



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA CLAUDIA RODRIGUES FERREIRA

ATIVIDADES ESTRUTURADAS NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO
COM DUAS IDOSAS: UMA ANÁLISE DA INTERAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE

CURITIBA

2022

ANA CLAUDIA RODRIGUES FERREIRA

ATIVIDADES ESTRUTURADAS NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO
COM DUAS IDOSAS: UMA ANÁLISE DA INTERAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jocelaine Martins da Silveira

CURITIBA

2022

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA

Ferreira, Ana Claudia Rodrigues

Atividades estruturadas na terapia de aceitação e compromisso com duas idosas : uma análise da interação terapêutica/cliente. / Ana Claudia Rodrigues Ferreira. – Curitiba, 2022.

1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jocelaine Martins da Silveira

1. Idosos – Terapia do comportamento. 2. Terapia de Aceitação e Compromisso. 3. Terapeuta e paciente. I. Silveira, Jocelaine Martins da, 1970-. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanóela Nogueira Dias CRB-9/1607



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

ATA Nº286

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM PSICOLOGIA

No dia vinte e um de outubro de dois mil e vinte e dois às 14:00 horas, na sala 208, Praça Santos Andrade, 50, 2º andar, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **ANA CLAUDIA RODRIGUES FERREIRA**, intitulada: **Atividades estruturadas na Terapia de Aceitação e Compromisso com duas idosas: uma análise da interação terapeuta/cliente**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CLAUDIA LUCIA MENEGATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), ROBERTA KOVAC (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 21 de Outubro de 2022.

Assinatura Eletrônica

24/10/2022 17:56:51.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

27/10/2022 18:35:04.0

CLAUDIA LUCIA MENEGATTI

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/10/2022 19:48:34.0

ROBERTA KOVAC

Avaliador Externo (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO)

Praça Santos Andrade, 50, 2o andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-010 - Tel: (41) 3310-2644 - E-mail: pgpsicologia@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 229614

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prrpg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaosignaturas.jsp>
e insira o código 229614



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANA CLAUDIA RODRIGUES FERREIRA** intitulada: **Atividades estruturadas na Terapia de Aceitação e Compromisso com duas idosas: uma análise da interação terapeuta/cliente**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 21 de Outubro de 2022.

Assinatura Eletrônica

24/10/2022 17:56:51.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

27/10/2022 18:35:04.0

CLAUDIA LUCIA MENEGATTI

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/10/2022 19:48:34.0

ROBERTA KOVAC

Avaliador Externo (PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO)

Praça Santos Andrade, 50, 2o andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-010 - Tel: (41) 3310-2644 - E-mail: pgpsicologia@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 229614

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prgpg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 229614

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Eliane e Maurício**, por serem encorajadores, acolhedores e amorosos. À minha mãe, **Eliane**, ter sido meu modelo de uma mulher forte e corajosa, e com isso, me apoiado sempre ir além, me encorajado a acreditar em mim e nos meus sonhos. Obrigada por me apoiar a ser a primeira mulher da família a ter um ensino superior, e mais ainda, ter chegado até aqui! Ao meu pai, **Maurício**, por ter me incentivado a seguir na profissão, mesmo quando tudo parecia impossível. Obrigada por cada apoio nas dificuldades, por me encorajar também a tornar meus sonhos reais. Obrigada por estarem presentes na minha vida a cada dificuldade e a cada conquista!

Aos meus avós, **Luiza e Raimundo**, por terem sido uma das principais inspirações desse projeto. Obrigada por cada olhar de amor e orgulho. Obrigada por terem cuidado de mim com muito amor e me ensinado sobre amorosidade e humildade. Muitos dos meus valores e do que sou hoje, se devem aos 20 anos que morei com vocês. Um agradecimento em especial às minhas avós **Luiza e Eva**, por além de terem me criado, terem sido meus modelos de mulheres corajosas e determinadas, que em meio a tantas dificuldades culturais enfrentadas, se mantiveram firme em seus propósitos de vida. Tenho certeza que minha vó **Eva** se orgulharia muito de me ver como a primeira da família a ter conquistado um título de mestre, principalmente, sendo uma mulher.

Às amigas que o mestrado me deu, **Camila** e a **Fanny**. Obrigada por terem sido uma base de suporte e fortaleza nos momentos de dificuldades que foram para além do programa de pós-graduação. As trocas, as risadas, conversas e amparo foram essenciais para mim!

Um agradecimento em especial à **Camila**, que mesmo já conhecendo de outras lugares relacionados à psicologia e a Análise do Comportamento, foi em meio ao mestrado da famosa “turma da pandemia” que nossos vínculos se estreitaram, e pude contar com um ombro amigo em todo e qualquer momento. Obrigada por ter sido minha rede de apoio, ter me encorajado

tanto em tantas coisas e ter me amparado. Obrigada pelas trilhas, cervejas, risadas&lágrimas compartilhadas e claro, obrigada pelo capim dos pampas!

À minha orientadora, **Jocelaine**, por desde o início ter apoiado minha ideia de projeto, ter se disponibilizado a pesquisar mais sobre o tema e, por consequência, me ajudado nesse caminho. Obrigada por ter me proporcionado tantos momentos de aprendizado.

Ao **terapeuta** da pesquisa por ter tornado esse projeto real com muita competência, dedicação e amorosidade. Obrigada pela disponibilidade e por cada contribuição que foi para além do programa de mestrado, mas também, com conversas de amparo quando as dificuldades da vida pessoal e acadêmica pareciam sufocantes.

Às minhas amigas **Isabele** e **Heloíse** por mesmo distante, sempre fazerem-se presentes ao me encorajar e dar suporte. Ao meu amigo **Vinicius**, pelo suporte nas dificuldades, por cada conversa que me proporcionava reflexões do meu caminho valoroso e, ainda, me encoraja a um dia ser a “*dona de tudo*”. As minhas amigas **Ana Carolina** e **Jacqueline**, por terem sido minha rede de apoio em tempos difíceis. A amizade de todos vocês foram fundamentais para que eu me mantivesse forte no caminho que escolhi, ainda que com dificuldades.

À **Ana Maria Moser**. O início de tudo foi por tê-la como professora. Obrigada por me desafiar a ir além, por me ensinar os princípios da Análise do Comportamento, por me ajudar a me desenvolver na escrita e, ainda, por me incentivar na pesquisa e em participar de comunicações orais em congressos, principalmente daquele em Portugal. Foi uma honra ter sido sua aluna na graduação e na iniciação científica. Obrigada por acreditar em mim e me proporcionar tanto. A gratidão será eterna!

Aos **categorizadores Matheus e Giuliano**, meus amigos de turma de pós-graduação e da vida, que aceitaram me ajudar nesse caminho da pesquisa. Gratidão por terem feito parte de mais um pedacinho da minha vida. Contem comigo também!

À **Elisa**, minha amiga e colega de profissão que o mestrado me presenteou. Obrigada por acolher minhas ideias profissionais e acadêmicas desde quando tudo era só um sonho. Obrigada por ser minha parceira no nosso Grupo Terapêutico para Mulheres. À colega de profissão, **Maria Fernanda**, por ter sido encorajadora durante o processo seletivo do mestrado, ter me dado um abraço tão acolhedor quando eu passei, e ter se mantido disponível a me ajudar nessa jornada. Sou grata por ter encontrado vocês duas no meu caminho valoroso!

À **Taty Porto**, minha professora na graduação e posteriormente, minha supervisora clínica. Obrigada por ser um modelo de profissional ético e de ser humano humilde. Obrigada por me guiar nos primeiros passos na clínica e durante o processo seletivo do mestrado, obrigado por ter contribuído com a profissional que sou hoje.

À **Cris**, minha ex-chefe e supervisora no estágio do CAPE/DENARC. Obrigada por ter dito tanto “acredite em você” cada vez que me sentia insegura. Reconheço que hoje, consigo falar em público por ter tido você como uma chefe e amiga, que me incentivava a não desistir e, me sentir cada vez mais segura cada vez que precisasse me comunicar para uma grande quantidade de pessoas. Obrigada por me escolher para fazer parte da equipe e, assim, me permitir me desenvolver em atendimentos de psicoterapia em grupo. Você também fez parte da profissional que hoje sou.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná** por possibilitar esse estudo.

*“Mesmo quando tudo parecer desabar, cabe a mim
decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri no caminho incerto da vida, que o mais
importante é decidir.”
(Cora Coralina)*

RESUMO

O Brasil é o quinto país com a maior população idosa do mundo e dados do IBGE sugerem que a depressão é uma das doenças que mais afetam os idosos. Estudos sugerem que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem potencial para gerar bons resultados terapêuticos nessa população. O uso de atividades estruturadas parece ser mais um dos recursos indicados na intervenção em diferentes terapias para evocar comportamentos de interesse, que no caso da ACT com pessoas idosas, pode consistir na descrição e reflexão sobre valores. O objetivo do presente estudo foi avaliar o uso de atividades estruturadas relacionadas aos valores em sessões de ACT, em termos da consistência dos comportamentos relatados na vida diária com os valores indicados por duas pacientes idosas. As atividades estruturadas consistiram no uso da metáfora “comparecendo ao seu próprio funeral” e na apresentação de cartas do baralho chamado Trabalhando Valores (ambos recursos disponíveis na literatura para intervenções em ACT). Participaram do estudo duas idosas (uma com 72 anos e a outra, com 68 anos) e um terapeuta do gênero masculino, com idade de 34 anos. Colaboraram com o estudo, quatro transcritores e dois categorizadores. As intervenções ocorreram ao longo de 14 sessões, de forma on-line, em um período de sete semanas. O delineamento consistiu em um A-B-A. As condições A consistiram em sessões de ACT sem uso de atividades estruturadas, na condição B foram realizadas sessões de ACT com uso da referida metáfora sobre valores e do baralho. Além disso, antes e depois das 14 sessões, foram realizadas uma avaliação inicial e uma final para a aplicação dos instrumentos seguintes: GDS, AAQ-II, VLQ e Tarefa de Casa sobre Valores. As condições A-B-A foram compostas por quatro sessões cada. Os instrumentos usados na avaliação inicial e final para caracterização da flexibilidade psicológica e de valores foram o AAQ-II e o VLQ. O SiMCCIT foi usado como medida de processo da interação terapeuta/cliente. Para isso, algumas categorias do instrumento receberam adaptações, na tentativa de capturar relatos de ações consistentes com valores. Os escores do instrumento AAQ não indicaram diferenças e os escores do VLQ indicaram associações qualitativas, como clareza de quanto uma área de vida poderia ou não ser valorosa, a partir de um *Self como Conceito*. Os dados obtidos por meio do SiMCCIT indicaram que o uso de atividades estruturadas em sessões de ACT focada em valores pareceu ter sido terapêutico para as duas participantes idosas. As categorias do SiMCCIT sugeriram que o foco em valores com as duas idosas do estudo ajudou no esclarecimento de seus valores e na discriminação de eventos privados, aumento de relatos de estabelecimento de relações entre eventos e, a depender do caso, planejamento de ações direcionadas aos valores. Discute-se que alguns componentes do hexaflex podem receber foco terapêutico antes da ênfase em valores, conforme a formulação de caso. É possível que outros pontos do hexaflex ajudem a agregar características terapêuticas às atividades estruturadas como a reflexão de ações comprometidas com os valores. O vínculo terapêutico também pareceu fundamental para o alcance dos objetivos terapêuticos nos atendimentos às idosas. Do ponto de vista metodológico, discute-se a necessidade de desenvolvimento ou adaptação de instrumentos de medida de processo para um tratamento com a ACT. Além disso, foram feitas considerações sobre a concordância interobservadores do presente estudo.

Palavras-chaves: Terapia de Aceitação e Compromisso; Idosos; Atividades Estruturadas; Valores.

ABSTRACT

Brazil is the fifth country with the largest elderly population in the world and data from the IBGE suggest that depression is one of the diseases that most affect the elderly. Studies suggest that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has the potential to generate good therapeutic results in this population. The use of structured activities seems to be one of the resources indicated in the intervention of different therapies to evoke behaviors of interest, which in the case of ACT with elderly people, can consist of description and reflection on values. The aim of the present study was to evaluate the use of structured activities related to values in ACT sessions, in terms of the consistency of reported behaviors in daily life with the values indicated by two elderly patients. The structured activities consisted of the use of the metaphor “attending your own funeral” and the presentation of cards from the deck called Working Values (both resources available in the literature for interventions in ACT). Two elderly women (one 72 years old and the other 68 years old) and a male therapist, aged 34 years old, participated in the study. Four transcribers and two categorizers collaborated with the study. The interventions occurred over 14 sessions, online, over a period of seven weeks. The design consisted of an A-B-A. Condition A consisted of a few ACT sessions without the use of structured activities, in condition B, ACT sessions were held using a metaphor about values and from the deck. In addition, before and after the 14 sessions, an initial and a final evaluation were carried out for the application of the following instruments: GDS, AAQ-II, VLQ and Homework on Values. The A-B-A conditions were composed of four sessions each. The instruments used in the initial and final assessment to characterize psychological flexibility and values were the AAQ-II and the VLQ. The SiMCCIT was used as it was used as a process measure of the therapist/client interaction. For this, some categories of the instrument were adapted, in an attempt to capture reports of actions consistent with values. The AAQ instrument scores did not indicate differences and the VLQ scores indicated qualitative associations, such as clarity of how much a life area could or could not be valuable, based on a Self as Context. The SiMCCIT data indicated that the use of structured activities in values-focused ACT sessions appeared to have been therapeutic for the two elderly participants. The SiMCCIT categories suggested that the focus on values with the two elderly women in the study helped to clarify their values and the discrimination of private events, increase reports of establishing relationships between events and depending on the case, planning of actions directed to values. It is argued that some components of hexaflex may receive therapeutic focus before emphasizing values, depending on the case formulation. It is possible that other points of hexaflex help to add therapeutic characteristics to structured activities, such as the reflection of actions committed to values. The therapeutic bond also seems fundamental to reach the therapeutic goals in the elderly care. From a methodological point of view, the need to develop or adapt process measurement instruments for treatment with ACT is discussed. In addition, considerations were made on the interobserver agreement of the present study.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Elderly; Structured Activities; Values.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Procedimento de pesquisa, indicando o delineamento da pesquisa e a sequência das atividades e condições da intervenção para as duas participantes.	43
Figura 2: Variação da subcategoria REL-V e da categoria CER durante as intervenções na participante Célia.	68
Figura 3: Variação da subcategoria REL-V e da categoria CER durante as intervenções na participante Célia	69
Figura 4: Ocorrência da categoria do cliente MET durante as intervenções na participante Célia	69
Figura 5: Variação das categorias do cliente CER e MET durante as intervenções com a participante Célia	70
Figura 6: Variação das categorias do cliente CER e MET durante as intervenções com a participante Zaira	70
Figura 7: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria do cliente RELEP durante as intervenções com a participante Célia.	71
Figura 8: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria do cliente RELEP durante as intervenções com a participante Zaira.	72
Figura 9: Variação da correlação entre a categoria do terapeuta INT e da categoria do cliente CER durante as intervenções com a participante Célia.	73
Figura 10: Variação da correlação entre a categoria do terapeuta INT e da categoria do cliente CER durante as intervenções com a participante Zaira.	73
Figura 11: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRFVAL e da subcategoria do cliente REL-V durante as intervenções com a participante Célia.....	74
Figura 12: Variação da correlação entre a categorias do terapeuta REC e da categoria do cliente MET durante as intervenções com a participante Célia.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Condições do estudo	44
Tabela 2: Resultados do índice Kappa de Kohen referentes à concordância das categorias do cliente e do terapeuta em cada uma das sessões analisadas.....	64
Tabela 3: Resultados do índice Kappa de Kohen referentes à concordância das categorias do cliente e do terapeuta em cada uma das sessões analisadas.....	65
Tabela 4: Resultado das correlações existentes ou não entre as categorias e as subcategorias de terapeuta e cliente das duas participantes.	66
Tabela 5: Resultados das análises estatísticas das duas participantes de quais categorias e subcategorias do terapeuta e do cliente apresentaram aumento da frequência em sessão durante e depois do uso das cartas BTV, e quais apresentaram resultados desprezíveis.....	67
Tabela 6: Escores dos instrumentos GDS e AAQ-II aplicados nas duas participantes antes e depois das intervenções.....	76
Tabela 7: Resultados da participante Célia referentes ao instrumento VLQ, na condição inicial e final do delineamento.	76
Tabela 8: Resultados da participante Zaira referentes ao instrumento VLQ, na condição inicial e final do delineamento.	77
Tabela 9: Descrição das intervenções em cada condição do estudo.	95
Tabela 10: Descrição de cada etapa do treino do terapeuta de pesquisa.	107
Tabela 11: Descrição de cada etapa do treino dos categorizadores	109
Tabela 12: Material com o nome das categorias e siglas correspondentes do instrumento SiMCCIT e das subcategorias a partir do mesmo instrumento. As siglas referem-se tanto ao comportamento verbal vocal do terapeuta, quanto ao comportamento verbal vocal do cliente.	111
Tabela 13: Material com os nomes das cartas do baralho "Trabalhando Valores:por uma vida com mais significado e propósito.	111

LISTA DE SIGLAS

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II
APA	American Psychological Association
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
BA	Behavior Activation
BTV	Baralho Trabalhando Valores
C:	Fala do Cliente
CER	Cliente Estabelece Relações
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRBs	Comportamentos Clinicamente Relevantes
EMP	Terapeuta Demonstra Empatia
GDS	Escala de Depressão em Geriatria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INF	Terapeuta Fornece Informações
INT	Terapeuta Interpreta
INTV	Terapeuta Interpreta Valores
MEL	Cliente Relata Melhora ou Progresso Terapêutico
MET	Cliente Formula Metas
REC	Terapeuta Recomenda ou Solicita a Execução de Ações, Tarefas ou Técnicas
REL	Cliente Relata Eventos
RELEP	Cliente Relata Eventos Privados
RELV	Cliente Relata Valores
RFT	Relational Frame Theory
SiMCCIT	Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica
SRENC	Terapeuta Solicita Relato de Encobertos
SRF	Terapeuta Solicita Reflexão
SRFV	Terapeuta Solicita Reflexão de Valores
T:	Fala do terapeuta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
VLQ	Questionário de Valores de Vida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
<i>Psicoterapias e a Terapia de Aceitação e Compromisso para idosos</i>	18
<i>Em busca de uma vida mais valorosa: terapia de aceitação e compromisso aplicada à idosos</i>	22
PROBLEMA	26
2. OBJETIVO.....	26
a. OBJETIVO GERAL	26
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. MÉTODO	28
Participantes	28
Aspectos Éticos	30
Instrumentos	31
<i>Escala de Depressão em Geriatria Escala de Depressão em Geriatria (GDS)</i>	31
<i>Versão do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)</i>	31
<i>Versão do Questionário de Valores de Vida (VLQ)</i>	32
<i>Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT)</i>	32
<i>Subcategorias elaboradas para o presente estudo a partir dos itens do Eixo – I-1 e Eixo I-3 do SiMCCIT</i>	33
Materiais	33
Local	35
Procedimentos	35
Unidade de medida	38
Treino do terapeuta e supervisões	38
Treino de Categorizadores	41
Delineamento de pesquisa	42
Coleta de dados	44
Categorização	45
Aferição da Concordância	45
Análise dos dados	46

4. RESULTADOS	48
Conceituação e formulação dos casos	48
<i>CASO CÉLIA</i>	49
<i>CASO ZAIRA</i>	56
Concordância entre categorizadores	64
Dados obtidos por meio do SiMCCIT	66
Dados obtidos por meio dos instrumentos	75
6. DISCUSSÃO	78
<i>CASO CÉLIA</i>	79
<i>CASO ZAIRA</i>	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	95
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B	98
APÊNDICE C	99
APÊNDICE D	104
APÊNDICE E	106
APÊNDICE F	107
APÊNDICE G	109
APÊNDICE H	111
APÊNDICE I	126
APÊNDICE J	128
ANEXOS	130
ANEXO A	130
ANEXO B	131
ANEXO C	132
ANEXO D	134
ANEXO E	135

ANEXO F.....	142
ANEXO G.....	145
ANEXO H.....	146

1. INTRODUÇÃO

Com aproximadamente 28 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o Brasil é o quinto país com a maior população idosa do mundo. Estimativas preveem que, em 2030, o número de brasileiros idosos ultrapasse o de crianças de até 14 anos (Ministério da Saúde, 2017). A Organização Mundial da Saúde (2018) sugere que a população idosa será cada vez maior, podendo chegar a dois bilhões de pessoas acima de 60 anos. Esse aumento demográfico da população idosa pode ser explicado como parte da diminuição das taxas de fecundidade e do aumento da perspectiva de vida populacional como consequências dos avanços tecnológicos e das possibilidades da medicina (Cordeiro et al., 2020; Soares et al., 2020).

Tendo em vista o aumento do número de idosos ativos na sociedade, surgem algumas preocupações em relação à saúde física e mental, uma vez que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo composto por fatores filogenéticos, ontogenéticos e culturais (Medeiros & Hartmann Junior, 2019). Assim sendo, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) apontam que a depressão é uma das doenças que mais afetam os idosos, correspondendo 11,1% entre os 11,2 milhões de brasileiros acometidos pela doença. O Ministério da Saúde (2017) também indicou um índice de 8,9 suicídios de idosos a cada 100 mil habitantes, sendo que a média nacional é 5,5 por 100 mil habitantes.

Esses dados levam a preocupações no âmbito da psicoterapia em relação à qualidade de vida do idoso e à satisfação com a vida. O fator cultural se relaciona no processo de envelhecimento ao englobar estereótipos voltados a ideias de ausência de autonomia e senso de limitação do tempo futuro, que podem contribuir para o declínio da qualidade de vida da pessoa idosa (Deps, 2012). Nesse cenário de aumento da população idosos junto com o aumento da depressão nessa faixa etária, torna-se relevante produzir conhecimento na área de psicoterapia voltada a essa parte da população.

Ademais, diante de algumas perdas pertinentes à idade, como papéis sociais, déficits físicos e cognitivos, ausência de pessoas importantes e, a supressão da participação no mercado de trabalho com a chegada da aposentadoria. Sendo que, as restrições das relações interpessoais podem ser uma consequência desses fatores e, podem causar prejuízos psicológicos como depressão pelo baixo convívio social. Por isso, o comportamento social ativo e as relações interpessoais são consideradas fatores protetivos para um envelhecimento ativo e saudável. Desta forma, esses fatores protetivos podem manter um bem-estar físico e psicológico e maior engajamento social com maiores satisfações na velhice (Rodrigues & Silva, 2012; Scheufler 2014).

Estudos recentes (realizados na Universidade de Washington com os idosos) indicam que a melhora no quadro depressivo pode ocorrer devido a um maior enfrentamento de situações difíceis e interações positivas com o ambiente, segundo uma pesquisa de Renn e Areán (2017). Dessa forma, a psicoterapia é uma ferramenta importante para promover a ampliação e potencialização de repertórios comportamentais de acordo com as capacidades dos idosos e potencializá-las, de modo que as perdas e ganhos presentes nessa fase não interfiram no seu papel ativo na sociedade e em seu bem-estar (Medeiros & Hartmann Junior, 2019).

Com o aumento da população idosa e com os altos índices de depressão nessa população, o engajamento em atividades prazerosas podem ser fundamentais para um envelhecimento mais saudável. Para isso, as psicoterapias parecem ser uma forma recomendada de intervir na população idosa por promover adaptação no processo de envelhecimento, proporcionar assim, a qualidade de vida.

Psicoterapias e a Terapia de Aceitação e Compromisso para idosos

De acordo com aparentes estigmas sociais sobre os idosos de maneira negativa e o alto índice de depressão e suicídio nesta população, uma pesquisa desenvolvida no Brasil sobre

o impacto de uma intervenção multidisciplinar em idosos com depressão, destacou a relevância das relações interpessoais nesta faixa etária (Dantas et al., 2020). O estudo identificou melhoras significativas nos comportamentos depressivos e na qualidade de vida com as intervenções psicoterapêuticas, cujos resultados foram hipotetizados pelos autores devido à intervenção ser baseada em Terapias Comportamentais Contextuais Ativação Comportamental (Behavior Activation – BA), as quais encorajam a pessoa em contato com atividades e com relações interpessoais.

Em uma revisão sistemática, foram avaliadas algumas intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidências com a população de idosos, sendo a Terapia Comportamental Contextual - Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) uma delas, os resultados indicaram efeitos positivos em quadros de depressão e na qualidade de vida. Os autores concluíram que o papel das psicoterapias para os idosos é promover uma vida significativa dentro das potencialidades do momento presente. Portanto, a ACT parece contribuir com tal objetivo das psicoterapias por ter intervenções baseadas em valores e foco no momento presente (Renn & Areán, 2017).

Ademais, a linguagem é uma das ferramentas de intervenção da ACT que busca explicar e resolver os prejuízos das relações de enquadramento relacionados à fusão cognitiva e a esquiva experiencial causados pela linguagem (Hayes, 2016). A ACT, portanto, explora como a linguagem funciona para manter o sofrimento humano e, por meio de paradoxos da linguagem, como metáforas e exercícios experienciais, utiliza os processos de compreensão da linguagem para intervir sobre ela. O objetivo é aumentar a flexibilidade psicológica frente ao sofrimento e na construção de repertórios de comportamentos construtivos orientados por valores (Luoma, Hayes & Walser 2007).

Em vista disso, a ACT tem como pressupostos a aceitação dos sentimentos e pensamentos (eventos privados) considerados aversivos, sem a intenção de tolerar, mas sim de

observar, opondo-se à esquiva experiencial, ao encorajar a pessoa a abandonar regras e rigidez literal de seus próprios pensamentos ou avaliações. A partir disso, pode-se ter as estratégias de mudança traçadas pela própria pessoa de modo que, mesmo com sensações aversivas, persista no caminho escolhido para ter uma vida mais significativa (Hayes, 2016; Lucena-Santos et al, 2015).

Dessa forma, as intervenções em ACT são compostas de acordo com o “hexagrama de flexibilidade psicológica” (também conhecido como hexaflex): aceitação, desfusão, contato com o momento presente, Self como Conceito, valores e ação como compromisso. Assim, são realizados exercícios com esses seis componentes a fim de promover a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 1999).

Neste estudo, a ênfase está no componente “valores”. Os valores podem ser aprendidos verbalmente, mas não se confundem com o que é chamado de “valores morais”. Hayes e Smith (2005) descrevem o termo como *“qualidades intencionais que unem uma sequência de momentos em um caminho significativo”* (p. 155).

Valores podem ser direções de vida escolhidas, que levam a um lugar. Esse lugar pode ser o que a pessoa queria que a vida represente, aquilo que a fortalece por um longo período. Podem ser compreendidos como verbos ou advérbios, que transmitam algo que uma pessoa faz ou a qualidade do que é feito, não algo que a pessoa tenha, nem um sentimento, julgamento ou uma escolha guiada por um julgamento. Os valores também não devem ser confundidos com “regras”, nem objetivos, muito menos com sentimentos. São escolhas livres que a pessoa pode ter mesmo que essas escolhas não sejam totalmente satisfeitas, permanentes ou alcançadas (Hayes et al., 1999; Hayes & Smith, 2005).

Hayes et al. (1999) defendem que a ACT seja considerada uma intervenção comportamental. Para tanto, as intervenções são focadas em auxiliar o cliente comportar-se de

forma significativa para ele. A ACT promove, assim, o aprendizado para o cliente diferenciar escolha de julgamento e, perceber quais comportamentos afastam de uma vida mais valorosa.

Apenas com os valores esclarecidos, será possível que os outros componentes de intervenção do hexagrama se unam e então, metas reais poderão ser discutidas na intervenção para alcançar esses valores, por meio de ações concretas. No entanto, para que os valores sejam alcançados, é necessária a aceitação de pensamentos e sentimentos dolorosos e ainda assim, sabendo da existência desses pensamentos e sentimentos, comportar-se para viver uma vida valorosa (Hayes, 2016).

Entretanto, como conceito abstrato sobre formas ideais de vida e princípios orientadores na vida de uma pessoa, os valores têm sido discutidos de diversas formas. Abib (2001), define valor como efeito das consequências do comportamento sobre o próprio comportamento, bem como o sentimento que acompanha esse efeito. Do mesmo modo, Dittrich e Abib (2004) discutem como um conjunto de valores adequado culturalmente em uma época, poderão ser mais eficazes para promover a sobrevivência, da mesma forma em que as mudanças culturais, novos valores poderão se mostrar mais eficientes para a sobrevivência. Assim sendo, os valores tornam-se reforçadores ao manter certo comportamento que tem consequências de sobrevivência da cultura.

Já em uma concepção Skinneriana, expressar valores está relacionado com o comportamento verbal por ser um tato “sob o controle discriminativo dos efeitos reforçadores positivos de um estímulo sobre o comportamento do falante” (Assaz et al., 2017, p. 33). Nessa concepção, os valores podem ser descritos como aspectos culturais, que estão em constante mudança.

Por esse ângulo, os valores também podem ser compreendidos como uma operação motivadora que dependerá de suas variáveis durante a verbalização de uma pessoa no que se refere a algo valoroso para ela. Desse modo, ao encorajar um cliente a buscar seus valores, é

encorajá-lo a encontrar um padrão de comportamento com propriedades qualitativas e motivadoras que não podem ser classificados como regras (Assaz et al., 2017; Ferreira et al., 2020).

Todavia, outra pesquisa indicou que mesmo com tantas discussões sobre o conceito de valor, ele deve ser preciso sem ser muito amplo para que tanto a área científica quanto a população não científica possam compreender. Os conceitos devem estar claramente ligados às possibilidades de intervenções clínicas do analista do comportamento para ser parte do objetivo da terapia (Ferreira et al., 2020).

Portanto, diante dos apontamentos, a ACT se apresenta como um modelo psicoterapêutico em potencial para população idosa. Essa capacidade parece relacionar-se com as intervenções focadas em valores, os quais não são valores morais, nem julgamentos, mas sim, escolhas que favorecem a pessoa se comportar dentro do que é significativo. Ainda que o termo *valor* pareça bastante discutido por alguns autores, a resposta com propriedades reforçadoras conectada ao valor, apresentou-se em consenso e, pode ser uma ótima ferramenta de intervenção do analista do comportamento por produzir consequências reforçadoras positivas.

Em busca de uma vida mais valorosa: terapia de aceitação e compromisso aplicada à idosos

Um estudo recente sinalizou um baixo número de pesquisas de ACT com idosos, como a revisão sistemática de Medeiros e Hartmann Junior (2019). Os resultados dessa revisão apresentaram apenas temas de dor crônica e depressão, identificando uma necessidade maior de estudos. Roberts e Sedley (2016) hipotetizam que a escassez de estudos da ACT com idosos seja decorrente do baixo número de profissionais para trabalhar com a população acima de 65 anos. Desse modo, Petkus e Wetherell (2013) defendem o desenvolvimento de estudos empíricos para tratar da saúde mental e comportamental dos idosos, bem como o

aperfeiçoamento dos profissionais para atender as necessidades especiais da população de idosos.

Outros resultados positivos da ACT com a população idosa foram encontrados em estudos empíricos fora do Brasil, como intervenções em ACT com idosos com diabetes tipo 2 (Maghsoudi, et al, 2019), sobre o bem-estar psicológico de idosos residentes em instituições (Davison, et al, 2017) e sobre ansiedade generalizada em idosos (Lawrence, et al, 2019; Roberts & Sedley, 2016). Uma revisão sistemática sobre *mindfulness* e ACT também indicou a aplicabilidade com idosos (Alvarado & Modesto-Lowe, 2017), assim como algumas pesquisas de estudo de caso, além de apresentar o processo de intervenção em ACT, eficácia e a viabilidade dessa intervenção com a população idosa (Costa & Soares, 2015; Marulanda & Colorado, 2016; Petkus & Wetherell, 2013).

No entanto, também foram encontrados em estudos, resultados que indicam uma vivência flexível durante o envelhecer dos idosos por meio de uma aceitação de situações existentes nessa fase de vida, e um engajamento ativo com mudanças. Assim, a aceitação no processo de envelhecimento pode ser benéfica ao mostrar novas formas funcionais de viver dentro das limitações, e ainda, potencializar habilidades existentes (Medeiros & Hartmann Junior, 2019). Alonso-Fernandez e colaboradores (2016) falam o quanto a ACT pode contribuir com os idosos ao promover uma melhor aceitação das perdas relacionadas à idade e, ainda, auxiliar a identificar como gostaria de viver. Ou seja, os valores, para se comprometer em seguir uma vida mais valorosa, mesmo diante das perdas inevitáveis da idade.

Os mesmos resultados são encontrados no estudo de Roberts e Sedley (2016), mas com maior ênfase nos valores, uma vez que os idosos podem ter a percepção de que seu tempo de vida é limitado e assim, ter maior motivação em se engajar nos seus valores e se comprometer com uma vida mais significativa. Assim, o objetivo de intervenção foi auxiliar a perceber o sofrimento pelas perdas menores quando comparado com as possibilidades de uma

vida mais valorosa, de construir um legado e de ter maior satisfação com o momento presente, mesmo com as dificuldades.

Petkus e Wetherell (2013) defendem um processo de intervenção com idosos baseado nos valores e, ainda, afirmam que quando baseadas em ACT, apresentam grande potencial a essa população, mesmo com poucos estudos usando essa Terapia Contextual para essa população específica. Ademais, outras formas de intervenção com idosos, buscam discriminar os transtornos existentes e tratá-los de forma isolada. Já a proposta da ACT é tratar do sofrimento humano como ele acontece na vida da pessoa e no contexto, sem precisar levantar os transtornos pré-existentes, pois o modo de intervir é focado na flexibilidade psicológica e auxiliar a pessoa a encontrar uma vida guiada por seus valores.

Desse modo, a ACT parece apresentar um potencial de sucesso com os idosos, e a forma em que os componentes do hexaflex são apresentados em sessão são vivenciais, metáforas e algumas atividades estruturadas (Hayes et al., 1999; Wiggs & Drake, 2016). As atividades estruturadas podem ser usadas: para aumentar a intimidade entre terapeuta e cliente; para evocar comportamentos específicos seguidos de reforço diferencial; para ajudar os clientes experienciar sentimentos e pensamentos que eles normalmente evitam; para aproximar os clientes de seus objetivos na terapia (Nelson et al., 2014).

