico, já na Agorafobia seriam ambientes sem possibilidade de saída ou escape.

Em relação aos processos verbais envolvidos, um modelo de explicação da ansiedade envolve a formação de classes de estímulos equivalentes, onde palavras podem adquirir função aversiva condicionada (COÊLHO; TOURINHO, 2008). Nessa direção, o estímulo aversivo não precisa estar presente para que respostas de ansiedade sejam eliciadas, a palavra equivalente ao estímulo já seria suficiente, como por exemplo, ocorre com indivíduos que já tiveram episódios de Pânico em locais específicos e ao ouvir o nome dos locais já se sentem ansiosos. Por fim, Coelho e Tourinho (2008) propõem a análise da ansiedade como um *continuum*, onde diferentes variáveis podem estar envolvidas e o nível de complexidade pode variar desde contingências mais simples até contingências mais complexas com processos verbais envolvidos.

É importante ressaltar que os quadros de ansiedade passam a ser uma queixa clínica quando comprometem a vida ocupacional do indivíduo, trazendo prejuízos nas suas atividades acadêmicas, profissionais e sociais; quando passam a produzir sofrimento; e quando as respostas de evitação e eliminação são tão frequentes que tomam um tempo significativo do cotidiano da pessoa (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Sobre a visão da ACT a respeito dos quadros de ansiedade, seus proponentes partem do pressuposto de que os sentimentos de medo e ansiedade são inerentemente humanos, e mais que isso, são úteis para a sobrevivência. O medo seria uma resposta de alarme que sinalizaria quando o indivíduo está em situações de perigo e aumentaria suas chances de fuga. Essas respostas podem ser incondicionadas, como quando se fecha os olhos quando algum objeto vem em sua direção, ou podem ser condicionadas, onde processos relacionados ao comportamento verbal podem estar envolvidos. Enquanto isso, a ansiedade ou preocupação com algum evento futuro pode ser útil para ajudar a fazer planos e responder de forma mais efetiva aos riscos envolvendo família, emprego, segurança, entre outras áreas (EIFERT; FORSYTH, 2005).

Ainda segundo os autores, quando o medo e a ansiedade ocorrem em intensidades muito altas, eles podem impedir o indivíduo de reagir de forma efetiva às situações e paralisá-los. No ataque de Pânico, por exemplo, o indivíduo experimenta o sentimento de medo intenso sem que pareça existir uma situação de risco que anteceda o ataque. Porém, alguns indivíduos parecem aprender a reagir de forma mais efetiva a esses ataques e outros não, logo, a forma como reagem é o ponto que determina e explica a existência das “psicopatologias” na visão da ACT (EIFERT; FORSYTH, 2005).

De acordo com os pressupostos da ACT, a capacidade do ser humano em responder relacionalmente altera a função de alguns eventos psicológicos presentes em um quadro de Pânico. A comunidade verbal ensina aos indivíduos que os eventos psicológicos presentes no Pânico vão na direção oposta a de uma vida com qualidade, que de acordo com a cultura deve envolver bem estar, autocontrole, autoconfiança e ser livre de medos e preocupações. Dessa maneira, esses eventos vão adquirindo função aversiva ao longo da história do indivíduo, e tornam-se algo de que precisa “se livrar”, já que são arbitrariamente considerados incompatíveis com uma vida saudável (LÓPEZ; SALAS, 2009).

O padrão de esquiva experiencial e os contextos socioverbais auxiliam na compreensão do Pânico sobre a perspectiva da ACT, já que o indivíduo frequentemente pode estar envolvido em processos, como: avaliação sobre suas sensações físicas e situações em que ocorrem (“*dormência na perna é horrível*”, “*sair de casa é perigoso, porque posso me sentir mal e morrer*”); responder literalmente a essas avaliações, o que traz repercussões na forma como se comportam (“*essa dormência na perna pode ser um AVC, portanto, devo ficar em casa ou procurar uma emergência*”); usar seus eventos psicológicos como explicação de seu padrão de evitação (“*não saí, porque estava me sentindo mal*”); e passar a evitar algumas situações distanciando-se de seus valores de vida (LÓPEZ; SALAS 2009).

Estudos epidemiológicos corroboraram com a visão de que a forma de lidar com os eventos psicológicos presentes no Pânico tem um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção do quadro, já que apontaram que três a cinco por cento da população geral possuía diagnóstico de Pânico (SALKOVSKIS, 1998), embora de acordo com Barlow (2002) cerca de 35% de jovens adultos já tivessem tido ataques de Pânico. Assim, em alguns casos os ataques de Pânico não se tornam problemas clínicos, já que existe um número alto de pessoas que experimentaram ataques de Pânico ao menos uma vez na vida, no entanto não desenvolveram “Transtorno” do Pânico.

Eifert e Forsyth (2005) apontam que a maioria dos indivíduos que experimentam um ataque de Pânico e não desenvolvem o quadro de Pânico, provavelmente continuam

investindo em suas atividades sem se engajar em estratégias que evitem novos episódios ou os locais em que eles ocorreram. Essa postura de aceitação e de enfrentamento seria um dos fatores que preveniria o desenvolvimento do quadro de Pânico propriamente dito. Nessa direção, o que contribuiria para o desenvolvimento das “psicopatologias” não seriam os sentimentos e pensamentos que o indivíduo apresenta e sim a forma como reage a eles.

No quadro de Pânico, os indivíduos emitem diferentes respostas com a função de evitar contato com as sensações físicas, sentimentos e pensamentos característicos de um episódio de Pânico (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Já na Agorafobia, os indivíduos se engajam em estratégias para evitar não apenas as situações agorafóbicas, mas também o que sentem e o que pensam quando estão nessas situações.

O grande problema e fonte de sofrimento é que não é possível controlar sentimentos e pensamentos, então, ao se engajarem em estratégias de esquiva experiencial os indivíduos não conseguem livrar-se deles e, além disso, deixam de agir de acordo com seus valores, passando a ter uma vida cada vez mais restrita (EIFERT; FORSYTH, 2005).

Em resumo, na visão da ACT sentir o medo e a ansiedade presentes no quadro de Pânico e na Agorafobia não é em si um problema. Isto se torna um problema quando os indivíduos que os experimentam: 1) não estão dispostos a sentir medo e ansiedade; 2) agem para evitar, suprimir e escapar de sentimentos, pensamentos, sensações físicas e das situações que podem ocasioná-los, e; 3) quando passam a dedicar esforço e tempo na luta contra o medo e a ansiedade, deixando de agir de acordo com o que é importante para si (EIFERT; FORSYTH, 2005).

Sendo assim, a ACT não se propõe a reduzir a frequência e intensidade dos sentimentos de medo ou ansiedade, como em outros tipos de intervenção. O que a ACT estabelece como objetivo é fazer com que a luta contra eles cesse, para que o indivíduo saia desse ciclo de esquiva e controle. As estratégias da ACT visam promover flexibilidade psicológica para que possam viver uma vida em prol de seus valores (EIFERT; FORSYTH, 2005).

A fim de alcançar esse objetivo, são trabalhados os processos descritos no tópico anterior, utilizando como ferramentas principalmente metáforas e exercícios experienciais. No tópico seguinte serão descritos alguns estudos que já buscaram investigar os efeitos da ACT para diferentes problemas clínicos, em especial Pânico com/sem Agorafobia, no âmbito internacional e nacional.

2.3 Pesquisas sobre os efeitos da ACT nos quadros de Pânico e Agorafobia

No site da ACBS é possível encontrar dois grupos de estudos: um que busca investigar os resultados da ACT para diferentes tipos de queixas clínicas e outro que busca investigar os processos envolvidos na ACT (aceitação, desfusão, valores etc.) e sua relação com diferentes “psicopatologias”. Quanto ao segundo grupo, que investiga os processos da ACT, destaca-se o de Eifert e Heffner (2003), Levitt *et al.* (2004) e Karekla, Forsyth e Kelly (2004).

Eifert e Heffner (2003) compararam os efeitos do desenvolvimento de uma postura de aceitação *versus* postura de controle diante de estimulação interoceptiva aversiva semelhante às presentes em um ataque de Pânico (inalação de dióxido de carbono) e concluíram que os participantes que foram instruídos a desenvolver uma postura de aceitação diante da estimulação aversiva se engajaram com menos frequência em respostas de esquiva e relataram menos medo e pensamentos catastróficos durante o experimento.

Na mesma direção, Levitt *et al.* (2004) compararam os efeitos da aceitação *versus* supressão da emoção em 60 pacientes com Pânico. Ambos os grupos também passaram por exposição a dióxido de carbono e foram instruídos a aceitar as sensações (grupo aceitação), a suprimi-las (grupo supressão) ou não tiveram nenhuma orientação (grupo controle). Os resultados indicaram que o grupo de aceitação não diferiu dos outros no que diz respeito aos autorrelatos de sensações de Pânico ou nas medidas fisiológicas, mas se esquivou menos da exposição, além de ter se mostrado mais disposto do que os outros grupos a participar de um segundo experimento semelhante.

Já Karekla, Forsyth e Kelly (2004) realizaram uma pesquisa onde verificaram como indivíduos saudáveis com alto e baixo nível de esquiva experiencial reagiam à estimulação aversiva ao inalar dióxido de carbono. Os resultados indicaram que indivíduos com índice maior de esquiva experiencial apresentaram mais sintomas de Pânico e sintomas cognitivos mais graves, como medo e incontabilidade, do que o outro grupo, apesar de as respostas autonômicas não sofrerem variações entre eles. Os autores concluíram que um alto nível de esquiva experiencial pode contribuir para a exacerbação das respostas emocionais desagradáveis, sendo um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção dos quadros de ansiedade.

O outro grupo de estudos busca investigar os efeitos da ACT para diferentes queixas, como: dor crônica, depressão, abuso de substâncias, esquizofrenia, ansiedade e outros. Quanto aos estudos que investigam a eficácia da ACT para a ansiedade, eles subdividem-se em grupos, considerando os diferentes tipos de ansiedade descritos pelo DSM-5. Entre os estudos

destacam-se aqueles que investigam os efeitos da ACT para o “Transtorno” de Ansiedade Generalizada, para o “Transtorno” de Ansiedade Social, para ansiedade relacionada a situações de teste, para TOC e Pânico e Agorafobia.

Entre os quadros de ansiedade, produções mais atuais se propuserem a investigar principalmente os efeitos da ACT para Ansiedade Social e TOC, sendo o Pânico um dos quadros menos pesquisados, apesar de sua alta incidência. No site da ACBS encontram-se artigos teóricos sobre explicações do Pânico por meio dos conceitos da ACT (LÓPEZ; SALAS, 2009), construtos da ACT – como esquiva experiencial – e sua relação com Pânico (KÄMPFE *et al.*, 2012), estudos de caso (GASPAR, 2005) ou estudos que investiguem processos da ACT, como aceitação, por exemplo (EIFERT; HEFFNER, 2003, LEVITT *et al.*, 2004).

Em relação aos estudos que investigam a eficácia da ACT para o Pânico com/sem Agorafobia utilizando delineamentos experimentais, que são considerados padrões ouro para este tipo de pesquisa (LEONARDI, 2016), destacam-se três ensaios clínicos randomizados encontrados no site da ACBS: Meuret *et al.* (2012), Gloster *et al.* (2015) e Weserbe *et al.* (2017).

O estudo realizado por Meuret *et al.* (2012) partiu do pressuposto segundo o qual a postura de aceitação e abertura aos sentimentos, pensamentos e sensações aversivas facilitaria o engajamento do cliente aos exercícios de exposição propostos pela Terapia Cognitiva Comportamental em casos de ansiedade. O estudo teve como objetivo, então, avaliar a eficácia da combinação entre um protocolo de ACT e a terapia de exposição tradicional em clientes com diagnóstico de Pânico com ou sem Agorafobia.

A amostra foi constituída de 11 participantes com idade entre 18 e 35 anos com diagnóstico de Pânico com ou sem Agorafobia. O protocolo de intervenção utilizado era dividido da seguinte maneira: sessões ACT (quatro primeiras sessões) e sessões de exposição (seis últimas sessões). A duração da pesquisa foi de dez semanas, de forma que a semana zero foi definida como a linha de base, a semana quatro como o meio do tratamento e a semana 10 como pós-tratamento. Nas quatro primeiras sessões referentes à ACT eram trabalhadas a aceitação, defusão e ações direcionadas a valores por meio de metáforas e exercícios experienciais. Já nas últimas sessões o foco era praticar as habilidades adquiridas nas sessões ACT na presença das sensações de Pânico. Na fase de exposição incluíam-se: a) ensinar os participantes sobre os mecanismos e benefícios da exposição; b) criar hierarquia de medo e evitação; c) preparação guiada pelo terapeuta para exposição em sessão; d) exposições

interoceptivas e *in-vivo* em sessão, inicialmente guiada pelo terapeuta; e) discussão após exposição; f) instruir participantes sobre exercícios de exposição entre as sessões.

Os instrumentos foram: 1) *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS), que buscava avaliar a severidade e intensidade do Pânico, ansiedade antecipatória, esquiva de sensações e situações e impacto na funcionalidade em diversas áreas, como trabalho e relacionamentos sociais; 2) *Anxiety Sensitivity Index* (ASI), que avalia o grau de preocupação com as possíveis consequências negativas da ansiedade; 3) *Agoraphobia Cognition Questionnaire* (ACQ) que mede a frequência de pensamentos desadaptativos sobre consequências catastróficas de ansiedade e Pânico; 4) *Five Factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ), que avalia cinco componentes do *mindfulness*, incluindo observar, descrever, agir com consciência, aceitar sem julgamento e não reatividade à experiência interior. Os instrumentos foram aplicados a cada semana, com exceção do PDSS, que foi aplicado na linha de base, ao fim da fase ACT e ao fim da fase de exposição.

Os resultados indicaram que as melhoras foram significativas nas duas fases do estudo para todos os instrumentos. Os índices referentes a pensamentos agorafóbicos e sensibilidade à ansiedade diminuíram significativamente nas duas fases do estudo. Em contrapartida, observou-se um aumento no nível das habilidades de *mindfulness* em ambas as fases também. Quanto ao PDSS, os índices foram diminuindo ao longo do tempo, o que mostra uma redução na severidade e intensidade do Pânico, ansiedade antecipatória, esquiva de sensações e situações e impacto na funcionalidade.

Ao fim da pesquisa, considerou-se que os oito participantes que concluíram a intervenção responderam ao tratamento. Dessa maneira, de acordo com Meuret *et al.* (2012), o protocolo da ACT focado na aceitação, desfusão e ações direcionadas a valores se mostrou uma intervenção eficaz tanto sozinho, quanto em combinação com a exposição para indivíduos com Pânico com/sem Agorafobia.

Outro importante estudo na literatura internacional, e que servirá como base para a presente pesquisa, foi o realizado por Gloster *et al.* (2015), cujo objetivo foi testar a eficácia da ACT para participantes com diagnóstico de Pânico e/ou Agorafobia que não responderam a tratamentos anteriores. Esses autores foram os primeiros a pesquisar a ACT para pacientes sem resposta aos tratamentos convencionais, considerando que nos “Transtornos” de Ansiedade mais de 20% não respondem à terapia cognitivo-comportamental. Eles partiram do pressuposto de que a ACT seria uma alternativa favorável aos indivíduos que não responderam a outras intervenções devido a sua proposta de promover aceitação destes sintomas no lugar de eliminá-los. As hipóteses foram: 1) o grupo que passasse por

intervenção ACT teria uma redução maior nos sintomas e um aumento no funcionamento se comparado aos pacientes da lista de espera; 2) os ganhos seriam mais significativos nos processos da ACT (aceitação, desfusão e *mindfulness*) que nos sintomas específicos do Pânico e; 3) os ganhos seriam mantidos após seis meses do fim da intervenção.

Foi realizado um ensaio clínico randomizado que incluiu 43 participantes diagnosticados com Pânico e/ou Agorafobia sem sucesso em intervenções anteriores. Foram considerados como indivíduos que não responderam a intervenções anteriores, aqueles que não atingiram critérios de alto funcionamento após os tratamentos, de forma que deveriam obter um escore maior ou igual a 1,5 no *Mobility Inventory* e escore maior ou igual a 4 (moderadamente doente) no *Clinical Global Impression*. Os participantes foram divididos em dois grupos: um passou pela intervenção ACT e outro foi encaminhado inicialmente à lista de espera. Os participantes encaminhados para a intervenção ACT passaram por oito sessões (duas por semana, com duração de 90 a 120 minutos) adaptadas do protocolo de ACT para ansiedade (EIFERT; FORSYTH, 2005).

As medidas primárias da pesquisa foram as correspondentes à sintomatologia geral do Pânico e Agorafobia e foram avaliadas pela Escala de Pânico e Agorafobia (PAS), Impressão Clínica Global e de Funcionamento (CGI) e Escala de Evitação Agorafóbica (MI). Além disso, foram utilizadas medidas gerais incluindo três áreas: processos específicos do Pânico, sintomatologia geral e processos específicos da ACT.

Para os processos específicos do Pânico foram utilizados o Questionário de Sensações Corporais (BSQ), o ACQ e o ASI. Para avaliar sintomatologia geral foram utilizados o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e o Inventário Beck de Depressão (BDI). Já para avaliar os processos da ACT foram utilizados a Escala de Dificuldade com Regulação Emocional (DERS), o *White Bear Suppression Inventory* (WBSI) para avaliar aceitação/supressão de pensamentos, o *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) para avaliar *mindfulness* e o *Believability in Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire* (BAFT) para avaliar desfusão.

Os resultados das medidas primárias demonstraram que o grupo ACT teve uma melhora significativamente maior do que o grupo de lista de espera nos sintomas de Pânico/Agorafobia (PAS) e no funcionamento geral (CGI), apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas na evitação agorafóbica (MI) entre os dois grupos. Já em relação às medidas secundárias (fatores específicos do Pânico/Agorafobia, sintomas gerais e processos específicos da ACT), com a exceção de duas medidas de fatores específicos do Pânico/Agorafobia (ACQ e ASI), em todos os instrumentos observou-se uma melhora significativa maior no grupo ACT do que no grupo da lista de espera. Além disso, os

resultados confirmaram a terceira hipótese dos autores de que os ganhos seriam mantidos após seis meses do término do tratamento, pois os participantes não tiveram pioras e continuaram a melhorar no período de *follow-up*. Gloster *et al.* (2015) concluíram então que a ACT é uma alternativa eficaz para o tratamento de indivíduos com Pânico e/ou Agorafobia sem resposta a tratamentos anteriores.

Outro estudo realizado com indivíduos com diagnóstico Pânico e Agorafobia sem resposta a tratamentos anteriores foi o realizado por Weserbe *et al.* (2017). Os pesquisadores partiram do pressuposto de que viver de acordo com seus valores é importante para a manutenção da qualidade de vida e que muitas vezes o que se observa no contexto terapêutico é que os indivíduos não se comportam conforme o que valorizam. Sendo assim, estabeleceram como objetivo investigar como as ações direcionadas a valores dos pacientes mudam ao longo de uma intervenção ACT e como essas mudanças estão associadas ao seu nível de funcionamento. Além disso, buscaram examinar se as ações direcionadas a valores mudavam dependendo do nível da sintomatologia pré-tratamento.

As hipóteses do estudo eram que: 1) as ações direcionadas a valores aumentariam ao longo da pesquisa, e que as ações direcionadas a valores no domínio social aumentariam mais do que no domínio não-social; 2) que níveis de sintomatologia inicialmente menores estariam associados com um aumento maior nas ações direcionadas a valores posteriormente, e; 3) que o funcionamento dos indivíduos aumentaria ao longo da intervenção, havendo correlação positiva entre aumento nas ações direcionadas a valores e aumento no nível de funcionamento dos participantes.

O estudo consistiu em um ensaio clínico randomizado comparando um grupo de pacientes que passaria pela intervenção ACT (n = 33) com outro que permaneceria em lista de espera (n = 10). A amostra de participantes foi retirada da usada no estudo de Gloster *et al.* (2015) e foi constituída de 43 participantes, com diagnóstico de Pânico com ou sem Agorafobia, sendo a maioria mulheres com média de idade de 36,9 anos. Para a intervenção ACT foi utilizada também uma adaptação do manual de ACT para “Transtornos” de Ansiedade (EIFERT; FORSYTH, 2005), sendo aplicado em oito sessões (duas a cada semana) e com duração de 90 a 120 minutos. As sessões foram conduzidas por estudantes de Terapia Cognitivo Comportamental em um centro de treinamento.

Os instrumentos utilizados foram: *Valued Living Questionnaire* (VLQ-2), PAS e *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). No VLQ-2 os entrevistados classificaram de um a dez a importância de seus valores nas diferentes áreas da vida e depois, partindo da mesma escala, avaliaram o quão consistentemente viviam de acordo

com seus valores. Dessa maneira, foi possível avaliar a discrepância entre seus valores e suas ações. O PAS avalia os níveis dos sintomas de Pânico, esquiva, ansiedade antecipatória, incapacidade e preocupação com a saúde. Já o WHODAS avalia o quanto de dificuldade os participantes tiveram em alguns domínios que indicam seu nível de funcionamento nos últimos 30 dias, como: mobilidade, autocuidado etc. Os resultados demonstraram que a primeira hipótese dos autores foi confirmada, já que houve uma diminuição da discrepância entre a importância de valores e a frequência de ações direcionadas a valores emitidas pelos participantes, no entanto não existiriam diferenças significativas entre o aumento nos domínios sociais e não sociais.

Quanto à segunda hipótese, foi observado que o grupo de participantes que possuía um nível maior de sintomatologia antes do tratamento obteve uma melhora maior em relação ao aumento de ações direcionadas a valores do que o grupo que apresentava menor nível de sintomas, apesar de que ambos apresentaram melhoras.

Relativo à terceira hipótese, o funcionamento dos participantes aumentou ao longo do estudo e foi encontrada uma correlação positiva entre o aumento no nível de funcionamento e o aumento de ações direcionadas a valores. Dessa forma, os pesquisadores concluíram que a ACT foi eficaz para a diminuição da diferença entre o que os indivíduos valorizam e suas ações em pacientes com Pânico/Agorafobia e que o aumento de ações direcionadas a valores contribuiu para o aumento no nível de funcionamento desses indivíduos.

No âmbito nacional, a escassez de estudos que investiguem a eficácia da ACT é ainda maior. A maioria dos artigos e capítulos de livros encontrados na literatura nacional é de cunho teórico e têm como objetivo apontar as bases filosóficas, características e processos da ACT (BARBOSA; MURTA, 2014; COSTA, 2012; SABAN, 2011, 2015). Além disso, é possível encontrar estudos de caso relatando a utilização de estratégias da ACT para os diferentes tipos de queixas clínicas, como TOC (SILVA; DI-FARIAS, 2013), inabilidade social (FRASSON; NERY, 2018), depressão (DOUGHER; HACKBERT, 2003), grupo terapêutico para ansiedade (CHAGAS; GUILHERME; MORIYAMA, 2013).

Entre os estudos de caso destaca-se também o de Santos (2015), no qual tanto o uso de metáforas como exercícios experienciais – utilizados como estratégias de uma intervenção ACT para uma pessoa com fibromialgia – produziram efeitos em relação à identificação e exposição da participante a eventos psicológicos aversivos, além do aumento de respostas indicativas de melhora nas categorias: flexibilidade, trabalho, atividades de lazer e/ou social, autocuidado e exigência.

Em relação a pesquisas que busquem investigar a eficácia da ACT para diferentes queixas comportamentais por meio de estudos experimentais de delineamento de grupos ou de caso único, destacam-se a desenvolvida por Saban (2013), onde a intervenção ACT em grupo produziu efeitos na diminuição dos episódios de dor, na diminuição da utilização da medicação, na diminuição do descanso devido à dor e no nível de ansiedade para pacientes com dor crônica; Vogel (2014), na qual a ACT produziu efeitos na exposição ao exame de ressonância magnética em pacientes com fobias de locais fechados; Freitas (2016), que mostrou que a ACT produziu resultados para indivíduos com dificuldades de lidar com o peso, reduzindo o nível de esquiva experiencial e insatisfação com imagem corporal e Finger (2017), na qual o grupo que passou por intervenção ACT obteve efeitos no desenvolvimento de desfusão cognitiva e consciência alimentar, além de redução da intensidade da compulsão alimentar.

Vale ressaltar que não foi encontrado nenhum estudo nacional que buscasse investigar os efeitos da ACT em casos de Pânico com/sem Agorafobia, mesmo que esta seja uma das principais queixas entre os que procuram intervenção psicoterápica. Esse dado torna ainda mais evidente a necessidade de estudos que contribuam para a busca de evidências da ACT para Pânico com/sem Agorafobia, como se propõe a presente pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar os efeitos da ACT sobre respostas presentes nos quadros de Pânico, com ou sem Agorafobia, em indivíduos que já passaram por intervenções anteriores.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar os efeitos da ACT sobre:

- O nível de flexibilidade psicológica;
- O nível de atenção plena;
- A frequência, intensidade e duração dos ataques de Pânico;
- As respostas de evitação de situações relacionadas aos episódios de Pânico.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

O delineamento adotado foi o delineamento experimental de sujeito único com linha de base múltipla. O delineamento de sujeito único utiliza o sujeito como seu próprio controle ao invés de fazer comparações entre grupos. Já no delineamento de linha de base múltipla, são utilizados dois ou mais sujeitos, o que torna possível não só a comparação sequencial de cada condição, mas também as comparações entre as linhas de base (OSHIRO, 2011).

Na presente pesquisa a variável independente foi um protocolo ACT e as variáveis dependentes foram a flexibilidade psicológica, o nível de atenção plena, a frequência, intensidade e duração dos ataques de Pânico e os padrões de evitação (frequência de respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância de situações evitadas).