Uma pesquisa sobre o uso das metáforas foi realizada em sessões de um estudo de caso em Psicoterapia Analítico-Comportamental. O objetivo foi avaliar as relações entre o uso de metáforas e os comportamentos do terapeuta e do cliente. A promoção de tato de eventos privados e a resposta verbal com conteúdo aversivo e, comportamentos de melhora clínica, foram os resultados da pesquisa, assim como o aspecto do fortalecimento do vínculo terapêutico (Silva & Silveira, 2017).

Outra atividade estruturada que pode ser usada é a argila. Um relato de caso clínico de Goldoni e Méa (2014) exemplifica o uso de argila em um grupo terapêutico de pacientes

internados em uma clínica psiquiátrica, como forma de intervir em questões pessoais que poderiam ser abertas ao grupo terapêutico. No estudo, não houve manipulação de condições, mas o procedimento ocorreu com a solicitação para os participantes que, individualmente, moldassem algum acontecimento triste que havia vivenciado e que ainda evocasse sofrimento. Também foi solicitado que moldassem algo para uma situação do futuro se relacionasse com idealizações. O resultado foi considerado um bom recurso terapêutico para evocar mais objetivamente sentimentos que poderiam ser explorados em um grupo.

Na Psicoterapia Analítico-Funcional também foram encontrados outros resultados de atividades estruturadas como meio de evocar os comportamentos clinicamente relevantes que podem ser apresentados na atividade uma só vez, repetidamente ou a cada sessão, conforme mostra o estudo de Nelson et al (2014). Além do mais, os autores defendem que estratégias são adequadas para um cliente que fosse apto a elas e devem ser adaptadas às necessidades de cada cliente.

Algumas cartas de baralhos também podem ser usadas como forma de atividades estruturadas. Uma pesquisa recente, com delineamento experimental de caso único, demonstrou o efeito do uso de cartas *Dixit*®, com a introdução e a remoção delas na Psicoterapia Analítico-Funcional. O objetivo foi investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada como forma de evocação sobre a frequência de Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs) de dois participantes. Na fase em que as cartas *Dixit* foram acrescentadas na intervenção, observou-se um aumento em percentual de CRBs e comportamentos de melhora em ambos os casos. Concluiu-se que esses resultados foram alcançados com o uso da atividade estruturada, devido a promoção de tatos sobre temas considerados difíceis para os clientes à partir da elaboração de metáforas com as imagem das cartas (Monteiro, 2020).

Diante das possibilidades de atividades estruturadas, a pesquisa de Wiggs e Drake (2016) mostrou um protocolo de treinamento de flexibilidade psicológica com uso de

metáforas, exercícios experienciais e outras atividades. Nessa pesquisa, foram realizadas 12 sessões com uma participante, e em uma delas, foi explorado o componente “valores”. Para isso, utilizou-se um baralho específico de valores com cartas de palavras orientadas por valores. Após essa sessão, a participante passou a descrever suas habilidades aprendidas como uma mudança de estilo de vida e, relatou clareza de quando seu comportamento era consistente ou não com seus valores. Entretanto, a participante relatou a falta de mais sessões para explorar alguns temas, como relacionamentos interpessoais.

Portanto, as atividades estruturadas são recursos indicados na intervenção em diferentes terapias para evocar comportamentos de interesse. Dentre as possibilidades de atividades estruturadas como metáforas, argilas e baralhos, pode ser relevante compreender relações entre o uso de atividades estruturadas em uma intervenção com foco em valores, realizada com idosas.

PROBLEMA

Considerando dados indicando possíveis vantagens terapêuticas do esclarecimento de valores e dados sugerindo que atividades estruturadas podem facilitar a aquisição de objetivos da terapia, questiona-se se o uso de atividades estruturadas em sessões de psicoterapia para facilitar a temática valores com duas pacientes idosas influenciariam em ações direcionadas aos valores conforme seus relatos em sessão.

2. OBJETIVO

a. OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso de atividades estruturadas relacionadas aos valores em sessões de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em termos da correspondência dos comportamentos relatados na vida diária com os valores indicados por duas pacientes idosas.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a influência da adição de atividades estruturadas em sessões de ACT com o relato de ações direcionadas/consistentes aos valores;
- Verificar a influência da adição de atividades estruturadas em sessões de ACT no comportamento verbal vocal do cliente em cada sessão;
- Verificar a influência da adição de atividades estruturadas em sessões de ACT no comportamento verbal vocal do terapeuta em cada sessão;
- Verificar o escore do VLQ após o uso de atividades estruturadas em sessões de ACT.

HIPÓTESES

Algumas hipóteses foram criadas ao elaborar esse estudo. Algumas diziam a respeito ao comportamento verbal vocal das participantes e outras, sobre a influência do comportamento verbal do terapeuta no comportamento das participantes dentro e fora da sessão. As hipóteses foram:

- Nas condições com o uso das cartas de um baralho, os participantes aumentariam a frequência de relatos de valores e estabelecimento de relações;
- Após a condição do uso das cartas de um baralho, os participantes teriam alguma modificação na frequência de relatos que demonstrassem melhora, estabelecimento de metas para comportamentos direcionados aos valores e estabelecimento de relações;
- As verbalizações classificadas como empáticas do terapeuta teriam relação com o aumento da frequência de verbalizações do cliente de estabelecimento de relações e de relato de eventos privados;
- Na condição após o uso das cartas de um baralho, o terapeuta teria aumento de solicitação de reflexão de valores e interpretação de valores;

- Em sessões que o terapeuta solicitasse relatos de eventos encobertos com maior frequência, os participantes poderiam ter aumento da frequência do estabelecimento de relações e relato dos eventos privados;
- Em sessões que o terapeuta interpretasse com maior frequência, os participantes poderiam ter aumento da frequência do estabelecimento de relações e relato de eventos privados;
- Em sessões que o terapeuta solicitasse reflexões com maior frequência, os participantes poderiam ter aumento da frequência do estabelecimento de relações e relatos de eventos privados;
- Em sessões que o terapeuta solicitasse reflexão de valores e interpretasse valores com maior frequência, os participantes poderiam aumentar a frequência relato de valores e estabelecimento de relações;
- Em sessões que o terapeuta solicitasse reflexões e solicitasse reflexões sobre valores com maior frequência, os participantes poderiam ter maior frequência do estabelecimento de relações.

3. MÉTODO

Participantes

Clientes

Participaram do estudo duas idosas que preencheram os critérios de inclusão (apêndice B): a) queixa de desânimo, queixa da percepção da diminuição da frequência de alguns comportamentos ou a diminuição de prazer em atividades relatadas como prazerosas antes de um período de um ano; b) idade superior à 60 anos; c) com indicação clínica para psicoterapia; d) que estejam inativo em termos profissionais, seja por aposentadoria ou interrupção de atividades profissionais por outras razões; e) aceitar participar de um processo psicoterapêutico

on-line; f) idosos que relataram não ter dificuldades auditivas; g) idosos com domínio do manuseio de computador, tablet ou celular com acesso à internet ou tinham alguém que poderia ajudá-los com isso; h) pontuação inferior ou igual a 11 na Escala de Depressão Geriátrica (Almeida & Almeida, 1999), pois escores acima deste valor indicam depressão grave.

O critério de exclusão consistiu em pessoas com deficiência cognitiva, transtorno mental diagnosticado, depressão grave e doença senil que impeça a compreensão para os processos da pesquisa. As idosas selecionadas estavam conscientes do objetivo do estudo, mas não das fases da pesquisa.

Também participou do estudo um terapeuta homem de 34 anos, cis gênero, branco, cursando especialização em Terapias Comportamentais Contextuais que, após assinar o Termo de Compromisso (Apêndice D), atendeu aos participantes em sessões individuais. O terapeuta estava ciente do objetivo do estudo e das fases da pesquisa. Também recebeu supervisões/instruções referentes as sessões.

Colaboradores

A pesquisa contou com uma avaliadora para integridade da categorização das falas nas intervenções em ACT direcionado à valores. Essa avaliação ocorreu durante o treinamento dos categorizadores. Também colaboraram quatro transcritores e dois categorizadores. Os transcritores foram alunos do último período da graduação em Psicologia, enquanto os categorizadores foram psicólogos com experiência em psicologia clínica e com conhecimento em ACT e no instrumento Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica - SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014). Os conhecimentos em ACT e no SiMCCIT ocorrem ao cursarem Especialização em Clínica Analítico-Comportamental: Práticas e Recursos Terapêuticos. Tanto transcritores quanto categorizadores assinaram o

termo de sigilo. Os categorizadores receberam treinamento para avaliar qualitativamente as descrições dos participantes da pesquisa.

A própria pesquisadora atuou como avaliadora por ter algumas formações em relação à ACT, como: Especialização em Clínica Analítico-Comportamental (conhecimento sobre ACT e uso do SiMCCIT); Curso “Terapia de Aceitação e Compromisso - ACT - Bases teóricas e implicações práticas”, com carga horária de 24 horas; Especialização em Terapia de Aceitação e Compromisso em andamento (previsão de término 2022); atuação na clínica há cinco anos com experiência em ACT.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o número CAAE: 50387621.9.0000.0102 e número do parecer 5.055.518. As pessoas que passaram pela triagem e não foram selecionadas, receberam encaminhamento para a lista de espera para atendimento com outro terapeuta do Centro de Psicologia Aplicada. Para estas pessoas, a pesquisadora justificou brevemente e cuidadosamente a especificidade da pesquisa e as possíveis razões pelas quais não foi possível a inclusão delas.

Aos colaboradores de pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice D). Esse termo assegurou o comprometimento nas tarefas designadas tanto com o período da pesquisa, quanto sigilo das informações. Quanto aos materiais de pesquisa, foram usados unicamente para essa pesquisa e, ficarão em posse da pesquisadora e serão descartados em 5 (cinco) anos, conforme o inciso XI.2.f., da Resolução 466/12.

Para os atendimentos psicoterapêuticos no formato on-line síncrono, o terapeuta participante seguiu as orientações de cadastro no E-psi conforme Resolução CFP nº 11/2018, diretrizes da APA (American Psychological Association, 2013) e resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP), seguindo as seguintes recomendações: local isolado, silencioso e

bem iluminado, uso de fones, segurança de dados (programa de videochamada e de proteção de dados), orientações ao usuário sobre o atendimento on-line, conforme Resolução CFP nº 010/2005, Art. 1º e Art. 9º do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Também deverá preencher o Termo de Compromisso (Apêndice D).

Instrumentos

Escala de Depressão em Geriatria Escala de Depressão em Geriatria (GDS)

A escala de Almeida e Almeida (1999) foi usada como critério de inclusão das participantes de pesquisa e também para caracterização. A escala é um instrumento para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas, com duas opções de respostas: concordo e discordo. O resultado de 6 ou mais pontos diagnostica depressão, e o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (Ferrari & Delacorte, 2007). O estudo de Pereira (2017) demonstrou que a correlação de Pearson apresentou um resultado muito bom para as mulheres (0,87), moderada para os homens (0,49) e substancial no geral (0,76). O coeficiente Alpha de Cronbach foi semelhante com a correlação de Pearson, em que para as mulheres, o GDS demonstrou ser aceitável, mas baixa para os homens (Pereira, 2017) (Anexo A).

Versão do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

Este instrumento tem a versão adaptada e validada para o Brasil (Barbosa & Murta, 2015) para verificar o nível de flexibilidade psicológica, em que quanto menor os escores, menor a flexibilidade. A escala segue o modelo Likert de 7 pontos, entre 1 (nunca) e 7 (sempre), com escores finais que variam entre sete e 49. O coeficiente Alpha de Cronbach de 0,87, o que sugere um nível satisfatório para a confiabilidade do instrumento. Nesse estudo, o instrumento foi corrigido da seguinte maneira: o escore sete indicaria o máximo para flexibilidade

psicológica e o escore 49, o máximo para a inflexibilidade. O AAQ-II também foi usado para caracterização das participantes (Anexo B).

Versão do Questionário de Valores de Vida (VLQ)

O instrumento VLQ foi desenvolvido por Wilson et al (2010), adaptada ao Brasil por Lucena-Santos et al (manuscrito não publicado), citado por Guedes (2017). O uso desse questionário tem o objetivo de mensurar a importância que o indivíduo dá para diferentes domínios da sua vida e como suas ações estão ou não congruentes com os domínios considerados importantes. O questionário é composto por 20 itens com 10 domínios de valores e avalia a importância que cada domínio exerce na vida da pessoa e a quão engajada está em ações congruentes com os domínios valorizados. Esse instrumento apresenta consistência com Alpha de Cronbach de 0,77 para a importância e 0,75 para a consistência das ações (Anexo C).

Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT)

O instrumento, desenvolvido por Zamignani e Meyer (2014), categoriza por registros de sessões, e permite mensurar a verbalização entre terapeuta e cliente. É composto por três eixos de categorização: Eixo I – Categorias referentes a comportamento verbal do terapeuta e do cliente; Eixo II – Categorias referentes ao tema da sessão; Eixo III – Categorias do registro de respostas motoras do terapeuta e do cliente. Nesse estudo, foi usado o Eixo I.1 – Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta e o Eixo I-3 - Categorização do comportamento verbal vocal do cliente. As categorias que foram utilizadas estão no Anexo D e descritas com os critérios de inclusão no Apêndice H.

Subcategorias elaboradas para o presente estudo a partir dos itens do Eixo – I-1 e Eixo I-3 do SiMCCIT

Para esse estudo, foram desenvolvidas algumas subcategorias dentro das existentes no instrumento SiMCCIT, mas com subcategorias que identificassem aspectos de interesse: valores. O objetivo foi especificar o comportamento verbal vocal do terapeuta e do cliente direcionados a valores. Utilizou-se como base do Eixo I-1: SER, SRF e INT. Em relação ao Eixo I-3 a categoria REL (Anexo E).

Materiais

Algumas atividades estruturadas foram utilizadas nesse estudo, como a metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” (Hayes & Smith, 2005) (Apêndice I) e a Tarefa de Casa de Avaliação de Valores (Hayes et al., 1999) (ANEXO F). Ambas traduzidas pela pesquisadora e tem como objetivo esclarecer as áreas valorosas e os valores de cada participante.

A metáfora conforme descrita no livro “*Get out of your mind and into your life : the new acceptance and commitment therapy*” (Hayes & Smith, 2005), traduzida nesse estudo pela pesquisadora, foi usada seguindo o modelo de tarefa de casa para iniciar uma reflexão acerca dos valores e direcionar o terapeuta nas intervenções. Para esse estudo, a atividade da metáfora foi realizada de modo reflexivo durante uma sessão, sem ser lida pelo participante, mas sim, falada pelo terapeuta, que propôs um momento experiencial ao cliente ouvir.

Para a atividade de Tarefa de Casa de Avaliação de Valores, traduzida nesse estudo pela pesquisadora, seguiu-se as sugestões dos autores Hayes, Strosahl e Wilson (1999), que de acordo com a primeira edição do manual “*Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change: The Process and Practice of Mindful Change*”, esse exercício, o primeiro de uma sequência focada em valores, deveria ser usado como tarefa

de casa para iniciar a intervenção nesse tema. O exercício contempla a reflexão e a escrita de como gostaria de ser em cada uma de nove áreas da vida e, quais os valores presentes nelas. As áreas são: a) casamento/casais/relações íntimas; b) relações familiares; c) amizades/relações sociais; d) carreira/emprego; e) educação/crescimento e desenvolvimento pessoal; f) recreação/lazer; g) espiritualidade; h) cidadania.

Também foi utilizado o baralho “Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito” (BTV), desenvolvido por Karen Vogel (2019), publicado pela Editora Conscientia e autorizado pela autora para uso nesse estudo. Disponível em anexo (ANEXO E). As instruções do uso do baralho são para que uma área da vida seja selecionada. As áreas da vida sugeridas pelo manual são: saúde física e/ou mental; relacionamento com a família, relacionamento com o parceiro(a)/cônjuge; relacionamento com amigos; relacionamento com colegas de trabalho; educação ou desenvolvimento familiar; lazer ou atividades prazerosas; espiritualidade; relacionamento com o meio ambiente; relacionamento com a comunidade.

Após discutida qual área a pessoa gostaria de refletir, as cartas do baralho devem estar viradas para baixo e deverão ser selecionadas cinco cartas aleatoriamente. Depois, mais cinco, e assim por diante. Após virar cada carta, a pessoa deverá analisar e refletir se o valor descrito no material é importante para ela e caso seja, deverá separar para a análise das demais. Se houver dificuldades em refletir sobre o valor, lembranças de situações e vivências podem ajudar (Vogel, 2019).

Outra forma de utilizar o baralho é por meio de lembranças de fortes emoções, como momentos inesquecíveis, mudanças significativas, situações de perda, brigas, entre outros. A pessoa deve escolher uma situação em que sentiu emoção em maior intensidade e deve virar carta por carta, das cinco primeiras selecionadas aleatoriamente, e depois mais cinco, como da outra forma. Na sequência, a pessoa deve refletir se aquela emoção estava deixando o valor por ela definido como importante, ausente ou não importante (Vogel, 2019).

De acordo com a autora (Vogel, 2019), não há limites para a quantidade de cartas selecionadas, mas, após a reflexão sobre o valor ser ou não importante para a pessoa, deverá ser discutida a importância de todos os valores escolhidos. Com cada carta em mãos, a pessoa deverá refletir quais ações poderá tomar para que sua vida seja guiada pelos valores que escolheu. Possíveis dificuldades para seguir ações comprometidas com os valores deverão ser discutidas e fazer parte do planejamento de ações. As ações deverão ser planejadas de forma realistas e possíveis de serem realizadas. No entanto, para o contexto on-line, também ocorreu algumas modificações, as quais foram mais bem descritas no item de procedimentos.

Local

A triagem ocorreu por telefone e as sessões ocorreram em ambiente virtual no formato on-line, as quais serão oferecidas remotamente por videoconferência síncrona por meio da plataforma de vídeo chamada do Google Meet. Dessa forma, foi possível a realização das sessões pelos participantes de qualquer lugar e com maior facilidade de acesso, desde que com um bom acesso à internet.

As supervisões das sessões dos atendimentos e as orientações da pesquisa e treinamento dos colaboradores foram realizadas, também, em modalidade on-line em formato síncrono pela plataforma Zoom.

Procedimentos

As participantes foram selecionadas por meio de divulgação nos grupos de psicólogos do Whatsapp, e psicólogos desse grupo, procuraram a pesquisadora de forma privada e passaram contatos de idosos interessados na pesquisa. O terapeuta da pesquisa entrou em contato por meio de ligação telefônica e fez o convite para a participação na pesquisa, e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), bem como o

Termo de Solicitação de Uso de Imagem e Som de Voz para Pesquisa (Apêndice E). Também, deixou-se claro que a participação era de caráter voluntário, havendo a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para eles. Após a coleta dos dados para o estudo, os participantes permaneceram em atendimento até o final do seu tratamento, ou até quando eles desejarem encerrar. Foi garantido também o sigilo das informações pessoais dos participantes.

Nesse primeiro contato entre o terapeuta e as candidatas, foi realizado também uma entrevista inicial semiestruturada para avaliar os critérios de inclusão e exclusão (Apêndice B) bem como a aplicação do instrumento Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Almeida & Almeida, 1999) (Anexo A) com o objetivo de verificar se havia quadro grave de depressão (superior a um escore de 11). Não houve casos de depressão grave, sem precisar de encaminhamentos para outro profissional que não fosse da pesquisa para assegurar a saúde e bem-estar do idoso. Além do mais, explicou-se sobre o funcionamento das sessões que ocorreriam em chamada de vídeo por meio de um link do Google Meet, o qual seria encaminhado via mensagem no aplicativo de celular Whatsapp.

As duas participantes selecionadas foram atendidas semanalmente, individualmente e com duração de 50 minutos por meio de vídeo chamada do Google Meet. As sessões foram gravadas pelo programa de computador OBS Stúdio, com armazenamento no computador do terapeuta, e disponibilizadas apenas aos pesquisadores e aos colaboradores. O acesso as gravações foram restritas.

Os instrumentos usados foram aplicados via questionário do Google Forms junto com o terapeuta em sessão. O terapeuta compartilhou a tela do computador para apresentar o instrumento e seus itens, lia junto com as participantes item por item de cada questionário, solicitava a resposta, e o mesmo assinalava no arquivo do Google Forms. Já para alguns materiais de atividades estruturadas que foram usados, o treinamento fez-se necessário para

que o terapeuta desenvolvesse habilidades e repertórios de como utilizá-los. Aplicam-se à metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral”, Tarefa de Casa de Avaliação de Valores e o baralho BTV.

No entanto, com os atendimentos no formato de videoconferência síncronica, algumas modificações foram adotadas. A atividade “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” foi realizada da seguinte maneira: durante a sessão, o terapeuta solicitou que a idosa participante fechasse os olhos para ouvir uma metáfora que ele iria lhe dizer e assim, pudesse experienciá-la ao imaginar seu próprio funeral, as pessoas que estariam ali, e assim por diante. Não foi necessário entregar resposta por escrito.

O terapeuta colaborador também recebeu um treino, não apenas da intervenção com idosos e ACT, como também recebeu de outras metáforas que poderiam ser usadas, se necessário, e sobre como usar o baralho e hipóteses de quais comportamentos verbais que poderiam ser emitidos pelas participantes (Apêndice F). Esse treino fez-se necessário não apenas pelos comportamentos verbais das idosas, mas também pelo próprio baralho, pois ao invés das cartas estarem viradas e selecionadas pelo participante, o terapeuta, por meio dos relatos verbais e de solicitação de reflexão, evocou comportamentos verbais que deram indicativos de alguns valores.

A partir disso, apresentou cartas selecionadas dentro de uma sessão estruturada previamente para que existisse uma condição de reflexões dos valores. Assim, as cartas foram apresentadas pelo terapeuta pela câmera do computador durante a sessão de acordo com a formulação de caso de cada participante e, posteriormente, foi solicitado ao participante a reflexão sobre qual a percepção do valor apresentado, em quais situações o idoso percebia, quais os obstáculos para seguir nessa direção valorosa e quais poderiam ser os comportamentos comprometidos com a mudança diante de obstáculos (Apêndice A).

Portanto, no presente estudo, a forma de uso do baralho empregada, foi a descrita no manual como a seguinte alternativa:

“Levantar os valores através de situações que causaram forte emoção. [...] Escolha uma situação da sua vida que você sentiu uma ou mais emoções em alta intensidade. Vire cada uma das cartas e pense se cada valor estava presente ou ausente na situação. [...] Agora pense em uma ação que pode começar a fazer imediatamente para colocar cada um dos valores em prática... (Vogel, 2019, p.24).

No que se refere às sessões em ACT, ocorreram em 14 encontros para ambas as participantes, com a formulação de caso conforme o modelo de inflexibilidade psicológica para identificar os déficits comportamentais em cada parte do hexaflex. A partir disso, foram traçadas estratégias de intervenções direcionadas aos valores. Assim, após as discussões nas supervisões, seguiu-se um roteiro de intervenções em cada condição do tratamento. Ao fim da pesquisa, foi sugerido a continuidade do tratamento para as duas participantes, sendo que apenas uma delas deu continuidade a partir da décima quarta sessão.

Unidade de medida

A unidade de medida adotada pelo presente estudo foi a fala das participantes e terapeuta. Essa unidade de medida teve como parâmetro as orientações fornecidas pelo instrumento SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014).

Treino do terapeuta e supervisões

O treino do terapeuta participante de pesquisa teve como objetivo garantir a integridade do tratamento para que as intervenções fossem correspondentes aos procedimentos de uma psicoterapia caracterizada como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Participou apenas um terapeuta para garantir que as intervenções com as duas participantes não sofressem alterações de mais variáveis com mais um terapeuta.

O treino foi dividido em quatro partes: a) Grupo de Estudos Treino em Habilidades Terapêuticas; b) revisão da teoria e prática da ACT; c) uso dos baralhos BTV - Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito (Vogel, 2019) seguindo o manual e com adaptações para o formato online; d) intervenções de ACT com o baralho BTV. O cronograma e roteiro do treino com carga horária para cada etapa está disponível no Apêndice F.

a) Grupo de Estudos Treino em Habilidades Terapêuticas

Essa primeira parte do treino não estava prevista desde o início do projeto, no entanto, foi adicionada ao treino do terapeuta. No curso de graduação em Psicologia da UFPR, a pesquisadora e outras mestrandas ministravam um grupo de estudos focado no treino de habilidades terapêuticas para os alunos do último ano da graduação. Por livre escolha, o terapeuta participante da pesquisa participou do mesmo grupo.

O grupo ocorreu on-line com carga horária de 12 horas divididas em formato síncrono e assíncrono. Para as horas assíncronas, foram indicadas leituras de artigos complementares para as horas síncronas, as quais foram realizadas práticas do treino de habilidades terapêuticas com base no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT) (Zamignani & Meyer, 2014). A prática ocorria com role-play das ministrantes com os participantes e entre participantes e participantes, seguidas de discussões a respeito da prática.

b) Intervenções em Terapia de Aceitação e Compromisso:

Para esse treino, houve uma divisão entre a parte teórica e prática. A parte teórica ocorreu com uma revisão dos componentes do hexaflex, tipos de intervenções que poderiam ser realizadas em cada um, bem como atividades estruturadas. No entanto, a ênfase foi maior no componente “valores” de acordo com os objetivos deste estudo. Cabe lembrar que o

terapeuta terminava também o curso de especialização em Terapias Comportamentais Contextuais no Instituto Continuum.

Tanto a parte teórica quanto a prática foi embasada no livro “Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente” de Hayes, Strosahl e Wilson (2021). Desse modo, também integrou a parte teórica aspectos de formulação de caso e como intervir com outros componentes do hexaflex que poderiam aparecer como hipóteses de inflexibilidade psicológica e, ainda assim, direcionar as intervenções aliadas aos valores. Para a parte prática, foi realizado *role-play* e *real-play* com o terapeuta. Esse trecho do treino teve duração total de 20 horas e foi ministrado pela pesquisadora e orientadora do estudo (Apêndice F).

c) Uso das cartas do baralho BTV – Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito:

O manual foi lido juntamente com os categorizadores, especificamente, a orientação sobre o trabalho com os valores a partir da “Situação de Emoção Intensa”, bem como a leitura de todas as cartas e suas descrições, e realizado a prática com *role-play* e *real-play* do uso das cartas a partir de uma formulação de caso, como mostrá-las na câmera do computador, como abordar as cartas apresentadas e consequenciá-las em sessão ao solicitar reflexões de como estão os valores presentes ou não na situação atual, se seriam ou não valores de vida importantes para o paciente, quais seriam barreiras possíveis na vida da pessoa e quais comportamentos comprometidos com a mudança, com esses valores poderiam ser mantidos e/ou adquiridos para seguir na direção de uma vida valorosa. Duração de três horas.

d) Intervenções de ACT com o baralho BTV:

Após relembra as intervenções em ACT na teoria e na prática e, o mesmo para o uso do baralho BTV, foi realizado a parte final do treino em que seria aliado o uso dos baralhos BTV dentro de uma formulação de caso com intervenções em ACT. A supervisora e pesquisadora

trouxe um caso clínico do consultório particular para realizar um *role-play* e quais seriam as cartas possíveis a serem usadas e como usá-las dentro de uma intervenção em ACT focada em valores. Em seguida, realizou-se treino específico da condição B com *real-play*.

O treino ocorreu em um total de 39 horas. O terapeuta foi supervisionado e orientado semanalmente em relação aos casos atendidos e em alguns momentos da intervenção, ocorreram duas supervisões semanais, uma vez que as intervenções ocorriam nesse formato. O objetivo foi que as diretrizes fossem seguidas e garantidas para cada condição. As supervisões dos casos foram ministradas pela pesquisadora e orientadora do estudo no formato on-line.

Treino de Categorizadores

Os dois categorizadores recrutados para a presente pesquisa haviam passado por um treinamento anterior do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014) em um curso de especialização *Latu Sensu* - Clínica Analítico-Comportamental: Práticas e Recursos Terapêuticos (Universidade Positivo - 2019). O treinamento nesse curso de especialização ocorreu por motivos de uso em suas próprias pesquisas de caso único de trabalho de conclusão de curso.

Dessa forma, ao colaborarem com o estudo, ambos os categorizadores receberam um treinamento lembrando as categorias do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014) e sobre os princípios da ACT. Os treinamentos tiveram o total de quatro horas de duração. Foram utilizados como base para o treinamento trechos de livros da ACT (Hayes et al., 1999, 2021; Hayes & Smith, 2005) para falar de valores, o manual do baralho BTV (Vogel, 2019) e o manual do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014). Os encontros ocorreram no formato online no programa de computador Zoom. Foi gerado um link fixo e compartilhado com os categorizadores para que acessassem nos dias e horários agendados. O treinamento foi conduzido pela pesquisadora.

Os treinamentos foram divididos em três partes conforme o Apêndice H: apresentação e treino do Eixo I.1 e I.3 os quais se referiam aos comportamentos verbais vocais do terapeuta e do cliente de acordo com o SiMCCIT; apresentação e treino das subcategorias desenvolvidas para esse estudo dos comportamentos verbais vocais do terapeuta e do paciente dentro dos Eixos I.1 e I.3 do SiMCCIT; revisão do conceito de valores e intervenções focada em valores; apresentação das cartas do baralho BTV (Vogel, 2019); exercícios realizados no formato síncrono e assíncrono como tarefa de casa com todas as categorias e subcategorias usadas nesse estudo.

O acesso à pasta com as sessões transcritas foi disponibilizado aos categorizadores participantes e ressaltado a importância do sigilo dos dados e sobre o acesso restrito e limitado a eles. Foi entregue um manual, realizado pela pesquisadora, com todos os aspectos do treinamento de forma operacionalizada, para que em caso de necessidade de rever siglas das categorizações, pudesse ser usado como base para assegurar a fidedignidade dos dados. O manual está disponível no Apêndice H.

Delineamento de pesquisa

As duas idosas foram chamadas Participante 1 (P1) e Participante 2 (P2). O planejamento das intervenções ocorreu no formato de estudo de caso, com 14 encontros, com as mesmas condições para ambas as participantes. A delineamento foi A-B-A para P1 e P2 para avaliar o efeito da intervenção nas categorias de verbalizações em cada idosa.

Para ambas as participantes, houve um encontro inicial para avaliação inicial com a aplicação de instrumentos e levantamento de queixas e história de vida. Os instrumentos AAQ-II e VLQ foram aplicados durante uma conversa sobre como cada participante avaliava as áreas da sua vida, com o apoio de uma atividade estruturada em formato de uma ficha de avaliação de valores (Anexo F). Na condição A, foi aplicada a intervenção de ACT, com duração de

quatro sessões. Para a fase B, foi aplicada intervenção de ACT com a adição de duas atividades estruturadas: a metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” (Hayes & Smith, 2005) (Apêndice I) e as cartas do BTV (Vogel, 2019) com duração de quatro sessões. Em seguida, houve um retorno na condição A, com a retirada das cartas nas intervenções, mantendo o uso de intervenções em ACT. Por fim, ocorreu a avaliação final com a reaplicação dos instrumentos.

A Figura 1 indica o delineamento de pesquisa com cada etapa da pesquisa.

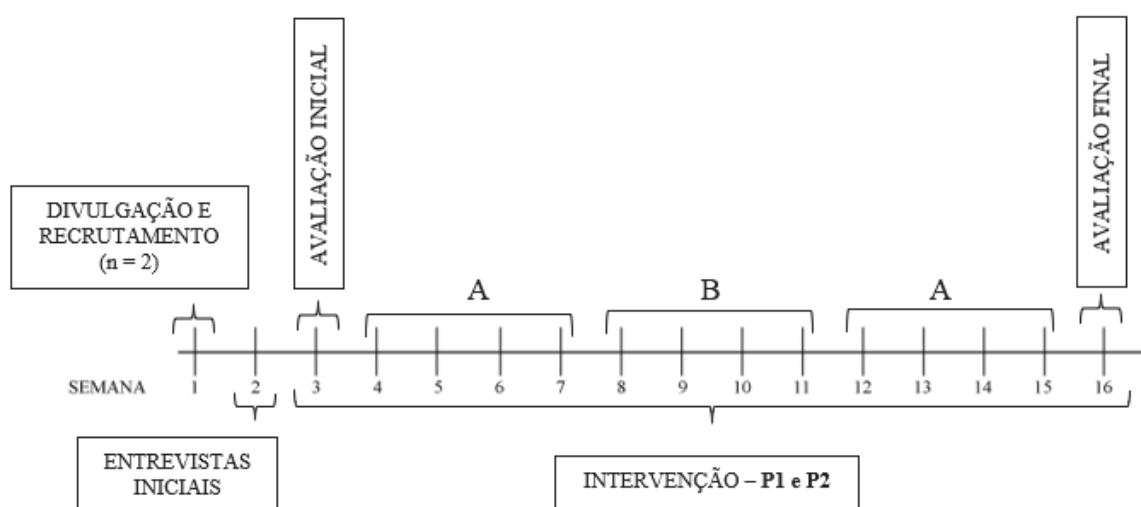


Figura 1: Procedimento de pesquisa, indicando o delineamento da pesquisa e a sequência das atividades e condições da intervenção para as duas participantes.

Tabela 1: Condições do estudo

CONDIÇÕES	DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES
Divulgação e Recrutamento	A divulgação por meio das redes sociais do Núcleo de Análise do Comportamento da UFPR (NAC) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia UFPR (PPG-UFPR); Seleção da lista de espera do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFPR.
Entrevistas iniciais	Contato telefônico. Avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Explicação da pesquisa.
Avaliação inicial e final	Avaliação de medidas – uma sessão para aplicação de atividade estruturada e dos instrumentos AAQ-II; VLQ.
Condição A	Intervenção em ACT – quatro sessões.
Condição B	Intervenção em ACT com adição de atividades estruturadas: a metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” (Hayes & Smith, 2005) (Anexo G) e as cartas do BTV (Vogel, 2019) – quatro sessões.

A Tabela 1 indica as fases detalhadas. As fases da intervenção estão apresentadas de modo detalhado no Apêndice A.

Coleta de dados

Para a seleção dos participantes, foi usado a entrevista semiestruturada (Apêndice B), assim como o instrumento GDS (Anexo A). Na primeira e última sessão, foi aplicado os instrumentos AAQ-II (Anexo B) e o VLQ (Anexo C). Em todas as sessões foram utilizadas algumas das categorias do SiMCCIT (Anexo E) selecionadas para o estudo e algumas subcategorias desenvolvidas, também específicas para o estudo (Anexo D).

Todas as sessões foram gravadas e transcritas para assegurar validade dos dados. As sessões em videoconferência síncrona ficaram gravadas e um drive, bem como outros dados

como comportamentos verbais de valores por parte das participantes por meio do SiMCCIT e das subcategorias.