4.2 Participantes

O acesso aos participantes ocorreu por meio de encaminhamentos de psiquiatras e através da divulgação da pesquisa em mídias sociais. Os seis candidatos que se mostraram interessados passaram por um processo de triagem e assim três participantes foram selecionados.

Os critérios de inclusão foi que os participantes declarassem: 1) possuir diagnóstico de Pânico com ou sem Agorafobia fornecido por psiquiatra; 2) ter passado por tratamentos psicológicos ou farmacológicos (dosagem mínima recomendada pelos protocolos nacionais e internacionais para o quadro) anteriormente; 3) possuir limitações devido ao quadro de Pânico, ainda que já tivessem passado por intervenções anteriores; 4) possuir entre 18 e 65 anos e; 5) possuir disponibilidade de horários para as sessões semanais.

Já os critérios de exclusão foram declarar: 1) estar em psicoterapia com outro profissional no momento da pesquisa; 2) apresentar diagnósticos que pudessem atrapalhar o engajamento na pesquisa, como: dependência de substâncias, “Transtorno” Bipolar, transtornos alimentares e/ou que já tivessem realizado tentativa de suicídio; 3) não concordância em manter a dosagem dos psicofármacos sem alterações – caso utilizassem – durante o período em que as sessões da pesquisa foram realizadas.

4.2.3 *Descrição dos participantes*

As informações descritas no tópico abaixo foram coletadas através da aplicação da Ficha de Triagem (APÊNDICE A), da Escala para Pânico e Agorafobia (ANEXO C) e de perguntas realizadas na entrevista inicial de triagem.

4.2.3.1 Participante 1 (P1)

Mulher de 29 anos, casada, com um filho de três meses. No momento morava na casa da sogra com o marido, o filho, a sogra e a irmã da sogra. Possuía ensino superior completo em Design de Interiores, mas não exercia a profissão e sua rotina se voltava aos cuidados com o filho. No momento não fazia atividade física. A renda da família era em torno de cinco mil reais por mês. Havia recebido o diagnóstico de Pânico há dois anos e desde então havia passado por três psiquiatras que conduziram o tratamento com uso de antidepressivos, Cloridrato de Sertralina e benzodiazepínicos (nos momentos de ansiedade intensa). No período da pesquisa estava fazendo uso das medicações e concordou, com autorização do psiquiatra, em manter a dosagem estável.

Na triagem relatou ter episódios de Pânico de intensidade moderada com frequência de duas a três vezes por semana, considerando a última semana. Apresentava um forte padrão de inflexibilidade psicológica, de forma que ao apresentar sensações durante episódios de Pânico, se engajava em estratégias, como: deitar-se, recorrer ao marido, interromper atividades etc. Além disso, evitava algumas situações relacionadas aos episódios de Pânico, o que trazia danos a sua independência e autonomia.

A participante havia deixado de dirigir, embora se locomover fosse essencial para a sua profissão, já que precisava fazer visita aos clientes. Além disso, relatava ter medo de comer fora de casa, pois havia pensamentos de que iria passar mal caso ingerisse um alimento diferente.

Por fim, a principal limitação era a de evitar sair de casa. A participante relatava evitar sair até mesmo para a casa de seus pais, o que gerava sofrimento, pois ser presente na família era um valor significativo para a participante. Havia também deixado de cantar na igreja que frequentava, além de sair da banda de música que participava. Por fim, havia se mudado para a casa da sogra, pois tinha medo de passar por um novo episódio e não conseguir cuidar de seu filho, apesar de relatar sofrer por não estar na sua própria casa.

4.2.3.2 Participante 2 (P2)

Mulher, de 44 anos, divorciada, com três filhos adultos e uma neta. Morava com os três filhos e a neta. Havia estudado até o Ensino Médio e no momento não trabalhava. Sua rotina envolvia os cuidados com a casa e com a família, como cozinhar, lavar a louça e cuidar da neta. No momento não fazia atividade física. A renda mensal da família era em média dois mil e quinhentos reais por mês.

Os episódios de Pânico haviam começado há cerca de dois anos. Nesse período fez mais de vinte sessões de psicoterapia, no entanto os episódios permaneceram. Recebeu o diagnóstico de “Transtorno” do Pânico há sete meses por uma psiquiatra e desde então estava em acompanhamento, fazendo uso de Cloridrato de Sertralina.

A participante concordou em manter a dosagem estável ao longo da pesquisa. Estava há um mês sem ter episódios de pânico, no entanto apresentava medo constante e extremo de ter novos episódios e por isso evitava diferentes situações.

P2 possuía um forte padrão de inflexibilidade psicológica, de maneira que diante de qualquer sensação física que chamasse atenção, como dormência na perna, por exemplo, pensava que passaria mal e que poderia vir a óbito. Nessas situações se engajava em algumas estratégias para se distrair, como: respirar fundo, beber água, interromper suas atividades e se deitar. Além disso, passou evitar diversas situações com a função de se esquivar de novos episódios, como: sair de casa sozinha para qualquer lugar, descer para brincar com a neta ou passear na vizinhança, se transportar de carro e de ônibus e ir ao shopping ou supermercado. Saía de casa com pouca frequência e aceitava ir apenas se fosse acompanhada por um dos filhos.

Relatava que sua vida se restringia à casa e à igreja, que não possuía mais lazer, apesar de existir interesse em retomar essas atividades. Chegou a pensar em desistir de participar da pesquisa, pois embora no início das sessões fosse apenas se acompanhada por um dos filhos, se sentia muito ansiosa antes de se locomover até o consultório em que a pesquisadora a atendia.

Evitar sair de casa fez também com que deixasse de viajar para ver a família no interior do estado, existindo semanas que não saía uma única vez devido ao medo de ter um episódio fora de casa. Relatava que gostaria de poder voltar a viver sua “vida normal”: ser ativa, corajosa, independente, sair e ter lazer.

4.2.3.3 Participante 3 (P3)

Homem, 44 anos, casado, com um filho de 11 anos e um de quatro, sendo o mais novo diagnosticado com “Transtorno” do Espectro Autista. Morava com a esposa e os filhos. Possuía superior incompleto, pois durante o curso de Contabilidade o quadro de Pânico se agravou, o que contribuiu para o abandono da faculdade. Trabalhava em um escritório de contabilidade como auxiliar fiscal, mas relatava não gostar do emprego atual devido à atividade e a remuneração, relatando grande arrependimento por não ter concluído a faculdade e interesse em outras áreas, como Informática ou trabalhar de *Uber*. Sua rotina se restringia a ir de casa para o trabalho e *vice-versa*. No momento não fazia nenhuma atividade física. A renda mensal da família era de mil e quinhentos reais por mês.

Os episódios de Pânico começaram a ocorrer há 20 anos, quando possuía 24 anos de idade. Na época um neurologista o diagnosticou com “Transtorno” do Pânico, sendo afastado do trabalho por seis meses. No período de licença foi encaminhado a uma psiquiatra que confirmou o diagnóstico anterior e o diagnosticou também com depressão, acompanhando o participante por dez anos. Passou também por acompanhamento psicoterápico, mas relatou ter sido acompanhado por menos de vinte sessões. Após o falecimento da psiquiatra permaneceu sem acompanhamento pelos últimos dez anos devido a dificuldades financeiras, mantendo as mesmas medicações e dosagens prescritas por ela durante esse período.

O participante fazia uso de Clonazepam e Citalopram antes de dormir e concordou em manter a dosagem sem alterações durante a pesquisa. No momento em que a sessão de triagem foi realizada, o participante passava por mais de quatro episódios de Pânico por semana e apresentava medo frequente de passar por eles.

Dessa maneira, evitava situações consideradas como extremamente importantes por ele, como: andar de ônibus, passar por congestionamentos, locais cheios e locais com difícil acesso à saída, como cinema, por exemplo. Como as situações evitadas eram variadas, a frequência com que saía de casa, com exceção da ida ao trabalho, era quase nula, pois relatava não ter ânimo e ter medo de passar por um episódio de Pânico nesses locais. Nesse momento o participante considerava que o pânico trazia prejuízos extremos nos relacionamentos sociais e no seu lazer.

O participante observava também danos ao relacionamento familiar, já que se engajava em poucos momentos de lazer com sua esposa e seus filhos e encontrava seus irmãos com baixa frequência. Além disso, identificou danos na vida profissional, já que devido ao quadro de Pânico havia abandonado há alguns anos sua primeira carreira

profissional, que era motorista de ônibus, e os estudos de ensino superior. Relatava ser insatisfeito com seu emprego, pois considerava que sua atribuição era essencialmente burocrática e mecânica. O participante mencionou interesse em voltar a “ser como antes”: sair para se divertir com a família e amigos, interagir mais com as pessoas e se expor a situações novas.

4.3 Local

As sessões foram realizadas em uma das salas que estivessem disponíveis no consultório particular em que a psicoterapeuta atuava. As salas de atendimento individual eram compostas por sofá ou poltrona do cliente, uma mesa, poltrona do terapeuta e armários. Já sala de atendimento em grupo, onde alguns atendimentos foram realizados, era composta por duas poltronas, uma mesa, carteiras escolares, um quadro e um armário.

4.4 Instrumentos e materiais

- **Ficha de Triagem:** ficha constituída de perguntas para coletar informações básicas e dados clínicos dos candidatos à participação na pesquisa. Entre as informações sobre os possíveis participantes estavam: idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, entre outras. Já alguns dos dados clínicos presentes na ficha incluíam: diagnóstico fornecido pelo psiquiatra, há quanto tempo recebeu diagnóstico, se já participou de algum tipo de tratamento anteriormente, qual foi a duração do tratamento, se faz uso de medicação, e se teria disponibilidade para terapia. (APÊNDICE A);

- **Questionário de Aceitação e Ação – II (AAQ-II):** se refere a um questionário para medir a inflexibilidade psicológica e a esquiva experiencial. O instrumento é constituído de sete itens que descrevem formas de lidar com os eventos psicológicos e os impactos que eles trazem para a vida. Cada item pode ser pontuado em uma escala *Likert* de sete pontos, que tem como alternativas: nunca, muito raramente, raramente, algumas vezes, frequentemente, quase sempre e sempre, de forma que os escores podem variar de 7 a 49 (ANEXO A). O instrumento apresenta estrutura unidimensional estável em diferentes amostras, e possui um alto nível de confiabilidade ($\alpha = 0,84$ – *Alpha de Cronbach* médio considerando seis amostras). O AAQ-II já foi validado no Brasil e apresentou consistência interna de $\alpha = 0,87$ (BARBOSA, 2013);

- **Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI):** constituído de 13 itens, o instrumento visa avaliar a observação sem julgamento do que ocorre no momento presente e abertura às experiências que possam ser consideradas aversivas (atenção plena). Para cada item, o indivíduo deve escolher a alternativa que corresponde à frequência com que vivencia as experiências descritas no instrumento, usando uma escala *Likert* de quatro pontos, que varia de 1 = raramente a 4 = quase sempre, de forma que os escores finais podem variar de 14 a 56. Quanto maior os escores obtidos nos instrumentos, maior a habilidade de atenção plena do indivíduo (ANEXO B). O estudo brasileiro de validação da versão breve do FMI foi recentemente realizado, tendo sido excluído um dos itens e encontrando boa consistência interna, com coeficientes *Alpha de Cronbach* variando entre 0,87 e 0,92 (HIRAYAMA, 2014);

- **Escala para Pânico e Agorafobia, de Bandelow (1992):** Traduzida para o Brasil por Lotufo (1995), avalia a gravidade do quadro de Pânico, a partir de cinco itens (A, B, C, D e E), tomando como base a semana anterior. Os cinco itens investigam as seguintes variáveis: ataques de Pânico (frequência, intensidade e duração média), Agorafobia (resposta de esquiva, número de situações e importância das situações evitadas), ansiedade antecipatória (frequência e intensidade), nível de prejuízo em diferentes áreas da vida (relacionamento familiar, relacionamento social e lazer e trabalho) e preocupações em relação à saúde (em sofrer um prejuízo físico por causa da doença; em pressupor que tem uma doença somática, e não psiquiátrica). Cada item pode ser pontuado de acordo com uma escala *Likert* que varia de 0 a 4 pontos, de acordo com o aspecto a ser investigado (ANEXO C). Para esta pesquisa, foi realizada a análise do instrumento completo e também dos itens correspondentes ao ataque de Pânico e à Agorafobia separadamente. Dentro do item “Ataques de Pânico”, no subitem correspondente à frequência, a escala *Likert* variava de 0 a 4, sendo **0** = *nenhum ataque de Pânico* a **4** = *mais que 6 ataques de pânico na última semana*. Quanto à gravidade dos episódios, variava entre: **0** = *nenhum ataque de pânico* a **4** = *os ataques de Pânico em geral foram extremamente graves*. E a escala referente à duração variava entre **0** = *nenhum ataque de pânico* a **4** = *mais que duas horas*. O item “Agorafobia, comportamento de esquiva” da Escala para Pânico e Agorafobia é constituído pelos subitens de frequência das respostas de esquiva, quantidade de situações evitadas e importância delas na vida do indivíduo. Quanto à frequência das respostas de esquiva, poderia variar de: **0** = *não há esquiva (ou não há agorafobia)* a **4** = *esquiva habitual das situações temidas*. O número de situações evitadas variava de: **0** = *nenhuma*; a **4** = *ocorreram em diversas situações* e a Importância das situações evitadas variava de: **0** = *sem importância* a **4** = *extremamente importante*. Realizar a

análise destes itens separadamente permite identificar de forma mais específica em quais variáveis do quadro de Pânico a ACT produz efeitos, se apenas no padrão de esquiva ou se também na ocorrência de episódios, por exemplo;

- **Checklist para Avaliação de Aderência ao Protocolo:** *Checklist* elaborado pela pesquisadora com o objetivo de avaliar a aderência da condução das sessões realizadas ao protocolo de intervenção ACT. O *checklist* é constituído por uma lista com os tópicos principais que seriam abordados em cada sessão, ilustrando os exercícios, metáforas e discussões previstas na descrição do protocolo. Após a leitura da transcrição das sessões, era possível pontuar em uma escala o quanto o avaliador considerava que a pesquisadora/terapeuta havia executado os tópicos descritos no protocolo na sua condução. A escala variava de 0 a 2, sendo 0 = *não executou o tópico descrito*, 1 = *executou parcialmente o tópico descrito* e 2 = *executou o tópico descrito* (APÊNDICE B);

- **Gravador:** Aplicativo presente no celular, utilizado para gravar as sessões conduzidas pela pesquisadora-terapeuta.

4.5 Procedimento

4.5.1 *Submissão ao Comitê de Ética*

A pesquisa seguiu as normas da resolução 510/16 da Comissão Nacional da Saúde (CNS). Primeiramente o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação e somente após a liberação do parecer favorável, as demais etapas da pesquisa foram realizadas.

Aos participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início das sessões, no qual estavam presentes informações quanto aos objetivos da pesquisa, procedimentos utilizados e os riscos e benefícios da participação. Além disso, foi assegurado o sigilo sobre a identidade e o caráter voluntário da participação (APÊNDICE C).

4.5.2 *Triagem dos participantes*

A pesquisadora entrou em contato com cinco psiquiatras que realizam atendimento de adultos na cidade de São Luís, explicou os objetivos da pesquisa e especificou os critérios de inclusão e exclusão para a participação. Após explicação solicitou que os psiquiatras encaminhassem pacientes que se enquadrassem nos critérios da pesquisa. O critério de

escolha para o contato com os psiquiatras que encaminharam os participantes foi o de que a pesquisadora-terapeuta e/ou sua orientadora conhecessem o trabalho efetuado pelo profissional e que eles se mostrassem disponíveis para realizar os encaminhamentos. Além disso, a pesquisa e os critérios de inclusão para participação foram divulgados em mídias sociais, para que aqueles que se encaixassem nos critérios e que tivessem interesse em participar procurassem a pesquisadora.

Os interessados entraram em contato com a pesquisadora e foram convidados a participar de uma entrevista inicial. Seis candidatos participaram da entrevista para triagem, que teve duração de aproximadamente uma hora e meia. Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora leu o TCLE com todos eles e explicou os aspectos éticos referentes à pesquisa. Após a concordância dos candidatos, a pesquisadora fez as perguntas descritas na Ficha de Triagem (APÊNDICE A) e preencheu-a com as respostas. Posteriormente a Escala para Pânico e Agorafobia foi aplicada. Quando considerou necessário, a pesquisadora fez algumas perguntas para maior conhecimento sobre o quadro, como: frequência dos ataques de Pânico, como o cliente costumava reagir e quais impactos estavam trazendo para a sua vida.

A seleção dos três participantes entre os seis candidatos levou em consideração: 1) encaixe nos critérios de inclusão; 2) existência de diferenças nas características sociodemográficas, como: idade, sexo e nível de escolaridade. Dessa maneira, foi possível verificar os efeitos do protocolo utilizado, considerando as diferenças sociodemográficas. Os três participantes que não foram selecionados foram convidados para uma sessão de devolutiva e encaminhamentos. A pesquisadora-terapeuta, por contato telefônico, destacou a importância de comparecerem à sessão de devolutiva e se disponibilizou a conduzir um grupo terapêutico utilizando o protocolo quando as sessões com os participantes da pesquisa fossem concluídas, no entanto apenas um deles compareceu, assim sendo realizada a devolutiva com apenas este.

4.5.3 *Delineamento da pesquisa e descrição das sessões*

Os três participantes passaram por sessões de terapia semanais com uma hora e meia de duração, sendo que as sessões foram divididas em: uma a três sessões de linha de base, oito sessões de intervenção utilizando o protocolo e uma sessão de *follow-up* após quatro semanas da última sessão de intervenção. O que diferiu entre os três participantes foi a quantidade de sessões de linha de base e o momento em que a ACT foi introduzida. Para a Participante 1 foi realizada uma sessão de linha de base e o protocolo foi inserido na segunda semana da

pesquisa, para a Participante 2 foram realizadas duas sessões de linha de base e o protocolo foi inserido na terceira semana de pesquisa, e para o Participante 3 foram realizadas três sessões de linha de base e o protocolo foi inserido apenas na quarta semana de pesquisa.

Os instrumentos foram aplicados nas sessões de Linha de Base (antes da intervenção), na quarta sessão do protocolo (metade da intervenção), na oitava sessão do protocolo (fim da intervenção) e no *follow-up* (após quatro semanas no fim da intervenção). É possível visualizar na Figura 1 as semanas em que a linha de base, as sessões de intervenção ACT e as sessões de *follow-up* ocorreram para cada participante e as semanas em que os instrumentos foram aplicados durante a coleta de dados. Em caso de feriados ou impossibilidade de ir à sessão no horário marcado, a sessão era remanejada para outro dia da semana a fim de não afetar a sequência do trabalho. As sessões ocorreram como previstas no cronograma, exceto na Semana 7, quando a Participante 1 não pôde comparecer para a realização da sexta sessão do protocolo. A pesquisadora/terapeuta remarcou a sessão pendente para a semana seguinte, de forma que, para a Participante 1, as Sessões 6 e 7 ocorreram na Semana 8.

Quadro 1 - Semanas (S) em que ocorreram a linha de base, intervenção, *follow-up* e aplicação de instrumentos para cada participante

S/P	P1	P2	P3
1	Linha de Base e Instrumentos	Linha de Base e Instrumentos	Linha de Base e Instrumentos
2	ACT 1	Linha de Base e Instrumentos	Linha de Base e Instrumentos
3	ACT 2	ACT 1	Linha de Base e Instrumentos
4	ACT 3	ACT 2	ACT 1
5	ACT 4 e Instrumentos	ACT 3	ACT 2
6	ACT 5	ACT 4 e Instrumentos	ACT 3
7	FALTA	ACT 5	ACT 4 e Instrumentos
8	ACT 6 e ACT 7	ACT 6	ACT 5
9	ACT 8 e Instrumentos	ACT 7	ACT 6
10		ACT 8 e Instrumentos	ACT 7
11			ACT 8 e Instrumentos
12			
13	<i>Follow-up</i> e Instrumentos		
14		<i>Follow-up</i> Instrumentos	
15			<i>Follow-up</i> Instrumentos

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Nas sessões de Linha de Base, os participantes responderam aos instrumentos para que se obtivesse os dados anteriores à intervenção, como medida de comparação. Os instrumentos eram aplicados da seguinte maneira: a pesquisadora lia as perguntas, fornecia explicações quando necessário e discutia a resposta do participante pedindo mais explicações e exemplos.

Já a intervenção usando a ACT nas sessões foi feita através da condução das sessões descritas na adaptação do protocolo de ACT para “Transtornos” de Ansiedade (EIFERT; FORSYTH, 2005) (APÊNDICE D), traduzido e adaptado pela pesquisadora, sua orientadora e uma das principais referências em ACT no país, Michaele Saban. No protocolo são trabalhados os processos básicos da ACT por meio de recursos, como exercícios experienciais, metáforas e ações direcionadas aos valores do cliente. No Quadro 2 encontram-se a descrição dos exercícios e metáforas utilizados e os processos trabalhados.

Quadro 2 - Descrição dos exercícios e metáforas utilizados em cada sessão do protocolo e dos processos da ACT trabalhados por meio desses recursos

SESSÃO 1	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Discussão inicial sobre problema	Desesperança criativa
Explicação sobre medo e ansiedade	Controle é o problema
Exercício de Centralização	Momento presente.
SESSÃO 2	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Exercício de Centralização	Momento presente
Exercício do quadro de evitação e seus custos	Desesperança criativa
Metáfora do Buraco	Desesperança criativa
Exercício Experiencial de Aceitação de sentimentos e pensamentos	Aceitação
SESSÃO 3	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Metáfora do cabo de guerra	Controle é o problema/benefícios da postura de aceitação
Metáfora das portas no corredor	Valores
Metáfora epitáfio	Valores
SESSÃO 4	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Exercício de Aceitação da Ansiedade	Aceitação
Metáfora do Polígrafo	Controle é o problema
Preencher Formulário Direção orientada por Valores e discutir	Valores e ações com compromisso
SESSÃO 5	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Exercício de Centralização	Momento presente
Metáfora do jogo do Vôlei	Self como contexto e desusão cognitiva
Preencher bússola da vida	Valores e ações com compromisso
SESSÃO 6	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Exercício de Centralização	Momento presente
Exercício da caneta	Ações com Compromisso
Metáfora do termômetro da disposição emocional	Aceitação
Metáfora do ônibus	Aceitação e valores
SESSÃO 7	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado

Exercício de Centralização	Momento presente
Exercício experiencial dos cartões	Aceitação
Selecionar atividades que levem clientes em direção aos valores observados na “bússola da vida”	Ações com compromisso
SESSÃO 8	
Exercício/Metáfora	Processo trabalhado
Exercício de <i>Mindfulness</i> em situação difícil	Aceitação
Discussão sobre processo terapêutico e encerramento	Ações com compromisso

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Como critério para a escolha de metáforas e exercícios experienciais, foi utilizado a aproximação com a cultura e realidade dos clientes. Além disso, foram priorizadas metáforas que possuíssem em sua descrição objetos ou elementos físicos que pudessem ser levados para o *setting* terapêutico para que fosse possível não apenas relatar a metáfora, mas simular a situação nela descrita juntamente com o cliente em sessão, pois entende-se que quando o cliente vivencia a situação, o impacto sobre ele é maior.

Para conduzir o protocolo, a pesquisadora-terapeuta e sua orientadora passaram anteriormente por um treinamento com uma profissional com formação e experiência específica em ACT, a mesma que participou do processo de adaptação. No treinamento a especialista em ACT conduziu algumas estratégias descritas no protocolo para um grupo constituído pela pesquisadora-terapeuta, sua orientadora e outras colegas que também atuavam na clínica. Após a condução dos exercícios e metáforas, seus efeitos eram discutidos com o grupo. Com o treinamento testou-se as estratégias descritas no protocolo, selecionando as estratégias que se mostraram mais claras e que cumpriram de forma efetiva seus objetivos.

Na sessão de *follow-up* os instrumentos foram novamente aplicados. Além disso, a pesquisadora-terapeuta realizou uma entrevista semi-estruturada com cada participante, no qual continham perguntas sobre: manutenção dos ganhos relacionados às respostas-alvo, manutenção do compromisso com as ações valorizadas por eles e principais barreiras encontradas. Ao fim da sessão a pesquisadora-terapeuta forneceu orientações sobre como lidar com as barreiras encontradas por cada um dos participantes e a importância de continuarem comprometidos com o que foi trabalhado nas sessões.

Todas as sessões realizadas ao longo da pesquisa foram gravadas para que posteriormente pudesse ser realizada a Avaliação de Aderência ao Protocolo.

4.5.4 Escolha de objetivos e ações valorizadas

Durante a avaliação e ao longo das primeiras sessões foram estabelecidas respostas-alvo para cada participante. As respostas alvo foram definidas com base nas limitações que o quadro de Pânico trazia para cada participante antes do início do protocolo. Foram também definidas com base em valores e discussões sobre ações valorizadas, explicitados em alguns exercícios, como “Epitáfio”, “Bússola da Vida” e “Direções Valorizadas” e com base em perguntas, como: “*O que você faria caso o quadro de pânico não existisse na sua vida?*”, “*Como gostaria de viver e de ser lembrado?*”, “*O que valoriza nessa área de sua vida e o quão distante está disto hoje?*”.