Categorização

Todas as sessões foram gravadas em vídeo, transcritas e categorizadas. O instrumento utilizado para a categorização, SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014), foi utilizado em suas categorias originais e com acréscimo de algumas subcategorias para esse estudo, as quais representavam comportamentos do cliente direcionadas aos valores e comportamentos do terapeuta que poderiam abordar valores.

Aferição da Concordância

Para uma melhor compreensão de como foi realizada a aferição da concordância, as categorizações foram divididas em duas etapas: A) o categorizador 1 (C1) realizou as categorizações das sessões de P1, e o categorizador 2 (C2), categorizou as sessões de P2. Foram categorizadas as sessões um (avaliação inicial), a sessão 2 (primeira sessão da fase A), a sessão seis (primeira sessão da fase B), a décima sessão (primeira sessão do retorno à fase A) e a décima quarta sessão (avaliação final) das duas participantes. B) Na sequência, os dois categorizadores inverteram as sessões das participantes, em que C1 categorizou as mesmas sessões já categorizadas antes, mas de P2 e, o C2 caracterizou as mesmas sessões de P1. Todos de forma independente.

Após essas categorizações iniciais, foi calculada a concordância¹ das categorizações entre a dupla e cada categorizador individualmente. A aferição foi feita com base no índice Kappa de Kohen, sendo considerado aceitável um índice de a partir de 0,6 (Cohen, 1960;

¹ A aferição de concordância tem como o objetivo de aumentar a validade interna dos dados, e ocorre com a categorização de uma amostra de dados coletados. Pode ser feita por dois categorizadores de forma independente (Cohen, 1960).

Kratochwill et al., 2013). Os dados obtidos por meio da análise estatística estão descritos na seção dos resultados.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi considerado como unidade de análise o comportamento verbal vocal do terapeuta e o comportamento verbal vocal do cliente durante as sessões. Como unidade de medida foram as correlações das categorias e subcategorias do comportamento verbal vocal do terapeuta com as categorias e subcategorias dos do comportamento verbal vocal do cliente. Também foram analisados quantitativamente os escores do AAQ-II e do VLQ comparando a condição inicial com a condição final em que eles foram aplicados.

Inicialmente, foi conduzido um teste de correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as seguintes categorias: a) Empatia-EMP (terapeuta) com Cliente Estabelece Relações-CER e/ou Relato de Eventos Privados-RELEP (cliente); b) Solicitação de Relato de Eventos Privados-SERENC (terapeuta) com CER (cliente) e/ou RELEP (cliente); c) Interpretação-INT (terapeuta) com CER (cliente) e RELEP (cliente); Solicitação de Reflexão-SRF (terapeuta) com CER (cliente) e RELEP (cliente); d) Solicitação de Reflexão de Valores-SRFVAL (terapeuta) e Interpretação de Valores-INTVAL(terapeuta) com Relato de Valores-REL-V (cliente) e CER (cliente); SRFVAL (terapeuta) com CER (cliente); e) Recomendação-REC (terapeuta) e Informação-INF (terapeuta) com CER (cliente) e Cliente Estabelece Metas-MET (cliente); f) EMP (terapeuta) com REL-V (cliente).

As hipóteses de correlações ocorreram baseadas em pesquisas anteriores, como o caso de SRF com CER (Garcia et al, 2018; Levatti et al, 2019) e, outras, para testar se o comportamento empático do terapeuta teria alguma relação no comportamento do cliente em relatar eventos privados, e/ou relatar valores, e/ou estabelecer relações. Para testar a influência do uso das atividades estruturadas, foram avaliadas algumas hipóteses, como se o

comportamento interpretativo do terapeuta ao usar as cartas poderia influenciar o relato de eventos privados do cliente, e/ou o estabelecimento de relações, além do relato de valores por parte da participante.

A categoria de informar e recomendar do terapeuta fez parte das hipóteses por ser possível ocorrer durante o uso das atividades estruturadas, e para isso, foi importante avaliar se houve ou não correlação com o comportamento do cliente de estabelecer metas e relações entre eventos. Já para hipóteses de correlação da categoria do terapeuta de solicitação de reflexão e as subcategorias do terapeuta de solicitar reflexão de valores e relato de eventos privados, foram julgadas que poderiam ter alguma influência no comportamento do cliente de relatar valores e estabelecer relações entre os eventos.

Também foram elaboradas hipóteses de que algumas categorias poderiam sofrer influência mediante o uso das atividades estruturadas e sem o uso destas, como o caso das seguintes categorias e subcategorias tanto do cliente como do terapeuta: REL-V; CER; MEL; MET; SRFVAL; INTVAL; REC; INF. Durante o uso das cartas, hipotetizou-se que o terapeuta poderia aumentar o relato de informações sobre os valores e, aumentar as recomendações com a solicitação de reflexão dos valores para, promover à participante formulação de metas de como ter ações direcionadas aos valores, bem como relatar valores e estabelecer relações entre eventos que pudessem se relacionar com os valores discutidos nas sessões e, comportamentos que poderiam direcionar aos valores. Após o uso das atividades estruturadas, na segunda condição A, houve hipóteses de que poderia manter uma frequência maior, quando comparada à condição sem o uso delas do estabelecimento de relações entre eventos da cliente, assim como a formulação de metas direcionadas as ações com compromisso aos valores e, relatos de melhoras que indicassem que essas ações foram feitas dentro e fora da sessão.

Para as análises de teste de hipótese de quais categorias e subcategorias tanto do cliente quanto do terapeuta, aumentaram de frequência durante a condição B, foi utilizado Teste

T. O Padrão Estatístico para esse teste é de que H_0 é a hipótese de que não houve diferença estatística considerando um p-valor maior do que 0,05. Já para hipótese de que houve diferença estatística, o H_1 considera um p-valor menor que 0,05 num nível de significância de 95%.

Para verificar as correlações entre categorias/subcategorias do terapeuta com as participantes, foi realizado o Teste de Pearson durante todas as condições da pesquisa. Por seguinte, foi feito mais um teste com o Teste T para validar os achados das correlações com o Teste de Pearson. O Anexo H detalha os resultados do Teste T e do Teste de Pearson, assim como algumas figuras referentes a frequência e/ou correlação entre categorias para cada hipótese.

Optou-se por apresentar na sessão de resultados os códigos com correlações positivas ou negativas relevantes. As relações para as quais não foram identificadas correlações constam no Anexo H. Na sessão de resultados, também constam as categorias que apresentaram valores consideráveis que aumentaram durante o uso das atividades estruturadas (verificação da condição B) e depois do uso delas. Nesse caso de avaliação do efeito após o uso das atividades estruturadas, foram comparadas a primeira condição A com a segunda condição A. Os resultados do Teste T que não apresentaram valor considerável estão listados no Anexo H.

Por meio dos escores do AAQ-II, pretendeu-se avaliar a condição de flexibilidade psicológica antes e depois das 14 sessões de ACT. Por meio dos escores do VLQ, pretendeu-se avaliar comportamentos autoguiados por valores antes e depois das 14 sessões de ACT.

4. RESULTADOS

Conceituação e formulação dos casos

A apresentação dos casos a seguir apresenta dados sócio-históricos das participantes e seguiu a formulação de casos seguindo o livro “Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente” (Hayes et al., 2021). Também foi utilizado como

base o instrumento “Psy-Flex”, sugerido no mesmo livro (p. 109), para ajudar a formular o caso e a planejar as intervenções. O instrumento usado como base está disponível no ANEXO G

CASO CÉLIA

a) Dados da participante

1. DADOS PESSOAIS: 72 anos, aposentada, ensino fundamental incompleto, branca, mulher cisgênero, casada, mãe e avó, reside com marido e um dos filhos. Não usa medicamentos psicotrópicos.
2. QUEIXAS: Sentimento de culpa, nas palavras dela “tudo que eu mais quero é me livrar desse sentimento (culpa)”. Descreve que a culpa a deixa triste e desmotivada. Ruminação de pensamentos relacionados a decisões passadas das quais a cliente se arrepende
3. HISTÓRIA DE VIDA: Célia idealizava ser uma costureira estilista. Casou-se aos 17 anos com o atual marido em um casamento planejado pela família. O marido não queria que ela trabalhasse e pedia que se dedica-se apenas aos cuidados da casa e dos filhos, mas, mesmo contra a vontade do marido, dedicou-se a um curso de corte e costura.

Com o passar do tempo, descobriu traição do marido em que todos de sua família já sabiam e ainda diziam para ela que era “*normal, coisa de homem*” [sic]. Então, a participante relatou se culpar por passar muito tempo fora de casa aprendendo a costurar, e decidiu parar com qualquer atividade que envolvesse costura até hoje. Ainda assim, o marido decidiu se separar de Célia, mas implorou para que não fosse, pois “*não queria ver os filhos crescerem sem um pai*” [sic] e que “*não queria sujar o nome da família*” [sic]. O marido permaneceu no casamento, no entanto, a relação entre eles continuou distante, restrita ao mínimo de interação possível, e assim permanece até hoje. Em momentos em que há interação, é acompanhada por críticas e ofensas, como por exemplo, chamando-a de burra e que não sabe fazer nada.

A participante diz que como foi ela que pediu para o marido ficar, então agora ela teria que aguentar essa situação e que cuida dele da melhor forma possível, embora se sinta incomodada. A cliente revela que se sente arrependida por ter aceitado se casar, por ter deixado a costura e por ter pedido para o marido ficar, e se sente culpada, triste e com raiva, quando lembra dessas decisões.

A cliente lamenta por não ter se realizado profissionalmente e diz se sentir infeliz quando lembra disso. Relaciona a falta de realização profissional com sua decisão de pedir para o marido ficar. Como não tinha renda própria, temia não ter possibilidades de sustento para seus filhos caso se divorciasse. Além do mais, relata que *“na época não havia leis que a assegurassem no divórcio como pensão para a mulher e para os filhos”* [sic]. Relata também que o medo do julgamento que os filhos passariam na escola e na vida também foi decisivo para que continuasse casada.

Atualmente, a cliente mora com o marido e sua a filha mais nova. Ela relata que se sente sobrecarregada, pois a família depende dela para decisões e resoluções de problemas. Fala que não pode demonstrar cansaço ou fraqueza para não as preocupá-las.

b) Processos de Inflexibilidade Psicológica

1- Esquiva Experiencial:

Evita pensamentos, sentimentos, emoções relacionadas à culpa, arrependimento, raiva, tristeza e vulnerabilidade. Evita falar para os filhos como realmente se sente. Evita falar sobre o casamento com familiares. Diz não gostar de lembrar do passado e dos seus arrependimentos e quando se percebe em pensamentos que remetem ao passado, busca ouvir músicas alegres, se envolver em atividades religiosas e fazer autoafirmações que julga ser positivas como *“você que escolheu, agora aguenta, você é forte e vai conseguir”* [sic].

Estratégias de intervenção: a proposta de intervenção foi direcionar as perguntas em como se sentia e direcionamento para uma aceitação dos eventos privados, com foco em uma perspectiva da RFT de quadros relacionais hierárquicos, em que sentimentos considerados pela cliente como bons faziam parte dela, assim como aqueles sentimentos considerados por elas como desagradáveis. Assim, direcionou-se as intervenções para uma abertura flexível aos sentimentos e junto, usou-se estratégias de desfusão.

2- Fusão Cognitiva:

A cliente pareceu estar fusionada com pensamentos relacionados a avaliações negativas de decisões que tomou no passado e ser responsável pelo seu sofrimento. Os pensamentos apresentam os seguintes principais conteúdos com hipóteses de fusão: arrependimentos por ter aceitado a se casar; culpa por ter se ausentado de casa para aprender a costurar e com isso o marido ter buscado uma amante; culpa em deixar de costurar após descobrir a traição do marido; culpa por ter pedido para o marido ficar quando ele estava partindo com a amante/namorada.

Também parece existir forte influência de normas sociais no comportamento da cliente, como quando a cliente relatou que sempre foi uma filha obediente e que manteve o casamento para não “*sujar o nome da família*” [sic]. Por exemplo, “*Até hoje imagino que não tinha outra coisa, não queria sujar o nome da minha família*” [sic]. É possível que essas normas sociais continuem influenciando a paciente a manter o casamento, mesmo se sentindo incomodada e infeliz.

Além disso, Célia fez alguns relatos sobre não poder demonstrar vulnerabilidade, como quando relata que não conta às pessoas da família sobre suas dores e dificuldades. Por exemplo, “*Para eles sou uma Célia sem problemas*” [sic], e quando se observou em sessão

que após falar sobre sentimento de culpa, tristeza e arrependimento ela riu e falou sobre pensar positivo.

Além do mais, foi possível observar uma relação com outros processos de inflexibilidade psicológica. A esquiva experiencial aparece na medida que os pensamentos avaliativos e de regras aparecem, dando lugar a mais um pensamento: “*preciso me livrar desses sentimentos para ficar em paz*” [sic]. Esse pensamento pareceu intensificar a percepção dos eventos privados como aversivos, considerando a culpa e arrependimento como ruim, bem como as respostas fisiológicas eliciadas com esses sentimentos.

A partir das esquivas experienciais ligadas à fusão cognitiva, alguns comportamentos foram observados, como se manter engajada em atividades suas e da sua família. Desse modo, foi possível observar uma ligação da fusão cognitiva com a percepção de si mesma, Self, como a responsável pelo seu sofrimento, e incapaz e substituível, dadas as circunstâncias vividas com seu marido.

A fusão com os conteúdos dos pensamentos relacionados à culpa e arrependimento, manteve a cliente presa a rumações sobre suas decisões do passado e às avaliações que faz sobre essas decisões, afastando a cliente do momento presente, ou seja, uma ligação com o outro processo de inflexibilidade psicológica, a atenção inflexível. Por exemplo, “*Será que eu agi certo? Será que era assim que eu tinha que fazer?*” [sic]; “*Se eu não tivesse me ausentado de casa para aprender costura, talvez muita coisa poderia não ter acontecido*” [sic]; “*eu tenho que aguentar a cuidar dele agora porque eu pedi pra ele ficar quando ele estava indo embora com a amante*” [sic].

A fusão com a história de vida pareceu limitar a visão que a cliente tem sobre si mesma e suas possibilidades, influenciando na construção de um Self rigidamente determinado pelas histórias que a paciente conta para si mesma. Por exemplo, “*Eu nasci para brilhar, mas meu brilho apagou*” [sic].

Estratégias de intervenção: as estratégias direcionaram-se na transformação da função de estímulo para promover outras perspectivas sobre suas ações em um passado, a fim de promover maior aceitação de seus comportamentos dentro do contexto em que eles ocorriam. As intervenções também foram direcionadas ao Self como um Conceito e aos valores.

3- Atenção Inflexível:

Apego rígido ao passado devido decisões que tomou. Manteve a percepção dessas decisões como se não pudessem ser reconsideradas e mudas, mesmo após perceber mudanças no contexto cultural. Um exemplo foi a escolha de se manter o casamento fusionada com seu comportamento do passado “*Eu que implorei pra ele ficar, agora tenho que aguentar*” [sic].

A atenção inflexível ao momento interferia na percepção sobre si como um Self como um Conceito, e não conceitualizado devido aspectos culturais de um passado. Dessa forma, com a dificuldade em separar os espaços de tempo, entre passado e presente, houve uma perturbação da clareza de seus valores, e conseqüentemente, uma inação comprometida à eles no momento presente, com a vida que gostaria ter, inclusive, um afastamento de sua frase “*eu nasci para brilhar*” [sic].

Estratégias de intervenção: as estratégias de intervenção fundamentaram-se em relações da RFT, neste caso, a moldura relacional deítica para promover uma aceitação aos eventos do passado e, uma abertura flexível ao presente direcionado à vida que gostaria de viver. Ou seja, a intervenção visou em promover a flexibilidade psicológica unificando os pontos do hexaflex de desfusão, atenção flexível, valores e ações comprometidas.

4- Self Conceitualizado

A participante pareceu reproduzir muitas histórias sobre si contadas pelo marido, como alguém incapaz, uma pessoa ruim, alguém culpada pelo sofrimento deles como um casal e também, histórias que conta a si mesma ao dizer que *“Eu nasci para brilhar, mas meu brilho apagou”* [sic] (o que parece uma ligação com a Fusão Cognitiva e com a Atenção Inflexível). Embora conseguisse descrever variáveis do contexto histórico que influenciaram em seu comportamento naquela época, pareceu que se fusionou com os efeitos daqueles eventos como constituintes de seu Self.

Nota-se também indícios de Self Conceitualizado quando a cliente afirma “tenho que ser forte” e respondia a esse autoconceito ignorando suas necessidades (esquiva experiencial) e seus valores, por exemplo, *“Os anos pesando e a Célia tem que parecer uma rocha”* [sic].

Estratégias de Intervenção: as intervenções do Self como um conceito também contaram com intervenções de desfusão das histórias sobre ela mesmas e regras do que deveria ser, e também, da atenção inflexível que estava direcionada ao passado. Dessa maneira, usou-se das falas dela *“Eu nasci para brilhar”* [sic], *“Eu sou forte”* [sic] para promover o acréscimo de função de estímulos, uma maior atenção flexível ao momento presente, fortalecimento do self com a clarificação dos seus valores que poderiam levar a comportamentos engajados em uma vida valorosa.

5- Valores

A participante responde intensamente a normas sociais, religiosas e valores socialmente estabelecidos, como obediência e família tradicional. Assim sendo, é possível observar como esse responder às normas sociais mantém um padrão comportamental

respondido por *Pliance* e ligados à esquivia experiencial, como sua fala “*Se não fizer isso, me sinto uma mãe desnaturada*” [sic].

Na tentativa de sustentar a história de ser forte, a cliente ocultava suas vulnerabilidades e perdeu oportunidade de construir conexão mais íntima com pessoas que são importantes para ela, uma vez que conexão e intimidade parecem ser valores importantes para a participante. O responder intenso a normas sociais e decisões do passado, impedem a reavaliação dessas decisões e, limitam a percepção de ter atitudes no passado baseada ao que parecem valores, como coragem ao ter pedido para o marido ficar e se manter nesse casamento pelos filhos, coragem por ter escolhido e feito a laqueadura escondida.

A amorosidade também pareceu um valor importante tanto na relação com os filhos no presente também, como na escolha do passado em se manter casada para que eles não sofressem com os preconceitos e consequências culturais. A liberdade e independência pareceram valores importantes dos quais estava afastada ao ter sido privada de escolhas diferentes e ainda se manter nessas escolhas, como o casamento e a ideia dele, ainda no momento presente.

Estratégias de Intervenção: por meio das intervenções e das atividades estruturadas em valores, avaliou-se a hipótese de alguns valores para a cliente: amorosidade, companheirismo, conexão, liberdade, influência, coragem e autenticidade. Essas hipóteses de valores levantados com as atividades foram testados por meio das mesmas e também, unificando os pontos do hexaflex de desfusão e de self conceitualizado para comportamentos de *Pliance*, e direcionando para o self como um conceito e na atenção flexível ao momento presente para uma reflexão de como seria viver uma vida valorosa no presente, ainda que pensamentos e sentimentos possam atravessar esse presente (aceitação).

6- Ação

As ações da cliente pareceram ser orientadas por *Pliance* diante ao fusionamento de normas sociais e por esquivas experienciais. Contudo, existem atividades que pareceram ser iniciadas com a função evitativa de aversivos, mas que, aparentemente, aos poucos foram se mantendo também por reforço positivo, como às relacionadas à condução de eventos na igreja e se manter ativa com afazeres domésticos.

Estratégias de Intervenção: seguindo as estratégias de intervenções em valores, buscou-se intervenções que promovessem reflexões de como seriam viver uma vida com significado, ou a vida que diz que nasceu para bilhar, direcionadas aos seus valores no contexto do agora, ainda que lembranças, pensamentos e sentimentos possam incomodar.

CASO ZAIRA

a) Dados da participante

1. DADOS PESSOAIS: 68 anos, aposentada, ensino médio incompleto, branca, mulher cisgênero, mãe e avó, casada e reside com o marido. Usa medicação para ansiedade (escitalopram, risperidona, lamotrigina e clonazepam, manipulados em comprimido único).
2. QUEIXAS: Sentimentos e pensamentos com preocupações com situações do futuro, insônia e medo de dormir e ter pesadelos. A cliente também relatou sentimentos de tristeza por não se sentir compreendida com suas preocupações.
3. HISTÓRIA DE VIDA: Relata sua infância como difícil com muitos momentos de tensão por seu pai ser alcoolista e sua mãe muito rígida. Teve um primeiro casamento de acordo com o contexto cultural da época em que o esperado era que as mulheres se casassem, no entanto, descreveu seu casamento como difícil e com sofrimento por envolver violência doméstica (violência física, intelectual, patrimonial e psicológica) e

com comportamentos violentas com os filhos (frutos da relação). Recorreu a auxílio de familiares para o sofrimento que passava no casamento, mas sofreu invalidações com frases como “homens são assim” [sic] e “você deve aguentar” [sic]. Durante as brigas constantes, sentia-se envergonhada por saber que seus vizinhos poderiam ouvir a agressividade do marido e ficava quieta buscando fazer cessar o comportamento agressivo dele.

Embora tenha se sentido sozinha no sofrimento que viva no casamento e com julgamentos, decidiu pela separação. Após isso, ainda sofreu perseguição do ex-marido e violência física. A cliente relatou que parte do medo dos comportamentos que poderiam vir dele cessaram com sua morte, mas que até o momento da pesquisa, ainda tinha pesadelos com ele e de situações do passado.

A cliente contou que após a aposentadoria, precisou parar de trabalhar para cuidar de sua mãe por condições médica. Essa situação a sobrecarregou,

levando-a buscar por terapia por perceber o início dos sintomas da ansiedade e da depressão, além de seus irmãos se ausentarem de ajudar e ainda, a relação das duas era difícil.

Casou-se novamente e compara com o relacionamento anterior, considerando a atual bastante diferente por ter respeito e companheirismo. Não possui um círculo de amizades próximas. Costuma sair mais com a família e diz se sentir incomodada quando está com pessoas diferentes por se sentir julgada. Relatou ignorar conversas e assuntos que podem levar a discussões, evitar situações e interações que podem gerar conflitos e evita locais escuros desconhecidos onde não tem controle. Quando se percebe em situações dessas que não conseguiu evitar, percebe sensações corporais que remetem à ansiedade, como coração acelerado e pensamentos de preocupação. Filhos a encorajam a esquecer o passado e interagir mais nas relações atuais.

b) Processos de Inflexibilidade Psicológica

1. Esquiva experiencial

Apresenta padrões rígidos de esquiva da ansiedade. A cliente relatou que não consegue dormir quando sente ansiedade, de modo que ao sentir ansiedade toma medicamentos que a fazem dormir por aproximadamente 12h. Além disso, eventos que sinalizam a possibilidade de sentir ansiedade também são evitados, como eventos com mais pessoas além da família, reuniões de condomínio, discussões e outras atividades que exijam grande envolvimento emocional.

Fala sobre ter medo de dormir a tarde e não conseguir dormir a noite, no entanto, a noite sente medo de dormir e ter pesadelos com o ex-marido e com situações vivenciadas nesse período. A cliente também relatou que sente culpa e remorso por ter passado pouco tempo com a filha. Demonstra inflexibilidade à uma abertura a experienciar sentimentos considerados aversivos e/ou que poderiam se relacionar à ansiedade.

Estratégias de Intervenção: a proposta de intervenção foi direcionar as perguntas em como se sentia e o que pensava nos momentos em que identificava a dificuldade de dormir, a ansiedade e para qualquer situação que o terapeuta tenha julgado como importante, e assim, direcionou-se para estratégias de aceitação dos eventos privados com foco em uma perspectiva da RFT de quadros relacionais hierárquicos, em que sentimentos considerados pela cliente como bons faziam parte dela, assim como aqueles sentimentos considerados por elas como desagradáveis. As intervenções de aceitação também se unificaram com as intervenções de self como um conceito e da atenção flexível para o momento presente a fim de promover uma abertura flexível a eventos privados como parte da existência humana, desfundir eventos experienciados no passado para um direcionamento no momento presente dessa abertura e compreensão do mundo interno.

2. Fusão:

Um dos padrões da cliente é responder fusionada com as avaliações que faz dos pensamentos e sentimentos relacionados à ansiedade. Quando sente ansiedade ela pensa coisas como “*Se eu sentir ansiedade eu não vou dormir*” ou “*Eu devia estar pensando outra coisa*”. Aparentemente, pensamentos desse tipo tem função antecedente de tentativas de controle tanto de pensamentos, quanto de sentimentos, criando cadeias de pensamentos com função evitativa e aumento dos respondentes relacionados à ansiedade. Seguindo essa mesma lógica funcional, hipotetiza-se que as lembranças de experiências dolorosas do passado disparem os mesmos processos.

Também apresenta encadeamento de relações entre seus eventos privados e situações de sua vida, e coloca sentimentos como causas de não viver uma vida que gostaria. Apresenta relações sobre sentir ansiedade e se afastar de relações mais profundas com filhos. Apresenta pensamentos como:

“Não posso sentir/pensar/lembrar isso”;

“Eu não deveria sentir isso”;

“Eu gostaria de não sentir mais isso”;

“Minha relação com minha filha não é boa porque eu não passei a infância com ela”;

“Eu deveria estar aproveitando mais”;

“Eu deveria esquecer o passado”;

“Se eu tivesse passado mais tempo em casa com meus filhos, minha relação com eles seria melhor”;

“Se eu não sentisse ansiedade eu iria me divertir mais e aproveitar mais os passeios”.

Portanto, foi possível observar que esse ponto do hexaflex relaciona-se com os demais, como fusões relacionadas a esquiva experiencial, ao Self Conceitualizado e em situações de passado e futuro que a afastam de uma vida no momento presente.

Estratégias de Intervenção: as estratégias focaram na aceitação junto com a desfusão para que aos poucos, houvesse uma flexibilização das perspectivas rígidas que o controle verbal parecia exercer sobre a construção do seu self, sobre que deveria ou não sentir. Também foram realizadas intervenções de desfusão junto com a atenção flexível ao momento presente, para que entrasse em contato com o presente e com a vida que gostaria de viver no agora, mesmo que o passado tenha sido difícil e ainda tenha momentos no presente com lembranças difíceis. Além do mais, também buscou-se realizar intervenções que promovessem reflexão sobre seus comportamentos que poderiam estar fusionados com *Pliance*.

3. Atenção Inflexível:

As tentativas rígidas de controle da experiência pareceram afastar a cliente do momento presente. Pareceu que a cliente tem dificuldades de direcionar intencionalmente a atenção, sendo que em alguns momentos ela fica rigidamente direcionada para o passado e para a resolução de problemas. Durante as sessões, foi observado uma dificuldade em se observar, observar os eventos privados no momento presente ao relatar a lembrança de uma situação. Essa dificuldade foi percebida com o a fuga das propostas e retorno da conversa sempre ao problema a ser resolvido ou ainda, eventos aversivos do passado.

Essas dificuldades no processo de atenção ao momento presente pareceram prejudicar a capacidade da cliente entrar em contato com experiências que poderiam ser mais prazerosas e para a sinalização de estímulos para ações valorosas. Alguns exemplos são situações em que sai com um casal de amigos e no meio da conversa se percebe triste e se cobrando acreditando

que deveria estar aproveitando mais, e com isso, pode perder a oportunidade de experienciar como é aquele momento e como ele pode ser prazeroso por si só, sem mais nada incluso.

Estratégias de Intervenção: as intervenções visaram promover uma abertura flexível e de aceitação de lembranças e sentimentos referentes a um passado e observá-los com uma moldura relacional dêitica, em que as lembranças aconteceram em outro momento e não no agora, e que o agora poderia ser direcionado em uma vida que gostaria de viver. Para isso, foi importante realizar um trabalho de fortalecimento do Self como um conceito.

4. Self Conceitualizado

A história de vida da cliente pareceu contribuir com a formação do Self como um Conceito, diante das muitas situações de invalidações vivenciadas. Foi possível notar durante os atendimentos que existe um julgamento frequente de si mesmo como inadequada e comportamentos de cobrança para não ser essa pessoa inadequada.

Ademais, apresenta falas frequentes em que se culpa por situações e eventos como “*Eu sou culpada*” e também outras de auto invalidações “*Eu sou burra para isso*”. Esse julgamento sobre si mesma foi observado por uma classe de comportamentos evitativos de contatos sociais e de colocar-se no momento presente, afastando-a de ações comprometidas com valores aos repetir frases como “*Eu sou muito fechada*”, “*Eu não sei me expressar bem*”, “*Eu sou difícil*”, “*Eu sou meio triste*”, “*Eu sou o problema*”. Portanto, esse Self Conceitualizado parece relacionar-se com a Fusão e Esquivas Experienciais, que por consequência, a afastam do contato com o momento presente, conhecimento sobre seus valores e ações direcionadas a eles.

Estratégias de Intervenção: o Self conceitualizado pareceu estar ligado diretamente com a atenção inflexível do momento presente, e dessa forma, as intervenções buscaram fortalecer seu repertório de descrição dos comportamentos encobertos do momento presente, bem como uma abertura flexível aos sentimentos, pensamento e lembranças que também faziam parte da sua existência, de modo que poderia descobrir como seria uma vida que fosse significativa de viver no momento presente. Dessa forma, usou-se da moldura relacional deiticas e hierárquicas para promover uma troca da função de estímulos e o acréscimo de outros estímulos, para que observa-se eventos privados como parte da existência humana, e além deles, outras partes que também constituíam sua existência, como no caso, valores e ações guiadas por *Tracking*.

5. Perturbação dos Valores

A cliente pareceu experimentar alguns “valores” na forma de obrigações ou necessidades de ação, como quando expressa “Eu deveria aproveitar mais”. Hipóteses de valores de “diversão” e “conexão” estão expressos nessa frase, mas aparecem como extrínsecos e não como escolhas voluntárias que permitiriam o contato com o momento presente e a possibilidade de experimentar o efeito reforçador positivo das próprias ações.

Para a cliente pareceu importante, nas relações familiares, ser carinhosa, presente, companheira, mas ações direcionadas a esses possíveis valores eram distantes com comportamentos de esquivas experienciais, fusões e, principalmente, o contato com o Self como um Conceito. Esse ponto do hexaflex pareceu também ser fundamental no caso pela cliente apresentar baixo repertório e abertura de um olhar curioso sobre si mesma, do seu Self como um Conceito, como a mesma se percebe e quais aspectos da vida a agradam ou a desagradam, de forma intrínseca. Dessa forma, saber mais quais seriam seus valores.

Estratégias de Intervenção: com as atividades estruturadas, os valores se ligaram as intervenções de Self como um Conceito e de atenção flexível ao momento presente, para identificar valores que poderiam fazer parte de sua existência, e com isso, direcionar a ações valorosas. As hipóteses de valores levantadas e avaliadas por meio das atividades estruturadas foram: coragem, independência, liberdade, amorosidade e respeito. Posteriormente, as intervenções seguiram com as ações nesse sentido. É importante a ressaltar que as intervenções focadas em valores só ocorreram depois de intervenções direcionadas à desfusão, Self como um Conceito, aceitação e atenção flexível, para então, dar sequência em valores e comportamentos comprometidos.

6. Inação, Impulsividade, Apego em padrões de esquiva

Os comportamentos que se relacionam com esquiva experiencial, a fusão cognitiva e, principalmente, o Self Conceitualizado, interferiram diretamente no conhecimento dos seus valores intrínsecos e por consequência, um afastamento de ações em uma direção valorosa.

Com a Tarefa de Casa e a Metáfora Comparecendo ao Próprio Funeral, observou-se alguns indicativos de valores para a cliente, no entanto, ela pareceu não ter clareza quais comportamentos poderiam se opor a ações valorosas e nem quais comportamentos poderia escolher fazer para que houvesse essa aproximação com os valores.

Estratégias de Intervenção: as intervenções de ações comprometidas ocorreram junto com intervenções de aceitação, atenção flexível ao momento presente e valores. Para isso, usou-se de intervenções que promovessem o acréscimo de função ao estímulo em uma dada situação que antes se esquivava, como por exemplo, olhar para essa situação com uma outra perspectiva, como no caso ter se divorciado como uma ação corajosa que pode trazer novas vivências para os filhos, ao invés de ser apenas uma situação triste e aversiva do passo. Também foi importante

intervir com a troca de função de estímulos em situações anteriores para promover uma perspectiva que pudesse ter maior possibilidade de engajamento em uma vida valora. Um exemplo disso foi promover a observação dos seus eventos privados como parte de sua existência e como eventos naturais em humanos, sem precisar evitar ou controlar. Essas intervenções basearam-se nas molduras relacionais dêiticas e hierárquicas da RFT. Isso foi necessário para refletir quais comportamentos poderiam seguir de acordo com o que era valioso na perspectiva da participante, por *Tracking*, e quais comportamentos poderiam ser tomados na direção de uma vida valorosa, mesmo com momentos em que o passado pudesse atravessar seu presente com lembranças, pensamentos e sentimentos.

Concordância entre categorizadores

O índice de concordância foi calculado por sessão e por categorias de terapeuta e participante de forma separadas, e seguiram o índice Kappa de Kohen (Cohen, 1960; Kratochwill et al., 2013). A tabela 2 contém os resultados referentes às concordâncias quanto às categorias das falas da Participante Célia. Foi possível observar que na maioria das sessões, os resultados indicaram um índice moderado de concordância entre os categorizadores nas categorias do terapeuta e considerável para as categorias da participante.

Tabela 2: Resultados do índice Kappa de Kohen referentes à concordância das categorias do cliente e do terapeuta em cada uma das sessões analisadas.

PARTICIPANTE CÉLIA		
Categorias do Terapeuta		
Sessão	Valor	Resultado
1	0,448	Moderado
2	0,429	Moderado
6	0,439	Moderado
10	0,429	Moderado
14	0,448	Moderado
Categorias da Participante		
Sessão	Valor	Resultado

1	0,737	Substancial
2	0,286	Considerável
6	0,524	Moderado
10	0,318	Considerável
14	0,318	Considerável

A tabela 3 contém os resultados do índice Kappa referente às concordâncias quanto às categorias de verbalização da participante Zaira. Os resultados indicaram índices de concordância desconsideráveis ou até a ausência de concordância, tanto nas categorias do terapeuta quanto nas categorias da participante.

Tabela 3: Resultados do índice Kappa de Kohen referentes à concordância das categorias do cliente e do terapeuta em cada uma das sessões analisadas

PARTICIPANTE ZAIRA

Categorias do Terapeuta

Sessão	Valor	Resultado
1	-0,032	Ausência de concordância
2	0,226	Considerável
6	-0,049	Ausência de concordância
10	0	Desconsiderável
14	0,097	Desconsiderável

Categorias da Participante

Sessão	Valor	Resultado
1	0,286	Considerável
2	0	Desconsiderável
6	0	Desconsiderável
10	0,167	Muito baixo
14	0,13	Muito baixo

Optou-se pela análise dos dados da participante Zaira à despeito da baixa concordância e discute-se possibilidades de ajustes para estudos futuros, como o retreino de participantes para os mesmos registros do SiMCCiT ou cálculo somente das categorias de interesse.

Dados obtidos por meio do SiMCCiT

As tabelas a seguir apresentam quais categorias aumentaram durante e/ou depois do uso das atividades estruturadas, bem como quais categorias demonstraram correlação entre falas do terapeuta com as da cliente. A tabela 4 elucida as correlações entre categorias e subcategorias de terapeuta e cliente após análise estatística com o resultado para cada participante. As correlações encontradas da participante Célia foram: SRENC com RELEP; INT com CER; SRF com CER; SRFVAL com REL-V; INTVAL com REL-V; REC com MET. A correlações encontradas da participante Zaira foram: SRENC com RELEP; INT com CER; SRF com CER.

Tabela 4: Resultado das correlações existentes ou não entre as categorias e as subcategorias de terapeuta e cliente das duas participantes.

Categorias e Subcategorias do terapeuta e cliente	Participantes			
	Célia		Zaira	
	Sim	Não	Sim	Não
EMP com RELEP		x		X
EMP com CER		x		X
SRENC com CER		x		X
SRENC com RELEP	x		x	
INT com CER	x		x	
INT com RELEP		x		X
SRF com CER	x		x	
SRF com RELEP		x		X
SRFVAL com REL-V	x			X
SRFVAL com CER		x		X
INTVAL com REL-V	x			X

REC com MET | x | | X

A tabela 5 mostra quais categorias e subcategorias, tanto do terapeuta quanto do cliente, aumentaram ou não a frequência durante e/ou depois do uso das atividades estruturadas nas intervenções com as duas participantes de acordo com as análises estatísticas. Durante o uso das atividades estruturadas, as categorias e subcategorias nas sessões com a participante Célia que aumentaram de frequência foram: REL-V; CER; MET. Para a participante Zaira, a subcategoria que aumentaram de frequência durante o uso das atividades estruturadas foi REL-V. Depois do uso das atividades estruturadas, para Célia aumentou a frequência da categoria do cliente MET durante as sessões, e para Zaira, aumentou a frequência da categoria CER.

Tabela 5: Resultados das análises estatísticas das duas participantes de quais categorias e subcategorias do terapeuta e do cliente apresentaram aumento da frequência em sessão durante e depois do uso das cartas BTV, e quais apresentaram resultados desprezíveis com o valor referência do Teste T e comparação de Pearson.

Categorias e subcategorias do terapeuta e do cliente	Participantes							
	Célia				Zaira			
	Durante		Depois		Durante		Depois	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
REL-V	x			x	x			x
CER	x		x			x	x	
MEL				x				x
MET	x		x			x		x
SRFV				x				x
INTVAL				x				x
REC				x				x
INF				x				x

Na condição do uso das atividades estruturadas, observou-se evidência estatística de que as médias dos escores antes e durante apresentaram diferenças significativas após o uso do Teste T para amostras pareadas na subcategoria da cliente REL-V e categoria da cliente CER da participante Célia. A Figura 2 elucida as variações das categorias e a frequência em que ocorreram durante as intervenções com a participante, de acordo com os escores do comportamento verbal vocal dela.

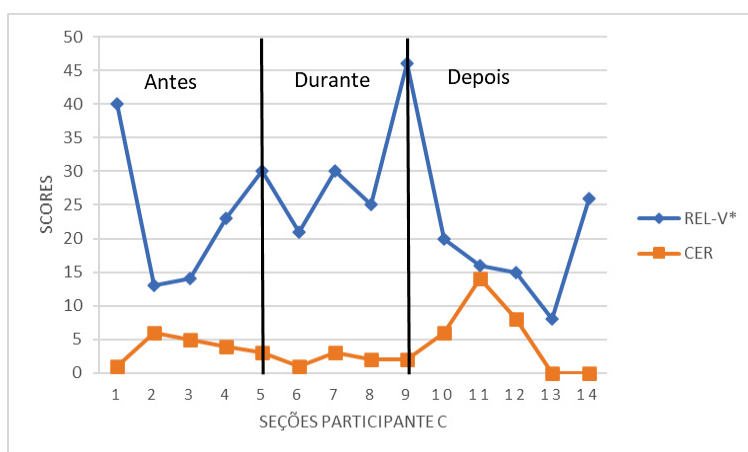


Figura 2: Variação da subcategoria REL-V e da categoria CER durante as intervenções na participante Célia.

Já para a participante Zaira, o resultado da análise usando Teste T pareado, indicou diferença significativa entre os escores de antes e durante o uso das atividades estruturadas para REL-V e CER. Analisando individualmente a subcategoria REL-V observou-se que houve um aumento no escore durante o uso das atividades estruturadas, e uma redução após. Em relação a categoria CER, houve um aumento durante o uso das atividades estruturadas e se manteve após a retirada delas. A Figura 3 demonstra a frequência dos comportamentos verbais vocais da participante e as variações das categorias durante as intervenções com a participante.

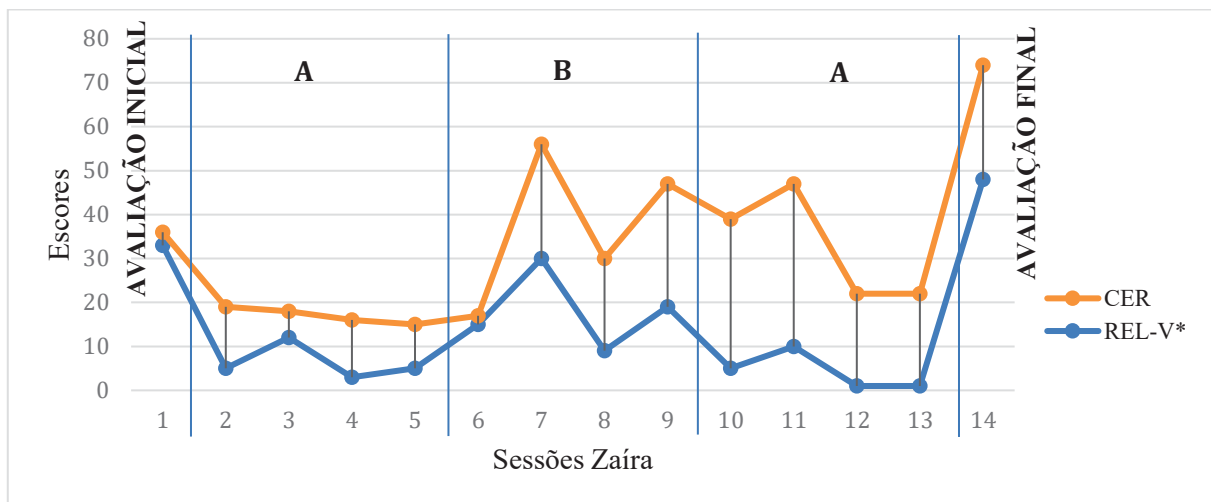


Figura 3: Variação da subcategoria REL-V e da categoria CER durante as intervenções na participante Zaira

Após a condição do uso das atividades estruturadas, foram analisadas a frequência das categorias do cliente MEL, MET e CER e na subcategoria do cliente REL-V nas participantes. Para a participante Célia, apenas em MET houve evidência de uma diferença significativa. Analisando essa categoria individualmente com o Teste T, pode-se afirmar que há evidência estatística de que houve aumento no escore de MET, observando antes de depois do uso das atividades estruturadas. A Figura 4 demonstra a frequência da categoria MET durante as intervenções com a participante a partir da frequência do comportamento verbal vocal da participante durante as sessões.

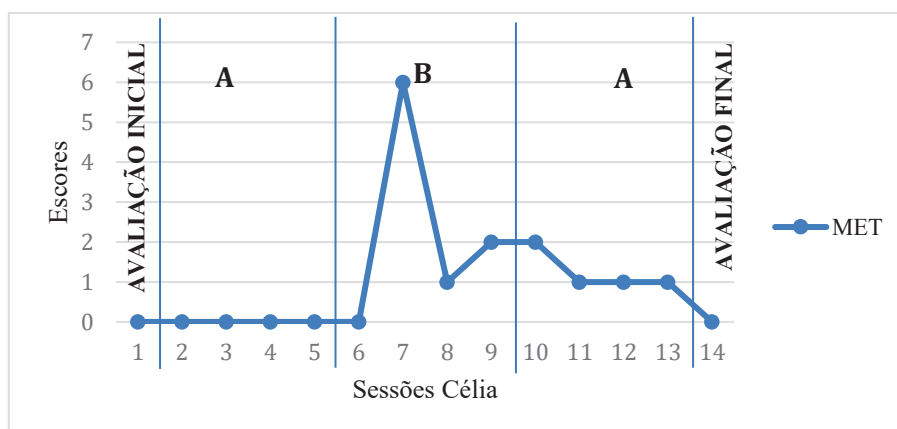


Figura 4: Ocorrência da categoria do cliente MET durante as intervenções na participante Célia

A Figura 5 demonstra a frequência do comportamento verbal vocal da participante Célia nas categorias das categorias MET e CER durante as intervenções. As demais categorias analisadas não serão demonstradas nessa imagem.

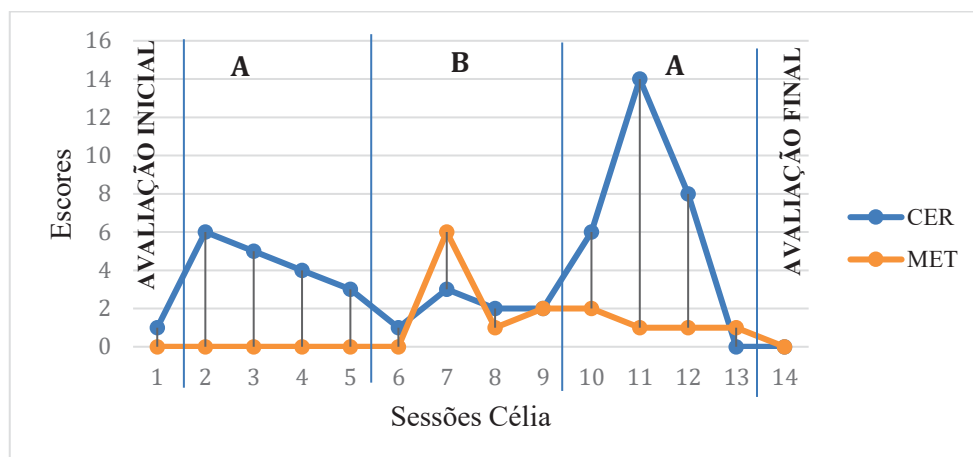


Figura 5: Variação das categorias do cliente CER e MET durante as intervenções com a participante Célia

Para a participante Zaira, ao usar o Teste T para amostras pareadas as variações entre antes do uso das atividades estruturadas e depois, houve evidência apenas em CER de que houve diferença significativa. Analisando essa categoria individualmente com o Teste T pode-se afirmar que há evidência de aumento no escore de CER observando antes e depois do uso das atividades estruturadas.

A Figura 6 demonstra a frequência do comportamento verbal vocal da participante Zaira nas categorias MET e CER durante as intervenções. As demais categorias não apresentaram diferenças expressivas e podem ser identificadas no Anexo H.

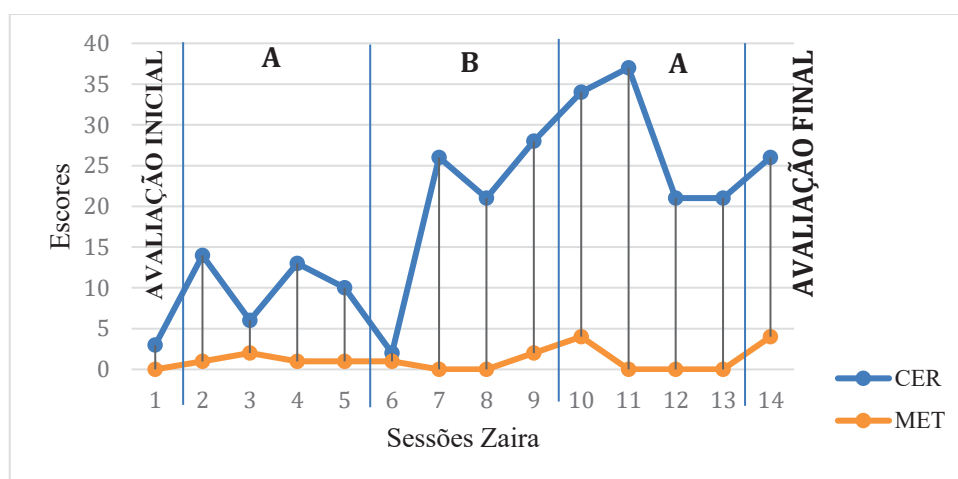


Figura 6: Variação das categorias do cliente CER e MET durante as intervenções com a participante Zaira

As subcategorias do terapeuta SRFV e INTV foram analisadas após o uso das atividades estruturadas para avaliar se houve alguma diferença nos escores. Após o uso do

Teste T, tanto para a participante Célia quanto para a participante Zaira não houve evidência estatística de diferença nos e do terapeuta antes e depois do uso das atividades estruturadas.

Também foi avaliado se, em algum momento das sessões, houve aumento na subcategoria do terapeuta SERENC. O que poderia indicar alguma relação estatisticamente relevante com o aumento da frequência da categoria do cliente CER e/ou subcategoria do cliente RELEP. Para a participante Célia, os resultados obtidos da subcategoria do terapeuta SRENC com a categoria CER do cliente indicaram uma baixa correlação linear entre os escores obtidos. Já na correlação da subcategoria do terapeuta SRENC com a subcategoria RELEP do cliente, as análises indicaram que há boa correlação linear entre os escores com correlação matemática significativa entre as variáveis. A Figura 7 demonstra a frequência do comportamento verbal vocal da participante e do terapeuta durante as sessões, conforme identificado a correlação com o Teste de Pearson e, confirmação com o Teste T.

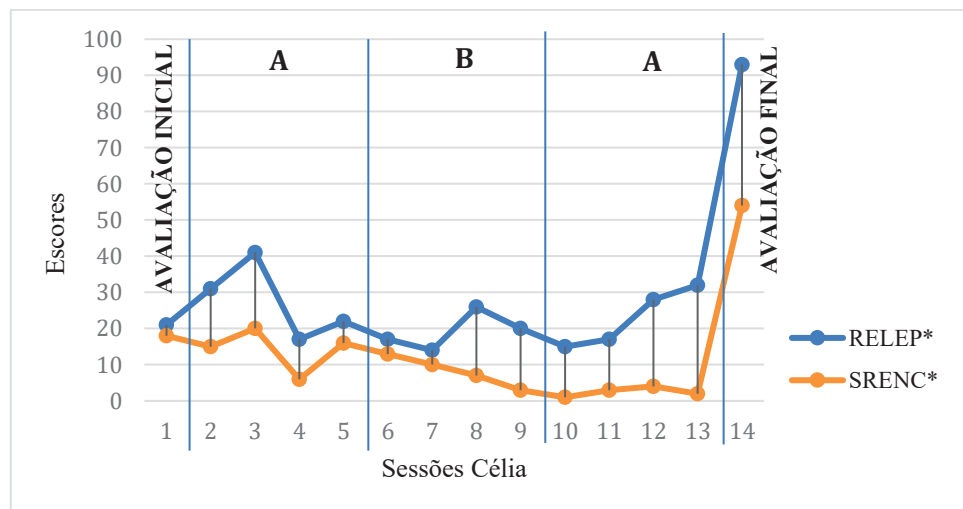


Figura 7: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria do cliente RELEP durante as intervenções com a participante Célia.

Análises semelhantes ocorreram com os dados da participante Zaira, em que a análise de Pearson indicou correlação fraca entre a subcategoria SRENC do terapeuta e a categoria CER do cliente e, indicou também, que houve uma correlação forte entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria RELEP do cliente. A Figura 8 representa a frequência do comportamento verbal vocal da participante e do terapeuta nas subcategorias SRENC e RELEP

durante as sessões, conforme identificado a correlação com o Teste de Pearson e, confirmação com o Teste T.

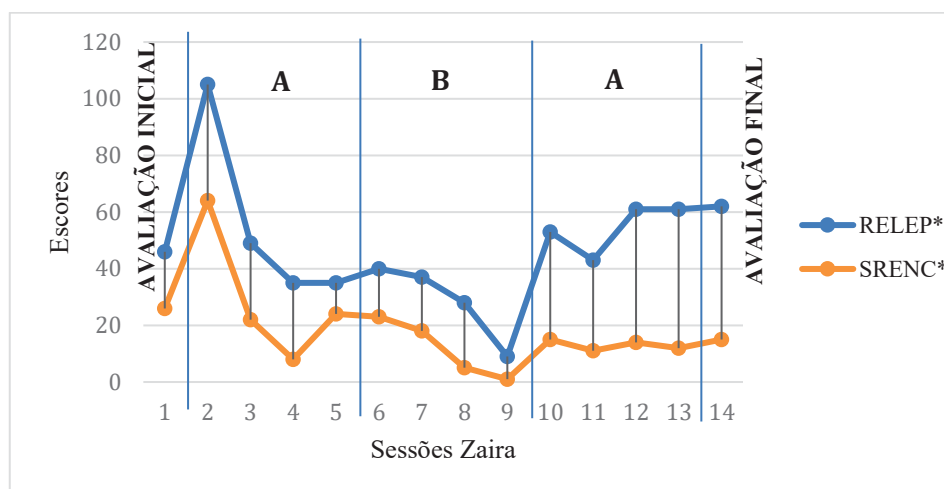


Figura 8: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria do cliente RELEP durante as intervenções com a participante Zaira.

Outra análise referiu-se à categoria do terapeuta INT aumentasse em alguma sessão, a categoria do cliente CER e/ou subcategoria do cliente RELEP teriam algum aumento, quando comparadas em outras sessões em que essa categoria do terapeuta não fosse tão presente. Os resultados obtidos da participante Célia na correlação da categoria INT do terapeuta com a categoria CER do cliente, indicam moderada correlação linear entre os escores obtidos. Na correlação da categoria INT do terapeuta com a subcategoria RELEP do cliente, as análises indicaram baixa correlação linear entre os escores e podem não ter correlação significativa. A variação e frequência das categorias que demonstraram correlação por meio do Teste de Pearson e comprovadas pelo Teste T, INT e CER, do comportamento verbal vocal do terapeuta e da participante estão apresentadas na Figura 9.

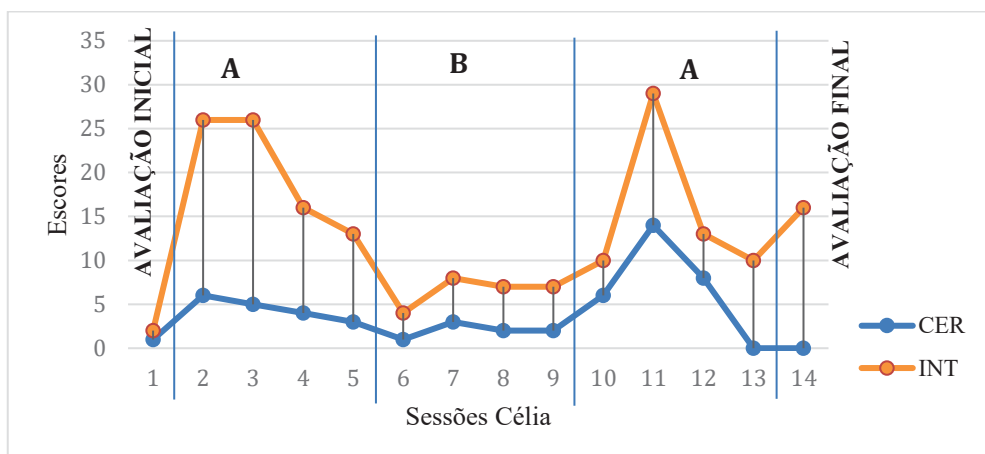


Figura 9: Variação da correlação entre a categoria do terapeuta INT e da categoria do cliente CER durante as intervenções com a participante Célia.

As análises estatísticas da participante Zaira também foram semelhantes da outra participante. Os resultados obtidos entre a categoria INT do terapeuta com a categoria CER do cliente, indicam uma forte correlação linear entre os escores obtidos. Na correlação da categoria INT do terapeuta com a subcategoria RELEP do cliente, os resultados indicaram baixa correlação linear entre os escores e que podem não ter correlação matemática significativa. A frequência do comportamento verbal vocal da correlação das categorias INT e CER do terapeuta e participante ao longo das sessões está mostrada na Figura 10:

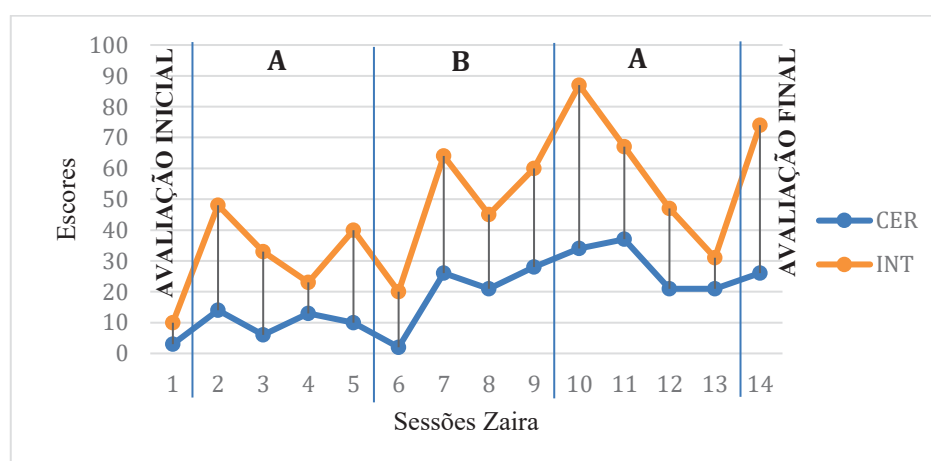


Figura 10: Variação da correlação entre a categoria do terapeuta INT e da categoria do cliente CER durante as intervenções com a participante Zaira.

Ademais, foram avaliadas correlações entre a categoria do terapeuta SRF com a categoria do cliente CER e subcategoria do cliente RELEP. Para a participante Célia, os resultados apresentados pela correlação de Pearson indicam ser desprezível a relação entre SRF

e RELEP. Porém, analisando a categoria SRF do terapeuta com a categoria CER do cliente, percebe-se uma correlação moderada.

Uma análise parecida ocorreu com a participante Zaira, em que os resultados obtidos de a correlação entre a categoria SRF do terapeuta e a subcategoria RELEP do cliente mostraram um R de Pearson muito baixo e estatisticamente não apresentou correlação. Entre a categoria SRF do terapeuta e categoria CER do cliente houve uma correlação fraca confirmada.

Em relação as subcategorias desenvolvidas para esse estudo, foram analisadas estatisticamente se SRFVAL e INTVAL referente as do terapeuta, teriam alguma correlação com a do cliente REL-V e/ou da categoria CER. Os resultados da participante Célia indicaram uma correlação moderada entre a subcategoria SRFVAL do terapeuta com a subcategoria REL-V do cliente. Já os resultados obtidos entre SRFVAL e a categoria CER do cliente, não indicam estatística de correlação entre os dados. A seguir, a Figura 11 demonstra a variação da frequência do comportamento verbal vocal do terapeuta e participante da correlação realizada pelo Teste de Pearson e Teste T das subcategorias SRFVAL e REL-V ao longo das sessões.

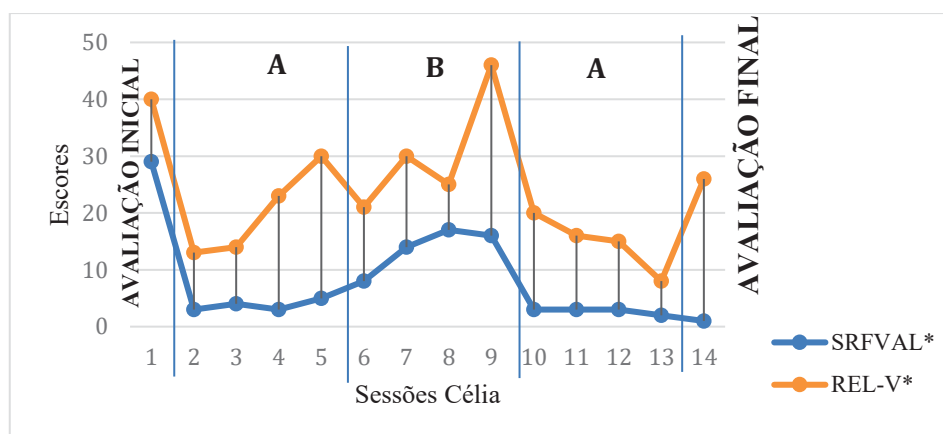


Figura 11: Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRFVAL e da subcategoria do cliente REL-V durante as intervenções com a participante Célia.

Já para a participante Zaira, os resultados obtidos no valor de R de Pearson são classificados como muito fraco e desprezível entre os cruzamentos e não demonstram evidência estatística suficiente para apontar correlação entre elas.

Por fim, também foram analisadas as categorias do terapeuta REC e INF com a correlação com as categorias CER e MET do cliente. Os resultados da participante Célia, indicaram que, dentre as variáveis analisadas, apenas as variáveis REC e MET apresentaram evidência estatística suficiente para apontar uma correlação moderada entre elas. As demais relações apresentaram um p-valor desprezível. A variação da frequência da correlação do comportamento verbal vocal do terapeuta e da participante entre as categorias MET e REC, realizada com o Teste de Pearson e do Teste T, é demonstrada na Figura 12.

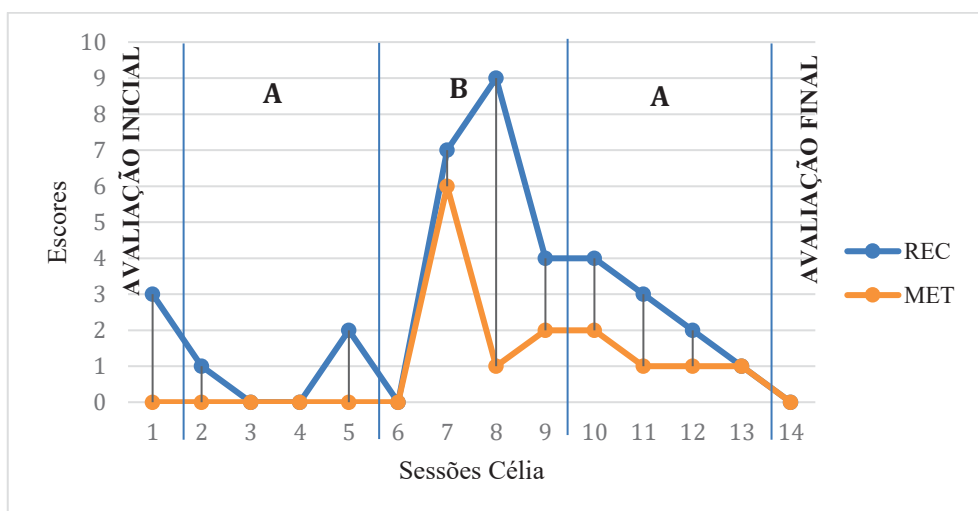


Figura 12: Variação da correlação entre as categorias do terapeuta REC e da categoria do cliente MET durante as intervenções com a participante Célia.

Já para a participante Zaira, as variáveis analisadas apresentaram evidência de valores suficientes para apontar uma correlação fraca ou desprezível entre elas. Por isso, optou-se por não elaborar a representação gráfica.

Dados obtidos por meio dos instrumentos

Os instrumentos GDS e AAQ-II foram aplicados nas condições iniciais e finais do delineamento, e seus resultados estão representados na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6: Escores dos instrumentos GDS e AAQ-II aplicados nas duas participantes antes e depois das intervenções.

	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	
		GDS	AAQ-II
Antes da intervenção	Célia	7	20
	Zaira	7	43
Depois da Intervenção	Célia	6	27
	Zaira	8	42

Os escores iniciais e finais do instrumento GDS para a participante Célia foi sete na condição inicial e seis na condição final. Para a participante Zaira, o escore na condição inicial foi sete, e na condição final, foi oito.

O escore do instrumento AAQ-II para a participante Célia foi 20 na condição inicial e 27 na condição final. Para a participante Zaira, o escore na condição inicial foi 43, e na condição final foi 42.

Os dados do instrumento VLQ foram analisados em suas duas partes e, também, analisados na condição inicial e na final do delineamento. Os resultados estão representados nas tabelas 7 para a participante Célia e 8, para a participante Zaira.

Tabela 7: Resultados da participante Célia referentes ao instrumento VLQ, na condição inicial e final do delineamento.

Participante Célia

Parte I: Importância atribuída a cada uma das áreas de vida

Áreas	Instrumentos antes da	Instrumentos depois
	intervenção	da intervenção
1. Relações Familiares	9	9
2. Casamento/relacionamento afetivo	10	5
3. Ser pai/mãe	10	10
4. Amizades/relações sociais	8	10
5. Trabalho	10	10
6. Educação/aprendizagem	10	10
7. Lazer/ bem-estar	8	9
8. Espiritualidade	10	10
9. Vida em sociedade	8	8
10. Autocuidado	10	10

Parte II: Grau de concordância das ações na última semana com a importância de cada área de vida

1- Relações Familiares	9	9
2- Casamento/relacionamento afetivo	8	10
3- Ser pai/mãe	10	10
4- Amizades/relações sociais	7	10
5- Trabalho	6	8
6- Educação/aprendizagem	7	10
7- Lazer/ bem-estar	6	9
8- Espiritualidade	9	10
9- Vida em sociedade	8	8
10- Autocuidado	10	10

Tabela 8: Resultados da participante Zaira referentes ao instrumento VLQ, na condição inicial e final do delineamento.

Participante Zaira

Parte I: Importância atribuída a cada uma das áreas de vida

Áreas	Instrumentos antes da	
	intervenção	Instrumentos depois da intervenção
1. Relações Familiares	10	10
2. Casamento/relacionamento afetivo	10	10
3. Ser pai/mãe	10	10
4. Amizades/relações sociais	10	07
5. Trabalho	10	04
6. Educação/aprendizagem	10	10
7. Lazer/ bem-estar	10	9
8. Espiritualidade	5	07
9. Vida em sociedade	10	10
10. Autocuidado	10	10

Parte II: Grau de concordância das ações na última semana com a importância de cada área de vida

1- Relações Familiares	10	10
2- Casamento/relacionamento afetivo	01	06
3- Ser pai/mãe	10	08
4- Amizades/relações sociais	05	07
5- Trabalho	04	04
6- Educação/aprendizagem	05	05
7- Lazer/ bem-estar	01	04
8- Espiritualidade	01	05
9- Vida em sociedade	01	04
10- Autocuidado	05	07

6. DISCUSSÃO

Os instrumentos de categorização GDS e AAQ-II, de modo geral, pouco apresentaram diferenças para ambas as participantes, deixando hipóteses que as 14 sessões não foram suficientes para intervir no modelo de flexibilidade psicológica como um todo, embora os resultados do VLQ tenham apresentado resultados qualitativos importantes dentro das formulações de casos. De acordo com Hayes e autores (2021) “*os processos individuais da ACT não fazem sentido se desconectados dos outros no modelo global*” (p. 78).

O índice de concordância Kappa apresentou um valor baixo para uma das participantes e, para isso, existe uma hipótese. No segundo momento da categorização, quando os categorizadores trocam as participantes que fizeram inicialmente, um deles (C1) realizou após um período do treino recebido e da primeira parte da categorização. Ao ser realizada essa troca, C1 fez as categorizações da participante P2 após um período de dois meses e, essa passagem do tempo pode explicar a baixa concordância entre os categorizadores. Desse modo, ainda que o índice de concordância entre os categorizadores não tenha atingido o valor esperado, acreditou-se que a categorização foi confiável, uma vez que o índice Kappa da P1 atingiu o esperado e foi categorizada inicialmente pelo C1 e posteriormente, pelo C2.

Para novas pesquisas, recomenda-se que as categorizações tanto de P1 quanto de P2 sejam realizadas juntas para evitar que a passagem do tempo comprometa a concordância, além de dividir um categorizador apenas para os comportamentos verbais vocais do terapeuta, e outro, apenas para os comportamentos verbais vocais do cliente. Também se recomenda que ocorra avaliação e teste de concordância seguido de cada fase que os dois categorizadores já tenham feito e trocado entre eles, as sessões das participantes para categorizar. Nesse estudo, realizar um novo treino seria indicado.

De modo geral, algumas hipóteses não apresentaram um escore estatisticamente relevante, no entanto, foi possível analisar de forma qualitativa, como por exemplo, como

comportamentos de empatia do terapeuta (EMP) poderiam influenciar o comportamento das participantes no relato de eventos privados (RELEP) e estabelecimento de relações (CER). Com a participante Célia, o vínculo terapêutico pareceu mais fortalecido e comportamentos empáticos do terapeuta em sessão foram mais frequentes, corroborando para o aumento de relatos de eventos privados da participante. Já com a Zaira, o vínculo terapêutico pareceu frágil, e o comportamento da participante pareceu influenciar diretamente o do terapeuta também, em que as verbalizações de empatia ocorreram em menor frequência.

O estudo de Nobile, Garcia e Bolsoni-Silva (2017) mostrou que os terapeutas também podem ter suas dificuldades com diferentes pacientes e que avaliar comportamentos flexíveis de acordo com cada cliente pode ser essencial para o êxito da psicoterapia. Da mesma forma, Levatti, Victuri, Garcia e Bolsoni-Silva (2019) descrevem como o comportamento do cliente também pode influenciar o comportamento do terapeuta, e assim, é necessária uma atenção a este aspecto devido ao comportamento do terapeuta ser uma das variáveis responsáveis pelo resultado terapêutico.