4.5.5 Análise de dados

Após o fim das sessões de intervenção, foram sorteadas três sessões, dentre as oito, para que fossem transcritas. As sessões sorteadas foram: dois, quatro e seis. Após o sorteio foi realizada a transcrição da condução das três sessões com cada um dos três participantes, totalizando nove sessões transcritas. Posteriormente as transcrições das sessões foram avaliadas por dois avaliadores através do *checklist* de cada sessão (APÊNDICE B). Em seguida, os escores da escala foram calculados e foi obtida a média de aderência da pesquisadora-terapeuta ao protocolo para cada participante em percentual. Os critérios para a escolha dos avaliadores foram: possuir algum conhecimento sobre ACT e ter passado pelo treinamento do protocolo de intervenção utilizado na pesquisa.

Para a análise dos dados referentes à flexibilidade psicológica, atenção plena e indicadores de Pânico foram calculados os escores obtidos por cada um dos participantes nos instrumentos nos diferentes momentos em que a aplicação ocorreu. Posteriormente os resultados encontrados foram organizados em gráficos. Além disso, para complementar os dados quantitativos obtidos nos instrumentos, foram selecionadas verbalizações de cada um dos participantes que indicassem alterações nas variáveis de flexibilidade psicológica, atenção plena e indicadores de Pânico. Foram também descritas verbalizações dos participantes que indicassem avanço ou aproximação dos participantes em relação às respostas-alvo estabelecidas. Dessa forma, foi possível verificar se ocorreram mudanças nas pontuações obtidas nos instrumentos após as intervenções da ACT e visualizar de que maneira essas mudanças foram observadas nos relatos dos participantes ao longo das sessões.

5 RESULTADOS

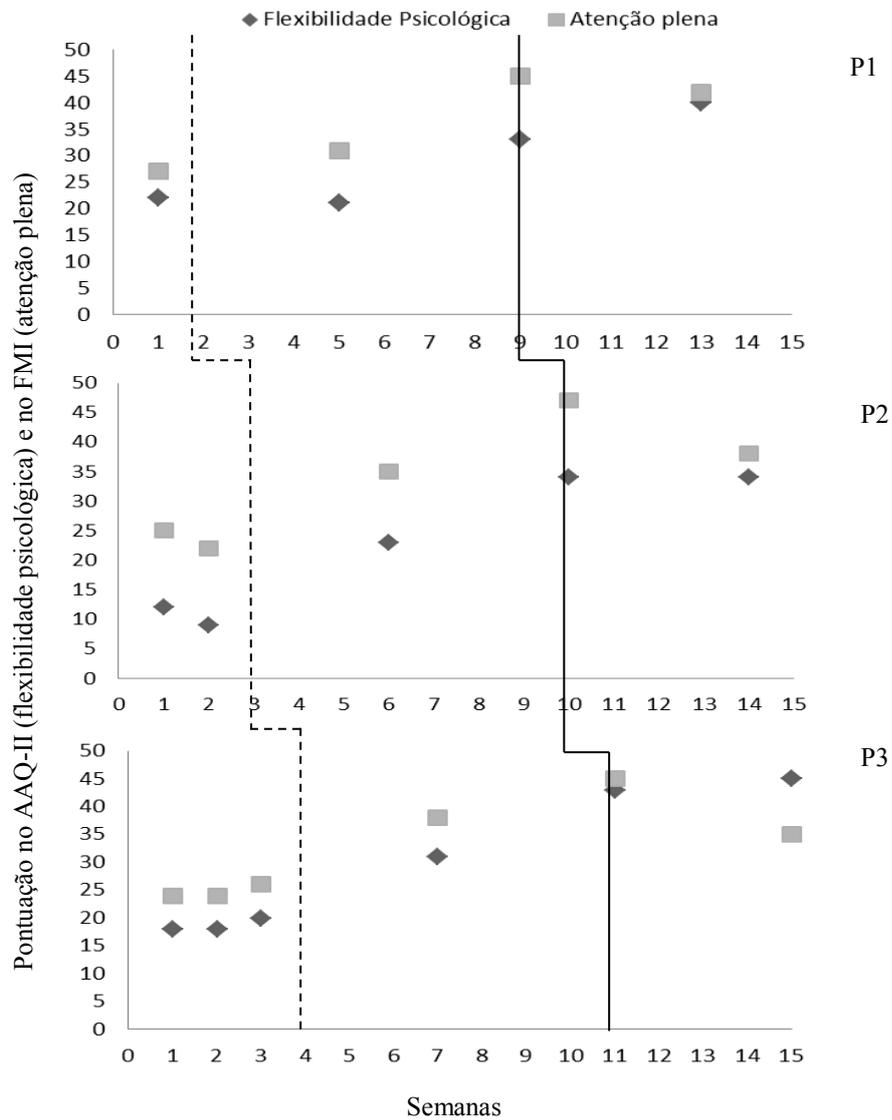
Nesta seção inicialmente serão apresentados os dados quantitativos em formato de gráficos elaborados a partir dos dados obtidos com a aplicação AAQ-II, FMI e Escala para Pânico e Agorafobia nas diferentes condições experimentais (semanas de linha de base, 4ª sessão de intervenção, 8ª sessão de intervenção e *follow-up*) para todos os participantes. Nos gráficos apresentados, as semanas da pesquisa estarão no eixo horizontal e os escores obtidos nos instrumentos pelos três participantes em cada condição no eixo vertical. A linha pontilhada representa o início da intervenção para cada participante e a linha contínua sinaliza o fim da intervenção.

Seguidos aos dados quantitativos, serão apresentados dados qualitativos complementares, com descrições mais específicas sobre os ganhos de cada participante ao fim da intervenção. Posteriormente serão apresentadas falas que ilustrem o efeito sobre as respostas alvo estabelecidas para cada participante durante a intervenção, seguidas dos dados referentes à Avaliação de Aderência ao Protocolo.

Os dados serão apresentados na seguinte sequência: nível de flexibilidade psicológica e atenção plena, frequência, intensidade e duração dos episódios; respostas de evitação relacionadas ao quadro de Pânico (respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância delas); e gravidade geral do quadro de Pânico. Para todos os dados, inicialmente será realizada a descrição de resultados quantitativos e qualitativos do P1, seguida do P2 e por fim do P3.

5.1 Flexibilidade psicológica e Atenção Plena

Gráfico 1 - Nível de Flexibilidade Psicológica e Atenção Plena dos Participantes 1, 2 e 3 nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão de intervenção (metade da intervenção), 8ª sessão de intervenção (fim da intervenção) e *follow-up*



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

• Participante 1

Observou-se uma leve diminuição no nível de flexibilidade psicológica após o início da intervenção, da condição de linha de base na Semana 1 (22) para a Semana 5 (21), quando ocorreu a 4ª sessão. Posteriormente o nível de flexibilidade psicológica aumentou na 8ª sessão

(Semana 9 = 33) e continuou aumentando na condição de *follow-up* (Semana 13 = 40). Dessa maneira, verificou-se o aumento do nível de flexibilidade psicológica para P1 após passar pela intervenção. Já o nível de atenção plena aumentou da linha de base (27) para a Semana 5 (4ª sessão = 31) e continuou aumentando até a Semana 9 (8ª sessão = 45), existindo uma diminuição da Semana 9 para a Semana 13 referente à condição de *follow-up* (42). No entanto, se comparado à condição de linha de base, é possível observar que houve aumento no nível de atenção plena após a participante passar pelo protocolo de intervenção.

Algumas falas da participante ilustram esses dados. A participante relatava que continuava sentindo algumas sensações de ansiedade, no entanto, elas não mais impediam que agisse em direção ao que era importante, o que indica o desenvolvimento de flexibilidade psicológica.

O que mais aprendi foi a questão da luta... eu não via como uma luta tudo que eu fazia. Com as sessões percebi o quanto lutava e pude perceber que eu posso viver sentindo as coisas que eu sinto, mas continuar vivendo. Isso é uma glória. É incrível perceber que posso continuar vivendo, fazendo as coisas que sempre gostei de fazer e que são importantes pra mim. Eu achava que não. Achava que tudo isso iria me paralisar pro resto da vida (8ª sessão).

[...]

As sensações continuam, mas eu tento sentir e entender que é normal (...) Antes eu tentava fugir do que eu sentia, hoje eu sinto, eu me permito sentir. É engraçado que quando eu me permito sentir, vai sumindo, vai passando aos poucos (follow-up).

Na mesma direção, nas sessões foi possível observar que a P1 relatava estar mais sensível ao que acontecia no momento presente do que ao que poderia vir a acontecer, o que indica o desenvolvimento de atenção plena.

Eu já acordava sentindo tudo e achando que ia desmaiar e é incrível como isso tem mudado. Antes eu já ia dormir com medo, achando que ia acordar de madrugada passando mal. Agora eu tenho dormido numa boa, tranquila e eu não fico pensando no que pode vir a acontecer. Eu simplesmente aproveito o tempo que tenho pra dormir e penso: nossa que maravilha, vou deitar e vou relaxar. Não fico pensando que vou acordar e passar mal, porque tanto faz se eu acordar bem ou não (follow-up).

• Participante 2

Conforme observa-se pela linha pontilhada, para P2 as Semanas 1 e 2 da pesquisa referiram-se à condição de linha de base. Quanto ao nível de flexibilidade psicológica, observou-se apenas uma leve diminuição entre essas duas semanas (Semana 1 = 12 e Semana 2 = 9), o que mostra que não existiram mudanças significativas antes da intervenção. Um aumento considerável foi observado das condições de linha de base para a Semana 6,

referente à 4ª sessão de intervenção (23). Ao fim da intervenção, na Semana 10, o nível de flexibilidade psicológica aumentou ainda mais (34) se comparado a Semana 6. No *follow-up*, realizado na Semana 14, o nível de flexibilidade psicológica permaneceu estável (34).

Quanto ao nível de atenção plena, observou-se uma pequena diminuição entre as Semanas 1 e 2 referentes à linha de base (Semana 1 = 25 e Semana 2 = 22), mas a variável permaneceu estável nessa condição. Já na Semana 6 observou-se um aumento da atenção plena (35) se comparada à condição anterior à intervenção. Na semana 10, referente ao fim da intervenção, o nível de atenção plena novamente aumentou (47). No *follow-up*, na semana 14, observou-se uma diminuição do nível de atenção plena (38) se comparado ao fim da intervenção.

Alguns dados qualitativos ilustram os quantitativos acima apresentados. Por meio dos relatos, foi possível perceber que a participante continuava sentindo sensações físicas consideradas incômodas em alguns momentos, mas elas a paralisavam com menos frequência do que antes da intervenção, o que pode indicar o desenvolvimento de flexibilidade psicológica.

*Essa semana pra mim foi difícil. Não como a outra passada, que eu vim e que chorei. Segunda eu tava com mal estar, mas consegui fazer minhas coisas. Terça fui no banco, com o mal estar do mesmo jeito, mas consegui ir no banco. Aí quarta também eu voltei a ficar sentindo mal-estar todo tempo e a dor na perna (6ª sessão).
[...]*

Eu não estou sentindo nada demais. Sempre dá aquele friozinho, mas é normal, mas como já estou sabendo lidar, não deixo ele me parar (follow-up).

• Participante 3

Observa-se que o nível de flexibilidade psicológica permaneceu estável durante as três semanas de linha de base (18, 18, 20), observando-se apenas um leve aumento entre a segunda e terceira semana. Já na Semana 7, referente à 4ª sessão de intervenção, observou-se um aumento do nível de flexibilidade psicológica (31) se comparado aos níveis observados antes do início da intervenção, na condição de linha de base. Na Semana 11 (8ª sessão), o nível de flexibilidade psicológica continuou aumentando (43), o que mostra melhora nesta variável quando comparada ao seu nível antes da intervenção. No *follow-up* (Semana 15), também se observa um pequeno aumento do nível de flexibilidade psicológica (45) se comparado à Semana 11.

O nível de atenção plena também permaneceu estável entre as condições de linha de base nas três primeiras semanas (24, 24, 26), existindo apenas um leve aumento da Semana 2

para a Semana 3. Na Semana 7, referente à 4ª sessão de intervenção, já foi observado um aumento do nível de atenção plena (38) em relação às semanas de linha de base. Observou-se ainda que o nível de atenção plena continuou aumentando com o avanço do protocolo, como é possível observar da Semana 7 para a Semana 11 (45). Porém, na Semana 15, referente ao *follow-up*, observou-se uma queda do nível de atenção plena (35) se comparado às semanas referentes à metade e ao fim da intervenção.

Algumas falas do participante ilustram o desenvolvimento de flexibilidade psicológica e atenção plena:

Eu estava uma pessoa fechada, aparentava ter uma vida feliz, mas não era. Eu estava muito triste, muito desanimado. Agora é algo impressionante. Eu não tenho aquele desânimo, não estou mais arrastando uma corrente com uma bola de ferro. Quanto ao pânico, nunca mais tive nenhum episódio. Não teve nenhum episódio de transpiração. Não sei se o batimento cardíaco acelerado fazia eu transpirar e agora, por não me importar tanto com isso, diminuiu. O medo de ter medo continua, mas muito diferente. Não é aquilo de ir intensificando como acontecia. É algo tolerável e aceitável, que não me impede que eu faça nada (...) Antes eu não saía. Quando eu falo, as pessoas acham que eu estava brincando, mas não estava. Eu esqueci a última vez que fui à praia ou cinema. Se me convidassem eu não ia. Só ia se fosse inevitável. Agora estou saindo constantemente. Eu vou pros lugares sem restrição nenhuma. Dessa última semana pra cá, eu não restringi nenhuma atividade que era pra eu fazer, eu fiz tudo. Eu fiz tudo, tudo. Por incrível que pareça, ao fazer, parece que o efeito é contrário. Antes quando eu não fazia desenvolvia cada vez mais o mal-estar e o pânico. Agora que estou me expondo e fazendo parece que regrediu o mal-estar. Estão bem mais amenizadas a ansiedade e a aceleração cardíaca. Às vezes percebo que está um pouco acelerado, mas isso não me afeta (8ª sessão).

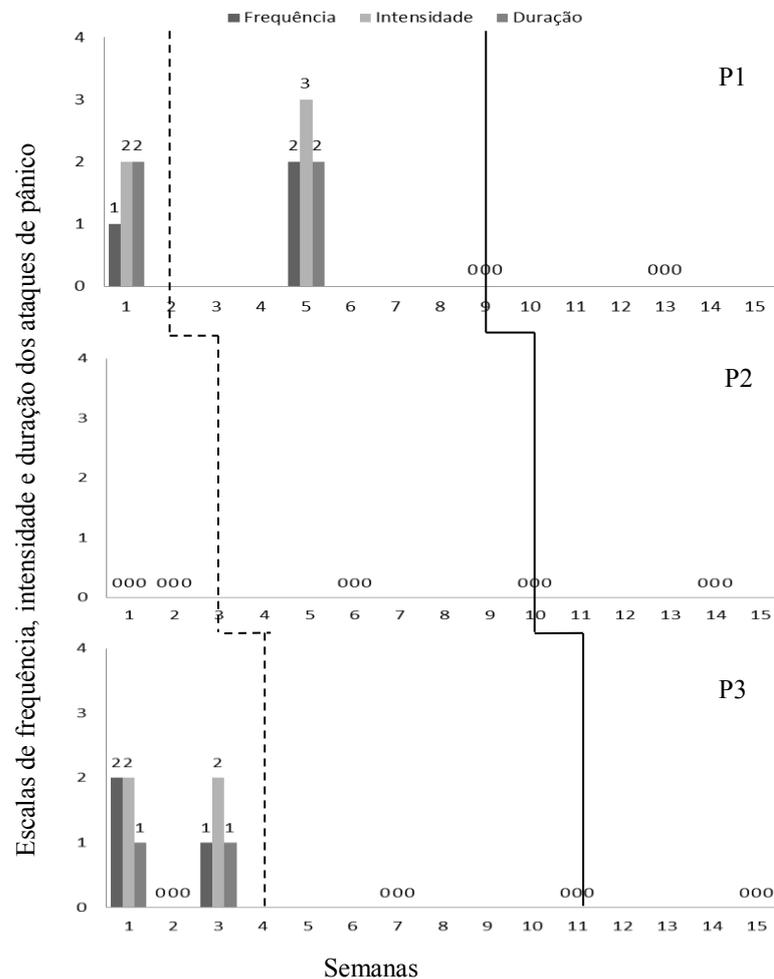
[...]

Antes ficava apreensivo no sentido de saber como era o local, se era aberto ou fechado, se teria muita gente. Hoje isso não me preocupa. Às vezes vem o início da crise e eu penso que vou esperar pra ver o que acontece, e aí não acontece (follow-up).

5.2 Frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico

Os dados referentes à frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico foram obtidos através do item “Ataques de Pânico” presente na Escala para Pânico e Agorafobia.

Gráfico 2 - Frequência, intensidade e duração dos episódios de pânico nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão (metade da intervenção), 8ª sessão (fim da intervenção) e *follow-up*



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

• Participante 1

Quanto à frequência dos episódios, na Semana 1, referente à condição de linha de base, a participante passou por um episódio de Pânico. Na Semana 5, passou por dois a três episódios. Já nas Semanas 9 e 12 não existiu a ocorrência de nenhum episódio de Pânico, o que mostra uma diminuição na frequência dos episódios após a intervenção.

A gravidade dos episódios foi avaliada pela participante como moderada na linha de base, no entanto na Semana 5 a intensidade aumentou e os episódios foram avaliados como graves. Em relação à duração dos episódios, observou-se que não existiram alterações da Semana 1 (linha de base) para a Semana 5 referente à 4ª sessão. Posteriormente, nas Semanas 9 e 13 não existiu nenhum episódio. Observou-se então uma diminuição na frequência dos episódios após passar pela intervenção, o que consequentemente trouxe efeitos também na intensidade e duração.

• Participante 2

No início da pesquisa a participante já não passava por episódios de Pânico, embora apresentasse preocupação constante em passar por eles. Ao longo da pesquisa permaneceu sem a ocorrência de nenhum episódio, pontuando 0 nos indicadores de frequência, intensidade e duração em toda as condições experimentais da pesquisa, incluindo o *follow-up*.

• Participante 3

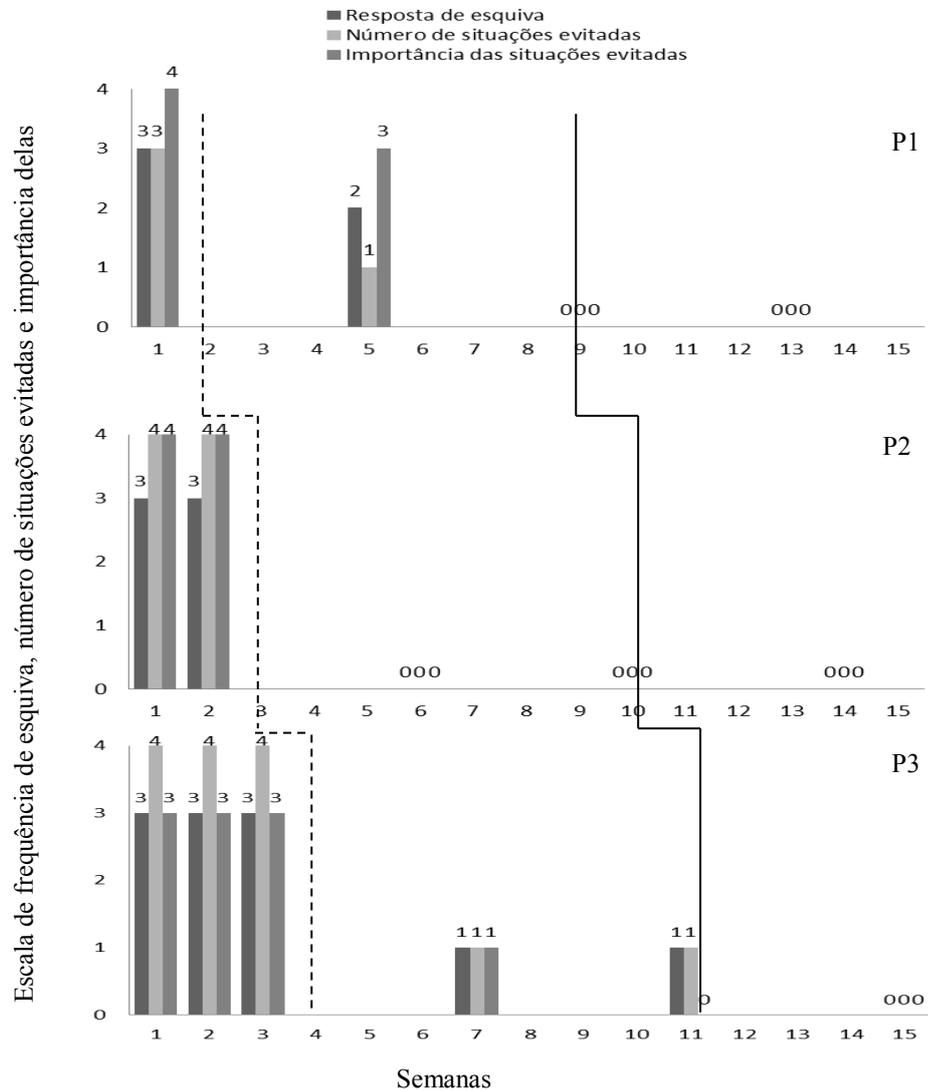
Existiram algumas oscilações na frequência dos episódios de Pânico para o Participante 3 nas três semanas iniciais referentes à linha de base, de forma que na Semana 1 apresentou de dois a três episódios, na Semana 2 nenhum e na Semana 3 apenas um episódio. Durante e após a intervenção, nas Semanas 7 e 11, não existiu a ocorrência de novos episódios.

Quanto à gravidade e intensidade, não existiram alterações durante a linha de base quando eles ocorreram, de forma que nas Semanas 1 e 3 foram classificados como moderados e tiveram da duração entre 1 e 10 minutos.

Na 4ª e na 8ª sessão, ocorridas nas Semanas 7 e 11 respectivamente, não ocorreram novos episódios, existindo uma diminuição da frequência dos episódios de Pânico após o início do protocolo. O participante permaneceu sem passar por novos episódios até a realização do *follow-up*.

5.3 Respostas de evitação relacionadas aos episódios de Pânico

Gráfico 3 – Respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância das situações evitadas nas semanas referentes à Linha de Base, 4ª sessão (metade da intervenção, 8ª sessão (fim da intervenção) e *follow-up*



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

• Participante 1

Na linha de base na Semana 1, observa-se que a participante apresentava resposta de esquiva frequente das situações temidas, existindo uma diminuição na frequência desse padrão já na metade da intervenção, quando relatou esquivar-se apenas ocasionalmente. Já na Semana 9, referente à oitava e última sessão do protocolo, houve uma diminuição desse

padrão, já que a participante não apresentou esquiva de nenhuma situação ao longo de sua última semana, o que se manteve na Semana 13, referente ao *follow-up*.

A quantidade de situações evitadas também reduziu durante a pesquisa. Na linha de base o número de situações evitadas pela P1 variava de quatro a oito situações, reduzindo para apenas uma situação na Semana 5 e nenhuma situação nas semanas 9 e 13, ao fim da intervenção e no *follow-up* respectivamente. Também foram identificadas alterações na importância que a participante atribuía às situações que evitava. Na linha de base, as situações evitadas eram consideradas extremamente importantes, enquanto que na metade da intervenção as situações que evitava eram consideradas como muito importantes. Já nas Semanas 9 e 13 a participante deixou de evitar essas situações consideradas como importantes.

Algumas falas da participante ilustram a redução do padrão de esquiva de situações relacionadas aos episódios de Pânico. A participante voltou a dirigir, se engajar em programações de lazer, a cantar na igreja e sair de casa com mais frequência.

Eu estou me sentindo mais leve porque tirei o peso de estar o tempo todo preocupada com o medo. Aquilo me travava em todas as áreas da minha vida. Bom ver que estou começando a caminhar com as minhas próprias pernas e ver as coisas começando a acontecer... as coisas que deixei de lado e achava que não ia mais conseguir fazer, como: dirigir, me cuidar, ter minha liberdade, ser independente... viver essa independência, ter momentos bons com meu bebê mesmo as vezes não estando tão bem, mas sabendo lidar com isso... vivendo mais com as pessoas que eu amo (...) Antes eu não dirigia e agora dirijo, antes não comia nada diferente e agora como, havia deixado de cantar e agora voltei. Estou até vendo com os músicos que tocavam comigo em casamento pra gente ver uma forma de retomar a banda. Vou falar com uma fotógrafa pra começar a divulgar no instagram. Eu voltei a sair mais, ir a lugares mais cheios, como supermercado, shopping e a igreja (8ª sessão).

• Participante 2

Durante as duas semanas em que ocorreu a linha de base, as respostas de esquiva permaneceram estáveis, existindo nas Semanas 1 e 2 esquiva frequente das situações temidas. A partir da metade da intervenção, na Semana 6 até o *follow-up*, na Semana 14, a participante relatou não mais haver esquiva durante a semana.

Quanto ao número e importância de situações evitadas, a esquiva abrangia diversas situações que eram avaliadas como extremamente importantes pela participante durante as condições de linha de base. Na Semana 6, referente à 4ª sessão do protocolo, observou-se uma diminuição, já que a participante relatou não ter havido nenhuma situação evitada relacionada aos episódios de pânico durante a semana. Na Semana 10 (fim do protocolo) observou-se

novamente ausência de situações evitadas ao longo da semana, mantendo-se assim também na Semana 13, referente ao *follow-up*.

Dessa maneira, observa-se uma diminuição do padrão de esquiva da participante. Os dados qualitativos complementam os quantitativos à medida que possibilitam observar que a frequência com que P2 saía de casa aumentou, como pode ser visto na fala abaixo:

Existiram melhoras. Eu já venho pra cá sozinha, já pego ônibus sozinha, acho que estou mais alegre, fui caminhar, fui passear no shopping. Eu já deço com a minha neta, vou comprar pão, compramos comida andando... depois subi com ela e não senti nada. Antes eu ficava achando que ia cair na rua (8ª sessão).