Os dados do VLQ demonstraram diferenças na primeira e na segunda partes, tanto para a participante Célia quanto para a participante Zaira. Os dados do SiMCCIT também apresentaram aspectos relevantes da intervenção e serão discutidos para cada participante. Esses dois instrumentos também foram discutidos com análises qualitativas sobre os resultados quantitativos de acordo como os resultados estatísticos podem ter ocorrido e justificados a partir da formulação de cada caso.

CASO CÉLIA

Os dados do VLQ para a participante Célia, demonstraram que uma das áreas mais valoradas antes das intervenções era a do casamento, a qual atribuía um número 10 referente a sua importância. Após as intervenções, foi observado que a participante apresentava algumas

regras familiares/culturais que deveria valorizar seu casamento, e inclusive, sua formulação de caso sugeriu a fusão com culpa e, por consequência, a afastava de uma vida mais valorosa, estava ligado diretamente a área do casamento. A participante ao se culpar por ter atitudes guiadas por seus valores na época e ter tido consequências culturais para uma mulher, acreditava que tinha que cuidar do marido até os últimos dias, como a regra religiosa “até que a morte os separe” e, após as intervenções, passou a refletir mais em seus valores Intrínsecos e observar que o casamento no momento presente, não era a área mais valorosa para ela. Dessa forma, o VLQ pontuou um aumento nos comportamentos direcionados à importância de todas as áreas de sua vida, inclusive a do casamento. Durante as sessões, observou-se que suas ações se direcionavam ao melhor que gostaria de agir e ser, ainda que algumas áreas (casamento) fossem conflituosas.

Em relação aos dados do SiMCCIT, algumas correlações de categorias/subcategorias do terapeuta com categorias/subcategorias do cliente foram observadas, na medida em que o terapeuta aumentava ou reduzia seu comportamento verbal vocal, influenciava diretamente no comportamento verbal vocal do cliente. A subcategoria do terapeuta SRENC na subcategoria do cliente RELEP são um exemplo.

Nesse estudo, foi observado maior solicitação de relatos de eventos privados durante as sessões iniciais, e posteriormente, mesmo que o terapeuta tivesse diminuído a solicitação de relatos, a participante continuou a emitir relatos de eventos privados. Ou seja, quanto mais frequente um comportamento do terapeuta em solicitar relato de eventos encobertos levaria um aumento de relatos de eventos privados da participante, proporcionando um maior contato com seu *Self*, com o momento presente e reduzindo as esquivas experienciais.

Resultados semelhantes foram reportados por Martim (2021), em que a autora desenvolve algumas subcategorias também a partir do SiMCCIT para captar o comportamento do terapeuta em solicitar sentimentos e as respostas do cliente de relatos desses. Dentro de uma

formulação de caso em Terapias Comportamentais Contextuais, o objetivo terapêutico focou em facilitar em sessão os relatos de eventos privados para reduzir comportamentos que favoreciam a esquiva experiencial. Os resultados parecem sugerir que essa estratégia de intervenção reduziu comportamentos de esquiva experiencial do presente estudo.

A correlação entre a categoria do terapeuta INT com a categoria do cliente CER também foi observada, do mesmo modo ocorreu a correlação com a categoria do terapeuta SRF com a categoria do cliente CER. Essas correlações foram observadas com maior frequência nas condições A do delineamento após a retirada das atividades estruturadas, e dados semelhantes também foram encontrados na literatura. Por exemplo, Levatti, Garcia e Bolsoni-Silva (2019), Garcia, Bolsoni-Silva e Galeazzi Nobile (2018).

Em relação aos valores, a subcategoria do terapeuta SRFVAL (solicitação de reflexão sobre valores) também apresentaram correlação com a subcategoria da participante REL-V (relato de valores). Essa correlação pode ser observada em todas as fases das intervenções, mas com um aumento significativo durante a fase B em que foram aplicadas as atividades estruturadas, como o uso das cartas do baralho BTV, tal como a hipótese inicial deste estudo. Uma correlação observada durante o uso das atividades estruturadas foi o aumento da subcategoria do terapeuta INTVAL (interpretação de valores) com o aumento proporcional da subcategoria do cliente RELV-V (relato de valores).

Desse modo, foi possível notar que durante a condição de uso das atividades estruturadas, o comportamento interpretativo do terapeuta parece ter ocorrido com maior frequência. Um estudo de Fogaca e outras colaboradoras (2014) indicou que em determinadas condições de pesquisa, de acordo com o delineamento, o uso de alguma intervenção que precise de um comportamento mais interpretativo do terapeuta, é esperado que essa habilidade aumente de frequência e ocorra sem excessos para que as mudanças no repertório do cliente possam ocorrer.

Uma pesquisa de Kanamota e Bolsoni-Silva (2016) avaliou a influência de determinadas habilidades terapêuticas na interação terapeuta-cliente e, foi observado que quando a terapeuta parecia recomendar mais durante as sessões, os clientes/participantes aumentavam as perguntas à terapeuta ou aceitavam as recomendações e interpretações fornecidas pela terapeuta. Como consequência, a frequência de relatos de melhora aumentou nessas sessões. Dessa forma, as interpretações por parte do terapeuta, se bem planejadas, podem resultar em melhoras terapêuticas.

Outra correlação importante que os dados indicaram foi da categoria do terapeuta REC (recomendação) com a categoria do cliente MET (estabelecimento de metas), em que a maior frequência ocorreu durante a condição B do estudo, e também, na segunda condição A quando comparada na primeira condição A, em que não havia sido aplicada o uso de metáforas e das cartas do baralho BTV. Portanto, este dado corrobora com a hipótese de que o uso de atividades estruturadas pode promover uma maior reflexão dos valores, avaliar quais comportamentos direcionados o cliente pode ter por meio de suas ações. Sendo possível observar esta ocorrência no caso Célia.

O estudo de Galeazzi Nobile e colaboradores (2017) demonstrou resultados positivos em uma intervenção analítico-comportamental quando, o terapeuta faz recomendações aos clientes, pois ao usar da habilidade terapêutica de recomendar aliada à de informar, o cliente parecia ter maior engajamento clínico. Para isso, pode ser considerado o cliente formular metas para suas resoluções de problemas, e para isso, o vínculo terapêutico pode ser fundamental, como indicado por Garcia e outros colaboradores (2018), o estabelecimento de metas do cliente pode ser observado a partir de uma Relação Terapêutica positiva.

Análises qualitativas também são relevantes sobre essa participante, pois ela parecia ter um repertório maior e mais claro sobre seus valores desde a condição da aplicação de instrumentos iniciais. Sua formulação de caso demonstrou que a Esquiva Experiencial foi um

dos pontos centrais da inflexibilidade psicológica, a qual relacionava-se com o Self Conceitualizado, afastando-a do contato com seus valores de forma mais intrínseca, e mantendo-a na inação. As intervenções buscaram minar o processo de inflexibilidade psicológica ao focar na Aceitação dos seus eventos encobertas, bem como do seu Self como Conceito, para que os valores passassem a ser observados por *tracking*, e então a formulação de metas de ações direcionadas a uma vida valorosa pudessem ser abordadas na sessão.

Ao formular cada caso, Hayes e outros autores (2021) indicam avaliar pontos fortes ou que parecem mais desenvolvidos dentro do modelo da flexibilidade psicológica. Nesse caso, Célia parecia dispor de uma consciência estabelecida quanto aos seus valores e esse foi o ponto central desse estudo, o que pode ter favorecido os resultados de ações comprometidas com os valores. Além do mais, uma abertura mais flexível aos eventos privados direciona a uma clareza sobre direções de uma vida com mais vitalidade e clarifica o impacto que o controle tem gerado, promovendo um engajamento espontâneo do cliente em ações de acordo com seus valores (Hayes,2021).

CASO ZAIRA

Os dados do instrumento VLQ para a participante Zaira, demonstraram que as principais áreas valorosas a serem observadas com mudanças foram a do trabalho e da espiritualidade, em que inicialmente valorizava o trabalho com uma classificação 10. Após as intervenções, essa área passou a uma classificação quatro, que poderia justificar-se pela história de vida da participante em que a área do trabalho havia sido importante em contextos anteriores para que ela e os filhos sobrevivessem. Mas, no momento presente, existem outras áreas que podem ser mais reforçadoras, como a da espiritualidade por exemplo, que de importância a nível cinco, passou à sete.

Outra área de vida que mostrou uma pequena alteração em classificação quando comparada antes e depois das intervenções foi a da amizade. A cliente parecia exigir-se em aproveitar companhias e amigos para que se sentisse bem, e depois das intervenções poderia ter compreendido que sentir-se bem na companhia de amigos seria natural, algo como parte da existência humana, sem que ela pudesse ter controle sobre como se sentia. Durante os atendimentos, foram realizadas intervenções que fizessem com que a cliente entrasse em contato com o momento presente, tal como pudesse avaliar como gostaria de viver sua melhor versão em cada uma das áreas no agora. Isso pode justificar o aumento nos escores das ações valorosas em cada uma das áreas, exceto da maternidade, a qual hipotetiza-se com aspectos de autocobrança em relação a um deus filhos em desenvolver um vínculo mais fortalecido.

Em relação aos dados do SiMCCIT, as categorias que demonstraram correlações foram a de INT (interpretação) do terapeuta com a de CER (cliente estabelece relações) do cliente, a de SRF (solicitação de reflexão) do terapeuta com a CER do cliente e também, as subcategorias SERENC (solicitação de relato de encobertos) do terapeuta com a RELEP (relato de eventos privados) do cliente. Quanto à correlação entre INT e CER, indicaram que a cliente passou a estabelecer mais relações durante, a fase B, o uso das atividades estruturadas e se manteve com maior frequência até o fim dos atendimentos. A frequência dessa categoria CER é maior na condição de retirada das atividades estruturadas, do que na fase A em que elas ainda não haviam sido inseridas nas sessões.

Já o comportamento do terapeuta de interpretar apareceu com maior frequência nas sessões iniciais, seguidas de uma leve queda até o meio da fase B, em que sua frequência volta a subir e é maior na condição de retirada das atividades estruturadas do que na fase A inicial. Dessa forma, foi possível observar que o uso das atividades estruturadas em sessão e o comportamento relacionado a categoria de interpretar, auxiliaram a participante a estabelecer

mais relações entre eventos. Possivelmente, até um aumento no maior repertório de discriminação de valores e eventos privados.

Achados semelhantes ao do comportamento interpretativo do terapeuta com o manejo de clientes com um grande repertório de esquiva foram encontrados no estudo de Gouveia e colaboradores (2017), em que se observou que quando o cliente diminuiu os comportamentos de esquiva e aumentava os relatos de eventos privados, o terapeuta aumentava comportamentos de interpretação e SRF a fim de promover maior discriminação das contingências contextuais de sua história e se atentasse ao momento presente.

Outra correlação importante foi a de SERENC com RELEP, em que houve um aumento significativo do comportamento do terapeuta solicitar relato de eventos privados seguido dos comportamentos de relato de eventos privados do cliente na segunda sessão da primeira fase A, com uma queda até o fim da fase. A partir do uso das atividades estruturadas, fase B, essas categorias voltam a apresentar um aumento, embora tenha tido uma queda na última sessão dessa fase, ela retorna e aumenta sua frequência no retorno a fase A.

Esses dados de correlação são compatíveis com sua história de vida e formulação de caso. O contexto em que vivia apresentava uma audiência punitiva, contribuindo, ainda mais para suas fusões cognitivas de que “*deveria aproveitar mais*” [sic] e não poder lembrar e nem falar como se sentia, pois, quando o fazia, era punida com falas dos outros sobre ser inadequada. Desse modo, o ambiente parecia manter as fusões e esquivas experienciais de que Zaira não deveria focar no que sentia e lembrava.

Dentro dessa perspectiva, as intervenções parecem ter possibilitado para a cliente mais discernimento de eventos privados, incluindo um espaço para que eles ocorressem. Essa direção no percurso terapêutico está alinhada com a proposta de Hayes e outros colaboradores (2021) de que intervenções direcionadas à defusão podem criar um contexto durante a sessão para a expressão dos eventos privados e assim, a relação entre esses eventos seja enfraquecida.

Também é relevante a frequência das subcategorias REL-V (relato de valores) e RELEP ao longo das intervenções para observar que o repertório de discriminação dos eventos encobertos e dos valores podem ter sido favorecidos à participante. A subcategoria de relato de valores foi identificada por meio das análises estatísticas como uma das que apresentaram aumento estatístico relevante durante o uso das atividades estruturadas, e com a retirada dessas, o relato de valores caiu, enquanto a de relato de eventos privados se manteve com uma frequência alta. Assim, houve uma hipótese de que o estabelecimento de relações aumentou e se manteve após o retorno a fase A, devido a maior discriminação de eventos privados e de valores.

Uma correlação estatística relevante a ser observada foi a da categoria do terapeuta SRF com a de CER do cliente, que ela parecia ocorrer antes do uso das atividades estruturadas e, aumentar e se manter após a retiradas das atividades estruturadas. No entanto, como a formulação de metas não foi um dado com escores relevante estatisticamente, o aumento dessa categoria chama atenção para essa formulação de caso em específico, por deixar a dúvida se as relações estabelecidas pela participante poderiam representar um discernimento sobre suas ações e eventos, ou se retratava falas fusionadas com justificativas, uma vez que justificar relações entre eventos, comparar e avaliação, antagonizar eventos, e perseverança a uma ideia de estado temporal ou situação fazem parte de quadros de fusão cognitiva (Hayes et al, 2021).

Outras correlações não foram confirmadas estatisticamente, e nem a frequência de determinadas categorias, como no caso de MET. Essa categoria em específico era importante para o estudo por demonstrar o quanto a participante conseguiria formular metas de ações comprometidas com a mudança, com uma vida guiada por valores. De acordo com a formulação de caso, nota-se que esse protocolo de atendimento com atividades estruturadas focadas em valores, aparentemente, foi pouco aproveitado, talvez em razão de a cliente apresentar pontos de inflexibilidade psicológica que precisariam de intervenção antes de

direcionar a valores. Os pontos seriam a fusão cognitiva e a atenção inflexível ao momento presente.

Uma revisão sistemática identificou que dependendo de alguns casos, intervenções usando apenas valores de forma isolada podem não ter um resultado esperado, e que algumas precisaram de intervenções direcionadas à aceitação e defusão para então propor ações direcionadas aos valores (Rahal, 2019). Esses achados ressaltam a importância de intervenções em defusão serem um dos pontos centrais da ACT, uma vez que o comportamento é controlado por meio dos processos verbais e assim, se mantém com pouca ligação com o momento presente excluindo outras variáveis contextuais (Hayes et al, 2021).

Assim sendo, os casos de Célia e Zaira sugerem a importância da formulação de caso dentro do modelo de flexibilidade psicológica para avaliar pontos fortes a iniciar as intervenções, fortalecendo os fundamentos de Hayes e autores (2021) que intervenções focadas em valores sem promover a aceitação ou a defusão, são difíceis de gerar ações comprometidas com uma vida vital. Ademais, os resultados de ambas as participantes também indicaram a necessidade de mais estudos, com ênfase idiográficas e baseados em processos, bem como a ciência do contextualismo funcional busca alinhar a ciência sobre os humanos de forma isolada e em grupo com uma visão contextual da vida, com precisão, profundidade e escopo a fim de criar uma ciência contextual mais adequada aos desafios humanos (Hayes et al., 2012).

Nessa mesma perspectiva, os achados desses estudos demonstram que, ao se referir ao sofrimento humano, intervenções específicas e contextuais deverão ser planejadas. Dessa forma, os resultados compactuam com a perspectiva de Terapia Baseada em Processo (Process-Based Therapy – PBT) ao descrever que estudos de caso único podem integrar outras pesquisas idiográficas que exploram um planejamento de estratégias e intervenções terapêuticas direcionadas a cada pessoa com suas características, história e contexto em que o

sofrimento humano ocorre, tornando a intervenção mais específica e direcionada, e assim, obter resultados mais precisos (Hayes et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambas as participantes demonstraram que intervenções em que o terapeuta solicita maior relato de eventos encobertos, possibilitou maior clareza deles, direcionando a aceitação de sentimentos, pensamentos e lembranças como parte do Self e da existência humana, promovendo estabelecimentos de relações entre eventos. Uma delas, como no caso da Célia, possibilitou formular metas e ações comprometidas com os valores, enquanto para Zaira, indicou que o estabelecimento de relações entre eventos poderia favorecer uma sequência de intervenções focadas em atenção flexível e desfusão, para posteriormente, focar em valores.

A solicitação de reflexão por parte do terapeuta, bem como um comportamento mais interpretativo, seja usando atividades estruturadas ou não, pode refinar o estabelecimento de relações. O comportamento de recomendar do terapeuta pode, aparentemente, influenciar no estabelecimento de metas.

As atividades estruturadas indicaram fortemente o benefício do uso em intervenções com duas idosas, em que ao usar tanto baralho direcionado a valores quanto metáforas, promoveu clareza de valores e possibilitou para ambas o estabelecimento de relações. Célia, conseguiu estabelecer metas de ações comprometidas com os valores, Zaira estabeleceu mais relações entre eventos.

Uma terapia direcionada em valores para idosos sugeriu ser eficaz de acordo com a literatura (Alonso-Fernández et al., 2016; Costa & Soares, 2015; Lawrence et al., 2019; Medeiros & Hartmann Junior, 2019; Petkus & Wetherell, 2013; Renn & Areán, 2017; Ribero-Marulanda & Agudelo-Colorado, 2016; Roberts & Sedley, 2016). No entanto, parece que quadros de fusão e atenção inflexível podem dificultar intervenções direcionadas aos valores,

havendo a necessidade de focar em outros aspectos da inflexibilidade psicológica antes de promover esse protocolo de pesquisa.

Uma formulação de caso dentro das perspectivas das Terapias Contextuais e do contextualismo funcional, permite que o terapeuta planeje as intervenções dentro de cada caso e sua singularidade, a fim de promover a flexibilidade psicológica ao cliente, que poder-se-á beneficiar com intervenções baseadas em processos e direcionar-se a uma vida valorosa

Algumas subcategorias para esse estudo demonstraram-se irrelevantes estatisticamente, como as do terapeuta de solicitar reflexão sobre valores (SRFVAL) e a de interpretação de valores (INTVAL), indicando que as presentes no SiMCCIT de solicitar reflexão e interpretação seriam suficientes para uma intervenção direcionada a valores. Já outras, tanto do terapeuta quanto do cliente, demonstraram-se bastante relevantes, como a de Solicitação de Relato de Eventos Privados (SEREP), Relato de Eventos Privados (RELEP) e Relato de Valores (REL-V), as quais permitiram análises mais claras desses comportamentos verbais vocais em sessão e o efeito delas dentro das estratégias de intervenção e das hipóteses do estudo.

O estudo contribuiu com o esclarecimento de como o uso de atividades estruturadas em sessões de ACT focada em valores pode ser benéfico com idosos ao possibilitar o esclarecimento de seus valores e a descrição de eventos privados. Também evidenciou como o comportamento do terapeuta influencia o do cliente, principalmente quando o vínculo terapêutico é fortalecido. Entretanto, não se pode dizer que uma terapia focada em valores para idosos seria bem-sucedida sem antes, realizar uma formulação de caso e, avaliar quais níveis de inflexibilidade psicológica estão os componentes do hexaflex. Do contrário, e o uso de atividades estruturadas em valores poderá não apresentar o efeito esperado para a reflexão de ações comprometidas com os valores. Além do mais, a interação terapêutica pode ser complexa

e por isso, podem precisar de métodos diferentes para a obtenção de resultados (Galeazzi Nobile et al., 2017).

Desse modo, recomenda-se o desenvolvimento de instrumentos que categorizem o comportamento verbal vocal do terapeuta e do cliente em Terapia de Aceitação e Compromisso. Mais estudos de delineamento de caso único com idosos podem contribuir com a compreensão de processos de inflexibilidade psicológica no envelhecimento. Um maior número de estudos com grupos terapêuticos com idosos podem auxiliar na observação da influência de mais pessoas participando de um processo terapêutico em intervenções em ACT. Desenvolver pesquisas no Brasil com ensaios clínicos randomizados podem contribuir com a compreensão da influência de procedimentos no processo de enfraquecimento da inflexibilidade psicológica com idosos. Produzir mais estudos com seguimento podem contribuir para avaliar o efeito de intervenções em ACT com idosos a nível idiográfico e nomotético.

Incluir estudos com idosos, cultura e gênero também parece relevante para discussões contextuais de saúde mental e qualidade de vida de idosos, pois poderiam promover maior esclarecimento sobre o impacto do contexto no processo de inflexibilidade psicológica e, promover ainda, maior compreensão de estratégias clínicas. Da mesma forma, parece importante desenvolver estudos sobre o modelo de flexibilidade psicológica com idosos com variáveis contextuais de cultura e gênero.

As limitações encontradas nesse estudo foi a falta de instrumentos para o mapeamento do processo terapêutico na ACT, assim como o SiMCCIT é para a TAC para categorizar os comportamentos verbais do terapeuta-cliente durante as sessões, o que gerou dúvidas na elaboração de subcategorias a partir do SiMCCIT que pudessem ser direcionadas para valores e seriam realmente validas. A falta de um protocolo pronto para atendimento em ACT focado em valores para idosos também foi outra limitação encontrada, pois o foi necessário juntar os

poucos estudos de caso único de ACT com idosos direcionado à valores para a elaboração do protocolo desse estudo.

REFERÊNCIAS

- Abib, J. A. D. (2001). Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 107–117. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722001000100009>.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuropsiquiatri*, 57 (2-B), 421-426.
- Alonso-Fernandez, M.; Lopez-Lopez, A.; Losada, A.; Gonzáles, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 17, 264-277.
- American Psychological Association. (2012). Manual de publicação da American Psychological Association (6a ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre, RS: Penso. (Tradução da 6a ed.: Publication manual of the American Psychological Association, 2010).
- Assaz, D. A., Vartanian, J. F., Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Valores sob a perspectiva analíticocomportamental: da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(3), 30–40. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i3.920>.
- Balestreri, J. G., & Méa, C. P. Della. (2014). Resignificando situações traumáticas através da argila em grupos de pacientes com transtorno depressivo em internação psiquiátrica. VIII Mostra de Iniciação Científica IMED, 1. https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_46.pdf.
- Barbosa, L. M. & S. G. Murta (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20 (1), 75-85.
- Cordeiro, R. C., Santos, R. C., Araújo, G. K. N., Nascimento, N. M., Souto, R. Q., Ceballos, A. G. C., Alvez, F. A. P., & Santos, J. S. R. (2020). Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.*, 73 (1), ____.
- Costa, R. S., & Soares, M. R. Z. (2015). Terapia de Aceitação e Compromisso: o sofrimento psicológico em um caso clínico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 19-27.
- Dantas, B. A. d. S., de Miranda, J. M. A., Cavalcante, A. C. V., Toscano, G. A. d. S., Torres, L. S. S., Rossignolo, S. C. d. O., Nobre, T. T. X., Maia, E. M. C., de Miranda, F. A. N., & Torres, G. de V. (2020). Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in brazil: A quasi-experimental study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 201–208. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0577>.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S. & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.
- Deps, V. L. (2012). Atividade e Bem-Estar Psicológico na Maturidade. In *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus.
- Dittrich, A., & Abib, J. A. D. (2004). O sistema ético skinneriano e conseqüências para a prática dos analistas do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 427–433. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722004000300014>.
- Ferrari, J. F. & Dalacorte, R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliara prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17 (1), 3-8.
- Ferreira, T. A. S., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & dos Santos, B. O. S. (2020). What are Values in Clinical Behavior Analysis? *Perspectives on Behavior Science*, 43(1), 177–188. <https://doi.org/10.1007/s40614-019-00219-w>.

- Guedes, P. A. (2017). *Intervenção intensiva para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade*. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Recuperado de: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7655>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente*. Artmed Editora.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2016). ScienceDirect Acceptance and Commitment Therapy , Relational Frame Theory , and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilsom, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Theray: An Experiential Approach to Behavior Change*. In *The Guilford Press, New York*.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Ketilsdottir, A., Ingadottir, B., & Jaarsma, T. (2019). Self-reported health and quality of life outcomes of heart failure patients in the aftermath of a national economic crisis: a cross-sectional study. *ESC Heart Failure*, 6(1), 111–121. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12369>.
- Lawrence, V., Kimona, K., Howard, R. J., Serfaty, M. A., Wetherell, J. L., Livingston, G. L., Wilkinson, P., Walters, K., Jones, R., Wuthrich, V. M., & Gould, R. L. (2019). Optimising the acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for treatment-resistant generalised anxiety disorder in older adults. *Age and Ageing*, 48, 735-744.
- Lucena-Santos, P.; Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M. S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Maghsoudi, Z., Ravazi, Z., Ravazi, M., & Javadi, M. (2019). Efficacy Of Acceptance And Commitment Therapy For Emotional Distress In The Elderly With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 2137-2143.
- Marulanda, S. R., & Colorado, L. A. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (1), 29-46.
- Medeiros, A. G. A. P. & Hartmann Junior, J. A. S. (2019). Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), p. 112-119.
- Ministério da Saúde (2017). Taxa de suicídio é maior em idosos com mais de 70 anos. Agência Saúde. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29691-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>
- Nelson, K. M., Yang, J. P., Maliken, A. C., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2014). Introduction to Using Structured Evocative Activities in Functional Analytic Psychotherapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.009>.
- Organização Mundial da Saúde (2018). Folha informativa - Envelhecimento e saúde. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820
- Pereira, K. R. (2017). *Adaptação Transcultural e Validação da Escala de Depressão Geriátrica GDS-15*. (Dissertação de Mestrado, Programa de pós-graduação em atenção à saúde,

- Universidade Federal do Triângulo Mineiro). Recuperado de: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/480?mode=full>.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 57-56.
- Renn, B. N., & Areán, P. A. (2017). Psychosocial Treatment Options for Major Depressive Disorder in Older Adults. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(1). <https://doi.org/10.1007/s40501-017-0100-6>.
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults: Rationale and Case Study of a 89-Year-Old With Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Study*, 15(1), 53-67.
- Rodrigues, A. G. & Silva, A. A. (2012). Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. *Revista Interamericana de Psicologia*, 46 (3), p. 403-412.
- Soares, A. F., Gutierrez, D. M. D., & Resende, G. C. (2020). A satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em estudos com pessoas idosas. *GIGAPP Estudos Working Papers*, 7 (154), 275-291.
- Scheufler, L. (2014). *Habilidades sociais e sintomas depressivos em idosos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Recuperado de: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/850>.
- Silva, M. C. de A. e, & Silveira, J. M. da. (2017). Verificação dos Prováveis Efeitos da Metáfora em um Processo Terapêutico Analítico-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(1), 4–17. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i1.946>.
- Voguel, K. (2019). *Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito*. São Paulo: Conscientia.
- Wiggs, K. A., & Drake, C. E. (2016). Building psychological flexibility to mitigate adjustment disorder. *Clinical Case Studies*, 15(1), 18–34. <https://doi.org/10.1177/1534650115585387>.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychol Rec*, 60, 249-272.
- Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2014). *A pesquisa de processo em psicoterapia: o desenvolvimento do SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. Vol.1, 1 ed. São Paulo: Paradigma.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Descrição da intervenção

Tabela 9: Descrição das intervenções em cada condição do estudo.

CONDIÇÃO		INTERVENÇÃO
Avaliação Inicial		
Sessões	1	Entrevista Inicial – Avaliação de queixas e demandas, história de vida e outras possíveis variáveis. Aplicação dos instrumentos AAQ-II; VLQ; SiMCCIT. Aplicação da Tarefa de Casa de Avaliação de Valores como uma forma mais diretiva de abordar os valores e cada área da vida.
A		Intervenção em ACT com instrumento SiMCCIT
Sessões	1	A sessão 1 será iniciada com a retomada das áreas valoradas no VLQ e direcionada para as seguintes perguntas: “Vamos imaginar que eu tivesse um poder mágico, e poderia tirar, eliminar um sentimento ou mais, que você não gosta de sentir. 1) Que sentimento seria esse que você não gostaria de sentir? 2) O que você faz para não sentir? 3) Onde (momento, lugar, passo, presente, futuro) você está quando sente isso? 4) Quem você é quando sente isso? 5) O que você faz diante desse cenário todo? 6) O que seria da sua vida se não fosse isso que você está tratando? 7) E se o caminho para chegar aonde você quer precisar passar por esses sentimentos/situações? Será que não vale a pena abrir mão de tentar se livrar disso já que você tem tentado há tempos e não conseguiu?

		<p>Por seguinte, o foco será em refletir as perguntas e cuidar para que a sessão possa se encerrar de forma acolhedora e empática.</p> <p>O instrumento SiMCCIT será usado para verificar as categorias verbalizadas alvo do estudo.</p>
	2	<p>As intervenções nas sessões dois a quatro não serão pré-definidas. Ocorrerão de acordo com áreas valorosas e valores extraídos da atividade estruturada e VLQ da condição de Avaliação Inicial, assim como temas discutidos das perguntas na sessão um. Também serão abordados temas escolhidos pelo participante. O instrumento SiMCCIT será usado para verificar as categorias verbalizadas alvo do estudo.</p>
	3	
	4	
B		Intervenção em ACT com instrumento SiMCCIT e adição de atividades estruturadas
	1	<p>Sessão estruturada com o uso da metáfora “Comparecendo ao seu próprio funeral” para evocar valores. Após a atividade, deverá ser discutido sobre a atividade, valores percebidos, e como se percebe diante desses valores percebidos. Posteriormente, deverá ser explicado sobre o que é valores para o participante e encaminhar para discussões futuras a respeito.</p> <p>O terapeuta precisará atentar para assegurar que a sessão termine de forma acolhedora e empática.</p> <p>O instrumento SiMCCIT será usado para verificar as categorias verbalizadas alvo do estudo.</p>
Sessões	2	<p>As intervenções nessa condição (sessão dois a quatro) serão pré-definidas de acordo com as sessões da condição A e a sexta sessão, correspondente à primeira sessão da fase B (valores extraídos com o uso da metáfora), para então, estruturar o uso das cartas BTV.</p> <p>O planejamento de cada sessões nessa condição ocorrerá de acordo com a retomada de valores abordados a cada sessão que ocorrer para que o terapeuta possa identificar cartas do baralho BTV que possam ser coerentes com a formulação do caso e possa apresentar a carta por meio da câmera na videochamada. Não há limites de cartas a serem usadas por sessão ou ao todo dessa condição. Uma sessão poderá ser abordada uma carta como também, duas ou mais. Dependerá de cada sessão e caso.</p>
	3	
	4	

Nas sessões com apresentação de carta, deverão ser realizadas para cada carta exposta as perguntas baseadas nas sugestões a seguir?

- 1) O que você acha sobre essa carta? O que ela significa para você?
- 2) Você a percebe como na sua vida?
- 3) Dentro do que estamos conversando sobre valores, você considera ou não essa carta um possível valor para você?
- 4) Caso seja um valor, deverá perguntar o porquê para auxiliar na compreensão tanto do terapeuta como do participante se é um valor intrínseco ou extrínseco.
- 5) Como você percebe esse valor em sua vida?
- 6) Você percebe seu comportamento direcionado à ele? Pedir exemplos.
- 7) Quando você percebe seus comportamentos direcionados a um caminho valoroso, como você se sente? O que acontece?
- 8) Quais podem ser as barreiras enfrentadas para que você consiga percorrer por essa direção valorosa?
- 9) Quando existem essas barreiras, e você encontra dificuldades em passar por elas e percorrer por um caminho valoroso, como você se sente? O que acontece?
- 10) Quais seriam as escolhas, os comportamentos que você pode ter diante dessas escolhas para continuar a percorrer por esse caminho valoroso?

O instrumento SiMCCIT será usado para verificar as categorias verbalizadas alvo do estudo.

APÊNDICE B

Entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS		
NOME:		
NASCIMENTO:	IDADE:	GÊNERO:
ESTADO CIVIL:		
ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:	
CIDADE/ESTADO:		
QUEM MORA NA CASA:		
FAZ TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO? SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO? DIAGNÓSTICO MÉDICO: FAZ USO DE QUAL MEDICAÇÃO E HÁ QUANTO TEMPO? ALGUÉM PRÓXIMO FALECEU RECENTEMENTE? QUEM?		
CONTATO DE EMERGÊNCIA:		

TRATAMENTOS
QUEIXA CLÍNICA:
HISTÓRICO DE TRATAMENTOS:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PESQUISA –
<input type="checkbox"/> 1) apresentem queixa de desânimo
<input type="checkbox"/> 2) queixa da percepção da diminuição da frequência de alguns comportamentos
<input type="checkbox"/> 3) diminuição de prazer em atividades relatadas como prazerosas antes de um período de um ano
<input type="checkbox"/> 4) indicação clínica para psicoterapia
<input type="checkbox"/> 5) Inativo profissionalmente
<input type="checkbox"/> 6) aceitaria participar de um processo psicoterapêutico on-line
<input type="checkbox"/> 7) não possui dificuldade auditiva
<input type="checkbox"/> 8) sabe manusear a internet ou tem alguém para auxiliar
<input type="checkbox"/> 9) escore GDS inferior ou igual a 11
<input type="checkbox"/> 10) não possui deficiência cognitiva
<input type="checkbox"/> 11) não possui transtorno mental diagnosticado

() 12) não possui doença senil que impeça a compreensão do processo de pesquisa

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cliente)

Nós, Jocelaine Martins da Silveira, departamento do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Ana Claudia Rodrigues Ferreira, aluna de pós-graduação mestrado em psicologia – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Senhor/ a Senhora, idoso acima de 65 anos, a participar de um estudo intitulado “AVALIAÇÃO DA ADIÇÃO DE BARALHO SOBRE VALORES NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COM IDOSOS”, o qual será responsável em avaliar a adição do baralho “Trabalhando Valores” em sessões com a Terapia de Aceitação e Compromisso em termos com a correspondência dos comportamentos relatados na vida diária com os valores indicados por quatro pacientes idosos. A pesquisa é importante diante do cenário de uma longa crise econômica com consequência direta na saúde da população brasileira. Assim, em meio a reformas previdenciárias, há dúvidas quanto ao futuro da população em relação à aposentadoria e benefícios, uma vez que o aumento da expectativa de vida da população tem crescido com o avanço em tecnologias e medicina.

Dessa forma, dados da Organização Mundial da Saúde (2019) sugerem que a população idosa será cada vez maior, podendo chegar a 2 bilhões de pessoas acima de 60 anos. Esse aumento da população idosa também é acompanhado de preocupações de existência de políticas públicas e de profissionais qualificados para o atendimento das necessidades que essa fase do desenvolvimento precisa, uma vez que, de acordo com o IBGE (2019) a depressão nos idosos corresponde à 11,1% entre os 11,2 milhões de brasileiros acometidos pela doença e o Ministério da Saúde (2017) também indicou um índice de 8,9 suicídios a cada 100 mil habitantes.

No entanto, o momento atual de pandemia e as tensões à sociedade, principalmente à população idosa como aquela mais afetada devido ao risco de vida ser muito maior quando comparada as outras faixas etárias, exige um maior distanciamento social para se manter à salvo, mas, com a consequência do estreitamento de interações sociais e aumento de momentos difíceis, como: depender de outros para atividades cotidianas que exijam contato com pessoas, reduzindo assim a autonomia dos idosos; interações familiares mais intensificadas; possíveis sentimentos de medo; possíveis sentimento de solidão; preocupações externas; maior risco para a saúde mental. Contudo, devido a poucas pesquisas e materiais produzidos no Brasil para essa fase do desenvolvimento humano quando comparada com as demais fases, e com outros países, há uma

relevância científica em pesquisar o tema a fim de contribuir com maior conhecimento e benefícios das pessoas da faixa etária do estudo em relação à saúde mental, proporcionando maiores ferramentas para produção de outras pesquisas e de materiais direcionados aos idosos. Além do mais, o cenário de uma pandemia com idosos como os principais afetados também exige maior conhecimento e preparo de profissionais e da população para um maior entendimento e ações em prol da qualidade de vida e de uma velhice que valha a pena ser vivida, mesmo durante e após um período de distanciamento social.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a adição do baralho “Trabalhando Valores” em sessões com a Terapia de Aceitação e Compromisso em termos com a correspondência dos comportamentos relatados na vida diária com os valores indicados por quatro pacientes idosos.
- b) Caso o Senhor/a Senhora concorde em participar da pesquisa, será necessário preencher os questionários que irão mensurar os resultados da pesquisa: Escala de Depressão em Geriatria (GDS); Versão do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) validada ao Brasil; Versão do Questionário de Valores de Vida (VLQ) adaptada ao Brasil. O Senhor/ a Senhora também deverá participar de sessões psicoterapias on-line semanais no período de 50 min cada. Para isso, não poderão ter: dificuldade auditiva; não saber manusear internet ou não ter quem ajude com o acesso; não alfabetização ou falta de alguém que ajude a preencher os questionários; não estar em exercício profissional; não possuir doenças cognitivas ou senis que dificultem a compreensão do processo; não residir em lares institucionais. Para tanto você não precisará se deslocar para a participação diante das restrições da Covid-19, mas precisará acessar o ambiente virtual síncrono por meio do link que será encaminhado para as sessões de psicoterapia, o que levará a o que levará aproximadamente 50 minutos em cada etapa do processo, correspondente a 14 encontros.
- c) É possível que o senhor/a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado a pensamentos e sentimentos que poderão aparecer com o processo psicoterápico, bem como algum constrangimento de algum assunto abordado no dia.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento e aumento de pensamentos e sentimentos relacionados aos temas abordados nas sessões de psicoterapia.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____ Orientando: _____

- e) Neste estudo será utilizado um grupo controle comparador apenas com a Terapia de Aceitação e Compromisso e outro com a adição do baralho “Trabalhando Valores” na Terapia de Aceitação e Compromisso. Isto significa que o senhor/a senhora poderá receber o tratamento com a psicoterapia Terapia de Aceitação e Compromisso com ou sem a adição do baralho. Se o senhor/a senhora receber o acompanhamento psicoterapêutico sem o uso do baralho, os riscos podem ser uma clareza inferior a respeito dos valores na vida.
- f) O senhor/a senhora terá a garantia de que problemas como constrangimento ou aumento de pensamentos e sentimentos difíceis decorrentes do estudo serão tratados no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa o senhor/a senhora tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.
- g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são maior compreensão sobre os valores de vida e maiores comportamentos comprometidos na direção desses valores. Por consequência, um maior bem-estar consigo e com a vida. As pesquisadoras Jocelaine Martins da Silveira e Ana Claudia Rodrigues Ferreira responsáveis por este estudo poderão ser localizadas na Universidade Federal do Paraná, setor Santos Andrade, localizado na Praça Santos Andrade, 50 – 2º andar – sala 215 – Centro – Curitiba/PR, ou nos e-mails josilveira@gmail.com e anaacrferreira@gmail.com. O contato institucional durante a pandemia será pelo e-mail pgpsicologia@ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor/a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o senhor/a senhora também pode me contatar neste número, em qualquer horário: (41) 98889-7921.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor/a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu acompanhamento psicoterápico está garantido e não será interrompido caso o senhor/a senhora desista de participar.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: Orientando:

- i) O material obtido – questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado digitalmente, sem nenhuma cópia física, ao término do estudo, dentro de 5 anos.
- j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, transcritores e categorizadores) sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.
- k) O senhor/a senhora terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome.
- l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como materiais para as consultas psicológicas, não são de sua responsabilidade e o senhor/a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012). Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se o senhor/a senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o senhor/a senhora pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h.às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: Orientando:

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu acompanhamento psicoterapêutico. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa: participar com outras pessoas assistindo/ouvindo as sessões de psicoterapia e gravar as sessões de psicoterapia. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item N.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2021.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO

Você está sendo convidado (a) a colaborar em uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a adição do baralho “Trabalhando Valores” (BTV) (Vogel, 2019) em sessões com a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em termos da correspondência dos comportamentos relatados na vida diária com os valores indicados por quatro pacientes idosos. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Ana Claudia Rodrigues Ferreira, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (41) 98889-7921, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h ou pelo e-mail anaacrferreira@gmail.com para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A orientadora desta pesquisa pode ser contatada pelo telefone (41) 99875-9089 ou pelo e-mail josilveira2016@gmail.com de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. Você ainda pode nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2º andar, Curitiba – PR.

Sua participação consiste na transcrição () OU categorização () OU terapeuta de aproximadamente 16 sessões de psicoterapia () de dois idosos, sendo de extrema importância para a realização deste estudo, devendo ser cumprida até o fim da fase responsável que deverá durar aproximadamente três meses e meio. É importante que durante a pesquisa você mantenha atitudes éticas em relação à díade terapêutica cujas sessões estejam sendo transcritas, ou categorizadas, ou conduzidas como o terapeuta. Sua participação na pesquisa implica em manter em segurança e sigilo os dados transcritos, ou categorizados, ou dos assuntos abordados na intervenção, devendo ser repassados à pesquisadora sem que você mantenha cópias deles.

Não haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto, você será beneficiado (a) com horas de pesquisa. É importante destacar que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco sendo que sua identidade será preservada. Asseguramos que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG nº _____
declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidado (a) a ser colaborador (a). Concordo em colaborar voluntariamente com esta pesquisa e me comprometo a ser o terapeuta (), OU a transcrever () OU categorizar () os dados coletados até o fim desta pesquisa, bem como em manter postura ética em relação aos participantes da pesquisa e aos dados coletados.

Curitiba, _____ de _____ de 2021.

Assinatura

Ana Claudia Rodrigues Ferreira
Pesquisadora responsável

APÊNDICE E

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE IMAGEM e SOM DE VOZ PARA
PESQUISA**

Título do Projeto: "Avaliação da adição de baralho sobre valores na terapia de aceitação e compromisso com idosos"

A pesquisadora Jocelaine Martins da Silveir pelo projeto "AVALIAÇÃO DA ADIÇÃO DE BARALHO SOBRE VALORES NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COM IDOSOS", solicita a utilização de imagem e som de voz do idoso participante para este estudo, com garantia de proteção de identidade.

Tenho ciência que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção de imagem do participante.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o(a) participante da pesquisa.

Curitiba, ____ de _____ de 2021

Ana Claudia Rodrigues Ferreira
Pesquisador responsável

Autorizo o uso de minha imagem e som de voz exclusivamente para esta pesquisa.

Participante da pesquisa

APÊNDICE F

TREINO DO TERAPEUTA

Tabela 10: Descrição de cada etapa do treino do terapeuta de pesquisa.

	FASE	HORAS	DESCRIÇÃO
1	Grupo de Estudos Treino em Habilidades Terapêuticas	12h	Treino de habilidades terapêuticas com base no SiMCCIT com prática de <i>role-play</i> .
2	Treino em ACT focada em valores		Treino do terapeuta colaborador com base no livro "Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente". Nessa fase do treino, houve uma divisão de etapas, que ocorreu da seguinte maneira:
		3h	Introdução breve à RFT
		6h (4h30 teoria e 1h30 prática)	Apresentação dos pontos do hexaflex com ênfase em esquiiva experiencia, fusão e Self como Conceito. Foi usado de exemplos clínicos da pesquisadora para elucidar os temas revistos. <i>Role-play</i> com o terapeuta colaborador para fixar o modelo de intervenção. Pesquisadora atua como terapeuta, e terapeuta colaborador como cliente.
		11h (5h teoria e 6h prática)	Treino focado em valores e ações como compromisso. Como identificar, como evocar e como intervir em ações valoradas.

			<p>Apresentação de atividades estruturadas que podem ser usadas em intervenções.</p> <p><i>Role-play</i> com o terapeuta colaborador para fixar o modelo das atividades estruturadas apresentadas. Pesquisadora atua como terapeuta, e terapeuta colaborador como cliente.</p>
3	Treino do uso das cartas BTV	3h	<p>Treino prático do uso das cartas do material BTV a partir do manual.</p> <p><i>Real-play</i> com a pesquisadora e o terapeuta colaborador para fixar o treino (terapeuta colaborador atuou como terapeuta, e pesquisadora como cliente).</p>
4	Treino delineamento intervenções em ACT + cartas BTV	4h	<p>Treino prático com <i>role-play</i> de um caso clínico de como aplicar a condição BC. Em seguida, treino com <i>real-play</i> da mesma condição que incluía metáfora e uso das cartas BTV. Tanto <i>role-play</i> como <i>real-play</i>, o terapeuta colaborador atuou como terapeuta e a pesquisadora, a cliente.</p>

APÊNDICE G

TREINO DE CATEGORIZADORES

Tabela 11: Descrição de cada etapa do treino dos categorizadores

DATA e HORA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
22/02/22 09h às 11h	<i>EIXO I-1</i> SRF; INT, EMP; INF; REC	<p>Apresentação do trabalho a ser realizado como categorizadores, aspectos éticos, prazos e demonstração de acesso ao drive com o armazenamento das sessões transcritas.</p> <p>Explicação e exemplificação da teoria das categorias usando como base trechos de sessão conforme manual do SiMCCIT.</p> <p>Aplicação de categorias como exercício prático em frases retiradas de sessões hipotéticas.</p> <p>Foram realizados exercícios no formato síncrono para que houvesse uma discussão, caso necessário, e avaliar a concordância.</p>
22/02/22 13h às 15h	<i>EIXO I-3</i> CER; MET; MEL;	<p>Explicação e exemplificação da teoria das categorias usando como base trechos de sessão conforme manual do SiMCCIT.</p> <p>Aplicação de categorias como exercício prático em frases retiradas de sessões hipotéticas.</p> <p>Foram realizados exercícios no formato síncrono para que houvesse uma discussão, caso necessário, e avaliar a concordância.</p>
	<i>Revisão conceitos da ACT sobre Valores + Apresentação manual e cartas baralho BTV</i>	<p>Revisão teórica do conceito de Valores na perspectiva da ACT acompanhada da apresentação do manual e das cartas do baralho BTV. Foi apresentado qual maneira indicada pelo manual usou-se nas intervenções e apresentado trechos de sessões que continham as palavras que poderiam indicar as mesmas sugeridas pelas cartas do baralho.</p>

<i>Subcategorias</i> desenvolvidas	do	Explicação e exemplificação da teoria das subcategorias desenvolvidas para o estudo. Foi usado como base trechos de sessão hipotética.
<i>Eixo I.1</i> - SRENC; SRFV; INTV.		Aplicação de exercício prático em frases retiradas de sessões hipotéticas para aplicação de subcategorias.
<i>Subcategorias</i> desenvolvidas	do	Discussão das categorias e do treino prático.
<i>Eixo I.3</i> - RELEP; RELV;		Foram realizados exercícios no formato síncrono para que houvesse uma discussão, caso necessário, e avaliar a concordância.

APÊNDICE H

Manual de Treinamento como Material de Apoio**(Descrições de categorias retiradas do SiMCCIT – Zamignani e Meyer, 2014)**

Tabela 12: Material com o nome das categorias e siglas correspondentes do instrumento SiMCCIT e das subcategorias a partir do mesmo instrumento. As siglas referem-se tanto ao comportamento verbal vocal do terapeuta, quanto ao comportamento verbal vocal do cliente.

EIXO I.1 - Categorização do comportamento verbal vocal do TERAPEUTA

Categoria	Sigla
Terapeuta Solicita Relato de Encobertos	SRENC
Terapeuta Demonstra Empatia	EMP
Terapeuta Fornece Informações	INF
Terapeuta Solicita Reflexão	SRF
Terapeuta Solicita Reflexão de Valores	SRFV
Terapeuta Recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas	REC
Terapeuta Interpreta	INT
Terapeuta Interpreta Valores	INTV

EIXO I-3: Categorização do comportamento vocal do CLIENTE

Cliente Relata Eventos Privados	RELEP
Cliente Relata Valores	RELV
Relata Melhora/Progresso Terapêutico	MEL
Cliente Formula Metas	MET
Cliente Estabelece Relações	CER

Nomes das cartas de Valores

Tabela 13: Material com os nomes das cartas do baralho "Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito.

Aceitação	Amizade	Amor
Assertividade	Atenção Plena	Autenticidade
Autocompaixão	Autoconsciência	Autocontrole
Autocuidado	Autodesenvolvimento	Aventura
Beleza	Compaixão	Conexão
Conformidade	Consistência	Contribuir
Coragem	Criatividade	Curiosidade
Dedicação	Desafio	Diversão
Empatia	Encorajamento	Espiritualidade
Ética	Excitamento	Flexibilidade
Generosidade	Gratidão	Honestidade
Humildade	Igualdade	Independência
Influência	Intimidade	Justiça
Lealdade	Liberdade	Ordem
Paciência	Perdão	Prazer
Proteção	Reciprocidade	Respeito

Responsabilidade
Sensualidade

Romantismo
Sexualidade

Segurança

EIXO I-1: Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta

❖ **TERAPEUTA SOLICITA RELATO de ENCOBERTOS (Solicitação de Relato de Encoberto - SRENC)**

- Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata.

Exemplos:

T: Como você se sentiu quando ele te falou isso? [SRENC]

T: Em que momentos você tem se sentido assim? [SRENC]

T: O que você teve vontade de fazer nessa hora? [SRENC]

❖ **TERAPEUTA DEMONSTRA EMPATIA (EMP)**

- Nomeação e inferência de sentimentos: Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente.

Exemplos:

T: Imagino o quanto isso te deixa ansioso. [EMP]

T: Entendo que você fique muito irritado com isso. [EMP]

T: Essa tem sido uma parte crucial da sua vida, né... [EMP]

- Normalizações e validação de sentimentos: Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado).

Exemplo:

T: Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranquilo, não é mesmo?

Acho natural que você tenha se sentido ansioso. [EMP]

- Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

C: Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente...

T: sério? [EMP]

C: Na quarta feira ele me ligou e não me encontrou... um monte de vezes... o Luciano quando atende fala “minha mãe, como sempre, batendo perna!” (risos)

T: Olha só! O Luciano já estabeleceu um contato bom com ele! [EMP]

- Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação.

Exemplo:

T: Como é que você está? Na semana passada você estava super-resfriada [EMP]

❖ **TERAPEUTA FORNECE INFORMAÇÕES (Informação – INF)**

- Informações factuais: Dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão.

Exemplos:

C: Eu penso em fazer uma especialização em biologia.

T: Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório. [INF]

C: Minha prima está tratando da depressão com o psiquiatra X. Você conhece?

T: Não. Não conheço um médico com esse nome. [INF]

C: Você já atendeu casos como esse?

T: Sim, muitos. [INF]

- Explicações de eventos: Descrição de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

T: Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. Por exemplo, quando a gente entra em contato com alguma coisa da qual a gente tem muito medo, isso pode provocar um ataque de pânico. [INF] (*) A explicação dada pelo terapeuta não se refere a um comportamento em particular ou a algum padrão comportamental do cliente identificado, e sim a informações sobre fatos advindos da literatura da área.

- Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos: Informações sobre padrões recorrentes de contiguidade temporal entre eventos (relações do tipo “o evento X ocorre quando Y ocorre...”) ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

T: Pessoas que têm problemas com álcool, geralmente têm uma má qualidade de sono. [INF]

T: É muito comum que a gente tenha um pouco de dor de cabeça ou enjôo logo que começa a tomar o antidepressivo. Mas depois de uns quinze dias tudo volta ao normal. [INF]

- Explicações teóricas e experimentais sobre eventos: Descrição de proposições teóricas ou achados experimentais, relativos ao assunto em discussão.

Exemplos:

T: Não há a necessidade biológica de se dormir por oito horas. A quantidade de sono necessária para cada pessoa é também aprendida. [INF]

T: O desempenho em testes tende a ser melhor depois de uma noite bem dormida. [INF]

- Informações sobre o contrato terapêutico: Descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acertos de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre).

Exemplos:

T: Nós nos encontraremos duas vezes por semana. [INF]

T: Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa e vamos terminar com um exercício de relaxamento. [INF] T: O valor da sessão é \$\$\$. [INF]

T: Não tem nada sistematizado, do tipo “eu vou ter que ir por aqui, depois por aqui, depois ali, tá?” Então, fica à vontade. A gente vai indo. [INF]

- Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico: Descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão.

Exemplos:

T: Durante a exposição nós vamos trazer para a sessão algo que você teme e você deverá permanecer em contato com ele sem fazer o ritual. [INF]

T: O exercício de relaxamento que eu vou te ensinar agora serve para você controlar a sua ansiedade nas situações mais difíceis... você deve respirar em quatro tempos, contando até quatro bem devagar em cada um deles... inspira em quatro... segura quatro... solta em quatro... e segura quatro... mas precisa ser treinado com frequência para que você possa ter um melhor domínio sobre sua ansiedade. Se você deixar pra treinar na hora da crise de ansiedade não vai funcionar. [INF]

- Justificativas de intervenções: Terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

Exemplo:

T: Eu não gosto desse tipo de procedimento, mas é o único que vai te ajudar nesse momento. [INF].

❖ **TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO (Solicitação de Reflexão – SRF)**

- Solicitação de análise: Terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre eventos – imediatamente na sessão ou após seu término.

Exemplos:

T: Gostaria que você pensasse nessa semana sobre o que conversamos hoje... sobre os benefícios que você obtém quando se queixa dessa maneira com sua família [SRF].

T: E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu? [SRF]

T: Você está me dizendo que todos os seus namorados agem com você de forma muito semelhante ao seu pai. Você acha que isso é apenas uma coincidência? [SRF]

- Solicitação de avaliação: Terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

T: O que você achou da reação dele? [SRF]

T: Você acha correta a forma com que ele agiu? [SRF]

- Solicitação de previsão: Terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros.

Exemplos:

T: Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele? [SRF]

T: E agora, o que você acha que vai acontecer? [SRF]

- Solicitação de observação: Terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

Exemplos:

T: Eu gostaria que você registrasse as situações que te provocam ansiedade, para que possamos discutir na semana que vem. [SRF]

T: Vamos fazer uma coisa... eu quero que você anote em um caderninho o que você comeu em cada refeição, a que horas você comeu, e se aconteceu algo relevante naquele dia ou logo antes de você comer. [SRF]

T: Então... Eu quero que você anote pra mim as situações dentro da sua casa, nas quais você faz o ritual. Então, escreve assim “quando eu entro no quarto... eu penso em tal coisa e preciso fazer tal coisa...”. Então você pode até anotar só as situações que te deixam ansiosa, tipo, no quarto, a torneirinha do gás que está lá fora... algumas das coisas fixas da sua casa, que ao ver, ou simplesmente saber que estão lá, você inicia o ritual. [SRF]

❖ **TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO DE VALORES (SRFV)**

Nessa categoria, se aplica perguntas direcionadas aos valores que podem aparecer com uma reflexão sobre:

- O que percebe como valoroso;
- Como gostaria de viver uma vida com significado;
- Avaliação do comportamento diante da vida que tem vivido e que gostaria de viver;
- Previsão para futuro relacionada a uma vida que gostaria de viver;
- Refletir quais barreiras para comportamentos direcionados aos valores;
- Refletir quais comportamentos poderia ter para seguir em uma vida valorosa;

Exemplos:

T: Aí hoje pensei em falar sobre isso. O que é importante pra gente? O que.. De que jeito você quer viver, que tipo de vida você quer construir? Tem tudo a ver com a coisa que você disse aquele dia que você quer viver bem os próximos anos... [SRFV]

T: Neste exercício a gente vai olhar lá do final da vida. Olhar lá do fim pra cá. Pra onde a gente tá agora. E a partir disso, a partir desse outro ângulo de olhar à vida, a gente pensar em como você quer viver. Como é viver bem pra você? Que tipo de vida você quer viver? Depois que a gente morre, não sobra muito sabe, C. O que sobra são as lembranças, aquilo que agente representou no mundo... [SRFV]

❖ **TERAPEUTA RECOMENDA OU SOLICITA A EXECUÇÃO DE AÇÕES, TAREFAS OU TÉCNICAS (Recomendação – REC) – ADVICES*****

- Conselhos: Terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão.

Exemplos:

T: Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações. [REC]

T: Faça a prova amanhã, antes que você esqueça a matéria. [REC]

T: Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas. [REC]

T: Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas. [REC]

T: Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle. [REC]

T: Quando você for enfrentar a situação, lembre-se de todas as vezes que você teve sucesso. [REC]

T: Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando. [REC]

- Modelo: Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar.

Exemplos:

T: Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar. [REC]

T: Tente repetir a seqüência do jogo assim como eu fiz. [REC]

T: Eu vou falar como eu acredito que você deveria conversar com o seu chefe. [REC]

T: Observe agora como eu estou fazendo, para depois você fazer o mesmo. [REC]

- Incentivo: Terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento.

Exemplos:

T: Tenho certeza que você é capaz de fazer isso. [REC]

T: Faça dessa forma e muito em breve você estará livre disso. [REC]

- Estruturação de atividade: Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extra consultório.

Exemplos:

T: Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente. [REC]

T: Agora vamos fazer um exercício de exposição: experimente pegar na maçaneta dessa porta e ficar por quinze minutos sem lavar as mãos. [REC]

T: Esse assunto é bastante importante. Vamos voltar a falar sobre ele na próxima sessão. [REC]

- Permissão, proibição ou solicitação de parada: Ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.

Exemplos:

C: Eu posso anotar tudo à noite, antes de dormir ou tenho que fazer na hora em que acontece?

T: Faça como você achar melhor. O importante é que você registre o máximo de situações que ocorrerem ao longo do dia. [REC]

T: Por favor, preste atenção enquanto eu estou falando. [REC]

T: Eu gostaria que você não colocasse os pés no sofá. [REC]

T: Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala. [REC]

❖ **TERAPEUTA INTERPRETA (Interpreta – INT)**

- Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: Relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

T: Porque quando você faz isso, você fica mais em contato com você. Porque se você começa a negar... ... Você começa a perder contato com aquilo que você sente. Assim: “como é que as coisas que acontecem no mundo me afetam?” Entendeu? [INT]

C: ...não estou conseguindo... tudo aquilo que eu me propus a fazer eu fico enrolando... acho que eu to muito desmotivado...

T: Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. Muito do que a gente faz, pra que a gente se mantenha fazendo depende da consequência daquilo que a gente faz. Quando a gente faz uma coisa que tem uma consequência boa imediata, legal, a tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende não fazer mais. [INT]

T: Você se cobra em melhorar o desempenho sexual com seu marido, mas da maneira como você descreve a relação sexual, ela não é satisfatória para você. Portanto, não existe nada que te motive a continuar procurando. [INT]

- Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações: Terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contiguidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente;

Exemplos:

T: A impressão que eu tenho é que sempre que ele te faz um elogio, ele é seguido por uma crítica, do tipo... “você foi ótimo na apresentação, mas...”[INT]

T: Você já notou que, sempre que há alguma situação muito difícil pela frente, você fica doente? [INT]

T: Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando... [INT]

T: Você se dá conta de que suas obsessões sempre são relacionadas a situações nas quais você age por impulso com outras pessoas e depois se arrepende? Aí você fica ruminando sobre o que poderia ter sido diferente... [INT]

- Diagnóstico: Apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Exemplos:

C: Você acha que eu estou deprimido?

T: Você parece mais ansioso que deprimido [INT]

T: Isso que você acabou de descrever é conhecido pela psiquiatria como Transtorno Obsessivo Compulsivo. (após a descrição do cliente de sua queixa) [INT]

- Devolutiva de avaliação padronizada: Apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica.

Exemplo:

T: O teste indica que você tem maior interesse por profissões relacionadas ao cuidado e atendimento de pessoas. [INT]

- Estabelecimento de sínteses: Verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente.

Exemplo:

T: Então, você está dependente de álcool... já deve estar começando a beber de manhã, eu suponho. [INT]

- Metáforas ou analogias explicativas: Descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas.

Exemplos:

T: Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu me lembrei daquelas mulheres que na hora de transar dizem "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça". [INT]

C: De fato, ele é muito baixinho... eu acho que não ia dar certo mesmo...

T: É... as uvas estão verdes... [INT]

- Inferências: Suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente. (esse critério diferencia essa subcategoria de interpretação da categoria EMPATIA).

Exemplo:

T: Imagino que ele tenha sido extremamente gentil nas primeiras semanas e depois... [INT]

- Previsões: suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

T: Acredito que a próxima coisa que ele vai fazer é te convidar para sair... [INT]

- Normalizações: Terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado. OBS: cuidado que pode aparecer junto com a EMPATIA (EMP).

Exemplo:

T: Isso é normal... adolescentes tendem a agir dessa forma. Daqui a pouco ele vai voltar a se aproximar... [INT]

- Descrição de processo: Terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo.

Exemplo:

C: Por que às vezes as coisas empacam entendeu?

T: É eu sei, e não é de hoje, né? Não é de hoje a coisa vem e vai piorando, piorando, não sei, acho até que hoje você convive melhor. [INT]

❖ **TERAPEUTA INTERPRETA VALORES (INTV)**

Nessa categoria estão interpretações de qualidades de ações na vida que incluam as áreas valorosas: Relações familiares (que não sejam casamento ou parentalidade); Casamento/relações íntimas; Parentalidade; Amizades/relações sociais; Carreira/emprego; Educação/desenvolvimento pessoal; Lazer; Espiritualidade; Vida em comunidade (caridade, projetos sociais); Autocuidado/saúde física.

T: Eu percebo que tem muita coisa muito importante pra você, muita coisa que você valoriza, relacionada às amizades, como por exemplo a confiança né [INTV].

T: Então muito dos motivos do Euclides escolheu falar na cerimônia tem a ver com os momentos que vocês passaram juntos nos momentos em que você e ele se ajudaram. Teve momentos de você fazer coisas, mas teve momento dele ajudar você também [INTV].

EIXO I-3: Categorização do comportamento vocal do cliente

❖ **CLIENTE RELATA EVENTOS PRIVADOS (RELEP)**

C: Olha, quando me aparece essas lembranças que eu começo realmente a refletir coisas que eu não fiz, é... coisas que eu podia ter levado em frente, então às vezes eu me revolto, às vezes não, sempre, eu me revolto comigo mesmo “poxa eu poderia ter sido, né, ter agido de uma outra forma”, mas na maioria dos casos eu culpo também outras pessoas e é bastante difícil, bastante difícil, então que que eu faço, nesse momento é... que me bate assim aquela tristeza assim, vem aquelas lembrança, “eu poderia ser hoje uma outra pessoa” então eu mais rápido possível eu sempre costumo colocar uma música, pra mim ouvir, no começo essas música vai, vai indo assim, parece que eu não, parece que não não não tá penetrando dentro de mim nada, depois parece vai me acalmando, e aí vai, vai melhorando, vai melhorando, e aquele sentimento passa, porque aí eu digo pra mim mesma assim “C, você foi forte, a vida toda, agora você tem que continuar sendo essa pessoa, você escolheu, foi você que fez, pare tanto de culpa os outro, ce quis assim”

❖ **CLIENTE RELATA VALORES (RELV)**

- Essa categoria pode incluir relatos das qualidades das ações que valoriza, das qualidades das ações que faz sem esperar algo em troca/julgamento, das qualidades de ações que percebe nas áreas, e das qualidades das ações que sente falta/percebe um afastamento e de ações que valoriza que fez.

- Também pode se relacionar com a categoria **CER**.

Exemplos:

T: Eu percebo que tem muita coisa muito importante pra você, muita coisa que você valoriza, relacionada às amizades, como por exemplo a confiança né.

C: A confiança, confiança. **A confiança e a gratidão**, como eu tenho uma enorme gratidão por esse psicólogo que me atendeu e agora com certeza quando eu conversei com você eu já senti essa, essa confiança assim sabe, de família, de auto ajuda mesmo assim, é, se precisar, se precisar corrigir olha, eu estou aberta pra isso, é isso que eu quero, “olha C tem que fazer assim um pouquinho diferente”, mas não tudo ser crítica “mas ah por que você fez assim” entendeu olha “olha não foi o correto, você não agiu corretamente, não tava certo”, mas como você me diz naquele momento foi o que você achou que tava certo e fez né (risadas).

C: Mas eles vão pensar desse jeito. Tenho certeza que eles vão lembrar de tudo isso. Não é que eu quero que ele diga. Eu sinto isso daí. Eles vão lembrar.

C: Tem. Têm sim, têm à ver comigo. Naquele naquele primeiro questionário né? Que eu falei pra você que eu queria assim uma pessoa, um companheiro que soubesse valorizar, soubesse realmente enxergar os meus defeitos, mas me ajudar a crescer mais.. Seria isso pequenas coisas estar junto e realmente é valorizar como os meus filho diz a mãe a mãe é uma batalhadora. A mãe realmente é.. e não desiste e não desiste também.

C: É **continuar ajudando** e fazendo o bem pra que então as pessoas é... **quando eu me for... deixar boa lembrança** pra eles lembrar.

C: É exato é.. eu penso assim também dessa mesma forma que **contribuir não é esperando assim às vezes uma um pagamento, uma recompensa. É porque realmente a gente gosta de fazer, sente essa necessidade.** Eu sempre fiz e **vou continuar fazendo.** E depois da nossa conversa é... da semana passada então é mais ainda eu quero viver é bem contribuir mesmo e viver bem hoje, não sei amanhã, se eu estiver aqui amanhã quero fazer o que eu puder fazer pelo próximo e porque eu gosto de ser assim.

❖ **CLIENTE RELATA MELHORA OU PROGRESSO TERAPÊUTICO (MEL)**

- Relatos de ganhos terapêuticos: Cliente relata ganhos em metas importantes ou positivas, ou diminuição de problemas com relação a queixas médicas ou à suas queixas terapêuticas.

Exemplos:

C: Eu fiquei muito orgulhoso quando eu vi que eu dei conta de fazer aquilo. [MEL]

C: Estou me sentindo muito bem. Depois da internação assim: todos os meus problemas acabaram, sabe - fisicamente falando. [MEL]

- Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros: Cliente relata melhoras com relação ao comportamento de terceiros que têm relação com a queixa apresentada pelo cliente.

Exemplo:

C: As coisas estão bem mais tranquilas... O P. está mais atencioso... ele está entendendo que eu preciso de alguns momentos nos quais eu preciso cuidar das minhas coisas, ficar um pouco comigo mesma... [MEL]

- Relatos de autocontrole: Relato de medidas de autocontrole ou medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações.

Exemplos:

C: então eu comecei a caminhar toda noite, antes de ir dormir. [MEL]

C: Você vê que eu estou bem mais controlada. [MEL]

C: Ao contrário do que eu vinha fazendo, ontem eu imaginei cenas calmas, e isso me ajudou a relaxar e pegar no sono mais rapidamente. [MEL]

C: É como eu te disse, na semana passada. Eu tô começando a fazer isso, sabe. Eu tô me impondo mais pra sair, pra conhecer gente, entendeu? Tô conhecendo mais gente. [MEL]

- ***Relatos de autoconsciência: Cliente relata que descobriu, tomou consciência ou passou a aceitar ou compreender eventos dos quais ele até então não havia se dado conta ou não havia compreendido, sugerindo explicitamente um ganho do ponto de vista terapêutico (com verbalizações do tipo “agora eu entendo”, ou “agora faz sentido”, “é isso!”, “é claro!” etc.). Esse tipo de verbalização é conhecido na literatura clínica sob o insight.

Exemplo:

C: Depois da sessão passada eu fiquei pensando em tudo o que a gente conversou e vi que, de fato, o casamento acabou há muito tempo... acho que eu estou com medo de assumir isso e correr todo o risco. [MEL]

❖ **CLIENTE FORMULA METAS (MET):**

- Planejamento de estratégia: Cliente contribui com planos para mudar sua estratégia de ação por conta própria.

Exemplo:

C: Eu acho que um primeiro passo deve ser eu ir com uma amiga a um restaurante. [MET]

- Proposta de ações futuras: Cliente propõe ações futuras (solicitadas ou não pelo terapeuta) para a solução de problemas específicos.

Exemplos:

T: E o que você pretende fazer a respeito disso? [SRE]

C: Vou ligar para ela e conversar sobre o que aconteceu. [MET]

C: Tomei uma decisão... eu vou pedir a dissolução da sociedade com meus irmãos [MET]

❖ CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES ENTRE EVENTOS (CER):

- Estabelecimento de relações explicativas: Cliente **fornece razões** para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então".

Exemplos:

C: Eu acho que eu trabalho tanto porque assim eu evito discussões em casa. [CER]

C: É um bloqueio, estou lutando contra isso. [CER]

- Identificação de regularidades, relações de contigüidade ou de correlação entre eventos: Cliente descreve sua **observação sobre padrões recorrentes** de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal.

Exemplos:

C: É engraçado... todas as vezes que eu quero as coisas de verdade, elas acabam não dando certo. [CER]

C: É sempre assim... todas as vezes que ele chega em casa tarde, ele arruma algum motivo pra brigar, e aí eu não consigo dizer pra ele o quanto me deixa nervosa a hora que ele chega... [CER]

- Atribuição de diagnóstico: Cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas de terceiros, dele mesmo ou do terapeuta.