[...]

Antes era difícil ir pra lugares perto, como o comércio, a padaria pertinho... dava um medo horrível e as vezes eu não ia. Tinha medo de ir lá embaixo com a minha neta. Tinha medo de sentir algo e deixar ela sozinha. Agora eu já saio com ela, vou lá no prédio da minha irmã, a gente senta e conversa e depois eu vou pra casa. Agora já vou sozinha pro comércio e pra esses lugares perto. Vou nas lojinhas, na farmácia, na padaria. E quando eu vim pra cá agora não senti aquele nervoso que sentia antes. Foi tranquilo (follow-up).

• Participante 3

Durante as três semanas de linha de base, ocorridas nas Semanas 1, 2 e 3, não existiram alterações nas respostas de esquiva, ocorrendo frequentemente nesse período. Na Semana 7, referente à 4ª sessão do protocolo para esse participante, observou-se uma diminuição na frequência do padrão, pois o participante apresentou raras respostas de esquiva de situações temidas. Na Semana 11, referente ao fim do protocolo, o padrão de esquiva continuou diminuindo, de forma que o participante raramente apresentava respostas de esquiva de situações temidas. No *follow-up* as mudanças se mantiveram e foram ainda maiores, pois o participante relatou não haver esquiva.

Nota-se também a diminuição no número de situações evitadas pelo participante e na importância atribuída a elas após o participante ser exposto ao protocolo. Na linha de base o participante evitava diversas situações classificadas por ele como muito importantes. Na Semana 7, referente à 4ª sessão do protocolo para este participante, já se observou uma diminuição no número de situações evitadas para apenas uma durante a semana, classificada como pouco importante.

Na Semana 11, referente ao fim do protocolo, as respostas de esquiva continuaram diminuindo, de forma que o participante não evitou nenhuma situação ao longo da semana, mantendo-se dessa maneira no *follow-up*, na Semana 15. Observou-se então uma queda do padrão de evitação após passar pelo protocolo de intervenção. O P3 passou a se expor a

algumas situações que antes evitava, como congestionamentos ou viagens. Algumas falas corroboram com os dados quantitativos:

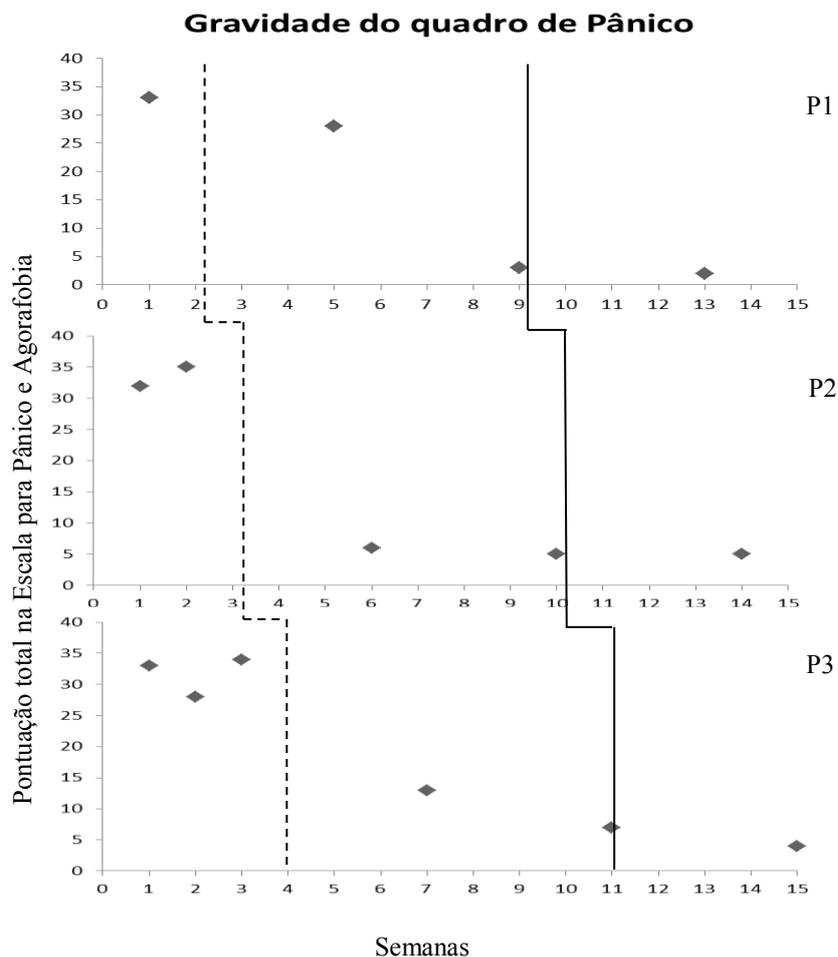
Hoje é diferente. Se me chamarem, digo bora. Se vou passar mal no caminho? Não sei. Agora que eu vou viajar, eu vou. (6ª sessão).

[...]

Hoje não tenho mais essa questão com congestionamento. Não vou dizer que desapareceu completamente. Mas não chega em 3%. Antes só de pensar que ia ter um congestionamento já me deixava abalado. Agora não. Tem congestionamento? Tem. Mas não sinto mais aquela inquietação de ter que sair dali, aquela agonia. Eu começava a suar, parecia que ia passar mal, tinha tontura. Hoje eu fico parado olhando o carro da frente e vou acompanhando o fluxo. Antes eu ia apenas por uma rota. Se me falassem de algum atalho eu nem testava, porque pensava: “tem muito congestionamento”. Depois comecei a experimentar e vi que realmente tem uns caminhos que reduzem uns 15 minutos da minha rota. E agora eu vou pelo que é mais rápido independente do congestionamento (follow-up).

5.4 Gravidade geral do quadro de Pânico

Gráfico 4 - Gravidade do quadro de Pânico dos participantes 1, 2 e 3 nas semanas referentes à linha de base, 4ª sessão (metade da intervenção), 8ª sessão (fim da intervenção) e *follow-up*



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

• Participante 1

Para P1, observou-se gravidade mais elevada na linha de base (33) e uma leve diminuição na metade da intervenção (28). Na última sessão de intervenção houve uma diminuição considerável na gravidade do quadro (3), diminuindo ainda mais na condição de *follow-up* (2).

• Participante 2

Em relação à P2, também se observou gravidade elevada no quadro na primeira semana da linha de base (33) e um pequeno aumento na segunda semana de linha de base, comparando-se com a primeira semana (35). Já na metade da intervenção, ocorrida na semana 6, foi possível identificar uma diminuição da gravidade do quadro (6), que continuou reduzindo até o fim da intervenção, na Semana 10 (5). No *follow-up* a diminuição foi mantida (5) e a gravidade do quadro não sofreu alterações em relação à última semana de intervenção.

• Participante 3

P3 também apresentou escores mais altos na gravidade do quadro de Pânico durante as três semanas em que permaneceu em linha de base (33, 28, 34), havendo pequenas oscilações entre as três semanas. Na metade da intervenção já foi observado uma queda notável na gravidade do quadro (13), que permaneceu reduzindo até o fim da intervenção (7). No *follow-up* as melhoras foram mantidas e a gravidade continuou reduzindo em relação ao fim da intervenção (4).

Dessa forma, foi possível identificar a diminuição considerável na gravidade do quadro de Pânico em todos os participantes da pesquisa após passaram pela intervenção. É importante destacar que as melhoras já começaram a ser observadas em todos eles desde a metade da intervenção, diminuindo ainda mais ao fim do protocolo e sendo mantidas no *follow-up*, mesmo após um mês sem intervenção.

5.5 Efeito do Protocolo sobre as Respostas-alvo

• Participante 1

As respostas alvo estabelecidas para a P1 foram: aumentar frequência de atividades direcionadas a sua independência, como: voltar a dirigir, aumentar a frequência com que saía de casa e voltar para o seu apartamento. Para essa participante, o protocolo produziu efeitos sobre ações direcionadas à independência, como voltar a dirigir e sair de casa com mais frequência. P1 voltou a dirigir, inclusive para locais distantes de sua residência e em congestionamentos e passou a sair com mais frequência para locais como: supermercado, casa de seus pais e momentos de lazer com o marido. A resposta de voltar para o seu apartamento foi alcançada parcialmente. As falas a seguir ilustram esses dados.

Desde aquele dia eu tenho dirigido direto. Eu já dirigi mais de três vezes. Não é fácil, mas eu vi que consigo. Achava que era um bicho de sete cabeças, achava o tempo todo que ia passar mal e agora quando vem qualquer pensamento eu já sei que é só eu continuar que eu vou conseguir, que vai passar. E aí eu prefiro fazer as coisas mesmo sentindo alguma coisa do que não fazer. Eu não estou mais procurando atalhos, sempre procurava, onde tinha uma rua pra me esconder de avenida eu me escondia. Hoje tive até a oportunidade, mas preferi ir pela avenida, mesmo com as mãos suando. Eu me sinto tão bem e independente quando dirijo. Quando eu vou pegar o carro vem palpitação, mãos suando, fico tensa, mas ao mesmo tempo me dá uma sensação muito boa de liberdade (8ª sessão).

[...]

Sobre voltar pro apartamento: a minha sogra e a tia vão viajar dia 29 e eu fiz um acordo com elas. Eu queria muito ir nesse fim de semana, mas ela começou a querer chorar. Então combinei que dia 30 a gente vai embora, porque elas não estarão em casa e não terá sofrência. Dia 30 a gente se muda, está tudo certo já. Estou muito feliz! Eu falei pro meu marido: ou tu me acompanha ou eu vou sozinha, aí ele disse que então nós iríamos (follow-up).

• Participante 2

As respostas alvo estabelecidas para a P2 foram: se engajar em ações direcionadas a retomada de sua independência e autonomia, como: sair para resolver pendências sozinha (consultas, banco, mercado próximo de sua casa) e aumentar momentos de lazer.

Observou-se que a P2, que possuía nível de escolaridade mais baixo, sentia dificuldade, com frequência, na compreensão de alguns conceitos, explicações, metáforas e exercícios experienciais e apresentava dúvidas sobre as tarefas de casa solicitadas. No entanto, ainda assim muitas melhoras puderam ser observadas.

Observou-se que a P2 retomou parte de sua autonomia e independência à medida que passou a sair sozinha com mais frequência. Embora tivesse pensado em desistir da participação da pesquisa no início, a participante permaneceu até o fim e a partir da metade das sessões passou a ir sozinha de *Uber*, sem acompanhamento dos filhos. Além disso, saiu algumas vezes de ônibus, fez caminhada sozinha e começou a passear sem acompanhante nas áreas próximas de sua casa.

E eu fui na médica terça feira de ônibus sozinha. Fui sozinha, não senti nada. Só fiquei nervosa no elevador (...) Fui sozinha no ônibus, subi, esperei mais de três horas pra ser atendida. Ai terminei tudo, peguei meu ônibus de volta e fui pela Praia Grande. Não senti nada, graças a Deus (4ª sessão).

[...]

Antes era difícil ir pra lugares perto, como o comércio, a padaria pertinho... dava um medo horrível e as vezes eu não ia. Tinha medo de ir lá embaixo com a minha neta. Tinha medo de sentir algo e deixar ela sozinha. Agora eu já saio com ela, vou lá no prédio da minha irmã, a gente senta e conversa e depois eu vou pra casa. Agora já vou sozinha pro comércio e pra esses lugares perto. Vou nas lojinhas, na farmácia, na padaria. E quando eu vim pra cá agora não senti aquele nervoso que sentia antes. Foi tranquilo (follow-up).

Além de aumentar a frequência com que saía sozinha para resolver demandas, observou-se um aumento nos momentos de lazer, como as caminhadas, idas ao comércio e ao shopping. Por último, na sessão de *follow-up* a P2 relatou que já havia marcado com o pai de viajar para ver a família no interior do estado, e que iria sozinha. “*Eu já marquei com papai que vou na Semana Santa pro interior. Eu quando receber o dinheiro vou guardar pra ir. Eu já botei na cabeça que vou passar a Semana Santa lá e vou sozinha (follow-up)*”.

• Participante 3

As respostas alvo estabelecidas para o P3 foram: aumentar a frequência com que o participante se engajava em atividades que proporcionassem prazer e bem-estar, como em atividades de lazer ou pesquisando alternativas de trabalho mais direcionadas a esses valores.

O objetivo relativo a aumentar atividades de lazer foi alcançado à medida em que o P3 passou a se engajar em algumas ações, como: se engajar com mais frequência em atividades relacionadas a lazer, principalmente com a família:

Eu tenho procurado sair nos fins de semana, vou à casa do meu irmão que mora longe. Só a viagem já tira a rotina de estar dentro de casa. Nesse período fui uma vez no shopping, fui nesse evento de casal, só ainda não fomos à praia. Fui pra um aniversário, fui pra um churrasco da família (...) Alterou muito, antes eu não saía, era zerado, lazer era quase zero. Era muito raro. Quando as pessoas me chamavam

eu dava desculpa. Eu me sinto diferente do que era. Eu estou conseguindo aos poucos retomar as pessoas que eu era: alegre, que brincava, se divertia (follow-up).

P3 também alcançou de forma parcial o objetivo de buscar outras alternativas de trabalho, pois pesquisou profissões que favorecessem com que vivesse uma rotina mais flexível e com mais momentos de prazer e bem-estar. Embora ha alguns anos tivesse abandonado a profissão de motorista de ônibus para evitar situações que produziam desconforto, como congestionamentos, neste momento optou por pesquisar a profissão de motorista de *Uber*.

Estou priorizando pesquisar o aplicativo do Uber. Esse mês vou ter 15 dias de férias e vou usar como um teste prático como funciona, porque na teoria já tenho tudo estudado. Estou bem animado e caso esses dias sejam o que eu espero, eu vou pedir pra sair do escritório. Espero que seja um trabalho mais flexível em relação aos horários pra que possa estar mais com meus filhos. Posso pegar eles e dar uma volta, ir ao shopping [...] (follow-up).

5.6 Avaliação de Aderência ao Protocolo

Tabela 1 – Avaliação total de aderência ao protocolo e avaliação de aderência ao protocolo para cada participante nas sessões 2, 4 e 6 por cada avaliador

Participante 1				Aderência ao protocolo participante/avaliador
	Sessão 2	Sessão 4	Sessão 6	
Avaliador 1	100%	100%	100%	100%
Avaliador 2	100%	91,7%	100%	97%
Participante 2				
	Sessão 2	Sessão 4	Sessão 6	
Avaliador 1	91,7%	100%	100%	97%
Avaliador 2	100%	91,7%	100%	97%
Participante 3				
	Sessão 2	Sessão 4	Sessão 6	
Avaliador 1	100%	100%	100%	100%
Avaliador 2	100%	91,7%	100%	97%
Aderência ao protocolo total				98%

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

O percentual total de aderência ao protocolo na pesquisa foi de 98%, o que mostra que a pesquisadora/terapeuta seguiu o protocolo conforme planejado praticamente de forma integral, portanto que os resultados encontrados podem ser atribuídos ao protocolo implementado.

6 DISCUSSÃO

6.1 Flexibilidade psicológica e atenção plena

Os resultados demonstraram que a ACT produziu efeitos nas habilidades que propõe como objetivo, como flexibilidade psicológica e atenção plena. Todos os participantes apresentavam um alto padrão de inflexibilidade psicológica no início da intervenção e buscavam evitar não apenas situações, mas principalmente eventos encobertos, como pensamentos, memórias e qualquer sensação física relacionada aos episódios. Esse padrão trazia limitações significativas para suas vidas, conforme apontam Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2003) no primeiro livro sobre ACT, já que deixavam de se engajar em ações direcionadas aos seus valores de vida, como independência, no caso da P1 e P2, por exemplo.

Foi possível observar que o aumento no nível de flexibilidade psicológica ocorreu desde a 4ª sessão do protocolo, com exceção da P1, onde existiu uma leve queda neste momento. No entanto, é importante ressaltar que P1 relatou que o que ela acredita que contribuiu para que pontuasse menos no AAQ-II na 4ª sessão do que na linha de base que antes da intervenção ainda não tinha conhecimento amplo de seu quadro, o que favoreceu com que optasse por opções do instrumento que sugeriam um nível de flexibilidade psicológica maior do que o que realmente possuía naquele momento. Ou seja, de acordo com a P1, o nível de flexibilidade psicológica que possuía na linha de base era menor do que o apontado no gráfico e possivelmente não existiram pioras na metade da intervenção, como o gráfico sugere. Esse dado pode indicar que uma quantidade reduzida de sessões de intervenção ACT, nas quais processos como desesperança criativa, aceitação, valores e momento presente sejam trabalhados, já pode produzir efeitos no nível de flexibilidade psicológica dos indivíduos. Porém, ao longo das sessões o nível de flexibilidade psicológica continuou crescendo e na 8ª sessão, ao fim da intervenção, para todos os participantes esse nível aumentou ainda mais e os ganhos foram mantidos no *follow-up*.

O dado encontrado nesta pesquisa é compatível com o pressuposto da ACT de que o padrão de controle de eventos psicológicos está no centro do desenvolvimento das “psicopatologias”, como foi possível observar nas condições de linha de base (HAYES; STROSHAL; WILSON, 1999/2003; CLARKE *et al.*, 2012; HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012). A cultura de fato parece ter um papel fundamental quando ensina que não se pode sentir o que é desagradável, pois observaram-se alguns contextos socioverbais como avaliar, dar razão e fusão cognitiva nas falas de todos os participantes: P1: “É uma sensação

horível” (avaliar), P2: “*preciso ficar boa, para então viajar*” (dar razão) e P3: “*me transformei em uma pessoa triste, não tenho vontade de nada*” (fusão).

O aumento do nível de flexibilidade psicológica durante e após a intervenção torna-se ainda mais relevante quando se referem a indivíduos que já haviam passado por intervenções anteriores com psicofármacos e/ou psicoterapia, mas ainda assim apresentavam limitações significativas em sua vida. As melhoras obtidas podem sugerir que aceitar entrar em contato com os eventos psicológicos no lugar de controlá-los ajudou os participantes a agirem em direção aos seus valores, o que conseqüentemente reduziu as limitações encontradas por eles anteriormente.

Estudos anteriores encontraram dados semelhantes sobre os efeitos do desenvolvimento de uma postura de aceitação dos eventos psicológicos presentes no Pânico em comparação com uma postura de controle. Eifert e Heffner (2003) concluíram que os participantes que foram instruídos a desenvolver uma postura de aceitação diante de uma estimulação aversiva semelhante a um episódio de Pânico se engajaram com menos frequência em respostas de esquiva do que os participantes que adotaram uma postura de controle. Enquanto isso, Levitt *et al.* (2004), quando compararam os efeitos de uma postura de aceitação *versus* de supressão emocional em pacientes com Pânico, encontraram que apesar os relatos de sensações de Pânico e as medidas fisiológicas não diferirem, o grupo de aceitação se esquivou menos da exposição e se mostrou mais disposto a passar pelo experimento novamente.

Observou-se também um aumento crescente no nível de atenção plena de todos os participantes da condição de linha de base até o fim do protocolo, na 8ª sessão. O que pode ter contribuído para o desenvolvimento dessa habilidade foi o fato de serem expostos a exercícios de *mindfulness* durante todas as sessões do protocolo e de serem incentivados a praticar os exercícios diariamente nas Tarefas de Casa solicitadas pela pesquisadora-terapeuta a cada sessão. Estes dados coincidem com os encontrados por Meuret *et al.* (2012), que observaram aumento nos níveis de habilidades *mindfulness* em indivíduos com Pânico com ou sem Agorafobia após passarem por sessões de ACT sozinha ou combinada com exposição.

Na mesma direção, Gloster *et al.* (2015), no estudo com indivíduos diagnosticados com Pânico que não responderam a tratamentos anteriores, também encontraram um desenvolvimento de *mindfulness* mais significativo no grupo que passou pela intervenção ACT do que no grupo que permaneceu em lista de espera. Portanto, percebe-se que a ACT tem sido capaz de favorecer a postura de atenção plena, que é uma das habilidades que se propõe a desenvolver a partir do modelo do hexágono de flexibilidade psicológica, em

especial por meio do processo “momento presente” (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003; HAYES; PISTORELLO; BIGLAN, 2008; HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012).

No entanto, na condição de *follow-up* observou-se que embora o nível de atenção plena dos participantes permanecesse maior do que na condição de linha de base, diminuíram se comparados ao momento em que ocorreu a última sessão do protocolo. Na sessão de *follow-up*, ao serem questionados sobre a manutenção das estratégias aprendidas ao longo da intervenção, os três participantes expressaram que a frequência com que praticavam os exercícios de *mindfulness* reduziu de forma significativa. Dessa maneira, observa-se que a atenção plena é uma postura que requisita prática constante para ser desenvolvida e mantida (KABAT-ZINN, 2011), já que é uma proposta que contrasta com muito do que é ensinado na cultura ocidental.

Os dados, então, demonstram que a ACT pode ser útil no desenvolvimento da habilidade de *mindfulness* em indivíduos com Pânico, o que é extremamente relevante em especial diante deste quadro, pois desta maneira os indivíduos podem responder ao momento presente tal como se apresenta, adotando uma postura de abertura diante dele. De acordo com Hayes, Pistorello e Levin (2012) a ACT utiliza *mindfulness* para promover um contato focado, voluntário e flexível com o momento presente. Isto é útil para os indivíduos com Pânico para que respondam mais sob controle do que estão de fato sentindo no momento do que sobre o que poderiam vir a sentir, como um novo episódio. Além disso, favorece a postura de experienciar suas sensações corporais apenas como elas são, diminuindo o padrão de avaliar que elas representam o início de um novo episódio de pânico e conseqüentemente reduzindo a tentativa de controle sobre elas.

6.2 Frequência, intensidade e duração

Quanto à frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico, foi possível observar que em geral reduziram após os participantes passarem pela intervenção. Ressalta-se que P1 sofreu um leve aumento na frequência e na intensidade dos episódios da condição de linha de base para a Semana 5, quando ocorreu a 4ª sessão do protocolo. Na Semana 5, P1 de fato, relatou no início da sessão a ocorrência de mais episódios de Pânico durante a semana do que o que vinha tendo habitualmente e os avaliou como muito intensos: “*Eu tive crises de pânico muito ruins essa semana*”. Nesta frase é possível observar a ocorrência de um dos

contextos socioverbais que contribui para problemas cínicos, que é o de avaliar (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003).

Um dos efeitos de avaliar eventos psicológicos no lugar de descrevê-los é que essa postura favorece o padrão de fuga e esquiva destes eventos e a busca por controlá-los, como P1 relatou fazer em um primeiro momento:

Eu estava dando de mamar pro meu bebê e meu marido estava dormindo. Quando comecei passar mal e ele acordou, eu já fui logo quase desmaiando e pedi pra ele segurar o bebê porque não estava bem. Comecei a me abanar, andar pelo quarto, respirando e respirando e nada [...] até que quando eu cheguei perto de uma cômoda a minha vista ficou preta [...] preta que se eu não me segurasse iria cair.

No entanto, embora tenha avaliado o episódio como grave e tenha em um primeiro momento se engajado em estratégias de controle, P1 lembrou de colocar em prática o exercício realizado em sessão “Observando em vez de Reagir a Ansiedade”: “*Aí peguei o áudio, fui fazendo o que você estava mandado, fui respirando e aos poucos foi passando, fui me acalmando e me acalmando*”.

Observa-se então que apesar de na Semana 5 não existirem melhoras em relação à frequência e intensidade dos episódios de Pânico, a reação diante deles em um segundo momento foi diferente, pois a participante aceitou entrar em contato com as sensações no lugar de continuar se engajado em respostas de controle. A mudança de postura e o desenvolvimento de habilidades importantes podem ter contribuído para que nas semanas seguintes em que o instrumento fosse aplicado não existisse a ocorrência de novos episódios. No entanto, embora P1 não tenha apresentado nenhum episódio de Pânico no *follow-up*, relatou ter passado por dois episódios durante o mês que ficou sem sessão. De fato, a redução da frequência dos episódios de Pânico, apesar de ter ocorrido em parte, não é um objetivo da ACT e nem um resultado esperado, pois de acordo com Hayes (2004) a ACT têm como objetivo desenvolver repertórios comportamentais amplos – atenção plena, valores, ações com compromisso e aceitação – no lugar de eliminar sintomas.

Quanto à P2, a frequência, a intensidade e a duração permaneceram estáveis já que não passava por novos episódios há alguns meses, se mantendo assim ao longo da intervenção. Esse dado pode sugerir que apesar de algumas estratégias ACT proporem a exposição do indivíduo a sensações presentes no quadro de Pânico a fim de que desenvolvam a postura de aceitação, isto não significa que o indivíduo necessariamente passará por novos episódios, embora possa existir esse risco.

Já P3 passava por uma média de dois a três episódios de Pânico por semana antes da intervenção com intensidade moderada e já na 4ª sessão do protocolo observou-se redução, pois não passou por mais nenhum episódio durante e a após a intervenção. P3 relatava que ainda sentia sensações características dos episódios de Pânico em alguns momentos, no entanto ao mudar a forma de reagir a elas, elas não aumentavam a ponto de fazer com que o participante passasse por um episódio:

Antes quando eu sentia já era o impacto do disparo do coração, da crise, e agora é como se desse só uma balançadinha, um princípio de tontura. Mas aí continuo fazendo o que estou fazendo e aquilo não volta ou não aumenta como antes, de forma progressiva. Agora isso não se sustenta ou não desencadeia uma crise [...]. Acho que mudou a forma como eu lido com essas questões. Antes eu ficava preocupado com o que sentia, agora já penso que se tiver que acontecer vai acontecer. Hoje tento lidar com esses sentimentos mais naturalmente.