Exemplos:

C: Eu acho que estou deprimindo... [CER]

C: Essa história de ficar desviando a atenção o tempo inteiro me parece muito com o Déficit de Atenção. Eu acho que meu pai tinha isso também... [CER]

C: Hoje eu acho até que ela tá com Síndrome do Pânico, porque ela tá com umas coisas... [CER]

- Estabelecimento de síntese: Sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do

terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros).

Exemplo:

C: Aí eu fico pensando... Quem mais me deixa tão irritada dessa forma? Só pode ser a minha mãe... eu estou agindo com ele da mesma forma como eu ajo com a minha mãe. [CER]

- Inferências: Suposições sobre a ocorrência de sentimentos **de terceiros** que não tenham sido relatadas ou descritas por qualquer pessoa.

Exemplos:

C: Eu fiquei com dó... fiquei preocupada com ele... um sentimento que eu acho que ele não tem por mim... [CER]

C: Ele tá fazendo aquilo obrigado, pra não me chatear, porque naturalmente ele não faria isso... [CER]

- Previsão sobre eventos futuros: Cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos seus ou de terceiros.

Exemplo:

C: Meu único receio é quer isso mascare uma situação entende? Que a gente possa sentir depois de um ano ou dois que a gente tiver nosso filho... [CER]

- Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de consequências: Cliente discorre a respeito de seus pensamentos ou reflexões sobre determinado tema, elaborando algum tipo de **relação explicativa, causal ou de regularidade entre eventos, ou levantando alternativas de ação e suas possíveis consequências (análise de consequências)**.

Exemplos:

C: Eu fico pensando... pra que serve tudo isso? A gente trabalha, trabalha, aí porque a gente trabalha tanto, acha que tem o direito de comprar tudo o que é bobagem... e aí se endivida até não poder mais... e precisa trabalhar mais e mais... que sentido tem? [CER]

C: Eu até tava lendo uma reportagem lá na sala de espera dizendo o porquê que mulher chora tanto... eu pensei... será que é uma coisa de mulher então?

[CER]

C: Aí a gente acabou discutindo feio... [REL] aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza isso... [CER]

APÊNDICE I

Metáfora Comparecendo ao seu Próprio Funeral

(tradução livre e adaptada pela pesquisadora para esse estudo)

(Hayes & Smith, 2005)

Quando as pessoas morrem, o que fica para trás é o que elas representavam (...)

Você tem apenas um limite de tempo nesta terra, e você não sabe quanto. A pergunta "Você vai viver, sabendo que vai morrer?" não é fundamentalmente diferente dessas perguntas: "Você vai amar, sabendo que vai se machucar?" Ou, "Você vai se comprometer a viver uma vida valorizada sabendo que às vezes não vai cumprir seus compromissos?" Ou, "Você alcançará o sucesso sabendo que às vezes falhará?" O potencial para a dor e a sensação de vitalidade que você ganha com essas experiências caminham juntos.

Se sua vida realmente for sobre algo, é bom olhar para isso da perspectiva do que você gostaria que significasse o caminho que sua vida deixa para trás (...)

Reconhecemos que pode parecer macabro chegar ao fim da vida com a imaginação e olhar para trás. Não é para ser mórbido, mas para ser fundamentado. Se você pudesse viver sua vida de modo que realmente se tratasse do que você escolheria que fosse daqui até o fim, o que seria evidente? Ou seja, o que ficaria claro sobre o tipo de vida que você levou? Esta não é uma previsão, suposição ou descrição. A questão não é sobre o que você **fez ou espera fazer**. Fazemos essa pergunta na forma de o que você espera que as pessoas próximas te vejam. Mas, esta não é uma questão de aprovação social; em vez disso, se seus valores significam algo, eles serão evidentes. Estamos perguntando apenas isto: **o que seria evidente se você pudesse escolher livremente o que sua vida representou?** Você pode apenas sussurrar essa pergunta para si mesmo, mas, uma vez que se trata de uma escolha, estamos pedindo que você se abra para seu próprio anseio de **ser sobre algo**.

Se sua vida pudesse ser sobre qualquer coisa; se fosse apenas entre você e seu coração; se ninguém rir ou dizer é impossível; se você fosse ousado sobre suas aspirações mais íntimas, o que você gostaria de ser? E ser isso - tão poderoso – o que era evidente para aqueles ao seu redor? (...)

Agora feche os olhos e respire fundo algumas vezes. Depois de acalmar sua mente, imagine que você morreu, mas por alguma circunstância milagrosa você é capaz de testemunhar seu próprio funeral em forma de espírito. Pense **onde** seria e **como** seria.

Imagine que um membro da família ou amigo está lá e foi convidado a se levantar e dizer algumas palavras **sobre o que você defendeu em sua vida; sobre o que você se preocupa; sobre o caminho que você percorreu.**

Diga o que você tem medo que possa ser dito (...) Suponha que você se afaste daquilo que realmente deseja defender e, em vez disso, siga um caminho de confusão mental, controle emocional e hipocrisia. Imagine seu familiar ou amigo. O que ele ou ela pode dizer?

Diga palavra por palavra.

APÊNDICE J

Subcategorias desenvolvidas para esse estudo com base no SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014).

EIXO I-1: Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta

TERAPEUTA SOLICITA RELATO (SER): para essa categoria, os eventos não serão observados e categorizados com a sigla SRE, mas sim, com algumas especificidades a seguir:

- TERAPEUTA SOLICITA RELATO de ENCOBERTOS (Solicitação de Relato de Encoberto - SRENC): Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata. Subcategoria desenvolvida seguindo o modelo do SiMCCIT do item 2 nessa categoria, mudando apenas a sigla para melhor compreensão do estudo.

TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO DE VALORES (SRFV): Nessa categoria, se aplica perguntas direcionadas aos valores que podem aparecer com uma reflexão de acordo com o apêndice H. Também foi analisado a categoria SRF, no entanto, desenvolveu-se uma nomenclatura e sigla específica para esse estudo para melhor direcionamento de uma solicitação de reflexão de valores.

TERAPEUTA INTERPRETA VALORES (INTV): Nessa categoria estão interpretações de qualidades de ações na vida que incluam as áreas valorosas de acordo com o apêndice H. Também foi analisado a categoria INT, no entanto, desenvolveu-se uma nomenclatura e sigla específica para esse estudo para melhor direcionamento de uma interpretação voltada a valores.

EIXO I-3: Categorização do comportamento vocal do cliente

CLIENTE RELATA EVENTOS (REL): para essa categoria, os eventos não serão observados e categorizados com a sigla REL, mas sim, com algumas especificidades a seguir:

- RELATA EVENTOS PRIVADOS (RELEP): nessa subcategoria, deverá ser observado o relato verbal de sonhos, sentimentos, pensamento e sensações corporais. Os critérios de inclusão seguem o modelo da categoria do REL presente no SiMCCIT no item 2,

conforme manual, modificando apenas a sigla para maior ênfase nos comportamentos privados.

- RELATA VALORES (RELV): Essa categoria pode incluir relatos das qualidades das ações que valoriza, das qualidades das ações que faz sem esperar algo em troca/julgamento, das qualidades de ações que percebe nas áreas, e das qualidades das ações que sente falta/percebe um afastamento e de ações que valoriza que fez.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)
Versão Brasileira Adaptada por O. P. Almeida e S. A. Almeida, 1999.

Nome: _____ Idade: _____ Data: ___/___/___

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre o que tem sentido durante a última semana. Se achar que o que está escrito se aplica ao seu caso, faça um (X) no espaço 'Concordo'. Se, pelo contrário, achar que o que está escrito não se aplica a sua situação, faça um (X) no espaço 'discordo'. Há ainda outras afirmações que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana e pede-se, igualmente, que escolha a alternativa ('Concordo' ou 'Discordo') que estiver mais próxima do que se passou com você. Responda, por favor, a todas as afirmações. Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. **O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou com você) na última semana.**

		CONCORDO	DISCORDO
01	Você está basicamente satisfeito com sua vida?		
02	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?		
03	Você sente que sua vida está vazia?		
04	Você se aborrece com frequência		
05	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		
06	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?		
07	Você se sente feliz a maior parte do tempo		
08	Você sente que sua situação não tem saída?		
09	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		
11	Você acha maravilhoso estar vivo?		
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		
13	Você se sente cheio de energia?		
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?		
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		

ANEXO B

Versão do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) adaptada ao Brasil por L. M. Barbosa, 2013.

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 C

Questionário de Valores de Vida (VLQ)

VLQ

(Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2013)

Instruções: Abaixo estão listadas áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. **Por favor, avalie a importância que você dá a cada uma dessas áreas para a sua vida (circulando um número), numa escala de 1 a 10.** Por exemplo, 1 significa que a área é nada importante e 10 que ela é extremamente importante para a sua vida. Nem todas as pessoas irão valorizá-las ou avaliá-las da mesma forma. **Solicitamos que pense na importância que você atribui a cada uma delas para a sua vida, independentemente de sua situação atual. Por exemplo, você pode atualmente não estar trabalhando ou não ser pai ou mãe, mas valorizar o trabalho ou desejar ser pai ou mãe durante a sua vida.**

Áreas	Importância de cada área para a sua vida									
	Nada importante									Extremamente importante
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Considerando a **última semana**, avalie o quanto suas ações estiveram de acordo com a importância que você atribui a cada uma das áreas abaixo. Todas as pessoas são melhores em algumas áreas do que em outras e também são melhores em alguns momentos do que em outros. Classifique cada área (circulando um número) em uma escala de 1 a 10, sendo que **1 significa que suas ações não estiveram de acordo com a importância daquela área para a sua vida e 10 que suas ações foram completamente de acordo com a importância que você atribui àquela respectiva área.**

Área	Grau de concordância de suas ações da última semana com a importância de cada área para a sua vida									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada de acordo com a importância que atribuo

Completamente de acordo com a importância que atribuo

ANEXO D

Categorias do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014).

EIXO I-1: Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta

TERAPEUTA FORNECE INFORMAÇÕES (Informação – INF)

TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO (Solicitação de Reflexão – SRF)

TERAPEUTA DEMONSTRA EMPATIA (EMP)

TERAPEUTA RECOMENDA OU SOLICITA A EXECUÇÃO DE AÇÕES, TAREFAS OU TÉCNICAS (Recomendação – REC)

EIXO I-3: Categorização do comportamento verbal vocal do cliente

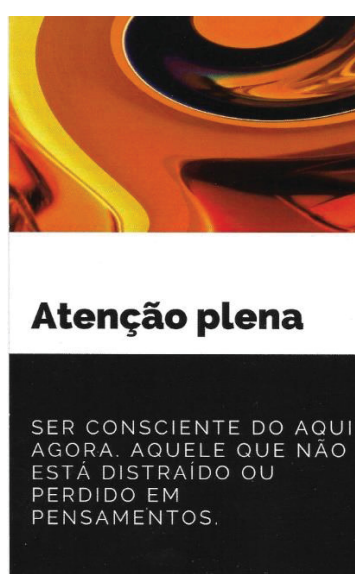
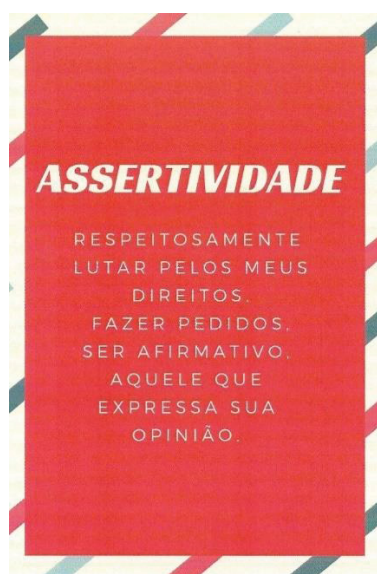
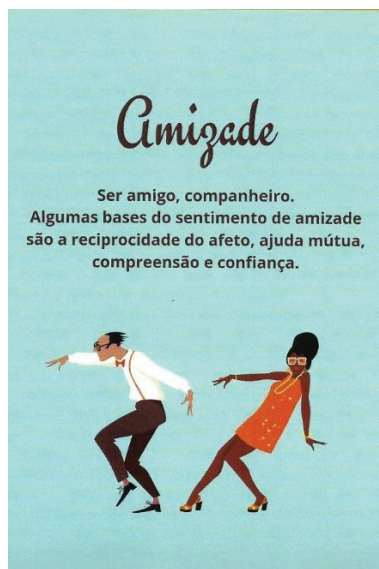
CLIENTE RELATA MELHORA OU PROGRESSO TERAPÊUTICO (MEL)

CLIENTE FORMULA METAS (MET)

CLIENTE ESTABELE RELAÇÕES ENTRE EVENTOS (CER)

ANEXO E

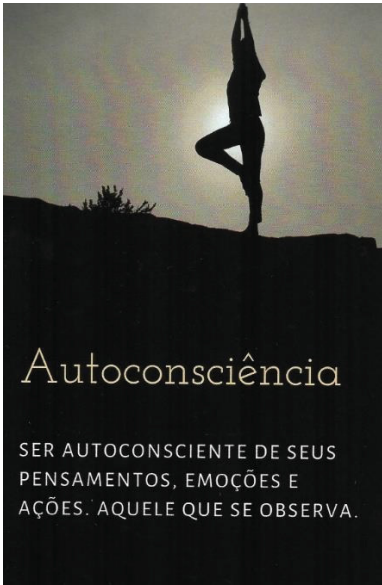
Baralho “Trabalhando Valores” (BTV), desenvolvido por Karen Vogel (2019).





**AUTO
COMPAIXÃO**

SER CUIDADOSO E ATENCIOSO COM O MEU PRÓPRIO SOFRIMENTO, AÇÕES QUE VISAM POUPAR-SE OU CUIDAR-SE.



Autoconsciência

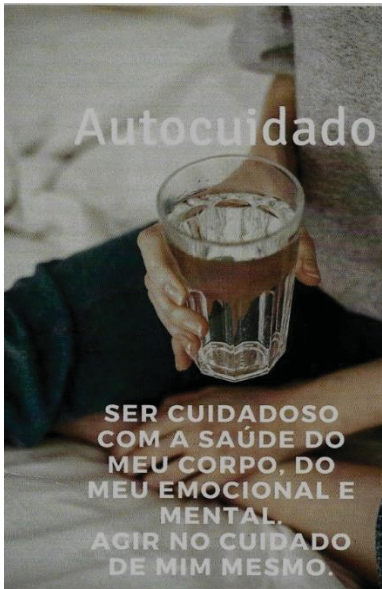
SER AUTOCONSCIENTE DE SEUS PENSAMENTOS, EMOÇÕES E AÇÕES. AQUELE QUE SE OBSERVA.

AUTOCONTROLE



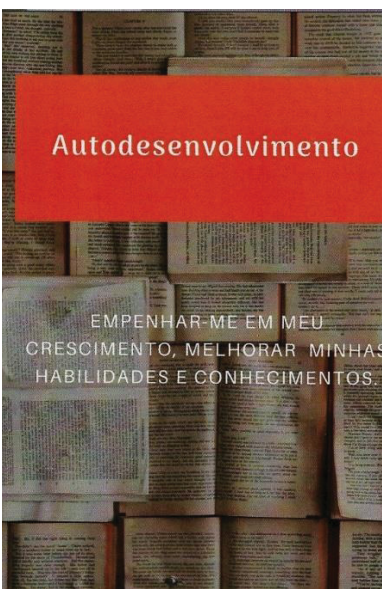
SER AUTOCONTROLADO. TER DOMÍNIO DE SI MESMO.

Autocuidado



SER CUIDADOSO COM A SAÚDE DO MEU CORPO, DO MEU EMOCIONAL E MENTAL. AGIR NO CUIDADO DE MIM MESMO.

Autodesenvolvimento



EMPENHAR-ME EM MEU CRESCIMENTO, MELHORAR MINHAS HABILIDADES E CONHECIMENTOS.

AVENTURA

SER AVENTUREIRO. ATIVAMENTE BUSCAR SITUAÇÕES NOVAS E ESTIMULANTES.



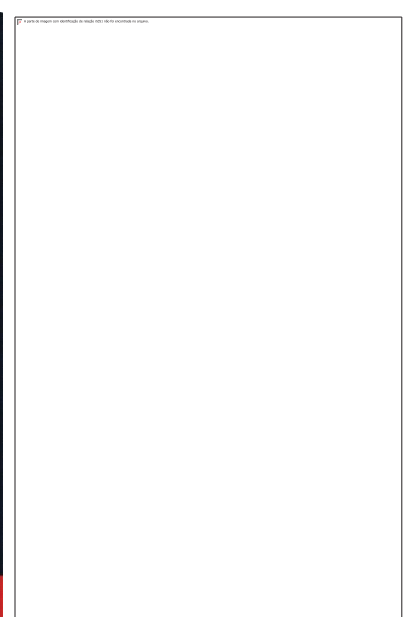
Beleza

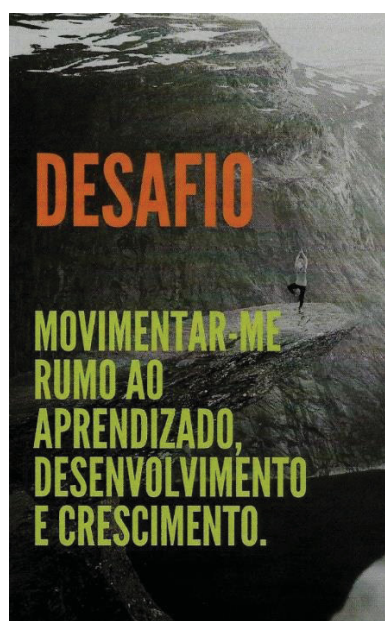
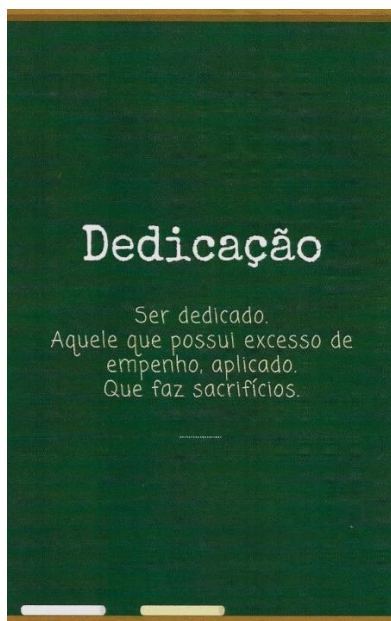
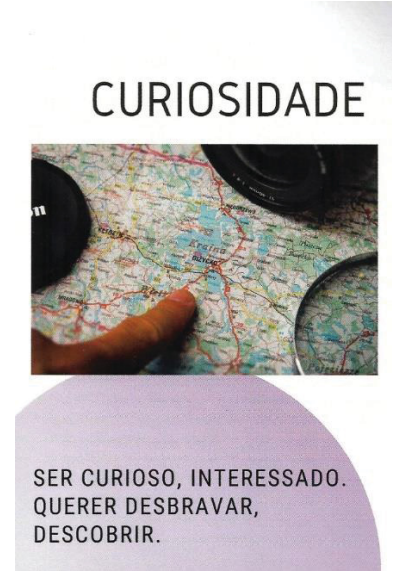
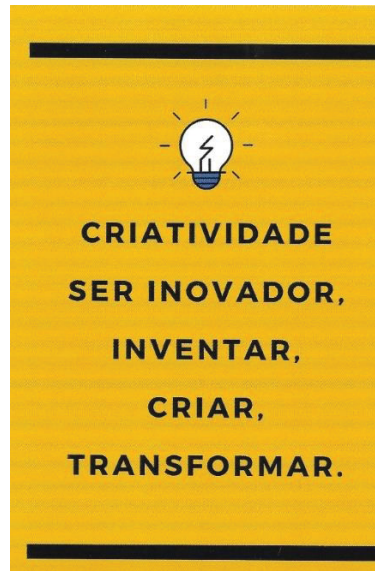
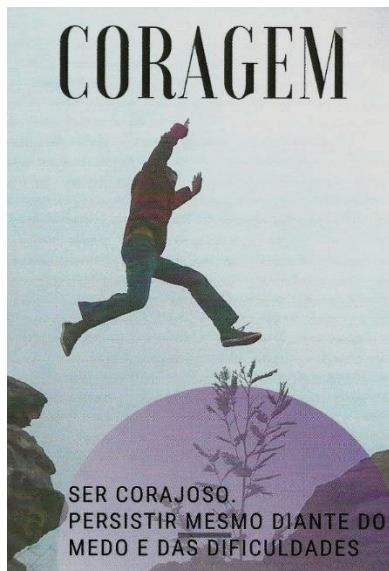
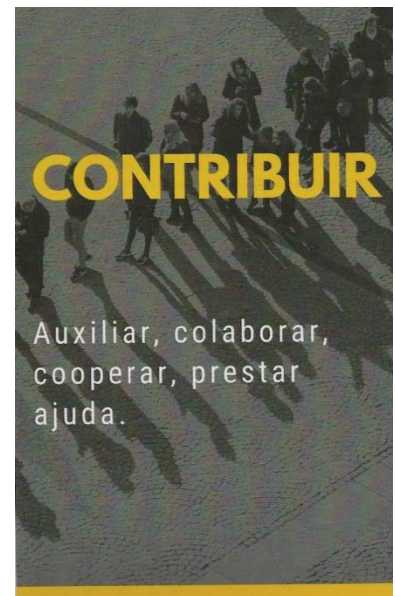
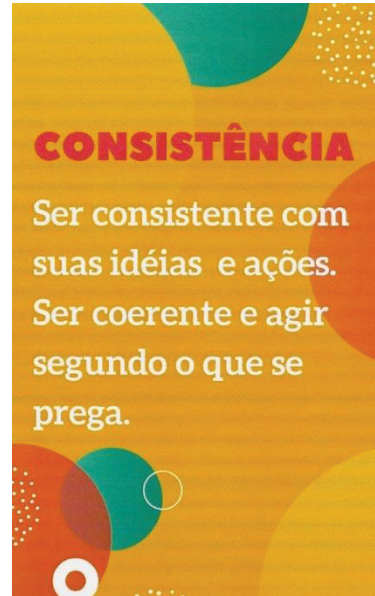
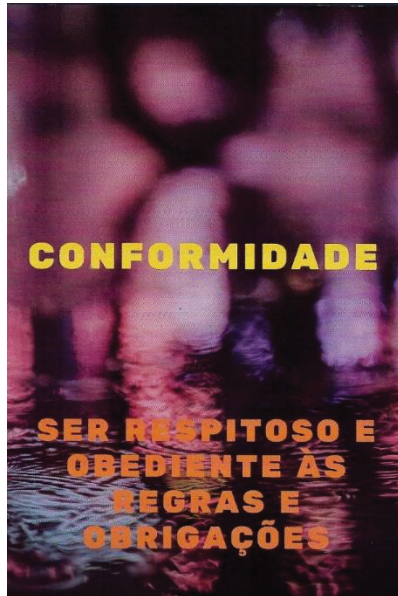
Criar, cultivar, apreciar e nutrir a beleza em mim, nos outros e no ambiente.

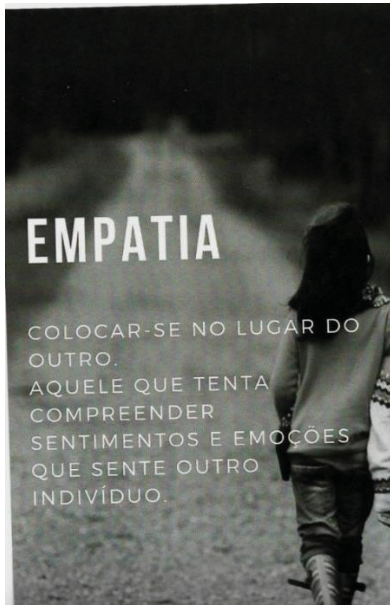



COMPAIXÃO

SER CUIDADOSO E ATENCIOSO COM O SOFRIMENTO DO OUTRO. AÇÕES QUE VISAM CONFORTAR.

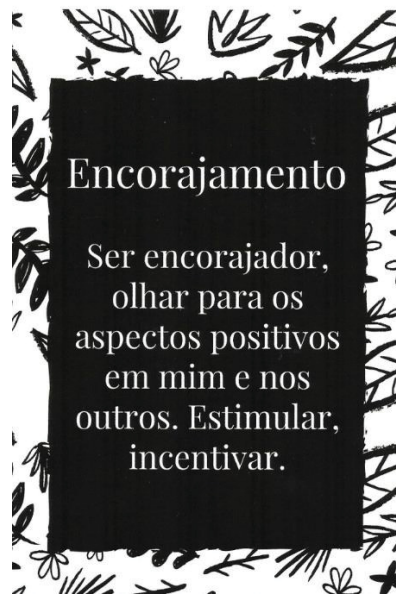







EMPATIA

COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO. AQUELE QUE TENTA COMPREENDER SENTIMENTOS E EMOCÕES QUE SENTE OUTRO INDIVÍDUO.



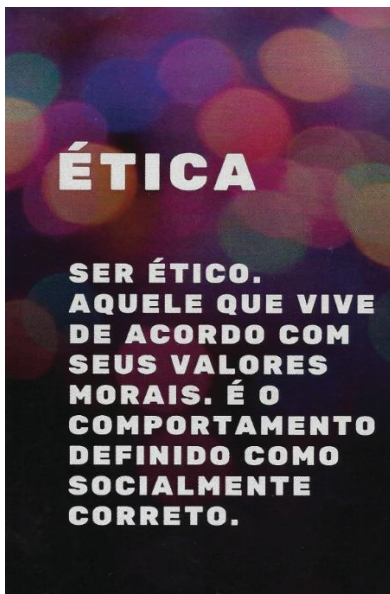
Encorajamento

Ser encorajador, olhar para os aspectos positivos em mim e nos outros. Estimular, incentivar.



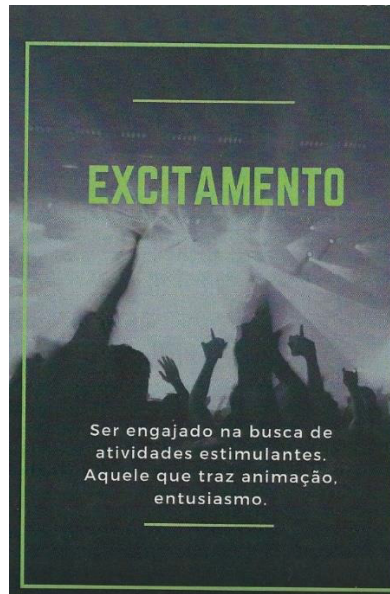
ESPIRITUALIDADE

Ser conectado e empenhado com o seu desenvolvimento espiritual.



ÉTICA

SER ÉTICO. AQUELE QUE VIVE DE ACORDO COM SEUS VALORES MORAIS. É O COMPORTAMENTO DEFINIDO COMO SOCIALMENTE CORRETO.



EXCITAMENTO

Ser engajado na busca de atividades estimulantes. Aquele que traz animação, entusiasmo.

FLEXIBILIDADE

Ser adaptável, aberto para o novo. Maleável.



Generosidade

Ser generoso, bondoso.

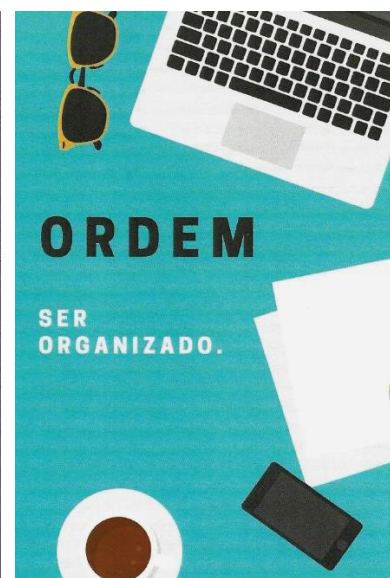
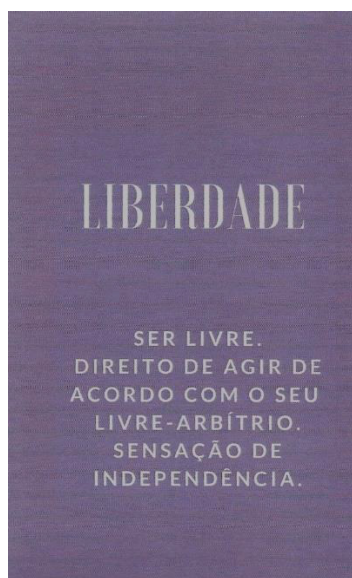
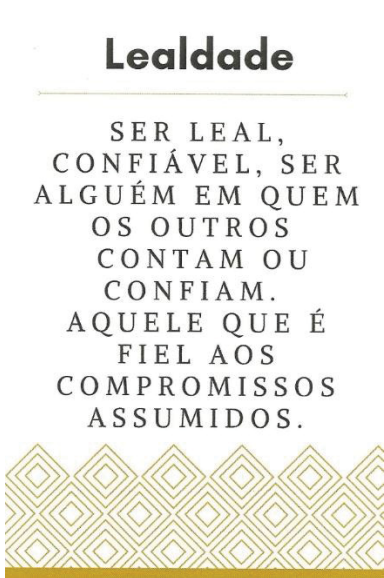
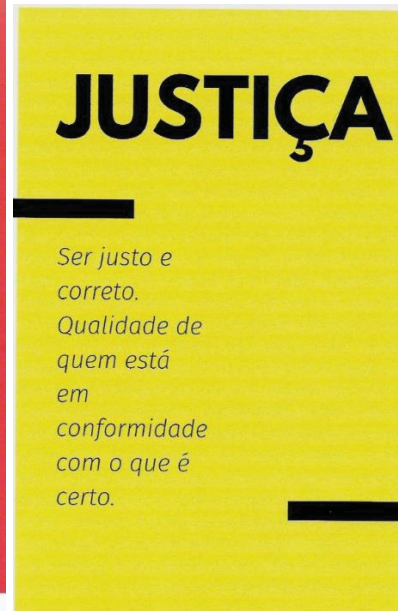
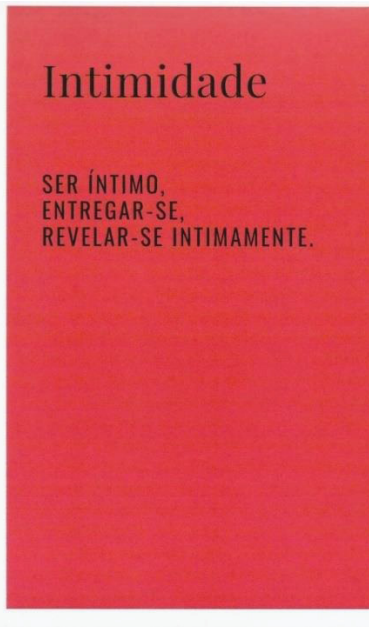
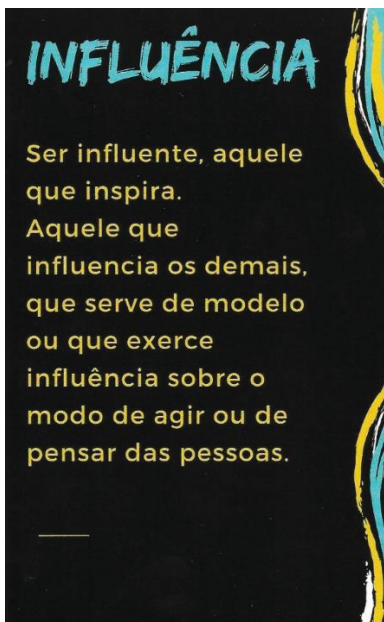
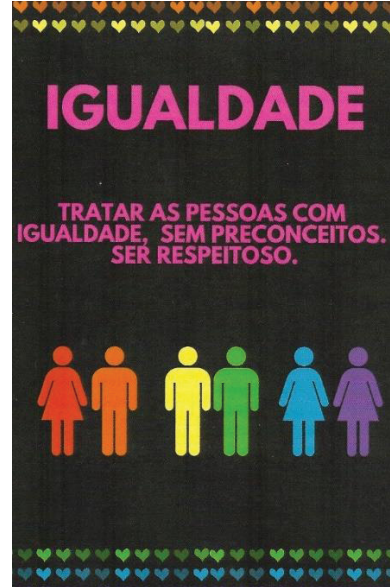
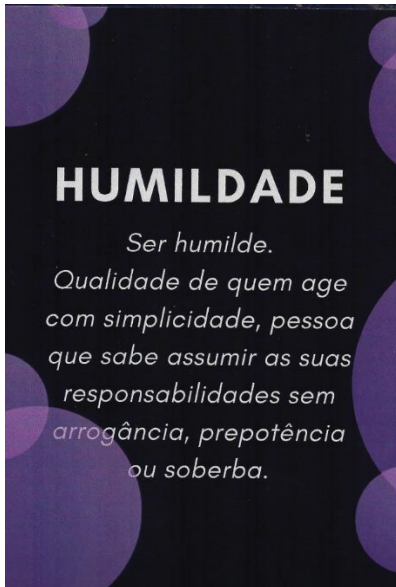
Gratidão

SER GRATO. AQUELE QUE EXPRESSA GRATIDÃO, QUE MOSTRA AGRADECIMENTO.




HONESTIDADE

SER HONESTO. PESSOA QUE FALA A VERDADE, NÃO OMITE, NÃO DISSIMULA, O INDIVÍDUO QUE É HONESTO REPUDIA A MALANDRAGEM E A ESPERTEZA DE QUERER LEVAR VANTAGEM.



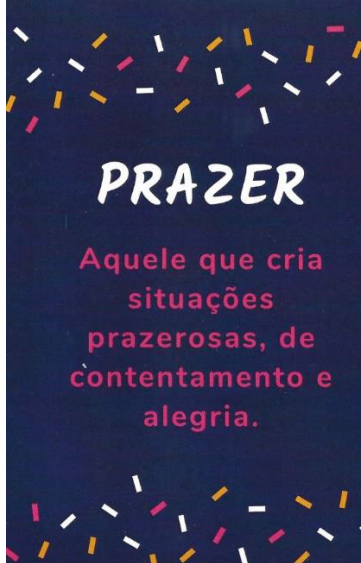
PACIÊNCIA

SER PACIENTE.
AQUELE QUE SUPORTA SITUAÇÕES
DESAGRADÁVEIS E O INCOMODO DE
TERCEIROS OU SITUAÇÕES SEM
PERDER A CALMA E A
CONCENTRAÇÃO.



Perdão

PERDOAR-SE PELOS
PRÓPRIOS ERROS E
PERDOAR OS ERROS
DOS OUTROS.
PARAR DE PUNIR.



PRAZER

Aquele que cria
situações
prazerosas, de
contentamento e
alegria.