Com esse relato é possível perceber que as sensações físicas continuavam ocorrendo, mas P3 desenvolveu flexibilidade na forma de responder a elas. P3 modificou a forma de reagir a essas sensações à medida que se permitia apenas experienciá-las, reduzindo os padrões de avaliação, julgamento e controle sobre o que estava sentindo, o que pode ter prevenido a ocorrência de novos episódios.

Craske e Barlow (2016) apontam que em quadros de Pânico, os indivíduos passam a ter “medo de ter medo” ou observa-se um “aumento da sensibilidade à ansiedade”. Assim, o indivíduo passa a responder aos eventos psicológicos típicos da ansiedade como se representassem riscos de consequências físicas, psicológicas e sociais para além do desconforto imediato.

Na perspectiva da ACT, de acordo com Törneke, Luciano e Salas (2008), devido ao responder bidirecional alguns tipos de sensações, memórias ou emoções podem adquirir função aversiva ao longo da história de vida do indivíduo, tornando-se algo que passa a ser evitado, contribuindo para o desenvolvimento da esquiva experiencial. Ainda segundo os pressupostos da ACT é a avaliação e a busca pelo controle desses eventos que tende a favorecer o desenvolvimento das “psicopatologias”, já que o controle, por não ser efetivo, produz ainda mais sofrimento: o indivíduo passa a sofrer por estar sentindo (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003; HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012).

Dessa maneira, o indivíduo passa a sentir o “medo” de ter um novo episódio e das implicações que este pode produzir sempre que sente algumas das sensações nele presentes. No entanto, segundo Törneke, Luciano e Salas (2008), se o indivíduo conseguir descolar-se dos seus eventos psicológicos e desenvolver a noção do EU como apenas o *contexto* em que

essas experiências ocorrem, o padrão de esquiva experiencial pode ser enfraquecido. Dessa maneira, possivelmente após P3 ser exposto ao protocolo ACT, pôde passar a responder às sensações corporais, que antes estavam relacionadas aos episódios de Pânico, como apenas experiências, não engajando-se conseqüentemente em estratégias de controle e portanto reagindo de maneira mais flexível, aceitando-as (TÖRNEKE; LUCIANO; SALAS, 2008).

De acordo com Hayes, Pistorello e Levin (2012) a aceitação não tem um fim em si mesmo e deve estar a serviço dos valores dos indivíduos. Dessa maneira, ao desenvolverem essa postura mais flexível diante de seus eventos psicológicos, o número de ações valorizadas possivelmente aumentou e o de esquiva diminuiu. Os dados mostram que as respostas de esquiva, o número de situações evitadas e a importância delas reduziu em todos os participantes após passarem pela intervenção. Dessa maneira, é possível que ao se exporem com mais frequência a situações anteriormente evitadas e às sensações físicas por elas eliciadas, os participantes possam ter tido mais oportunidade de praticar a postura de aceitação, reduzindo então o nível de desconforto produzido nestes momentos e prevenindo conseqüentemente novos ataques de Pânico. No entanto, vale ressaltar que esta é apenas uma hipótese, pois os dados disponíveis não permitem saber se a redução do padrão de evitação ocorreu antes da diminuição da frequência, intensidade e duração dos episódios.

6.3 Respostas de esquiva, número de situações evitadas e importância das situações evitadas

Observou-se que na linha de base todos os participantes apresentavam um forte padrão de esquiva, que se manifestava na alta frequência com que evitavam situações, no grande número de situações que evitavam e no grau de importância dada a essas situações. Os dados, em especial o relacionado à importância das situações evitadas, trazem indícios importantes de que o padrão de esquiva contribuía para o distanciamento de seus valores de vida, produzindo sofrimento.

Na metade da intervenção, quando já haviam sido trabalhados alguns processos da ACT, como aceitação e desfusão cognitiva, verificou-se uma redução no padrão de esquiva de todos os participantes, embora o foco principal ainda não fosse incentivar o engajamento em ações direcionadas aos valores. Ao fim da intervenção e no *follow-up* as melhoras foram ainda maiores e os participantes alcançaram o objetivo de se expor a diferentes situações, em especial às que envolvessem ações direcionadas a valores mesmo na presença do medo de passar por um novo episódio de Pânico. Esse dado difere do encontrado por Gloster *et al.*

(2015), que não encontraram diferenças significativas nos efeitos sobre as evitações agorafóbicas entre o grupo que passou pelo protocolo ACT e o grupo que permaneceu em lista de espera, embora a ACT tivesse produzido mais melhoras na gravidade do quadro de Pânico e no funcionamento geral dos participantes.

Observou-se então que a ACT produziu efeitos na diminuição do padrão de evitação em todos os participantes. Para a ACT, este é um resultado importante, pois busca-se a redução da esquiva experiencial e conseqüentemente das situações que eliciam os eventos psicológicos considerados incômodos (HAYES; PISTORELLO; LEVIN, 2012; FRIARY, 2015). A redução do padrão de evitação é também compatível com o seu principal objetivo: contribuir para que o indivíduo viva uma vida agindo em direção ao que se considera importante, mesmo que eventos psicológicos aversivos surjam ao longo do caminho, no lugar de agir com o intuito de fugir do sofrimento (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003; SORIANO; SALAS, 2006; HAYES; PISTORELLO, LEVIN 2012; SABAN, 2015, FRIARY; 2015).

Os resultados relativos aos efeitos da ACT sobre o padrão de evitação são extremamente relevantes também porque a quantidade de limitações produzidas na vida do indivíduo é um dos critérios para definir se ele está inserido em um quadro de Pânico. Conforme o DSM-5 (2014), além da ocorrência dos episódios de Pânico, um dos critérios para o diagnóstico de “Transtorno” do Pânico é que o indivíduo sente uma preocupação persistente em ter outros ataques ou com suas conseqüências e passa a evitar a ocorrência deles.

Ainda sobre o padrão de evitação e sua relação com o desenvolvimento e gravidade do quadro de Pânico, Salkovskis (1998) apontou que embora apenas três a cinco por cento da população possuísse diagnóstico de Pânico naquele momento, 35% já haviam experimentado episódios de Pânico. Para Eifert e Forsyth (2005), o que explica essa diferença é justamente o desenvolvimento de um alto padrão de evitação em alguns indivíduos e em outros não. Segundo os autores, provavelmente a parcela que não desenvolve o quadro de Pânico não evita situações consideradas importantes por medo de passar por um novo episódio. É possível, então, que a diminuição do padrão de evitação dos participantes possa ter sido uma das variáveis que contribuíram para a redução da gravidade do quadro de Pânico nos participantes da pesquisa.

6.4 Efeitos sobre a gravidade do quadro de Pânico e ações valorizadas

Os dados mostraram que o protocolo ACT para ansiedade produziu efeitos sobre o quadro de Pânico em todos os participantes da pesquisa. A gravidade do quadro reduziu nos três participantes durante o protocolo e após passarem por ele. Esse dado coincide com o de Weserbe *et al.* (2017) que também encontraram melhoras no nível de gravidade do quadro de Pânico após os participantes da pesquisa passarem por intervenção ACT isoladamente ou acompanhada de estratégias de exposição. Os dados encontrados por Gloster *et al.* (2015) com indivíduos com Pânico que não haviam respondido a intervenções anteriores, também vão na mesma direção, já que o grupo que passou pelo protocolo ACT teve uma melhora maior na gravidade do quadro do que o grupo de lista de espera.

Além do presente estudo e do realizado por Gloster *et al.* (2015), outras pesquisas têm demonstrado que a ACT pode ser eficaz para indivíduos com diferentes quadros psiquiátricos que não responderam de forma satisfatória a intervenções anteriores. Clarke *et al.* (2012) encontraram melhoras em variáveis como sintomas de depressão, qualidade de vida e esquivia experiencial em um grupo de indivíduos com quadros psiquiátricos heterogêneos que não obtiveram sucesso e intervenções anteriores. Hayes *et al.* (2004a) identificaram que a ACT produziu efeitos mais prolongados em indivíduos com abuso de substâncias e algumas comorbidades, como quadros de ansiedade ou personalidade, que haviam resistido a intervenções anteriores. Dessa forma, é possível inferir que a ACT pode ser uma alternativa para indivíduos que não responderam a outros tipos de intervenção por trabalhar com o desenvolvimento de classes amplas de respostas e não apenas redução de sintomas (CLARKE *et al.*, 2012; HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003). Na mesma direção Hayes, Pistorello e Levin (2012) afirmam que a ACT é voltada para mudança em seres humanos em geral, e não focada em diagnósticos.

Além disso, observou-se que a ACT favoreceu o alcance dos objetivos individuais de cada participante de forma completa ou parcial. Todos os participantes passaram a se engajar com mais frequência em ações valorizadas e a discrepância entre o que valorizavam em diferentes áreas da vida e o quanto se engajavam nesse sentido pôde ser reduzida. P1 voltou a dirigir e voltou para o seu apartamento, P2 passou a sair de casa sozinha com mais frequência e planejou uma viagem para visitar familiares e P3 passou a se engajar em mais atividades de lazer com sua família e pesquisou outras alternativas de trabalho. A diminuição na discrepância entre a importância atribuída aos valores e a frequência de ações direcionadas aos valores também foi encontrada nos participantes com Pânico da pesquisa realizada por Weserbe *et al.* (2017). Os autores também concluíram que a ACT pode ser eficaz no aumento

de ações direcionadas a valores e conseqüentemente também no aumento do funcionamento dos participantes.

Os dados também coincidem com os encontrados por Ribero-Marulanda e Agüledo-Colorado (2016) em um estudo realizado com duas mulheres com padrão de esquiva experiencial utilizando delineamento experimental de sujeito único. Os resultados demonstraram que após passarem por sete sessões de ACT, as participantes desenvolveram, se comparado ao pré-teste, as habilidades que a ACT propõe: aceitação, desfusão cognitiva, atenção plena, *self* como contexto, valores e ações com compromisso, o que contribuiu para que vivessem de forma menos limitada e agissem em direção aos que valorizavam.

Os resultados demonstraram que a ACT foi além dos objetivos propostos, pois desenvolveu flexibilidade psicológica nos indivíduos conforme previsto e, possivelmente como consequência, reduziu a gravidade dos sintomas presentes no quadro de Pânico, o que não era um foco inicialmente. Esses dados são compatíveis com os que apontam que a flexibilidade psicológica possui correlação significativa com quadros de ansiedade, em especial o Pânico (TULL; ROEMER, 2007). Além disso, outros dados demonstraram que a alta frequência e gravidade de eventos psicológicos que envolvem pânico são mais comuns em indivíduos com baixa flexibilidade psicológica (KELLY; FORSYTH, 2009). Sendo assim, os dados obtidos podem ser incorporados a um conjunto de evidências de que o modelo de flexibilidade psicológica pode favorecer resultados em diferentes problemas comportamentais, como *burnout*, depressão, psicose, e ansiedade (BARBOSA; MURTA, 2014).

Diante do exposto, as hipóteses iniciais da pesquisa foram confirmadas, na medida em que se observou: 1) aumento do nível de flexibilidade psicológica; 2) aumento do nível de atenção plena; 3) diminuição na frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico, mesmo não sendo o objetivo principal da intervenção e; 4) redução na frequência de respostas de evitação das situações relacionadas aos episódios de Pânico. Possivelmente, o desenvolvimento de habilidades que a ACT visa desenvolver, como atenção plena e flexibilidade psicológica, contribuíram para uma maior exposição dos indivíduos a situações relacionadas ao quadro e às próprias sensações consideradas aversivas. À medida que se expõe, o indivíduo tem a oportunidade de aprender a lidar com essas sensações de forma mais flexível, retoma a caminhada em direção a seus valores, reduz posturas de julgamento, avaliação e tentativa de controle e, então, a probabilidade de episódios tende a diminuir como um efeito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que o protocolo ACT utilizado na pesquisa produziu efeitos nos níveis de flexibilidade psicológica e atenção plena; frequência, intensidade e duração dos episódios de Pânico; padrão de evitação de situações relacionadas ao Pânico e que contribuiu para uma diminuição na gravidade do quadro de todos participantes da pesquisa.

Considerando a baixa quantidade de estudos encontrados na literatura internacional e nacional que investiguem os efeitos da ACT para Pânico, esta pesquisa trouxe dados relevantes. Os resultados encontrados podem contribuir para o movimento da Prática Baseada em Evidências pela Psicologia, na medida em que aliados a outros já presentes na literatura (GLOSTER *et al.*, 2015; MEURET *et al.*, 2012; WESERBE *et al.*, 2017) contribuem com um acúmulo maior de evidências de eficácia da ACT para indivíduos com Pânico com/sem Agorafobia, tornando-a mais forte empiricamente e conseqüentemente favorecendo o avanço científico da psicologia clínica.

Nesta direção, a proposta da ACT de desenvolver flexibilidade psicológica no lugar de apenas visar a redução de sintomas pode ser uma alternativa para demandas crescentes relacionadas à ansiedade. As contribuições do desenvolvimento da aceitação no lugar do controle de eventos psicológicos aversivos, embora seja uma postura que vai na contramão da cultura ocidental de busca por bem-estar e de intolerância ao sofrimento, parecem ser úteis para ansiedade, especialmente em indivíduos que não apresentaram resultados satisfatórios em intervenções anteriores.

Chama-se atenção também para o reduzido número de sessões necessárias para que os efeitos fossem observados. Melhoras em algumas variáveis, como flexibilidade psicológica, atenção plena e padrões de evitação foram observadas desde a 4ª sessão de intervenção, com melhoras ainda maiores na 8ª. A duração do processo foi curta se comparada à duração de outras modalidades de psicoterapia que não utilizam protocolos de intervenção. Dessa maneira, a utilização do protocolo ACT pode ser uma alternativa para o indivíduo que busca assistência em consultórios particulares de psicologia, mas também para o serviço público de saúde, no qual existe uma grande demanda e, portanto, a necessidade de intervenções breves para uma maior rotatividade dos atendimentos.

Algumas limitações encontradas no estudo foram: a dificuldade de receber encaminhamentos por parte dos psiquiatras, o tempo reduzido para a realização da intervenção e a utilização de instrumentos de autorrelato. O que pode ter contribuído para a dificuldade de encaminhamento pelos psiquiatras foi a falta de informações que possuíam a

respeito da ACT. Foi necessário que a pesquisadora-terapeuta apresentasse a proposta, além de alguns resultados obtidos pela ACT em diferentes queixas comportamentais presentes na literatura. Fica evidente a necessidade de psicoterapeutas, em especial que utilizem ACT no contexto nacional, divulgarem as informações e progressos dessa modalidade de psicoterapia para além dos muros do consultório e academia. Apenas desta maneira é possível um diálogo mais estreito com profissionais da saúde de outras áreas, como a psiquiatria.

Sobre o tempo de intervenção e quantidade de sessões realizadas, no primeiro momento foi necessário que fosse reduzido por se tratar de uma pesquisa submetida a prazos e normas da instituição. No protocolo original de ACT para “Transtornos” de Ansiedade (EIFERT; FORSYTH, 2005) os autores sugerem a realização de 12 sessões intervenção, de forma que foram removidas as quatro últimas sessões do original para a tradução e adaptação do protocolo utilizado na pesquisa. As quatro sessões retiradas tinham como principal objetivo fortalecer as ações com compromisso do indivíduo e lidar com as barreiras necessárias. Embora com apenas oito sessões o protocolo tenha produzido efeitos, pode ser útil estender o número de sessões para 12 ou mais, em especial se o indivíduo paralisar diante das barreiras. Nesse caso, Eifert e Forsyth (2005) reiteram a importância de trabalhar novamente estratégias que visem a promoção de aceitação dos eventos psicológicos considerados aversivos.

Outra limitação ocasionada pelo tempo reduzido devido aos prazos da instituição foi que o *follow-up* precisou ser realizado após quatro semanas da última sessão de intervenção. Avalia-se que esse é um intervalo curto para afirmar sobre a manutenção dos ganhos. Logo, pesquisas futuras podem buscar realizar o *follow-up* após três e/ou seis meses da última sessão.

Outra possível limitação do protocolo é que foram observadas diferenças em sua condução de acordo com a escolaridade dos participantes, como no caso da P2. Algumas estratégias que podem ajudar e que foram utilizadas pela pesquisadora-terapeuta são: criar um contexto acolhedor que favoreça a expressão de dúvidas e fornecer explicações mais detalhadas, utilizando linguagem mais simples, fornecendo uma quantidade maior de exemplos e avaliando a compreensão ao final. Caso não seja suficiente, pode ser necessário também fazer adaptações no protocolo, utilizando metáforas mais simples, exercícios experienciais mais curtos ou uma quantidade menor de tarefas de casa nesses casos.

Foi também observada uma limitação proveniente do uso de instrumentos de autorrelato. Mesmo que o pesquisador busque fornecer as instruções necessárias e esclarecer os conceitos presentes, é difícil afirmar com certeza que o participante irá preencher o

instrumento de forma correspondente à que realmente responde em seu contexto natural. Isto porque o participante pode ainda não possuir – em especial nas primeiras aplicações – um amplo conhecimento sobre os conceitos que estão sendo avaliados, como geralmente é o caso da flexibilidade psicológica e atenção plena. Além disso, os participantes podem não possuir um nível de autoconhecimento necessário sobre seus sentimentos, pensamentos, o que pode influenciar nas respostas dadas aos instrumentos, como foi observado no caso da P1 na condição de linha de base. Outro ponto importante é que o participante pode responder sob controle da avaliação social da pesquisadora, no sentido de optar por opções dos instrumentos que indiquem melhora.

Para amenizar esses riscos a pesquisadora utilizou algumas estratégias que podem ser incorporadas em pesquisas posteriores. Antes das aplicações a pesquisadora-terapeuta tomou algumas precauções, como explicar que não existiam respostas corretas ou erradas e nem desempenho “bom” ou “ruim”, e que o importante era que respondessem de forma correspondente ao que realmente ocorria, para que conseguisse ajudá-los no que fosse necessário. A pesquisadora-terapeuta explicava o objetivo do instrumento, conceitos e durante a aplicação, quando surgiam dúvidas sobre alguns dos itens, buscava explicá-los e fornecer exemplos. Para buscar uma maior probabilidade de correspondência entre as pontuações obtidas nos instrumentos e as melhoras dos participantes em contexto natural, dados qualitativos como os relatos em sessão e o estabelecimento de respostas-alvo para cada um deles foram fundamentais.

A pesquisa faz parte de um movimento mais amplo de estudos que buscam validação empírica de evidências de eficácia das psicoterapias. Portanto, é importante reiterar que ela de forma isolada não comprova eficácia da ACT para o Pânico, tornando-se seus dados mais significativos quando aliados aos resultados encontrados em outros estudos. Dessa maneira, para que exista evidências empíricas sólidas de que a ACT é eficaz para indivíduos com Pânico com ou sem Agorafobia que não tenham respondido de forma satisfatória a intervenções anteriores, é importante que mais pesquisas sejam realizadas, em especial no contexto nacional, onde o número de estudos é escasso.

Pesquisas futuras podem investigar os efeitos da ACT sobre indivíduos com Pânico utilizando novamente experimentos de delineamento de sujeito único ou ensaios clínicos randomizados, com a utilização de mais participantes. Dados qualitativos provenientes de estudos de caso, embora isoladamente não sejam suficientes, também podem contribuir com o acúmulo de evidências, pois de acordo com Leonardi (2016) dados semelhantes obtidos por diferentes métodos contribuem para um dado empírico de maior confiança. Mais estudos que

avaliem o processo de mudança da ACT nesta população também são necessários, pois as explicações presentes no tópico anterior são hipóteses que, portanto, também precisam de evidências empíricas. Pesquisas que avaliam a eficácia respondem à pergunta de se a psicoterapia pesquisada produz efeitos sobre os comportamentos investigados, mas não respondem ao porquê as mudanças ocorrem (LEONARDI, 2016). Outras pesquisas podem avaliar os efeitos da ACT em indivíduos com Pânico com variações em características sociodemográficas, como sexo, escolaridade e idade ou alterando algumas variáveis, como número de sessões e aplicação em grupos.

Conclui-se que os dados encontrados, somados aos outros presentes na literatura, trazem contribuições a uma questão de saúde importante, já que o índice de indivíduos que apresentam quadros de ansiedade é significativo e vem crescendo nos últimos anos. Caso a ACT adquira uma sólida base de evidências empíricas, é possível testar sua efetividade nos contextos naturais, como clínicas, hospitais e consultórios de psicologia e utilizar essa modalidade de psicoterapia como uma alternativa de assistência a esta parcela da população. Além disso, caso seja eficaz, o desenvolvimento de habilidades *mindfulness* podem ser utilizados como estratégias de prevenção em indivíduos que ainda não apresentem quadros de ansiedade, como uma forma de evitar que eles se estabeleçam.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais – DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Evidence-based in psychology: APA presentational task force on evidence-based practice. **American Psychologist**, v. 61, p. 271-285, 2006.

ATKINS, P. W. B. *et al.*, Departing from the essential features of a high quality systematic review of psychotherapy: A response to Öst (2014) and recommendations for improvement. **Behaviour Research and Therapy**, v. 97, p. 259-272, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28651775>. Acesso em: 24 set 2019.

BACH, P.; HAYES, S. C. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, p. 1129-1139, 2002. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2002-18226-007>. Acesso em: 3 ago. 2017.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D.R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. *In*: TOURINHO, E. Z.; LUNA, S. V. (Orgs.). **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010. p. 175-191.

BARBOSA, L. M. **Terapia de aceitação e compromisso e validação do acceptance and action questionnaire II: contribuições para avaliação de processo em psicoterapia**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. 93 f.

BARBOSA, L. M.; MURTA, S. G. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XVI, p. 34-49, 2014. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/711>. Acesso em: 1 fev. 2017.

BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**. 2 ed. New York: Guilford Press, 2002.

BARROS NETO, T. P. **Sem medo de ter medo: um guia prático para ajudar as pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BOND, F. W.; BUNCE, D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 5, p. 156-163, 2000. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1999-15533-013>. Acesso em: 10 jan. 2019

CHAGAS, M.; GUILHERME, G.; MORIYAMA, J. S. Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso. **ACTA Comportamentalia**, v. 21, p. 495-508, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2745/274528983007/>. Acesso em: 5 abr. 2017.

- CLARKE, S. *et al.* Acceptance and commitment therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: a treatment development study. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. XX, p. 1-13, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722912000429>. Acesso em: 5 maio 2019.
- COÊLHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, p. 171-178, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/2158>. Acesso em: 3 fev. 2018.
- COSTA, N. Terapia de aceitação e compromisso: é uma proposta de intervenção cognitivista? **Revista Perspectivas**, v. 03, n. 02, p. 177-126, 2012. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/233>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- CRASKE, M. G.; BARLOW, D. H. Transtorno de pânico e agoraphobia. *In*: BARLOW, D. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. São Paulo: Artmed, 2016. p. 1-61.
- DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 3, n. 2, p. 167-184, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000200007&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 3 fev. 2019.
- EIFERT, G. H.; FORSYTH, J. P. **Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies**. Oakland: New Harbinger Publications, 2005.
- EIFERT, G. H.; HEFFNER, M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 7, p. 1-20, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791603000570>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- FINGER, I. R. **Intervenção psicossocial intensiva baseada na terapia de aceitação e compromisso para pessoas com sobrepeso e obesidade**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.
- FOODY, M. *et al.* RFT for clinical use: the example of metaphor. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 8, p. 1 -9, 2014. Disponível em: https://go-rft.com/wp-content/uploads/2018/01/RFT_for_clinical_use_The_example_of_meta-2.pdf. Acesso em 24 set, 2019.
- FRASSON, A. P.; NERY, L. B. “Quero ser uma pessoa leve” – a relação terapêutica e a terapia de aceitação e compromisso como recursos de intervenção em um caso de inabilidade social. *In*: DE-FARIAS, A. K.; FONSECA, F. V.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FREITAS, B. I. **Tratamento intensivo baseado na terapia de aceitação e compromisso para dificuldades relacionadas ao peso.** 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2016.

FRIARY, V. Aplicabilidades da terapia de aceitação e compromisso. *In:* LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUVEIA J.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Terapias comportamentais de terceira geração.** Novo Hamburgo: Sinopys, 2015.

GASPAR, R. M. Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia: un estudio de caso. **Análises y Modificación de Conducta**, v. 31, p. 479-498, 2005. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1381165>. Acesso em: 5 maio 2019.

GLOSTER, A. T. *et al.* Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: a randomized controlled switching trial. **Psychotherapy Psychosomatics**, v. 85, p. 100-109, 2015. Disponível em: <https://www.karger.com/article/Abstract/370162>. Acesso em: 20 dez. 2017.

GOUVÊA, P. J. S. C.; NATALINO, P. C. Ansiedade social como fenômeno clínico: um enfoque analítico-comportamental. *In:* DE-FARIAS, A. K.; FONSECA, F.V.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. **Behavior Therapy**, v. 35, p. 639-665, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>. Acesso em: 7 jun. 2018.

HAYES, S. C. *et al.* A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. **Behavior Therapy**, v. 25, p. 667-688, 2004a. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800145>. Acesso em: 5 maio 2019.

HAYES, S. C. *et al.* The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional síndrome de burnout of substance abuse counselors. **Behavior Therapy**, v. 35, p. 821-835, 2004b. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800224>. Acesso em: 14 abr. 2019.

HAYES, S. C. *et al.* What is acceptance and commitment therapy? *In:* HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D. (Orgs.). **A practical guide to acceptance and commitment therapy.** New York: Springer, 2010.

HAYES, S. C.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B. **Relational frame theory: a post skinnerian account of human language and cognition.** New York: Kluwer Academic/Plenum, 2001.

HAYES, S. C.; BARNES-HOLMES, D.; WILSON, K. G. Contextual behavioral science: creating a science more adequate to the challenge of the human condition. **Journal of**

Contextual Sciences, v. 1, p. 1-16, 2012. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144712000087>. Acesso em: 7 jun. 2018.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de aceitação e compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva [online]**, v. 10, n. 1, p. 81-104, 2008. Disponível em:
<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/234>. Acesso em: 5 abr. 2017.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; LEVIN, M. E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. **The Counseling Psychologist**, v. 40, p. 976-1002, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011000012460836>. Acesso em: 20 abr. 2019.

HAYES, S. C.; STROSAHL K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change**. New York: The Guilford press, 2003. (Originalmente publicado em 1999).

HIRAYAMA, M. S. **Freiburg Mindfulness Inventory: adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil**. 2014. 173 f. Tese de doutorado (Ciências da Saúde), UNICAMP, Campinas, 2014.

KABAT-ZINN, J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. **Contemporary Buddhism**, v.12, p. 281-306, 2011. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14639947.2011.564844>. Acesso em: 20 abr. 2019.

KÄMPFE, C. K. *et al.* Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: do both constructs measure the same? **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 12, p. 5-22, 2012. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/html/337/33723707001/>. Acesso em: 12 abr. 2018.

KAREKLA, M.; FORSYTH, J. P.; KELLY, M. M. Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. **Behavior Therapy**. v. 35, p. 725-746, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800170>. Acesso em: 12 abr. 2018.

KELLY, M. M.; FORSYTH, J. P. Associations between emotional avoidance, anxiety sensitivity, and reactions to an observational fear challenge procedure. **Behaviour Research and Therapy**, v.47, p. 331-8, 2009. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796709000205>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. 229 f.

LEVITT, J. T. *et al.* The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. **Behavior Therapy**, v. 35, p. 747-766, 2004. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800182>. Acesso em: 18 maio 2018.

LÓPEZ, F. J. C.; SALAS, S. V. Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: some considerations from the research on basic processes. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, v. 9, p. 299-315, 2009. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3084902>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MCCRACKEN, L. M.; VOWLES, K. E.; ECCLESTON, C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. **Pain**, v. 107, p. 159-166, 2005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395903004299>. Acesso em: 19 abr. 2019.

MEURET, A. E. *et al.* Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: a pilot study. **Cognitive and Behavioral Practice**. v. 19, p. 606-618, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722912000764>. Acesso em: 10 mar. 2018.

NENO, S. **Tratamento padronizado**: condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental. 2005. (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2005. 256f.

OSHIRO, C. K. B. **Delineamento experimental de caso único**: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 185 f.

ÖST, L-G. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. **Behavior Research and Therapy**. v. xxx, p. 1-17, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796714001211>. Acesso em: 5 jun. 2017.

PEREZ, W. F. *et al.* Introdução à teoria das molduras relacionais (relational frame theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. **Revista Perspectivas**, v. 04, n. 01, p. 32-50, 2013. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/105>. Acesso em: 13 maio 2017.

RIBERO-MARULANDA, S. A.; AGULEDO-COLORADO, L. M. La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 34, p. 29-46, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79943294004.pdf>. Acesso em: 5 maio 2019.

SABAN, M. T. **Introdução à terapia de aceitação e compromisso**. Santo André, SP: ESETec Editores, 2011.

SABAN, M. T. **Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. 140 f.

SABAN, M. T. O que é terapia de aceitação e compromisso? *In*: LUCENA-SANTOS, P. PINTO-GOUVEIA J.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Terapias comportamentais de terceira geração**. Novo Hamburgo: Sinopys, 2015.

SALKOVSKIS, P. Panic disorder. *In*: BELLACK, A. S.; HERSEN, M. (Orgs.). **Comprehensive Clinical Psychology**. New York: Elsevier, 1998.

SANTOS, V. P. **Efeitos da utilização de metáforas e exercícios experienciais utilizando a terapia de aceitação e compromisso (ACT): um estudo de caso**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Linha Clínica e Avaliação Psicológica) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015. 134 f.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003 (Originalmente publicado em 1953).

SILVA, J. L. N.; DE-FARIAS, R. A. K. Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XV, p. 37-56, 2013. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/629>. Acesso em: 13 maio 2017.

SORIANO, M. C. L.; SALAS, M. S. V. La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características e evidencia. **Papeles del Psicólogo**, v. 27, p. 79-91, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/778/77827203/>. Acesso em: 13 maio 2017.

TÖRNEKE, N.; LUCIANO, C.; SALAS, S. V. Rule-governed behavior and psychological problems. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, v. 8, p. 141-156, 2008. Disponível em: <https://www.ijpsy.com/volumen8/num2/191/rule-governed-behavior-and-psychological-EN.pdf>. Acesso em 24 setembro 2019.

TULL, M. T.; ROEMER, L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. **Behavior Therapy**, v. 38, p. 378-91, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789407000512>. Acesso em: 10 abr. 2018.

TWOHIG, M. P.; HAYES, S. C.; MASUDA, A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. **Behavior Research and Therapy**, v. 44, p. 1513-1522, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796705002111>. Acesso em: 10 abr. 2018.

VOGEL, K. **Terapia de aceitação e compromisso no tratamento da fobia de espaços fechados: ensaio clínico randomizado**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Psiquiatria, São Paulo, 2014. 101 f.

WESERBE, H. *et al.* Changes of valued behaviors and functioning during an acceptance and commitment therapy intervention. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 6, p. 63-70, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144716300709>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva** (online). v. 7, n. 1, p. 77-99, 2005. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452005000100009&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 10 abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de Triagem**Ficha de Triagem****• Informações Gerais**

1. Nome:
2. Idade:
3. Estado Civil:
4. Filhos:
5. Nível de Escolaridade:
6. Profissão Atual:
7. Renda:
8. Com quem mora:
9. Contato:
10. Endereço:

• Informações clínicas

11. Qual diagnóstico recebido pelo psiquiatra?

12. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico?

13. Histórico do diagnóstico:

14. Já fez algum tratamento anteriormente?

() sim () não

15. Em caso positivo, quais tratamentos?

16. Caso já tenha feito psicoterapia:

Quantas sessões foram realizadas?

menos de 20 20 ou mais

Está em psicoterapia atualmente?

Sim Não

17. Faz uso de medicações?

Sim Não

Caso faça uso de medicação:

Qual dosagem da medicação?

Há quanto tempo faz uso da medicação?

Aceitaria não fazer alterações na dosagem da medicação ao longo da pesquisa?

Sim Não

18. Disponibilidade para terapia:

APÊNDICE B – Check-List de Avaliação de Aderência ao Protocolo

Check-List para Avaliação de Aderência ao Protocolo

Na primeira coluna encontra-se uma lista com os tópicos principais da sessão conforme sua descrição no protocolo. Na segunda coluna você pode pontuar o quanto acha que a terapeuta/pesquisadora aderiu ao protocolo de acordo com as alternativas abaixo:

2 = Executou o tópico descrito

1 = Executou parcialmente o tópico descrito

0 = Não executou o tópico descrito

SESSÃO 2

Participante:

Tópico da Sessão	Aderência conforme descrição do protocolo		
	0	1	2
1. Exercício de Centralização	0	1	2
2. Revisão da tarefa de casa	0	1	2
3. Revisão de padrões de evitação e seus custos + Completar o quadro de evitação e seus custos e perguntar: “O que você faria com o seu tempo se a ansiedade não existisse?”	0	1	2
+ Desenvolver desesperança criativa: • Metáfora do Buraco e discussão	0	1	2
4. Observando em vez de reagir: Exercício experiencial de aceitação de pensamentos e sentimentos	0	1	2
5. Tarefas de Casa: explicação e fornecer material	0	1	2

Check-List para Avaliação de Aderência ao Protocolo

Na primeira coluna encontra-se uma lista com os tópicos principais da sessão conforme sua descrição no protocolo. Na segunda coluna você pode pontuar o quanto acha que a terapeuta/pesquisadora aderiu ao protocolo de acordo com as alternativas abaixo:

2 = Executou o tópico descrito

1 = Executou parcialmente o tópico descrito

0 = Não executou o tópico descrito

SESSÃO 4

Participante:

Tópico da Sessão	Aderência conforme descrição do protocolo		
	0	1	2
1. Revisão da Tarefa de Casa	0	1	2
2. Aprender a aceitar a ansiedade com <i>Mindfulness</i> + A Natureza da aceitação e <i>Mindfulness</i> : • Explicar postura de aceitação e <i>Mindfulness</i> .	0	1	2
+ Exercício de aceitação da Ansiedade	0	1	2
+ A aceitação não é uma solução inteligente para a ansiedade: discussão	0	1	2
3. Controle de eventos internos <i>versus</i> externos + Metáfora do Polígrafo e discussão	0	1	2
4. Explorando Valores + Estabelecendo compromisso: discussão (ver perguntas no protocolo)	0	1	2
+ Valores <i>versus</i> Metas ou Objetivos • Esclarecer diferenças entre valores e metas.	0	1	2
+Direções orientadas por valores • Preencher o Formulário “Direções Valorizadas”	0	1	2
5. Tarefas de Casa: explicação e fornecer material	0	1	2

Check-List para Avaliação de Aderência ao Protocolo

Na primeira coluna encontra-se uma lista com os tópicos principais da sessão conforme sua descrição no protocolo. Na segunda coluna você pode pontuar o quanto acha que a terapeuta/pesquisadora aderiu ao protocolo de acordo com as alternativas abaixo:

2 = Executou o tópico descrito

1 = Executou parcialmente o tópico descrito

0 = Não executou o tópico descrito

SESSÃO 6

Participante:

Tópico da Sessão	Aderência conforme descrição do protocolo		
6. Exercício de Centralização			
7. Revisão da Tarefa de Casa	0	1	2
8. Disposição Emocional	0	1	2
• Apresentar definição			
+ Tentando <i>versus</i> Fazendo: Exercício da caneta e discussão	0	1	2
+ Metáfora do termômetro da aceitação e discussão	0	1	2
9. Lidando com sentimentos e pensamentos intensos	0	1	2
+ Adaptação da Metáfora do Ônibus – exercício e discussão			
10. Tarefas de Casa: explicação e fornecer material.	0	1	2

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livro e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada de “OS EFEITOS DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO SOBRE RESPOSTAS PRESENTES NOS QUADROS DE PÂNICO COM OU SEM AGORAFOBIA EM INDIVÍDUOS QUE NÃO RESPONDERAM A INTERVENÇÕES ANTERIORES”, vinculada ao Mestrado de Psicologia da UFMA. Considerando o crescimento do número de pessoas que sofrem de algum quadro de ansiedade e a necessidade de intervenções eficazes para essa queixa, esta pesquisa tem como principal objetivo avaliar os efeitos de um tipo de psicoterapia em pessoas com pânico/agorafobia que não responderam a intervenções anteriores. Esta pesquisa possuirá três fases: 1º) Entrevista inicial para levantamento de informações sobre você; 2º) Oito sessões de terapia com uma psicóloga para realização de intervenção terapêutica individualizada; 3º) Entrevista final para saber como você está depois de um mês da última sessão.

As sessões terão duração de uma hora a uma hora e meia e ocorrerão uma vez por semana em horário marcado com você, no Núcleo Aplicado de Psicologia da UFMA. Será permitido 15 minutos de atraso para a sua chegada às sessões. Caso o atraso seja superior a 15 minutos, a sessão será remarcada. Se você faltar duas vezes seguidas ou três vezes de forma alternada sem justificativa será desvinculado da pesquisa. Ao ser desvinculado você irá receber feedbacks e orientações por parte de pesquisadora-terapeuta sobre o seu quadro e será encaminhado para um serviço de Psicologia ou outro profissional

É garantido o sigilo de qualquer informação que permita sua identificação e os resultados finais serão apresentados na forma de dissertação, artigos científicos e apresentações em congressos. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Nesta pesquisa precisaremos aprofundar um pouco mais sobre suas dificuldades relacionadas ao pânico/agorafobia e sobre você, o que poderá produzir algum incômodo. Esse é o risco que você corre: entrar em contato com pensamentos, sentimentos, lembranças que gostaria de esquecer/deixar de lado. Isso faz parte do processo e acreditamos que é importante que isso aconteça. Mas você não estará sozinho, contará com a ajuda de uma psicóloga formada a quem poderá recorrer quando isso acontecer.

Outro aspecto a ser considerado é que caso você tome algum tipo de medicação, a dosagem deve permanecer estável ao longo das semanas da pesquisa, pois entendemos que esta é uma variável que pode influenciar os resultados. É importante que você aceite participar da pesquisa apenas se estiver de acordo com essa condição.

Você terá direito à assistência e ao ressarcimento dos gastos relativos ao transporte para a realização das sessões. Quando a pesquisa for concluída você terá direito também a acesso aos resultados do estudo. Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer punição, caso você tome essa decisão. Caso se retire você receberá orientações por parte da pesquisadora-terapeuta sobre o seu quadro e será encaminhado a outro profissional ou serviço de Psicologia. Além disso, caso ainda precise de acompanhamento após o fim das sessões previstas na pesquisa, a pesquisadora-terapeuta o realizará. Caso não seja possível, você será encaminhado a outro profissional ou serviço de psicologia.

Ao final da pesquisa a terapeuta pesquisadora entrará em contato com você para divulgar os resultados, dar um retorno sobre os atendimentos realizados e para fazer orientações e/ou encaminhamentos caso seja necessário. Esse retorno é um benefício direto que a pesquisa pode proporcionar a você, no sentido de ter maior clareza sobre as variáveis que estão relacionados à forma de você lidar com o pânico/agorafobia.

Para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo e-mail valentinasantoss@gmail.com ou telefone (98) 988397639. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com Comitê de Ética UFMA, localizado na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho PPPG, Bloco C Sala 07, São Luís-MA, ou pelo telefone 3272-8708.

Se você não tiver interesse ou disponibilidade para participar da pesquisa não sofrerá nenhuma punição. Caso você concorde em colaborar, deverá assinar as duas vias deste documento. Uma delas ficará com você e a outra será do pesquisador responsável.

(Participante)

(Pesquisadora Responsável)

São Luís, ____ de _____ de 2018

APÊNDICE D – PROTOCOLO: Terapia de Aceitação e Compromisso para Quadros de Ansiedade²

SESSÃO 1

1. Informações introdutórias (5 min.)

Informar o cliente sobre:

- Sigilo;
- Ocorrência de desconforto até o cliente adaptar-se ao ambiente terapêutico;
- Fornecimento de número de emergência.

2. Discussão inicial do problema (5 min.)

Discutir com o cliente:

- Em quais áreas da vida a ansiedade tem trazido mais prejuízos?
 - Descreva um ataque de Pânico recente;
 - Quanto tempo por dia você fica preocupado em ter um novo ataque?
 - O quanto a ansiedade tem impedido você de fazer o que gostaria de fazer?
- + Classificação do formulário de angústia e incapacidade
- Pedir que cliente preencha:

Classificações de Angústia e Incapacidade								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Não muito		Discretamente			Moderadamente		Fortemente	
Extremamente								
				Angústia (0-8)		Incapacidade (0-8)		
Pânico/Agorafobia:				_____		_____		

3. Natureza e função do medo e da ansiedade (15 min.)

- Perguntar para o cliente o que é medo e ansiedade para ele;
- Explicar teoricamente o conceito de medo e ansiedade e apontar as diferenças entre eles;

² Tradução e Adaptação do protocolo retirado do livro **Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: a practitioners treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies** (EIFERT; FORSYTH, 2005).

- Discutir para que serve o medo e a ansiedade e se ela pode ser útil em algum momento. Pedir que o cliente forneça exemplos de situações em que o medo e a ansiedade o ajudaram a evitar riscos;
- Discutir quando a ansiedade e o medo podem trazer prejuízos. Apontar que os principais prejuízos ocorrem quando limitam a vida do indivíduo.

4. Como a ansiedade se tornou um problema na vida do cliente? (10 min.)

- Pedir que descreva o último ataque;
- Pedir que descreva como reagiu a ele.

5. Foco/objetivo do tratamento e compromisso com a terapia (10 min.)

- Fornecer informações sobre objetivos e estratégias utilizadas na terapia.

6. Aquisição de novas habilidades através da experiência direta (5 min.)

- Explicar a importância e a utilidade da realização de exercícios experienciais durante o processo terapêutico e como eles ocorrem.

7. Exercício de Centralização (5 min.)

- Exercício de *Mindfulness* com o objetivo de ajudar o cliente a focar em onde está no momento e em por qual motivo está ali.
- Fique em uma posição confortável. Tente sentar-se em uma posição em que os pés toquem o chão, com as mãos e pés descruzados e com as mãos descansando sobre as pernas. Deixe que os seus olhos se fechem lentamente (pausa 10 segundos). Agora respire suavemente e lentamente puxe o ar e depois coloque para fora. Observe o som e a sensação da própria respiração enquanto inspira e expira o ar (pausa 10 segundos).*
 - Agora volte sua atenção para o que acontece nesta sala. Note os sons que acontecem aqui e lá fora. Note como você senta na cadeira. Foque nos lugares onde seu corpo toca a cadeira. Quais são as sensações que você tem? Agora note suas mãos tocando suas pernas. Quais sensações você percebe no resto de seu corpo? Se você sente alguma sensação, apenas note-as sem tentar mudá-las.*
 - Agora se permita estar nessa sala. Se vier algum som que desvie da sala, apenas perceba e volte para cá. Veja se pode se permitir estar presente com seus pensamentos e sensações. Veja se você pode apenas notá-los, reconhecer sua presença e abrir espaço para eles...*

Você não precisa expulsá-los. Agora veja se por um momento pode estar presente com seus valores e compromissos. Por que você está aqui? Onde você quer ir? O que você quer fazer?

- d. *Agora quando estiver pronto, lentamente pode ir voltando sua atenção para os sons presentes na sala, abrindo os olhos, com a intenção de trazer essa consciência para o resto do dia.*

8. Tarefas de Casa (5 min.)

- Explicar importância e pedir que preencha:
- + Formulários de Monitoramento Experiencial (APÊNDICE E);
- + Avaliações Diárias ACT (APÊNDICE F).

SESSÃO 2

1. Exercício de Centralização (5 min.)

- Repetir exercício de *mindfulness* conforme Sessão 1.

2. Revisão da tarefa de casa (5 min.)

- Revisar as classificações das Avaliações diárias ACT.

3. Revisão de padrões de evitação e seus custos (25 min.)

+ Pedir que o cliente complete o quadro de acordo com sua experiência:

Sofrimento	Há quanto tempo lutou contra ele?	O que já fiz para lidar com ele?	Como funcionou a curto prazo?	Como funcionou a longo prazo?	Custos	Como a minha vida se transformou diante disso?

- Depois que o cliente preencher todo o quadro, perguntar: “O que você faria com o seu tempo se a ansiedade não existisse?”

+ Desenvolver Desesperança Criativa

Relatar a versão da Metáfora do Buraco e discutir com o cliente como as estratégias de controle são inefetivas:

“Imagine uma criança feliz correndo por um campo aberto. Assim a gente espera que a vida seja: fresca e livre de preocupações. Agora imagine que a criança que estava correndo caiu dentro de um buraco fundo que havia no campo. É um buraco chamado ansiedade (usar a denominação utilizada pelo cliente). Não foi culpa da criança... isso apenas aconteceu. A vida perfeita agora é imperfeita. Então a criança se esforça para escalar e sair do buraco, mas não tem como escapar. Se escalar não funciona, ela tenta de outra maneira. Ela pensa consigo mesma: talvez se eu cavar tenha jeito. Então ela começa a cavar com suas mãos. Ela cava, cava, cava... e continua cavando. E depois de ela continuar cavando, ainda assim, onde ela está? Ela olha ao redor e ainda está no buraco. Então ela tenta cavar mais rápido e mais fundo... mas depois de todo esforço ela olha ao redor e ainda está no buraco. Depois de todo esforço e trabalho duro, qual o resultado? O buraco só ficou mais fundo e ela mais assustada e frustrada. Não é assim a sua experiência? Claro que o problema não é falta de esforço. Assim como a criança, você já tentou de tudo: (citar estratégias que cliente já tentou para livrar-se da ansiedade). Mas apesar de todo esforço, isso ainda não foi suficiente. Na verdade esse esforço apenas criou um grande problema. Talvez todo esforço para cavar não funcione por mais que você use suas mãos, relaxamento, ou ajuda de outras pessoas. A questão é que você continua cavando e o buraco apenas tem ficado cada vez maior.”

- Discutir novamente como tem lidado com a ansiedade a partir das respostas do Formulário de Monitoramento Experiencial.

4. Observando em vez de reagir à ansiedade (20 min.)

- Exercício experiencial de aceitação de pensamentos e sentimentos:
 - a. Fique em uma posição confortável. Sente com o seu pé encostando no chão, seus braços descruzados e suas mãos tocando suas pernas. Feche os olhos lentamente.*
 - b. Tire um momento para entrar em contato com a sua respiração e as sensações do seu corpo. Traga sua consciência especialmente para as sensações físicas do seu corpo.*
 - c. Agora lentamente traga sua atenção para sua respiração. Note o ritmo em seu corpo... note cada respiração. Foque em cada inspiração e em cada expiração. Note as sensações a cada vez que você traz o ar para dentro e o coloca para fora. Tire alguns momentos para observar as sensações físicas no seu corpo sempre que você inspira e expira...*

- d. *Não existe necessidade de tentar controlar a respiração... apenas deixe que ela aconteça. Tente trazer essa atitude de aceitação para o resto de sua experiência. Não existe nada fixado, nenhum estado a ser atingido. Da forma que conseguir, apenas observe sua experiência ser sua experiência sem precisar modificá-la.*
- e. *Mais cedo ou mais tarde sua atenção vai desviar da sua respiração para outros pensamentos, preocupações, imagens ou sensações corporais. É isso que nossa atenção faz a maior parte do tempo. Quando notar que ela se desviou, observe para onde ela foi e gentilmente traga ela de volta para sua experiência. Você pode observar para onde ela se desviou e gentilmente trazê-la de volta para a sensação da respiração indo e vindo...*
- f. *Quando você perceber alguma sensação corporal ou sentimento, tensão ou outra sensação intensa em seu corpo, apenas note a presença e veja se você consegue dar espaço para ela. Tente não controlá-la ou expulsá-la imediatamente... Veja se você consegue se abrir e dar espaço para qualquer sensação... apenas deixe que ela permaneça ali...*
- g. *Observe suas sensações mudando momento a momento. Às vezes elas se tornam mais intensas e em alguns momentos mais fracas. Respire lentamente imaginando a respiração entrando e saindo da região de desconforto. Lembre que o objetivo não é fazer você se sentir melhor, mas estar melhor sentindo o que sente.*
- h. *Se você notar que não consegue focar na sua respiração porque existe alguma sensação desconfortável muito intensa no seu corpo, deixe que seu foco permaneça no local do desconforto. Lentamente desloque sua atenção para o local do desconforto e permaneça independente do quão ruim ele pareça. Veja se você consegue abrir um espaço para esse desconforto que está aí... você está disposto a estar com o que você tem?*
- i. *Além das sensações você pode notar pensamentos sobre as sensações e pensamentos sobre os pensamentos que você está tendo. Você pode atribuir rótulos, como “isso é perigoso” ou “vou piorar”. Se isso ocorrer, você pode agradecer seus pensamentos pelo recado e voltar para a experiência atual como está e não como seus pensamentos dizem que é, percebendo os pensamentos apenas como pensamentos, sentimentos como sentimentos, sensações físicas como sensações físicas e nada a mais nem nada a menos...*
- j. *Para ajudar sua experiência a diferenciar você de seus pensamentos e sentimentos você pode percebê-los. Se você observa uma preocupação vindo, você pode dizer para si “preocupação... é uma preocupação”. Apenas observe a preocupação e não julgue a si mesmo por estar tendo esses pensamentos e sentimentos. Se você perceber um julgamento, apenas o note “julgamento... isso é um julgamento” e observe com bondade e compaixão... Podem vir outros pensamentos e sentimentos e você pode apenas nomeá-los.*

Pensamentos e sentimentos vêm e vão pela sua cabeça e seu corpo, você não é o que seus pensamentos e sentimentos dizem independente do quão intensos eles sejam...

k. *Agora quando estiver pronto, lentamente, pode ir voltando sua atenção para os sons presentes na sala, abrindo os olhos, com a intenção de trazer essa consciência para o resto do dia.*

5. Tarefas de Casa (5 min.)

- + Praticar o exercício de aceitação de pensamentos e sentimentos uma vez por dia por pelo menos 20 minutos ouvindo o áudio gravado pela terapeuta e registrar (APÊNDICE G);
- + Continuar monitorando ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando o Monitoramento Experiencial;
- + Completar a planilha: “Do que eu desisti por conta da ansiedade essa semana?” (APÊNDICE H)
- + Completar o formulário Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 3

1. Repetição do exercício de Aceitação de Pensamentos e Sentimentos (15 min.)

2. Revisão da Tarefa de Casa (5 min.)

- + Revisão do exercício de Aceitação de Pensamentos e Sentimentos e do Formulário Avaliações Diárias ACT.

3. Controle é o problema – deixar acontecer é uma alternativa (10 min.)

- + Metáfora do cabo de guerra com o monstro da ansiedade:

O terapeuta utilizará uma corda para simular um cabo de guerra com o cliente, enquanto relata a seguinte metáfora:

“Parece que sua situação é como estar em um campo de guerra com o Monstro da Ansiedade (usar denominação utilizada pelo cliente). Você odeia o monstro porque ele é muito grande e poderoso. Entre você e o monstro há um poço sem fundo, uma espécie de abismo... Se você perder este conflito, você vai cair no abismo e ser destruído. Você, então, não quer que o monstro da ansiedade ganhe. Você não quer que isso aconteça, então você luta com toda sua força e puxa o cabo de volta. Você puxa e puxa, mas quanto mais você puxa, parece que mais o monstro te puxa de volta – e o tempo todo parece que você é puxado para mais perto da

borda do poço. Então como essa luta pode acabar? Percebe que suas duas mãos estão ocupadas puxando esse cabo? Se suas mãos estivessem livres, o que você poderia fazer? Perceba que seus olhos também estão focados no monstro... no que você está pensando?... Suas mãos, seus pés, seus olhos e toda sua energia está voltada para esta luta contra o monstro da ansiedade e você pretende estar nela até o fim. Mas há uma maneira diferente de agir que é difícil de pensar quando você está envolvido na luta. Você poderia simplesmente soltar a corda. Seu trabalho não é o de vencer o cabo de guerra, e sim o de soltar a corda! Imagina o que poderia acontecer se você simplesmente soltasse a corda! O que aconteceria com suas mãos? Elas permaneceriam ocupadas?... Você agora poderia então utilizá-las para ir em busca do que realmente importa para você!

4. Comportamentos orientados por valores como uma alternativa no manejo da ansiedade (35 min.)

+ Rever o Monitoramento Experiencial e planilha “Do que eu desisti por conta da ansiedade essa semana?”

+ Escolhendo direções valorizadas:

Discutir:

- “Quais os custos da forma como lida com a ansiedade?”
- “Quem está no controle? Quem toma decisões? Você ou o monstro da ansiedade?”
- “Em direção a quais valores seus pés estão te levando nesse momento?”
- “O que aconteceria caso você ‘abandonasse o cabo de guerra’?”

+ Valores fazem o trabalho duro valer a pena

Utilizar a seguinte metáfora:

Pense na vida como uma caminhada através de um corredor com muitas portas. Você tem o poder de escolher as portas para abrir e entrar. Uma dessas portas é rotulada de ‘ansiedade’, e você escolheu a porta da ansiedade há tanto tempo que você pode ter perdido de vista outras opções disponíveis para você. Esta sessão e os exercícios em casa lhe darão opções para explorar. Você pode aventurar-se e abrir outras portas. Você também pode escolher ficar dentro da sala da ansiedade. Que escolha você quer fazer? Quando você fica trancado atrás da porta da ansiedade, o que isso fará com a sua vida? Aqui está uma das perguntas mais importantes para você: você quer estar livre de ansiedade ou do Pânico, ou

quer ter sua vida de volta? Agora é a hora de ter a coragem para explorar outras portas em seu corredor da vida. Pense sobre sua vida. Além da ansiedade, quais outras portas você pode abrir?

+ O que importa na sua vida?

Discutir:

- O que realmente importa para você?
- O que você faria se o monstro da ansiedade não estivesse em sua vida?
- Se você só tivesse o dia de hoje em sua vida, como você escolheria vivê-lo?

+ O exercício do epitáfio

Utilizar a seguinte metáfora:

Imagine que um dia esta será a pedra principal em seu túmulo. Observe que o epitáfio ainda não foi escrito. Que inscrição você gostaria de ver nele que capturasse a essência de sua vida? Pelo que você quer ser lembrado? O que você gostaria de ter defendido ao longo da sua vida? Sobre o que você quer ser? Pegue esta folha e dê a você mesmo um tempo para pensar sobre esta questão. Se você encontrar uma resposta – ou mais do que uma – basta anotá-las nas linhas da "sua" pedra do túmulo.

Este não é um exercício hipotético. A forma que você será lembrado – o que define sua vida – depende de você. Depende do que você faz agora. Depende das ações que você toma que são consistentes com o que importa para você. É assim que você pode determinar a redação de seu próprio epitáfio.

Uma questão importante para se perguntar agora é: você está fazendo coisas para ser o tipo de pessoa que deseja ser? Se não, agora é o momento de viver a vida que deseja e fazer as coisas mais importantes para você. Cada minuto que você gasta em casa tentando não ter Pânico é um minuto sem fazer o que realmente é mais importante para você!

A vida valorizada é um processo de longa duração em que estradas e barreiras surgem. Cada dia que você vive é um dia para mudar e viver em direção ao que importa, mesmo que tenha que levar seus pensamentos e sentimentos dolorosos com você. De certa forma, escrevemos nosso próprio epitáfio pelas escolhas que fazemos e ações que tomamos todos os dias. Então, mais uma vez, o que você quer que seu epitáfio diga quando você não estiver mais vivo? Essa é uma das questões mais importantes que você tem para responder!

- Completar uma ou duas frases no exercício “Escreva seu próprio Epitáfio” (APÊNDICE I).

5. Tarefas de Casa (5 min.)

- + Prática diária de aceitação de pensamentos e sentimentos ouvindo o áudio gravado pela terapeuta registrar (pelo menos 20 min);
- + Continuar monitorando ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando o formulário de monitoramento experiencial;
- + Ficha completa: “do que eu desisti por conta da ansiedade essa semana?”;
- + Formulário Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 4

1. Revisão da Tarefa de Casa (5 min.)

- + Revisão do exercício de aceitação de sentimentos e pensamentos e do Avaliações Diárias ACT.

2. Aprender a aceitar a ansiedade com *Mindfulness* (25 min.)

- + A Natureza da aceitação e *Mindfulness*

- Explicar postura de aceitação e *Mindfulness*.

- + Exercício de aceitação da Ansiedade:

a. Nos exercícios anteriores, usamos a respiração como foco de atenção. Quando a consciência se desviou e começou a se concentrar em pensamentos, preocupações, imagens ou sentimentos, você foi convidado a notar esses pensamentos e sentimentos e, em seguida, redirecionar suavemente a atenção para sua respiração. Neste exercício, ativamente e abertamente convidamos nossa atenção a focar nas sensações corporais, preocupações e imagens indesejadas para que você possa aprender a entrar em contato com elas por meio de uma postura de aceitação e compaixão. Assim como no exercício do cabo de guerra, este exercício encoraja você a se inclinar às sensações que surgem em vez de lutar contra elas. Inclinar-se significa criar um espaço para você sentir suas emoções e pensar seus pensamentos, experimentando-os como são. Ele também fornece espaço para fazer coisas com a sua vida que você colocou no modo de espera há muito tempo. Você está disposto a fazer esse exercício? [Aguarde a permissão do cliente e em seguida, avance.]

- b. *Fique em uma posição confortável. Tente sentar-se em uma posição em que os pés toquem o chão, com as mãos e pés descruzados e com as mãos descansando sobre as pernas. Deixe que os seus olhos se fechem lentamente [pausa 10 segundos].*
- c. *Tire alguns minutos para entrar em contato com as sensações físicas em seu corpo, especialmente as sensações referentes a como seu corpo toca a cadeira. Observe o aumento e queda da respiração no peito e na barriga. Não há necessidade de controlar sua respiração – simplesmente deixe a respiração acontecer sozinha [pausa 10 segundos]. Da melhor maneira que conseguir, traga essa atitude de aceitação para o resto da sua experiência. Não há nada a ser corrigido. Basta permitir que sua experiência seja como é...*
- d. *É natural que você se afaste da experiência e surjam outros pensamentos, preocupações, imagens, sensações corporais ou sentimentos. Observe esses pensamentos e sentimentos, reconheça a presença deles e fique com eles [pausa 10 segundos]. Não há necessidade de pensar em outra coisa, fazê-los partir, ou resolver qualquer coisa. O melhor que puder, permita que sejam como são, trazendo uma aceitação e compaixão pela sua experiência [pausa 10 segundos].*
- e. *Permita-se estar presente com o que você tem medo. Observe quaisquer dúvidas, reservas, medos e preocupações. Basta notá-los e reconhecer sua presença, e não trabalhe neles [pausa 10 segundos]. Agora veja se por um momento você pode estar presente com seus valores e compromissos. Pergunte a si mesmo, por que estou aqui? Onde eu quero ir? O que eu quero fazer? [pausa 15 segundos]*
- f. *Agora, concentre-se em um pensamento ou situação que tenha sido difícil para você. Pode ser um pensamento, preocupação, imagem ou sensações corporais intensas [pausa 10 segundos]. Suavemente e intencionalmente mova sua atenção para o desconforto, não importa o quão ruim pareça [pausa 10 segundos]. Observe quaisquer sensações fortes que possam surgir em seu corpo, permitindo que eles sejam como eles são, simplesmente mantendo-se consciente [pausa 10 segundos]. Fique com seu desconforto e respire com isso [pausa 10 segundos]. Veja se você pode abrir-se suavemente e criar espaço para isso, aceitando e permitindo que seja como são [pausa]...*
- g. *Se as sensações ou os desconfortos se tornarem mais fortes, reconheça a presença deles, fique com eles, respirando com eles, aceitando-os. Esse desconforto é algo que você não pode ter? [pausa 10 segundos] Mesmo que seus pensamentos lhe digam que não pode, você pode abrir um espaço para isso neste momento? [pausa 10 segundos] Existe espaço para*

sentir isso com compaixão e bondade em relação a si mesmo e à sua experiência? [pausa 15 segundos]

- h. *Além das sensações físicas no corpo, você também pode notar pensamentos sobre as sensações e pensamentos sobre os próprios pensamentos. Quando você percebe tais pensamentos, convide-os também, suavizando e abrindo espaço para eles enquanto você se torna consciente deles [pausa 10 segundos]. Você também pode notar a presença de avaliações e rótulos como "é perigoso" ou "pode piorar". Se isso acontecer, você pode simplesmente agradecer pelo rótulo e voltar para a experiência atual como está, não como os rótulos e avaliações dizem que é, percebendo pensamentos como pensamentos, sensações físicas como sensações físicas, sentimentos como sentimentos – nada mais, nada menos [pausa 15 segundos].*
- i. *Mantenha-se com o seu desconforto até onde eles atraírem sua atenção [pausa 10 segundos]. Se e quando sentir que o desconforto já não está mais chamando atenção, deixe-o ir [pausa 15 segundos].*
- j. *Então, quando estiver pronto, gradualmente, alargue sua atenção para absorver os sons ao seu redor nesta sala [pausa 10 segundos]. Tire um momento para trazer essa postura de aceitação para o momento presente e quando estiver pronto abra lentamente os olhos...*

+ A aceitação não é uma solução inteligente para a ansiedade

- Discutir que a Aceitação é importante para viver uma vida direcionada a valores, no entanto o objetivo não é fazer com que ansiedade seja eliminada.

3. Controle de eventos internos versus externos (10 min.)

- Discutir e diferenciar os eventos que o cliente tem controle e pode modificar daqueles que não estão sob seu controle, sendo necessário aceitar.

+ A Metáfora do Polígrafo

Utilizar a seguinte metáfora:

Imagine que você está ligado à melhor e mais sensível máquina de polígrafo que já foi construída. Como este polígrafo é incrivelmente eficaz na detecção de ansiedade, você não pode ter nenhum sinal de ansiedade, pois a máquina irá detectar. Agora, aqui está sua tarefa: tudo o que você precisa fazer é ficar relaxado – apenas fique calmo. Se você tiver um pouco de ansiedade, em todo caso, eu saberei. Eu sei que você realmente quer ficar relaxado.

Então, eu quero dar-lhe um incentivo especial para atender o que estou pedindo. Eu vou segurar este revólver apontando para a sua cabeça. Se você ficar relaxado, não vou atirar. Na verdade, vou até dar-lhe US \$ 100.000! Mas se você ficar nervoso... e lembre, este polígrafo é perfeito, ele notará imediatamente e eu vou ter que matá-lo. Então, apenas relaxe!

Discutir:

- Perguntar como cliente acha que reagiria a essa situação;
- Perguntar se conseguiria não se sentir ansioso;
- Ressaltar que quanto mais tentasse controlar a ansiedade, maior a probabilidade de se sentir ansioso;
- Ressaltar que o controle sobre sentimentos, pensamentos e sensações é ineficaz e traz custos.

4. Explorando Valores (25 min.)

+ Estabelecendo compromisso

- Retomar exercício do epitáfio;
- Retomar Formulário de Monitoramento Experiencial;
- Quais são seus valores?
- O quanto está comprometido com eles em suas ações?

+ Valores *versus* Metas ou Objetivos

- Esclarecer diferenças entre valores e metas.

+Direções orientadas por valores

- Preencher o Formulário “Direções Valorizadas” (APÊNDICE J).

5. Tarefas de Casa (5 min.)

+ Prática diária do exercício de aceitação de ansiedade por pelo menos 20 minutos e registrar (APÊNDICE K);

+ Continuar monitorando ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando o Formulário;

+ Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 5

1. Exercício de Centralização (5 min.)

- Repetir exercício de *Mindfulness* conforme Sessão 1.

2. Revisão das Tarefas de Casa (5 min.)

+ Revisão da prática diária do exercício de Aceitação de Ansiedade e do Formulário de Avaliações Diárias ACT.

3. Self como Contexto *versus* Conteúdo (20 min.)

- Apontar que a maioria das pessoas (e não apenas clientes) acham difícil entender a ideia de que não somos nossa experiência, isto é, não somos nossos pensamentos, nossas preocupações, nossas sensações corporais, nossos sentimentos ou nossas histórias. Explicar que essas experiências são uma parte de nós. Elas vêm e vão. Nós não somos donos delas. Não podemos segurá-las se gostamos delas e não podemos fazê-las desaparecer, se nós não gostamos.

+ Jogando Vôlei com Ansiedade:

O terapeuta, utilizando uma bola, simulará um jogo de vôlei com o cliente, e enquanto simulam, utilizará a seguinte metáfora:

Em um jogo de vôlei, ambas as equipes se esforçam para manter a bola em ação de um lado para o outro, nunca deixando a bola atingir o chão. Cada vez que a bola está prestes a passar para o outro lado da quadra, um jogador da primeira fila salta para bloqueá-la com as mãos. Atrás do bloqueador estão cinco outros jogadores posicionados estrategicamente para manter a bola em movimento. Se a bola não for bloqueada, um jogador na linha de trás mergulha no chão com os braços esticados para colocar a bola no ar. A todo o tempo, cada jogador está em alerta e pronto, tentando ler os oponentes em busca do próximo passo. A estratégia de vôlei é uma maneira de descrever como você está respondendo a pensamentos e sentimentos relacionados à ansiedade. Imagine que uma partida de vôlei esteja acontecendo dentro de sua cabeça. Em vez de jogar uma bola para frente e para trás, as equipes dentro de sua cabeça estão jogando pensamentos sobre você. Tal como no vôlei competitivo, seus pensamentos relacionados à ansiedade parecem intensos e contundentes. E quando você

pensou que eles poderiam descansar, eles estão de volta o desafiando e gritando para você levá-los junto com você. Em um dos lados da quadra está o Time A (Ansiedade). A Equipe A traz o seguinte pensamento: Se você for ao shopping amanhã, você terá um ataque de Pânico horrível! O Time L (Luta) nesse momento já está pronto para a ação, mergulhando no chão para evitar que esse pensamento toque você: “Espere um minuto. Eu já fui antes e posso fazê-lo novamente.” Neste ponto, a equipe A mantém a bola em movimento: “É o que você pensa agora, mas quando você chegar lá, vou ser tão grande que você vai correr e sair tão rápido quanto possível. Eu vou gritar diretamente em seu rosto e dizer-lhe para sair desse lugar. Você pode até não sair a tempo e acabar deitado no chão com pessoas olhando para você”. Através da rede, o Time L está pronto para o retorno com o pensamento: “Vou pedir para a minha amiga vir comigo. Ela pode me ajudar se as coisas ficarem fora de controle”. Antes que esse pensamento atravessasse a rede, a equipe A o bloqueia com: “Mas ela não pode ajudá-lo. Quando eu ataco você, você não tem chance de me bater, não importa quem esteja com você. Estou no controle aqui, no caso de você não ter notado isso. Então, o Time L volta com: “Bem, pelo menos eu posso tentar vencê-lo”. E assim o jogo continua. Assim que o Time da Ansiedade manda um pensamento, o time da Luta joga com esse pensamento por alguns instantes discutindo com ele. Você notou como essa competição de vôlei de pensamentos e sentimentos parece permanecer na sua cabeça?

- Pedir que o cliente pense no jogo que ele tem jogado com sua ansiedade.

4. Bússola da vida - a razão final para a exposição (25 min.)

+ Rever o Formulário de Monitoramento Experiencial;

+ Revisar planilha de direções valorizadas;

+ Completar Bússola da Vida (APÊNDICE L).

- Retomar alguma estratégia que o cliente utilizou na última semana para lidar com a ansiedade e o quanto ela o distanciou do que realmente importava;
- Preencher Bússola da Vida;
- Pedir que o cliente explique discrepâncias entre o que valorizam e suas ações;
- Pedir que identifique as barreiras;
- Pedir que classifique as barreiras em internas e externas.

5. Tarefas de casa (5 min.)

+ Prática diária do exercício de aceitação da ansiedade por pelo menos 20 minutos e registrar;

- + Continuar monitorando a ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando o Formulário de Monitoramento Experiencial;
- + Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 6

1. Exercício de Centralização (5 min.)

- Repetir exercício de *Mindfulness* conforme Sessão 1.

2. Revisão das Tarefas de Casa (5 min.)

3. Disposição Emocional (20 min.)

- Apresentar definição: experienciar emoções como elas se apresentam, sem tentar modificá-las. Postura oposta a de controle.

+ Tentando *versus* Fazendo: Exercício da caneta

Objetivo: mostrar que aceitação é uma ação de tudo ou nada: é algo que você faz, não é algo que você tenta fazer.

Terapeuta: *“Eu gostaria que você tentasse pegar esta caneta. Tente o máximo que você pode. Vá em frente e experimente. [colocar uma caneta em uma mesa na frente do cliente e depois esperar. Quando o cliente estiver prestes a tocar na caneta, interromper] Espere, você está pegando a caneta. Eu só queria que você tentasse pegá-la.”*

- Discutir que tentar é diferente de fazer. No fazer, ou você faz ou não faz.
- Discutir que é importante ter compromisso com as estratégias da terapia, para efetivamente fazê-las.

+ Metáfora do termômetro da aceitação

Utilizar a seguinte metáfora:

Olhe para estes dois termômetros. Eles são como os que você usa para controlar a temperatura. Um deles é chamado de ‘ansiedade’ e o outro é chamado de ‘disposição’. Ambos os termômetros podem ir de 0 a 10. [desenhá-los em uma folha.] Quando você chegou ao consultório, você provavelmente estava pensando: ‘Minha ansiedade é muito alta e eu

quero que fique mais baixa'. Já com o seu termômetro de disposição foi o contrário, porque você realmente não queria experimentar nenhuma ansiedade. Agora, durante as últimas semanas, estamos experimentando a mudança no termômetro da disposição para ver o que acontece quando você deixa o nível dele chegar mais alto, como nos exercícios de mindfulness. Mas sei que você ainda continua preocupado com o termômetro da ansiedade. Então, eu gostaria de compartilhar um pequeno segredo com você. O termômetro da disposição é realmente o mais importante dos dois, porque é aquele que vai fazer a diferença na sua vida. Quando você sente muita ansiedade e tenta reduzir, você ajusta seu termômetro da disposição aqui em 0. No entanto, quando você não está disposto a ter e a sentir essa ansiedade, então sua ansiedade é algo para se preocupar. Ou seja, quando você não está disposto a tê-la, você a tem. Isso pode até fazer você se sentir como uma vítima da ansiedade, porque se você tivesse controle sobre isso, você já a teria reduzido para 0. Não é que você não trabalhou duro o suficiente ou que não era inteligente, é que isso simplesmente não funciona. Agora e se você parar de tentar configurar o termômetro da ansiedade, porque você sabe por experiência que não pode controlar isso e, em vez disso, voltar sua atenção para a disposição? Diferente do termômetro da ansiedade, você realmente pode controlar onde deseja que o termômetro da disposição esteja. Este é um lugar que você pode controlar. É sua escolha se você quer mantê-lo aqui ou se você quer mover o termômetro da disposição para um nível mais alto. Não sei o que aconteceria com sua ansiedade se você fizesse isso. Eu só sei uma coisa: você realmente pode definir o nível desse termômetro de disposição exatamente onde você quer que esteja. E se você fizer uma escolha para definir esse termômetro da disposição, as coisas podem começar a acontecer em sua vida. Você pode começar a fazer o que deseja fazer, como por exemplo [insira aqui uma direção valorizada pelo cliente].

- Enfatizar que não se trata de ignorar a ansiedade.
- Perguntar: *“Você está disposto a caminhar na sua vida e levar a ansiedade junto com você? Relembre que a aceitação é simplesmente uma escolha e um compromisso de ter o que você já tem. Como no exercício da caneta, ou você faz, ou não”.*

4. Lidando com sentimentos e pensamentos intensos (25 min.)

+ Adaptação da Metáfora do Ônibus (LUOMA et al., 2012)

- Esta metáfora é encenada, de forma que o cliente faz o papel do motorista do ônibus e o terapeuta faz o papel dos passageiros.

- a. O cliente deve dizer para onde o ônibus da sua vida está indo. O terapeuta pode fazer perguntas, como: *“o que você quer fazer na sua vida que ainda não tem feito?”* e *“por que isso é importante para você?”*, a fim de descobrir um valor que seja muito relevante para o cliente. O terapeuta deve escrever o valor do cliente em um pedaço de papel e colá-lo na parede oposta ao cliente. Posteriormente o terapeuta deve pedir que o cliente caminhe em direção a seu valor. Obs.: O valor do cliente a ser escrito no cartão precisa ser realmente muito significativo. Para descobrir qual valor escrever, o terapeuta perguntará para o cliente *“o que faz com que isso seja tão importante para você?”* até que o cliente demonstre algum indício de emoção ou fique sem respostas.
- b. O terapeuta buscará fazer com que o cliente identifique quem são os “passageiros que carrega no ônibus de sua vida”. Nessa metáfora os passageiros representam as barreiras que fazem com que o cliente deixe de agir em direção aos seus valores. O terapeuta perguntará ao cliente: *“Então, o que é que surge para tentar parar você enquanto dirige o ônibus?”*, *“que pensamentos, sentimentos ou eventos de sua história de vida desviam você do seu caminho?”*. O terapeuta, então, assumirá o papel dos passageiros do ônibus, verbalizando em voz alta para o cliente todos os pensamentos, sentimentos, eventos da história de vida e demais barreiras que o cliente identificou que o desviam da direção de seu valor.
- c. O terapeuta pedirá permissão para fazer a dramatização "real". O terapeuta perguntará ao cliente se ele concorda que ele verbalize “os passageiros de seu ônibus” em voz alta sem parar enquanto ele caminha. Depois que o cliente concordar, a dramatização começará e será feita em quatro etapas:
- d. **Primeira Rodada** – encenação de luta dos passageiros:
 - Enquanto o cliente caminha até onde o papel em que seu valor está escrito, o terapeuta, verbalizando os principais “passageiros” identificados pelo cliente, deve tentar tirá-lo de sua rota.
 - O terapeuta dará a seguinte instrução ao cliente: *“Desta vez, cada um dos passageiros vai chegar próximo de você. Deixe-os dizer o que eles querem dizer e reconheça-os. Quem são essas pessoas no ônibus? Eles são seus pensamentos e sentimentos? Eles são sua história? O que você quer dizer para eles? Dê uma olhada neles, eles não são muito bonitos. Eles são muito feios e malvados. O que você quer fazer com eles?”* Geralmente o cliente diz algo como *“eu os quero fora do ônibus”*.
 - O terapeuta perguntará: *“Você já tentou jogá-los fora do ônibus? Por que você não tenta?”*.

- O terapeuta se coloca, então, a frente do cliente e pergunta: *“para onde você está indo?”* O motorista (cliente) é instruído a declarar seu valor, por exemplo, *“ser pai dos meus filhos”*. O passageiro (terapeuta) diz, por exemplo, *“você não pode, você pode ter um ataque de pânico enquanto estiver cuidado deles...”*. O cliente deve então tentar argumentar contra os passageiros de seu ônibus, por exemplo, *“mas eu não tenho um ataque há mais de um mês”*. O terapeuta repetirá este procedimento atuando como os diferentes passageiros e discutirá com o cliente a cada tentativa. Depois de todos os passageiros terem sido questionados, pergunte ao cliente: *“Como isso funcionou? Como é isso para você?”*. Posteriormente a próxima rodada deve ser iniciada.
- e. **Segunda Rodada** – acordo do motorista com os passageiros:
- Os passageiros (terapeuta) continuarão tentando tirar o motorista do curso.
 - Cada passageiro, por sua vez, apresenta seus argumentos. O cliente é informado de que o passageiro não vai parar de falar sem que o motorista faça um acordo com ele: *“Eles não se sentam se você fizer um acordo com eles. Se você fizer o acordo, eles se sentam e param de falar, mas você terá que se desviar do seu curso.”* O terapeuta orienta o cliente a fazer acordo com os passageiros se a rota estiver demorando demais para ser concluída. A cada vez que fizer um acordo com um passageiro, o cliente precisará mudar discretamente a direção de sua rota, até que ele esteja voltado para a direção oposta ao seu valor. Cada vez que o cliente faz o acordo, o passageiro para de falar. O terapeuta deve perguntar ao motorista: *“o que aconteceu?”*. Posteriormente passar para a próxima rodada.
- f. **Terceira Rodada** – Deixando de lado a luta:
- O procedimento se repete como na rodada anterior. A diferença é que o cliente é instruído a responder à pergunta sobre onde ele está indo, mas a não se engajar em argumentar contra os passageiros de ônibus. Em vez disso, o cliente é instruído a olhar cada passageiro nos olhos e tocar em seu ombro. O passageiro então para de falar.
- g. **Quarta rodada** – dirigindo o ônibus:
- O terapeuta novamente deverá atuar como os passageiros de ônibus, verbalizando em voz alta para o cliente as barreiras que o impedem de caminhar até seus valores.
 - Posteriormente o terapeuta perguntará ao cliente: *“Você ainda está interessado em dar esse passo adiante? Você estaria disposto a fazer isso com todos os passageiros caminhando junto com você?”*. O cliente é, então, instruído a caminhar lentamente em direção ao seu valor enquanto escuta os passageiros gritando.

Obs.: Na discussão sobre o exercício, o terapeuta deixará que o cliente responda da forma mais livre possível. Caso o cliente sinta dificuldade, o terapeuta poderá iniciar a discussão perguntando:

- O que acontece quando não se permite entrar em contato com os pensamentos?
- Qual a diferença entre lutar contra os passageiros e aceitá-los?
- A que distância você se encontra nesse momento dos seus valores?
- Quem está no controle do ônibus?

6. Tarefas de Casa (5 min.)

- + Prática diária de Aceitação da Ansiedade por pelo menos 20 minutos e registrar;
- + Continuar monitorando ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando Formulário de Monitoramento Experiencial;
- + Prática diária completa usando Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 7

1. Exercício de Centralização (5 min.).

- Repetir exercício de *Mindfulness* conforme Sessão 1.

2. Revisão das Tarefas de Casa (10 min.):

- Prática de aceitação da ansiedade;
- Formulário de avaliações diárias;
- Formulário de Monitoramento Experiencial: discutir consequências imediatas e atrasadas de suas ações.

3. Exercícios de Exposição em sessão (25min.):

+ Adaptação do Exercício experiencial dos cartões (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999/2003)

- a. O terapeuta pedirá que o cliente se lembre de uma situação difícil que vivenciou;
- b. Após o cliente lembrar da situação, o terapeuta perguntará: “*como você se sentiu nessa situação?*”;
- c. Após o cliente responder como se sentiu, o terapeuta anotará sua resposta em um cartão, entregará o cartão para o cliente, e perguntará: “*como você fica quando se sente assim?*”;
- d. O terapeuta anotará novamente a resposta do cliente em um cartão, entregará para ele, e perguntará mais uma vez: “*e como você se sente quando fica assim?*”;
- e. O terapeuta continuará repetindo estas duas perguntas ao cliente, anotando suas respostas e entregando-as ao cliente escritas em um cartão até que o cliente demonstre de alguma maneira (ex: olhos lacrimejando, voz embargada, etc.) que entrou em contato com sentimentos, pensamentos ou sensações desconfortáveis.
- f. Quando o cliente entrar em contato com o desconforto, o terapeuta perguntará: “*como você se sente?*” e “*como está sentindo isso em seu corpo?*”.
- g. Após a resposta do cliente, o terapeuta pedirá que o cliente permaneça com os sentimentos, sensações ou pensamentos que vierem por alguns instantes.

+ Consolidar o progresso através de exercícios em casa:

- Solicitar que o cliente comece a se expor a situações direcionadas aos seus valores de vida mesmo com a presença de sensações, sentimentos ou pensamentos desconfortáveis.

- Solicitar que registrem suas atividades no formulário “Atividades Semanais voltadas para Objetivos/Valores de Vida” (APÊNDICE M).

4. Valores e Compromisso (25 min.)

- + Seleção de atividades baseadas na bússola da vida
- Escolher juntamente com cliente atividades que o levem em direção a seus valores utilizando a Bússola da Vida;
- Escolher ações que sejam observáveis e mensuráveis.
- + Criando uma Hierarquia de Atividades de Compromisso e Ação
- Criar hierarquia de ações direcionadas a valores de acordo com nível de dificuldade;
- Pedir que o cliente assuma o compromisso de fazer atividades semanais;
- Pedir que registre os objetivos estabelecidos e como executou.

5. Tarefas de Casa

- + Exercício de Aceitação de Ansiedade uma vez por dia durante pelo menos 20 minutos e folha de prática completa após a prática;
- + Acompanhar a prática de exposição e as atividades relacionadas aos valores, completando o registro “Atividades Semanais voltadas para Objetivos/Valores de Vida” a cada semana e completar Registro de Alcance de Objetivos (APÊNDICE N);
- + Continuar monitorando a ansiedade e experiências relacionadas ao medo usando o Formulário de Monitoramento Experiencial;
- + Formulário de Avaliações Diárias ACT.

SESSÃO 8

1. Revisão das Tarefas de Casa (5 min.)

- Discutir o registro “Atividades Semanais voltadas para Objetivos/Valores de Vida”;
- Pedir que lembre da situação em que teve mais dificuldade de se expor em prol dos objetivos e valores de vida e que identifique principal barreira.

2. Lidando com Barreiras e Prevenção (20 min)

- + Exercício de *Mindfulness* com situação difícil:

- a. Pedir que inicie exercício de *Mindfulness* fechando os olhos e ficando em uma posição confortável, conforme exercícios de *Mindfulness* descritos nas sessões anteriores;
- b. Pedir que o cliente relembre situação em que teve dificuldade de se expor ao longo da semana;
- c. Pedir que cliente lembre o que aconteceu na situação e como se sentiu. Solicitar que permaneça com as sensações, sentimentos e pensamentos que vivenciou na situação por alguns instantes, sem lutar contra eles ou tentar modificá-los;
- d. Posteriormente, pedir que cliente imagine como gostaria de ter agido na situação, retomando seus valores e suas ações com compromisso;
- e. Por último, pedir que o cliente imagine qual será a próxima situação em que passará por uma experiência semelhante e como gostaria de agir.

3. Preparando o Cliente para o Fim do Tratamento (25 min.)

+ Fornecer Resumo do Tratamento

- Relembrar o que foi discutido;
- Relembrar principais barreiras;
- Destacar mudanças alcançadas pelo cliente;
- Comparar resultados dos instrumentos no início e no final para verificar as diferenças.

+ Preparar para recaídas e contratempos

- Encorajar o cliente a utilizar estratégias aprendidas no processo terapêutico para lidar com recaídas.

+ Identificar situações de alto risco

- Identificar situações de risco e orientar sobre como lidar com elas.

APÊNDICE E – Formulário de Monitoramento Experiencial

Data: ___/___/___

Horário: _____

- Verifique se você está experienciando qualquer dessas sensações agora:

Tontura	Formigamento/dormência	Sensação de Asfixia
Falta de ar	Sensação de irrealidade	Náusea
Batimento cardíaco acelerado	Suor	Tensão muscular
Visão embaçada	Ondas de frio ou calor	Estranhamento de si
	Aperto ou dor no peito	
	Tremor/agitação	

- Verifique quais destas emoções/sentimentos melhor descreve sua experiência diante dessas sensações (escolha uma):

Medo Ansiedade Depressão Outro: _____

- Agora circule a intensidade que você está sentindo essa emoção/sentimento. Circule:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Extremamente tolerável Moderado Extremamente intolerável

- Descreva onde você estava quando as sensações ocorreram:

- Descreva o que estava fazendo quando as sensações ocorreram:

- Descreva o que seus pensamentos estavam dizendo a você sobre essas emoções/sentimentos: _____

- Descreva o que você fez diante dessas emoções/sentimentos: _____

- Se você fez alguma coisa, essa ação o levou em direção a algo que você realmente valoriza ou que é importante? Se sim, descreva o que foi aqui:

APÊNDICE G – Aceitação de Pensamentos e Sentimentos

Na primeira coluna (esquerda), registre se você se comprometeu a praticar o exercício de Aceitação de Sentimentos e Pensamentos neste dia e inclua a data. Na segunda coluna, registre se você realmente praticou, quando você praticou e por quanto tempo você praticou. Na terceira coluna, registre se você usou o áudio ou não. Na quarta coluna, escreva qualquer coisa que surja durante a sua prática e que você gostaria de falar em nossa próxima sessão.

Compromisso: Sim/Não Data:	Pratiquei? Sim/Não Quando pratiquei? Por quanto tempo (min.)?	Usei gravação? Sim/Não	Comentários
Sábado: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração:		
Domingo: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração:		
Segunda-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Terça-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Quarta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Quinta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Sexta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		

APÊNDICE H – Do que eu desisti por conta da ansiedade essa semana?

O propósito de completar este exercício é permitir que você examine diariamente como o manejo da ansiedade custa caro para você. Do que você está desistindo para gerenciar, reduzir e evitar a ansiedade? Que oportunidades de fazer as coisas que você gosta ou que são importantes para você, você está abrindo mão para controlar a ansiedade? O que você está perdendo?

Na primeira coluna (esquerda), registre a situação ou evento que desencadeou sua ansiedade ou preocupação. Na segunda coluna, anote sua ansiedade, sensações corporais, pensamentos, e preocupações. Na terceira coluna, registre o que você fez para administrar sua ansiedade. Na quarta coluna, registre o efeito que seus esforços para controlar ou reduzir sua ansiedade tiveram em você. Por exemplo, como você se sentiu depois? Na quinta coluna (à direita), anote as consequências e os custos associados aos seus esforços para administrar sua ansiedade. Do que você desistiu ou o que você perdeu?

Situação/ Evento	Ansiedade/ Preocupação	Ação para controlar ansiedade	Efeitos para você	Custos Ex: Perdi a oportunidade de ter bons momentos com meus amigos.
Ex: Fui convidado para sair com algum amigo.	Ex: fiquei com medo de ter um ataque de pânico.	Ex: Fiquei em casa vendo TV.	Ex: Me senti sozinho, triste e com raiva de mim mesmo.	

APÊNDICE I – Escreva seu Próprio Epitáfio**O que eu quero que permaneça da minha vida?****AQUI JAZ:**

APÊNDICE J - Direções Valorizadas

Estamos preocupados com a sua qualidade de vida em cada uma das áreas de sua vida. Um aspecto da qualidade de vida envolve a importância que você atribui a diferentes áreas da vida. Primeiro, avalie a importância de cada área circulando um número em uma escala de 0, 1 ou 2. Avalie cada área de acordo com o seu próprio senso de importância pessoal. Se você classificou uma área como sem importância (0), avance para avaliar a importância da próxima área. Se você classificou uma área moderadamente ou muito importante (1 ou 2), faça uma classificação de quão satisfeito você está com a qualidade e profundidade de sua experiência nesta área da vida. Em seguida, avalie com que frequência você fez alguma coisa para avançar nessa área durante a última semana. Depois de concluir suas avaliações, anote a intenção de como você gostaria de viver sua vida nessa área (por exemplo, o que é mais importante para você nessa área). Nas “barreiras” coloque quais serão as principais dificuldades encontradas quando tentar vivenciar essa área da forma que gostaria.

1. Família (com exceção de casamento e parentalidade): *Como você gostaria de interagir com os membros da sua família? Que tipo de irmão você quer ser? Que tipo de filho você quer ser?*

- *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

2. Relacionamentos Íntimos (casamento, namoro, etc.): *Como seria o relacionamento ideal para você? Que tipo de relacionamento você gostaria de ter? Que tipo de parceiro(a) você gostaria de ser em um relacionamento? Como você trataria seu parceiro(a)?*

- *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?*

0 = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

3. Parentalidade: *Que tipo de pai/mãe você quer ser? Como você quer interagir com seu filho?*

➤ *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante

➤ *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito

➤ *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

4. Amigos/Vida Social: *Que tipo de amigo você quer ser? O que significa ser um bom amigo? Como você gostaria de se comportar com seu melhor amigo? Por que amizade é importante para você?*

➤ *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante

➤ *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito

➤ *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

5. Trabalho/Carreira: *O que você valoriza no seu trabalho? Segurança financeira? Desafio intelectual? Independência? Prestígio? Interagir com outras pessoas? Ajudar pessoas? Que tipo de trabalho você gostaria de fazer?*

Quão importante essa área é para você? **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante

➤ *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito

➤ *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

6. Educação/Estudo: *Quão importante aprender é para você? Tem alguma habilidade que você gostaria de aprender?*

- *Quão importante essa área é para você? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito importante*
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito satisfeito*
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana? 0 = nenhuma vez 1 = uma ou duas vezes 2 = três ou quatro vezes 3 = mais de quatro vezes*

Intenção: _____

Barreiras: _____

7. Lazer/Diversão: *Que tipo de atividades você gosta? Que tipo de atividades você realmente adoraria se engajar? Por que você gosta delas?*

- *Quão importante essa área é para você? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito importante*
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito satisfeito*
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana? 0 = nenhuma vez 1 = uma ou duas vezes 2 = três ou quatro vezes 3 = mais de quatro vezes*

Intenção: _____

Barreiras: _____

8. Espiritualidade: *Este domínio é sobre fé e espiritualidade, em vez de religião. Por que a fé é importante para você? Se é importante em sua vida, o que a torna importante?*

- *Quão importante essa área é para você? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito importante*
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida? 0 = De modo algum 1 = Moderadamente 2 = Muito satisfeito*
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana? 0 = nenhuma vez 1 = uma ou duas vezes 2 = três ou quatro vezes 3 = mais de quatro vezes*

Intenção: _____

Barreiras: _____

9. Cidadania/Vida Comunitária: *O que você pode fazer para tornar o mundo um lugar melhor? As atividades comunitárias (por exemplo, voluntariado, votação, reciclagem) são importantes para você? Por quê?*

- *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

Barreiras: _____

10. Saúde/Cuidados Físicos: *Com quais questões relacionadas à saúde e ao bem-estar físico você se preocupa (por exemplo, sono, dieta, exercício)? Por que e como você cuida de si mesmo?*

- *Quão importante essa área é para você?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito importante
- *Quão satisfeito você está com a qualidade e intensidade da sua experiência nessa área de sua vida?* **0** = De modo algum **1** = Moderadamente **2** = Muito satisfeito
- *Quantas vezes você agiu para investir nesta área durante a última semana?* **0** = nenhuma vez **1** = uma ou duas vezes **2** = três ou quatro vezes **3** = mais de quatro vezes

Intenção: _____

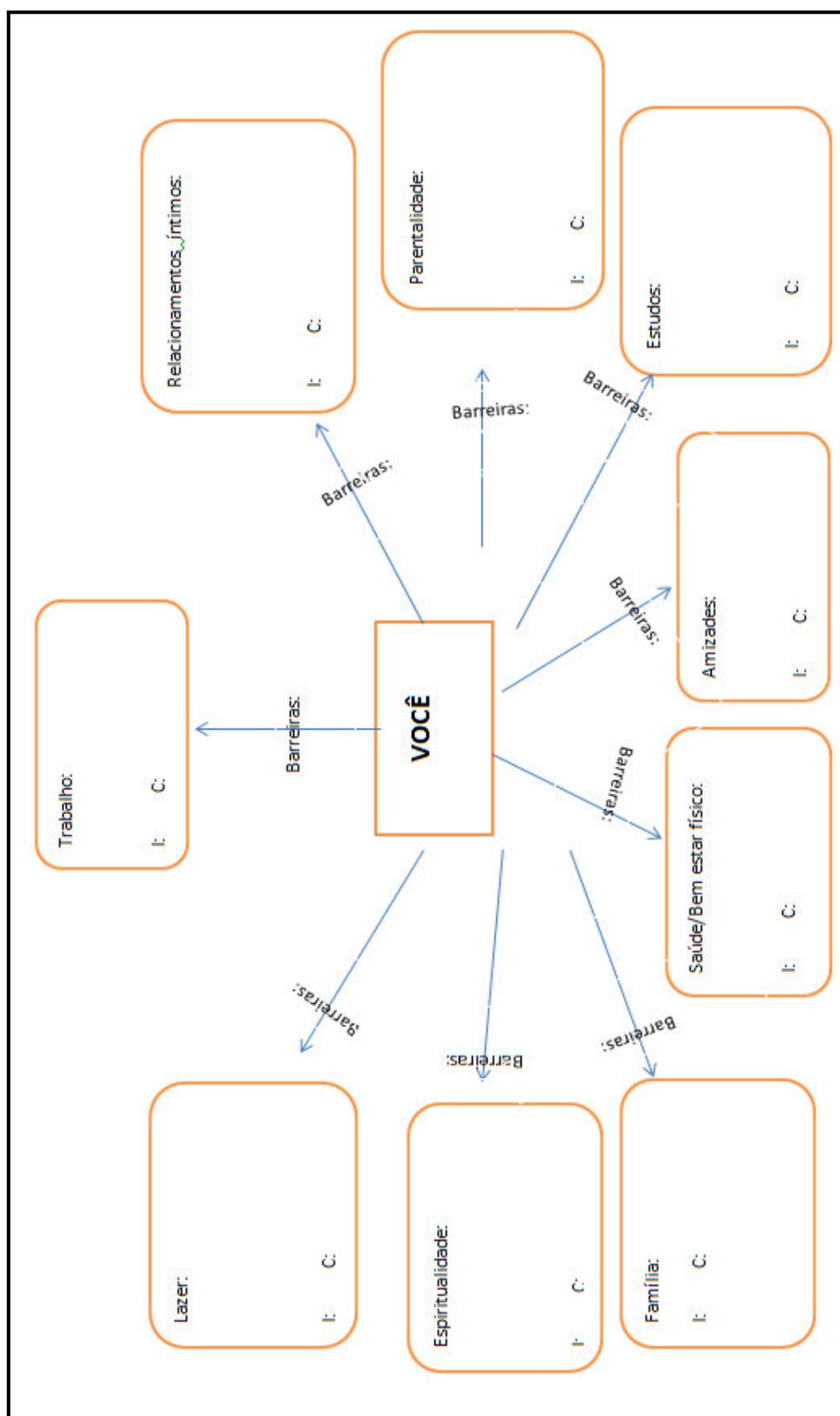
Barreiras: _____

APÊNDICE K – Registro do Exercício de Aceitação da Ansiedade

Na primeira coluna (esquerda), registre se você se comprometeu a praticar o exercício de Aceitação da Ansiedade nesse dia e inclua a data. Na segunda coluna, registre se você realmente praticou, quando você praticou e por quanto tempo você praticou. Na terceira coluna, registre se você usou um áudio ou não. Na quarta coluna, escreva qualquer coisa que surja durante a sua prática e que você gostaria de falar em nossa próxima sessão.

Compromisso: Sim/Não Data:	Pratiquei? Sim/Não Quando pratiquei? Por quanto tempo (min.)?	Usei gravação? Sim/Não	Comentários
Sábado: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração:		
Domingo: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração:		
Segunda-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Terça-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Quarta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Quinta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		
Sexta-Feira: Data:	Pratiquei: Sim/Não Hora: Duração		

APÊNDICE L – Bússola da Vida



APÊNDICE M – Atividades Semanais voltadas para Objetivos/Valores de Vida

Registre seus exercícios de exposição e outras atividades relacionadas a objetivos para cada dia da semana com base em seus compromissos assumidos na sessão. Registre se você se envolveu na atividade e quanto tempo você gastou em cada uma delas. Em seguida, avalie a intensidade da ansiedade que você experimentou, o quanto você estava disposto a senti-la e o quanto você lutou contra a ela no início e no final de cada atividade usando uma escala de 0 (baixa) a 10 (alta).

Dia	Atividade voltada para compromisso	Sim/ Não	Duração (min.)	Ansiedade Início/Fim	Disposição Início/fim	Luta Início/fim
Seg		S/N				
Ter		S/N				
Qua		S/N				
Quin		S/N				
Sex		S/N				
Sáb		S/N				
Dom		S/N				

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de Aceitação e Ação II

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria. 1 2 3 4 5 6 7

2. Tenho medo dos meus sentimentos. 1 2 3 4 5 6 7

3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos. 1 2 3 4 5 6 7

4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena. 1 2 3 4 5 6 7

5. Emoções causam problemas na minha vida. 1 2 3 4 5 6 7

6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu. 1 2 3 4 5 6 7

7. Preocupações atrapalham o meu sucesso. 1 2 3 4 5 6 7

Sexo [F] [M] Idade _____

ANEXO B – Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI)

Freiburg Mindfulness Inventory adaptado para o Brasil (FMI-Br-13) Questionário sobre a percepção de comportamentos relacionados à atenção plena				
<p>O objetivo desse questionário é identificar como você acha que está a sua atenção e o seu comportamento em diferentes situações. Considere os últimos 30 dias para você se avaliar em cada item. Responda cada item da melhor forma que você puder. Seja honesto(a) e espontâneo(a). Não há respostas 'certas' ou 'erradas', nem respostas 'boas' ou 'ruins'. O que é importante para nós é a sua própria experiência pessoal. Agradecemos o seu empenho e a sua disponibilidade!</p>				
	Raramente	De vez em quando	Com alguma frequência	Quase sempre
1. Eu estou aberto(a), disposto(a) pra viver as coisas que podem acontecer a cada instante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu presto atenção às sensações do meu corpo (pela pele, sabores na boca, minha postura, etc.) quando estou comendo, cozinhando, fazendo limpeza ou conversando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando eu noto que estou pensando no futuro, no passado ou em coisas que me deixam disperso(a), calmamente trago a minha atenção para o que estou vivendo aqui e agora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu consigo reconhecer as minhas qualidades e admirar a mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu olho pra dentro de mim mesmo(a) e presto atenção ao o que está me levando a fazer determinada coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu olho pros meus erros e dificuldades sem ficar me julgando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A minha atenção está voltada para o local onde estou e para a atividade que estou realizando a cada momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu consigo conviver com uma notícia, situação, emoção ou sensação que não gosto, sem querer mudá-la ou fugir dela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mesmo quando as coisas não ocorrem como eu planejei ou parecem dar errado, eu procuro dar apoio a mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu presto atenção às minhas próprias emoções e consigo agir sem que elas tomem conta de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Em situações difíceis, eu consigo parar um pouco e não reagir de imediato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mesmo quando eu fico cheio(a) de tarefas e estressado, eu lido com esta situação e consigo me sentir bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando eu faço algo que complicou a minha própria vida, eu não fico só me criticando, mas consigo achar graça disso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – Escala para Pânico e Agorafobia**Escala para Pânico e Agorafobia**

Avalie a última semana!

A) Ataques de pânico**A 1. Frequência**

0. nenhum ataque de pânico na última semana
1. 1 ataque de pânico na última semana
2. 2 ou 3 ataques de pânico na última semana
3. 4-6 ataques de pânico na última semana
4. mais que 6 ataques de pânico na última semana

A 2. Gravidade

0. nenhum ataque de pânico
1. os ataques de pânico em geral foram muito leves
2. os ataques de pânico em geral foram moderados
3. os ataques de pânico em geral foram graves
4. os ataques de pânico em geral foram extremamente graves

A 3. Duração média dos ataques

0. nenhum ataque de pânico
1. 1 a 10 minutos
2. de 10 a 60 minutos
3. de 1 a 2 horas
4. mais que duas horas

U. maioria dos ataques foram previsíveis (ocorreram em situações de medo) ou inesperado (espontâneos)?

9 nenhum ataque de pânico

0. a maioria foi inesperada
1. mais inesperadas que previsíveis
2. alguns inesperados, alguns previsíveis
3. mais previsíveis que inesperados
4. maioria previsível

B) Agorafobia, comportamento de esquiva

B 1. Comportamento de esquiva

0. não há esquiva (ou não há agorafobia)
1. raramente há esquiva de situações temidas
2. esquiva ocasional de situações temidas
3. esquiva freqüente de situações temidas
4. esquiva habitual das situações temidas

B 2. Número de situações

0. nenhuma (ou não há agorafobia)
1. 1 situação
2. 2-3 situações
3. 4-8 situações
4. ocorreram em diversas

B 3. Importância das situações evitadas

O quão importante foram as situações evitadas?

0. sem importância (ou não há agorafobia)
1. não muito importante
2. moderadamente importante
3. muito importante
4. extremamente importante

C) Ansiedade entre os ataques de pânico**C 1. Ansiedade antecipatória**

0. nenhum medo de ter ataque de pânico
1. medo raramente de ter um ataque de pânico
2. medo algumas vezes de ter um ataque de pânico
3. medo freqüente de ter ataque de pânico
4. medo constante de ter ataques de pânico

C 2. O quão forte foi este "medo do medo"?

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

D) Incapacidade**D 1. Prejuízo no relacionamento familiar (esposa, crianças, etc.)**

0. nenhum
1. leve
2. moderado
3. acentuado
4. extremo

D 2. Prejuízo no relacionamento social e lazer (eventos sociais como cinema etc.)

0. nenhum
1. leve
2. moderado
3. acentuado

4. extremo

D 3. Prejuízo no trabalho (considere o trabalho em casa também)

0. nenhum

1. leve

2. moderado

3. acentuado

4. extremo

E) Preocupações sobre saúde

E 1. Preocupações sobre prejuízo à saúde

Paciente esteve preocupado em estar sofrendo algum problema físico por causa da doença

0 não é verdadeiro

1 raramente verdadeiro

2 parcialmente verdadeiro

3 quase sempre verdadeiro

4 definitivamente verdadeiro

E 2. Pressupõe uma doença orgânica

Paciente achou que seus sintomas ansiosos existem devido a uma doença somática e não por um distúrbio psicológico

0 não é verdadeiro, transtorno psicológico

1 raramente verdadeiro

2 parcialmente verdadeiro

3 quase sempre verdadeiro

4 definitivamente verdadeiro, transtorno somático

Escore total: some todos os itens, com exceção de U.