PROTEÇÃO

Ser protetor.
Aquele que
fornece proteção
a si e aos
outros.



Reciprocidade

Aquele que cria relações onde há
o equilíbrio entre dar e receber.
Aquele que retribui.

RESPEITO

SER RESPEITOSO.
QUE TEM
CONSIDERAÇÃO.





SER RESPONSÁVEL.
AQUELE QUE CUMPRE COM AS
OBRIGAÇÕES.

RESPONSABILIDADE

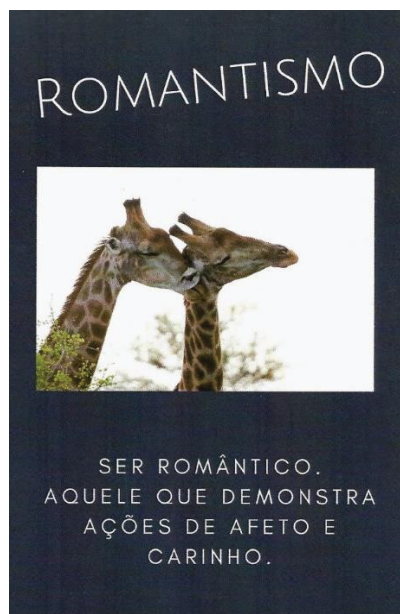
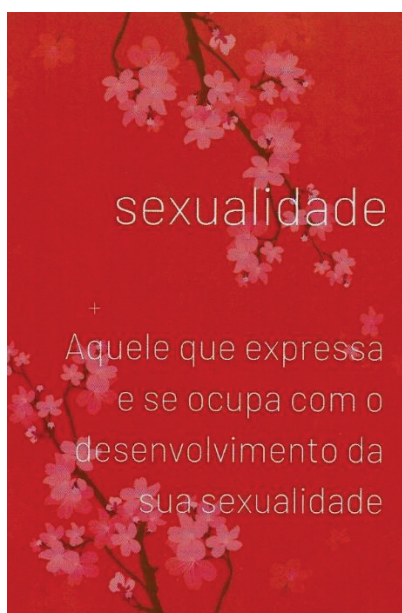
SEGURANÇA

Ser seguro.
Aquele que é estável.
Sinônimo de confiança.




Sensualidade

Criar, explorar e
desenvolver
experiências baseadas
nos 5 sentidos



- | | | | | | |
|----|---------------------|----|-----------------|----|------------------|
| 1 | Aceitação | 23 | desafio | 44 | Perdão |
| 2 | Amizade | 24 | Diversão | 45 | Prazer |
| 3 | Amor | 25 | Empatia | 46 | Proteção |
| 4 | Assertividade | 26 | Encorajamento | 47 | Reciprocidade |
| 5 | Atenção Plena | 27 | Espiritualidade | 48 | Respeito |
| 6 | Autenticidade | 28 | Ética | 49 | Responsabilidade |
| 7 | Autocompaixão | 29 | Excitamento | 50 | Segurança |
| 8 | Autocontrole | 30 | Flexibilidade | 51 | Sensualidade |
| 10 | Autocuidado | 31 | Generosidade | 52 | Sexualidade |
| 11 | Autodesenvolvimento | 32 | Gratidão | 53 | Romantismo |
| 12 | Aventura | 33 | Honestidade | | |
| 13 | Beleza | 34 | Humildade | | |
| 14 | Compaixão | 35 | Igualdade | | |
| 15 | Conexão | 36 | Independência | | |
| 16 | Conformidade | 37 | Influência | | |
| 17 | Consistência | 38 | Intimidade | | |
| 18 | Contribuir | 39 | Justiça | | |
| 19 | Coragem | 40 | Lealdade | | |
| 20 | Criatividade | 41 | Liberdade | | |
| 21 | Curiosidade | 42 | Ordem | | |
| 22 | Dedicação | 43 | Paciência | | |

ANEXO F

Tarefa de Casa de Avaliação de Valores

(Traduzido pela pesquisadora)

(Hayes et al., 1999)

A seguir estão as áreas da vida que algumas pessoas valorizam. Nem todos têm os mesmos valores, e esta planilha não é um teste para ver se você tem os valores “corretos”. Descreva seus valores como se ninguém fosse ler esta planilha. À medida que você faz, pense em cada área em termos dos objetivos concretos que você pode ter e em termos de direções de vida mais gerais.

Por exemplo, você pode valorizar o casamento como uma meta concreta e ser um cônjuge amoroso como uma direção valiosa. O primeiro exemplo: casar, é algo que pode ser concluído. O segundo exemplo: sendo um cônjuge amoroso, não tem fim. Você sempre pode ser mais amoroso, não importa o quão amoroso você já seja.

Faça cada um dos domínios da vida. Alguns dos domínios se sobrepõem. Você pode ter problemas para manter a família separada do casamento / relações íntimas. Faça o seu melhor para mantê-los separados. Seu terapeuta fornecerá assistência quando você discutir essa avaliação de objetivos e valores.

Numere claramente cada uma das seções e mantenha-as separadas umas das outras. Você pode não ter metas valiosas em certas áreas; você pode pular essas áreas e discuti-las diretamente com seu terapeuta. Também é importante que você escreva o que você valorizaria se não houvesse nada em seu caminho. Não estamos perguntando o que você acha que poderia obter de forma realista, ou o que você ou outras pessoas acham que você merece. Queremos saber com o que você se preocupa, em que você gostaria de trabalhar, para o melhor de todas as situações. Enquanto faz a planilha, finja que a mágica aconteceu e que tudo é possível.

1. CASAMENTO / CASAIS / RELAÇÕES ÍNTIMAS. Nesta seção, escreva um descrição da pessoa com quem você gostaria de ter um relacionamento íntimo. Escreva o tipo de relacionamento que você gostaria de ter. Tente se concentrar em seu papel nesse relacionamento.

Como você gostaria que fosse, quais características,

2. **RELAÇÕES FAMILIARES.** Nesta seção, descreva o tipo de irmão/irmã, filho/filha, pai/mãe que você quer ser. Descreva as qualidades que você gostaria de ter nesses relacionamentos. Descreva como você trataria as outras pessoas se fosse o seu eu ideal nesses vários relacionamentos.
-
-

3. **AMIZADES / RELAÇÕES SOCIAIS.** Nesta seção, escreva o que significa para você ser um bom amigo. Se você pudesse ser o melhor amigo possível, como se comportaria com seus amigos? Tente descrever uma amizade ideal.
-
-

4. **CARREIRA / EMPREGO.** Nesta seção, descreva que tipo de trabalho você gostaria de fazer. Isso pode ser muito específico ou muito geral. (Lembre-se de que este é um mundo ideal.) Depois de escrever sobre o tipo de trabalho que gostaria de fazer, escreva sobre porque ele o atrai. Em seguida, discuta que tipo de trabalhador você gostaria de ser em relação ao seu empregador e colegas de trabalho. Como você gostaria que fossem suas relações de trabalho?
-
-

5. **EDUCAÇÃO / CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PESSOAL.** Se você gostaria de estudar, formal ou informalmente, ou buscar algum treinamento especializado, escreva sobre isso. Escreva sobre porque esse tipo de treinamento ou educação o atrai.
-
-

6. **RECREAÇÃO / LAZER.** Discuta o tipo de vida recreativa que você gostaria de ter, incluindo hobbies, esportes e atividades de lazer.
-
-

7. ESPIRITUALIDADE. Não estamos necessariamente nos referindo à religião organizada nesta seção. O que queremos dizer com espiritualidade é o que isso significa para você. Isso pode ser tão simples como comungar com a natureza ou tão formal quanto a participação em um grupo religioso organizado. Seja o que for que espiritualidade signifique para você, tudo bem. Se esta for uma área importante da vida, escreva sobre o que você gostaria que fosse. Como em todas as outras áreas, se esta não for uma parte importante de seus valores, pule para a próxima seção.

8. CIDADANIA. Para algumas pessoas, participar de assuntos comunitários é uma parte importante da vida. Por exemplo, algumas pessoas pensam que é importante trabalhar como voluntário com desabrigados ou idosos, fazer algo junto aos formuladores de políticas governamentais em nível federal, estadual ou local, participar como membro de um grupo comprometido com a conservação da vida selvagem ou participar do serviço estrutura de um grupo de autoajuda, como Alcoólicos Anônimos. Se atividades orientadas para a comunidade deste tipo forem importantes para você, escreva sobre a orientação que gostaria de seguir nessas áreas. Escreva sobre o que mais lhe agrada nessa área.

9. SAÚDE / BEM-ESTAR FÍSICO. Nesta seção, inclua seus valores relacionado à manutenção do seu bem-estar físico. Escreva sobre questões relacionadas à saúde, como sono, dieta, exercícios, fumo e assim por diante.

ANEXO G

Planejamento de Formulação de Caso “Psy-Flex” disponível em Hayes, Strosahl e Wilson (2021)

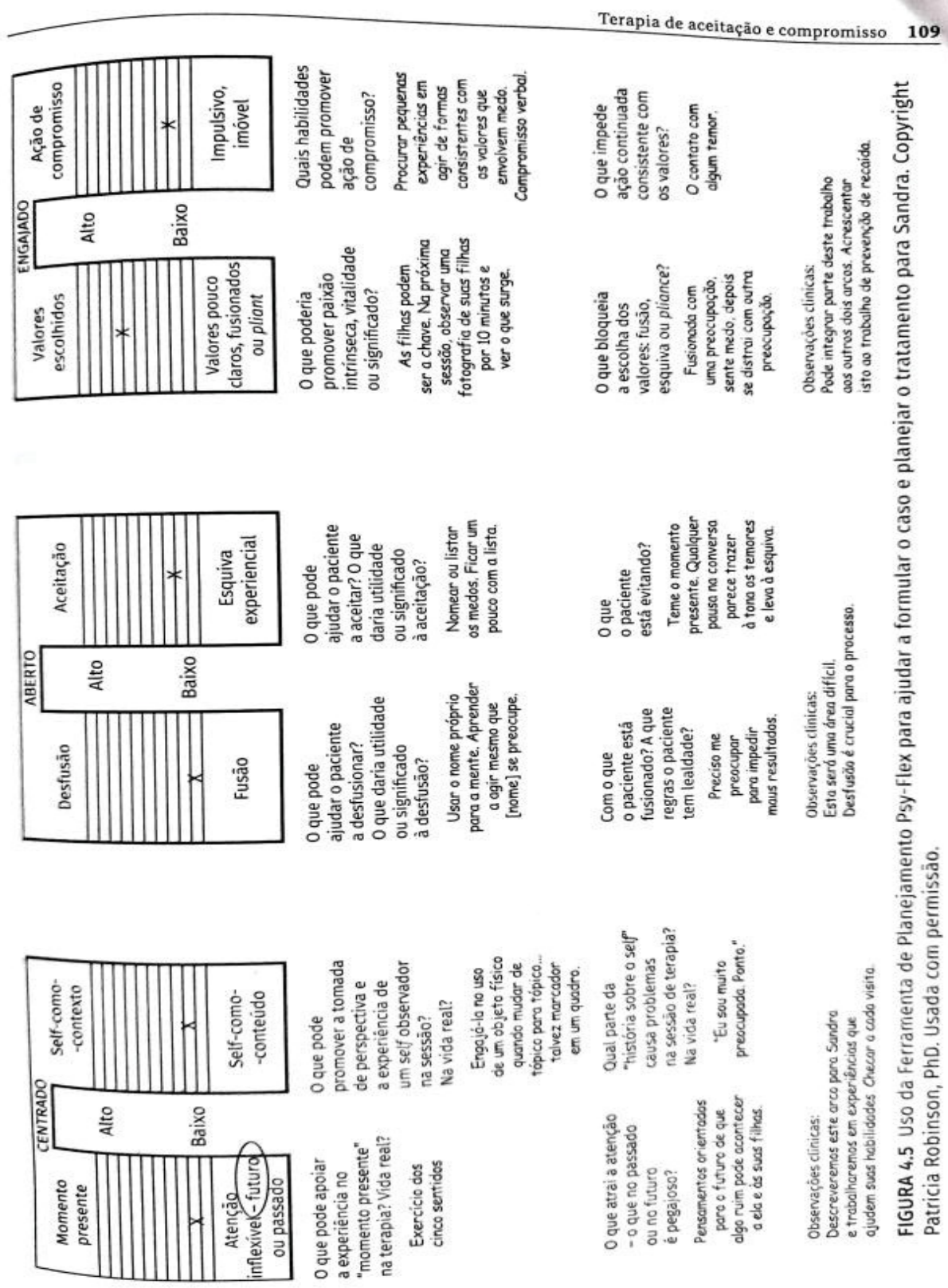


FIGURA 4.5 Uso da Ferramenta de Planejamento Psy-Flex para ajudar a formular o caso e planejar o tratamento para Sandra. Copyright Patricia Robinson, PhD. Usada com permissão.

ANEXO H

Hipóteses e Resultados das Análises Estatísticas

- 1- Nas condições do uso das cartas do baralho BTV aumentaria a frequência das categorias dos participantes REL-V e CER;
- Participante Célia

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REL-V* ANTES"	"REL-V* DURANTE"	t de Student	-3.09	3.00	0.054
"CER - ANTES"	"CER - DURANTE"	t de Student	2.89	3.00	0.063

Usando teste t para amostras pareadas em REL-V e CER do participante C observou-se que há evidência estatística de que as médias dos scores antes e durante apresentam diferenças significativas.

- Participante Zaira

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REL-V* ANTES"	"REL-V* DURANTE"	t de Student	-4.65	3.00	0.019
"CER - ANTES"	"CER - DURANTE"	t de Student	-1.16	3.00	0.330

O resultado da análise usando teste t pareado, mostra que houve diferença significativa entre os scores de antes e durante o uso das cartas para REL-V mas não houve evidência estatística de que ocorreu diferença significativa nos escores em CER, observando os escores antes e durante o uso do baralho BTV. Analisando individualmente REL-V observou-se que houve uma redução no escore durante o uso das cartas, que foi comprovado pelo p-valor de 0.009, sob a hipótese que o score durante seria maior que o antes.

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REL-V* ANTES"	"REL-V* DURANTE"	t de Student	-4.65	3.00	0.009

Nota. $H_0: \mu_{\text{Medida 1}} - \text{Medida 2} < 0$

Dessa forma há fundamento estatístico para comprovar que uso das cartas do baralho BTV aumentaria a frequência das categorias dos participantes REL-V e não teria mudança significativa em CER.

2- Após a condição do uso das cartas do baralho BTV as participantes teriam alguma modificação na frequência das categorias MEL, MET e CER e também na subcategoria RELV.

- Participante Célia

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REL-V* ANTES"	"REL-V* DEPOIS"	t de Student	0.821	3.00	0.472
"CER - ANTES"	"CER - DEPOIS"	t de Student	-0.962	3.00	0.407
"MEL - ANTES"	"MEL - DEPOIS"	t de Student	-0.577	3.00	0.604
"MET - ANTES"	"MET - DEPOIS"	t de Student	-5.000	3.00	0.015

Usando teste t para amostras pareadas as variações entre antes do uso das cartas e depois do uso das cartas, há evidência estatística apenas em MET de que houve diferença significativa. Analisando essa categoria individualmente com o teste t pode-se afirmar que há evidência estatística de que houve aumento no escore de MET, observando antes de depois do uso das cartas BTV, com um p-valor de 0,008:

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"MET - ANTES"	"MET - DEPOIS"	t de Student	-5.00	3.00	0.008

Nota. $H_0: \mu_{\text{Medida 1}} - \text{Medida 2} < 0$

- Participante Zaira

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REL-V* ANTES"	"REL-V* DEPOIS"	t de Student	2.449	3.00	0.092
"CER - ANTES"	"CER - DEPOIS"	t de Student	-3.384	3.00	0.043
"MEL - ANTES"	"MEL - DEPOIS"	t de Student	0.714	3.00	0.527
"MET - ANTES"	"MET - DEPOIS"	t de Student	0.225	3.00	0.836

Usando teste t para amostras pareadas as variações entre antes do uso das cartas e depois do uso das cartas, há evidência estatística apenas em CER de que houve diferença significativa. Analisando essa categoria individualmente com o teste t pode-se afirmar que há evidência estatística de que houve aumento no score de CER observando antes e depois do uso das cartas BTV, com um p-valor de 0,021:

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"CER - ANTES"	"CER - DEPOIS"	t de Student	-3.38	3.00	0.021

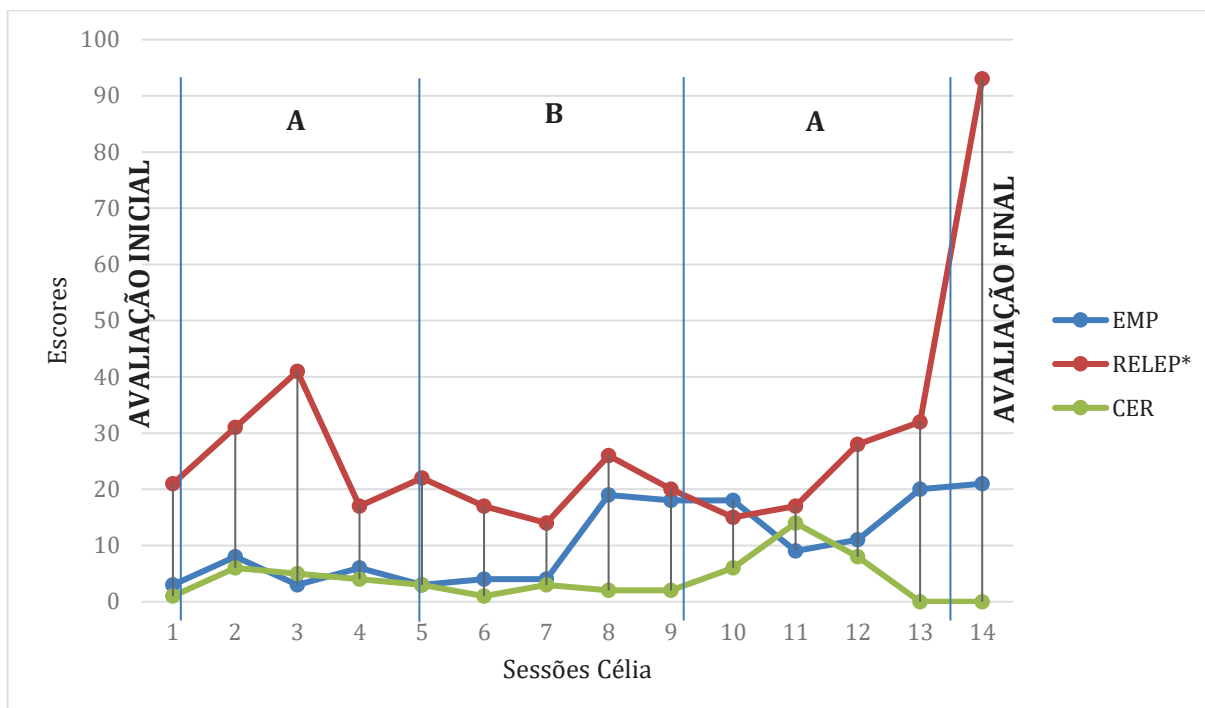
Nota. $H_a: \mu \text{ Medida 1} - \text{Medida 2} < 0$

- 3- Se a categoria **EMP do terapeuta** aumentar em alguma sessão, a categoria **do cliente CER** e/ou subcategoria do **cliente RELEP** teriam um aumento também quando comparadas em outras sessões em que essa categoria do terapeuta não fosse tão presente?

- Participante Célia

Correlação

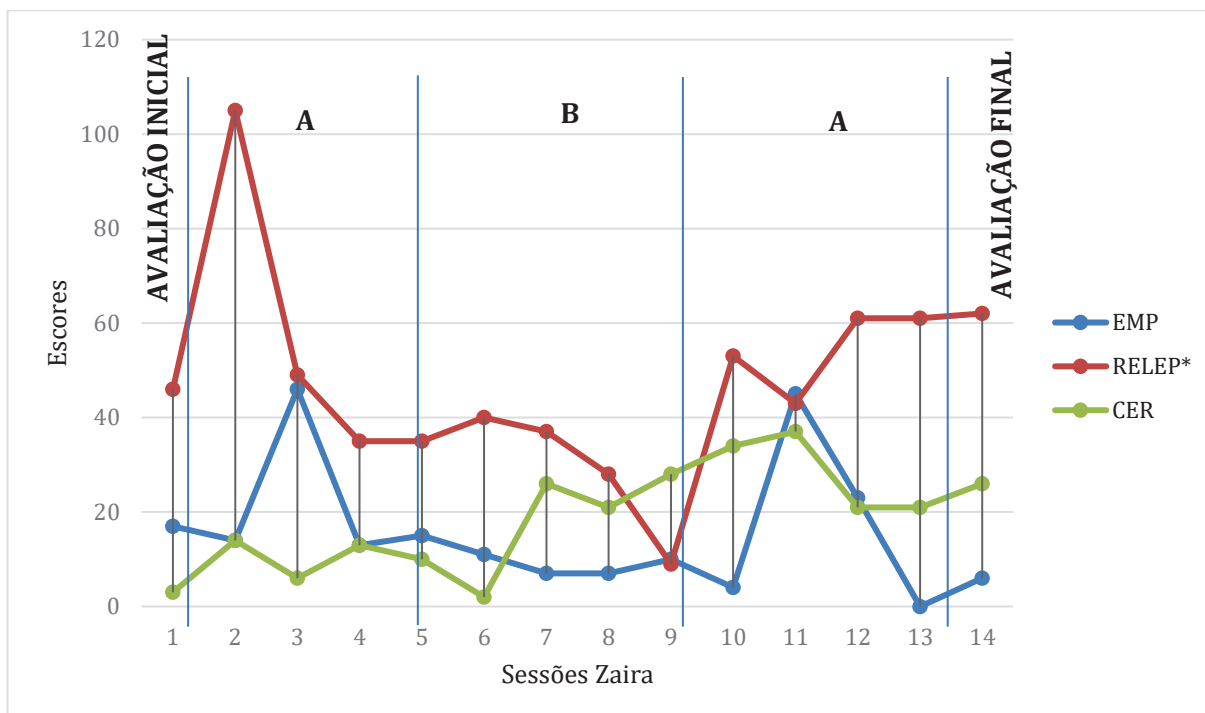
		EMP	RELEP*	CER
EMP	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	0.408	—	
	p-valor	0.148	—	
CER	R de Pearson	-0.189	-0.302	—
	p-valor	0.517	0.294	—



Os resultados obtidos tanto na correlação de EMP com RELEP quanto de EMP com CER indicam uma baixa correlação linear entre os escores obtidos. Na correlação de EMP com RELEP o $r=0,408$ indica que há correlação linear moderada entre os escores. Na correlação de EMP com CER em que o $r=-0,189$ também indica uma baixa correlação linear entre as variáveis. Entre RELEP e EMP e entre EMP e CER por serem maiores que 0,05 indicam que os valores de R podem não ter correlação matemática significativa.

- Participante Zaira

Correlação				Correlação			
		EMP	RELEP*			EMP	CER
EMP	R de Pearson	—	—	EMP	R de Pearson	—	—
	p-valor	—	—		p-valor	—	—
RELEP*	R de Pearson	0.013	—	CER	R de Pearson	-0.083	—
	p-valor	0.964	—		p-valor	0.778	—



Os resultados mostrados tanto na correlação de EMP com RELEP quanto de EMP com CER indicam uma baixa correlação linear entre os escores obtidos. Na correlação de EMP com RELEP o $r=0,013$ indica que praticamente não há correlação linear entre os scores, fato que ocorre também na correlação de EMP com CER em que o $r=-0,083$ também indica uma baixa correlação linear entre as variáveis. Esses resultados são confirmados pelo p-valor de ambos que por serem maiores que o nível de significância de 0,05 mostram que a correlação linear entre eles não é estatisticamente significativa. Portanto, fazendo uso da correlação de Pearson é possível afirmar que não há evidência estatística de que exista correlação entre as características observadas.

- 4- Na condição após o uso das cartas BTV teria aumento nas subcategorias, SRFV e INTV do terapeuta?

- Participante Célia

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"SRFVAL* - ANTES"	"SRFVAL* - DEPOIS"	t de Student	1.414	3.00	0.252
"INTVAL* - ANTES"	"INTVAL*- DEPOIS"	t de Student	-0.370	3.00	0.736

Aplicando o teste t pareado para os escores, não se pode dizer que há evidência estatística de que houve diferença nos scores do terapeuta antes e depois do uso das cartas BTV com a participante.

- Participante Zaira

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"SRFVAL* - ANTES"	"SRFVAL* - DEPOIS"	t de Student	0.394	3.00	0.720
"INTVAL* - ANTES"	"INTVAL*- DEPOIS"	t de Student	1.039	3.00	0.375

Aplicando o teste t pareado para os escores, não se pode dizer que há evidência estatística de que houve diferença nos scores do terapeuta antes e depois do uso das cartas BTV com a participante.

- 5- Se a subcategoria do terapeuta SERENC aumentar em alguma sessão, poderia ter aumento da frequência da categoria do cliente CER e/ou subcategoria do cliente RELEP quando comparadas em outras sessões em que essa subcategoria do terapeuta não fosse tão presente?

- Participante Célia

Correlação		SRENC*	RELEP*	CER
SRENC*	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	0.881	—	
	p-valor	< .001	—	
CER	R de Pearson	-0.379	-0.302	—
	p-valor	0.181	0.294	—

Os resultados obtidos de SRENC com CER indicam uma baixa correlação linear entre os escores obtidos. Na correlação de SRENC com RELEP o $R=0,881$ indica que há boa correlação linear entre os escores. Na correlação de SRENC com CER em que o $r=-0,379$ indica uma baixa correlação linear entre as variáveis. Entre RELEP e SRENC o p-valor é menor que 0,05 indicado que há correlação matemática significativa entre as variáveis. Entre SRENC e CER por ser um p-valor maior que 0,05 indicam que os valores de R entre eles pode não haver correlação matemática significativa.

- Participante Zaira

Matriz de Correlações		SRENC*	CER	RELEP*
SRENC*	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
CER	R de Pearson	-0.406	—	
	p-valor	0.150	—	
RELEP*	R de Pearson	0.792	-0.085	—
	p-valor	< .001	0.772	—

A análise de Pearson indicou que há uma fraca correlação inversa entre CER e SRENC com um $R=-0,406$. Indicou também que há uma forte correlação entre a RELEP e a SRENC

com um $R=0,792$, confirmada por um p-valor inferior a 0,001. Não há correlação de Pearson entre RELEP e CER pois o $R=0,085$ é uma relação desprezível.

6- Se a categoria do terapeuta INT aumentar em alguma sessão, a categoria do cliente CER e/ou subcategoria do cliente RELEP teriam algum aumento quando comparadas em outras sessões em que essa categoria do terapeuta não fosse tão presente?

- Participante Célia

Correlação		INT	RELEP*	CER
INT	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	0.237	—	
	p-valor	0.414	—	
CER	R de Pearson	0.682	-0.302	—
	p-valor	0.007	0.294	—

Os resultados obtidos de INT com CER indicam moderada correlação linear entre os escores obtidos. Isso é confirmado pelo baixo índice obtido no p-valor referente a essa correção que ficou bem abaixo do 0,05 que é o valor de referência. Na correlação de INT com RELEP o $r=0,237$ indica que há baixa correlação linear entre os escores. O p-valor para essa correlação é $p\text{-valor}=0,414$ maior que 0,05 indicam que os valores de R ente eles podem não ter correlação matemática significativa.

- Participante Zaira

Correlação		INT	RELEP*	CER
INT	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	0.055	—	
	p-valor	0.852	—	
CER	R de Pearson	0.873	-0.085	—
	p-valor	< .001	0.772	—

Os resultados obtidos de INT com CER indicam uma forte correlação linear entre os escores obtidos, com $R=0,873$. Isso é confirmado pelo baixo índice obtido no p-valor referente a essa correção que ficou bem abaixo do 0,05 que é o valor de referência. Na correlação de INT com RELEP o $R=-0,085$ indica que há baixa correlação linear entre os escores. O p-valor para essa correlação é $p\text{-valor}=0,772$ maior que 0,05 indicam que os valores de R ente eles podem não ter correlação matemática significativa.

- 7- Se a categoria do terapeuta SRF aumentar em alguma sessão, poderia ter aumento da frequência da categoria do cliente CER e/ou subcategoria do cliente RELEP quando comparadas em outras sessões em que essa categoria do terapeuta não fosse tão presente?

- Participante Célia

Correlação		SRF	RELEP*	CER
SRF	R de Pearson	—	-0.236	0.642
	p-valor	—	0.416	0.013
RELEP*	R de Pearson		—	
	p-valor		—	
CER	R de Pearson		-0.302	—
	p-valor		0.294	—

Os resultados apresentados pela correlação de Pearson indicam ser desprezível a relação entre SRF e RELEP, um $R=-0,236$ e confirmados pelo p-valor de 0,416. Porém, analisando SRF e CER percebe-se uma correlação moderada que confirmada pelo p-valor=0.013.

- Participante Zaira

Correlação		SRF	RELEP*	CER
SRF	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	0.147	—	
	p-valor	0.616	—	
CER	R de Pearson	0.469	-0.085	—
	p-valor	0.091	0.772	—

Os resultados obtidos de a correlação entre SRF e RELEP mostraram um R de Pearson muito baixo e estatisticamente não apresentam correlação. Entre SRF e CER houve uma correlação fraca confirmada pelo p-valor de 0,091.

- 8- Se as subcategorias do terapeuta SRFVAL e INTVAL aumentassem em alguma sessão, poderia ter aumento da frequência da subcategoria do cliente REL-V e/ou da categoria CER quando comparadas em outras sessões em que essa subcategoria do terapeuta não fosse tão presente?

- Participante Célia

Correlação		SRFVAL*	CER	REL-V*
SRFVAL*	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
CER	R de Pearson	-0.357	—	
	p-valor	0.210	—	
REL-V*	R de Pearson	0.738	-0.380	—
	p-valor	0.003	0.180	—

Os resultados obtidos SRFVAL e REL-V apresentam uma correlação moderada com $R=0.73$ corroborada por um p-valor de 0,003. Já os resultados obtidos entre CER e SRFVAL não apontam evidência estatística de que haja correlação entre os dados.

- Participante Zaira

Correlação		SRFVAL*	RELEP*	CER
SRFVAL*	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
RELEP*	R de Pearson	-0.175	—	
	p-valor	0.550	—	
CER	R de Pearson	-0.007	-0.085	—
	p-valor	0.981	0.772	—

Os resultados obtidos no valor de R de Pearson são classificados como muito fraco e desprezível entre os cruzamentos e não mostram evidência estatística suficiente para apontar correlação entre elas.

- 9- Se a categoria do terapeuta SRF e subcategoria SRFVAL estivessem com uma frequência alta, poderia ter aumento da frequência da categoria do cliente CER quando comparadas em outras sessões em que essa categoria e subcategoria do terapeuta não fossem tão presentes?

- Participante Célia

Correlação		CER	SRFVAL*	SRF
CER	R de Pearson	—	-0.357	
	p-valor	—	0.210	
SRFVAL*	R de Pearson	-0.357	—	
	p-valor	0.210	—	
SRF	R de Pearson	0.642	-0.020	—
	p-valor	0.013	0.945	—

Dentre as variáveis analisadas apenas as variáveis CER e SRF apresentaram evidência estatística suficiente para apontar uma correlação moderada entre elas com um $R=0.62$ corroborada por um p-valor de 0.013. A relação entre CER e SRFVAL e entre SRF e SRFVAL apresentaram um muito fraco ou desprezível.

- Participante Zaira

Correlação		CER	SRFVAL*	SRF
CER	R de Pearson	—	-0.007	
	p-valor	—	0.981	
SRFVAL*	R de Pearson	-0.007	—	
	p-valor	0.981	—	
SRF	R de Pearson	0.469	0.185	—
	p-valor	0.091	0.526	—

Dentre as variáveis analisadas apenas as variáveis CER e SRF apresentaram evidência estatística suficiente para apontar uma correlação fraca entre elas com um $R=0.469$, porém, seu p-valor de 0.091 sugere não ser suficiente para tal.

10- Se as categorias do terapeuta REC e INF aumentassem em alguma sessão, poderia ter aumento da frequência das categorias do cliente CER e MET quando comparadas em outras sessões em que essas categorias do terapeuta não fossem tão presentes?

- Participante Célia

		REC	CER	MET
REC	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
CER	R de Pearson	0.019	—	
	p-valor	0.948	—	
MET	R de Pearson	0.643	0.038	—
	p-valor	0.013	0.898	—

Dentre as variáveis analisadas apenas as variáveis MET e REC apresentaram evidência estatística suficiente para apontar uma correlação moderada entre elas com um $R=0.643$ corroborada por um p-valor de 0.013. As demais relações apresentam um p-valor desprezível.

- Participante Zaira

		REC	MET	CER
REC	R de Pearson	—		
	p-valor	—		
MET	R de Pearson	-0.290	—	
	p-valor	0.314	—	
CER	R de Pearson	0.191	0.235	—
	p-valor	0.513	0.419	—

As variáveis analisadas apresentaram evidência de valores suficientes para apontar uma correlação fraca ou desprezível entre elas.

11- Na condição do uso das cartas, as categorias do terapeuta REC e INF aumentariam a frequência?

- Participante Célia

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REC - ANTES"	"REC - DURANTE"	t de Student	-1.859	3.00	0.160
"INF - ANTES"	"INF - DURANTE"	t de Student	0.151	3.00	0.889

Aplicando o teste t pareado, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa nos dados analisando antes e durante o uso das cartas BTV pelo terapeuta com o Participante C, pois nenhum dos p-valores foram inferiores a 0,05.

- Participante Zaira

Teste t para amostras emparelhadas

			estatística	gl	p
"REC - ANTES"	"REC - DURANTE"	t de Student	-0.603	3.00	0.589
"INF - ANTES"	"INF - DURANTE"	t de Student	-0.264	3.00	0.809

Também não houve diferença significativa em REC e INF para a análise do terapeuta com relação ao participante Z, pois nenhum dos p-valores foram inferiores a 0,05.

12- Se a categoria do terapeuta EMP estava com uma frequência maior durante alguma sessão, também ocorria com sessões em que a frequência da subcategoria do cliente REL-V também aumentava?

- Participante Célia

Correlação		EMP	REL-V*
EMP	R de Pearson	—	
	p-valor	—	
REL-V*	R de Pearson	-0.058	—
	p-valor	0.843	—

As variáveis analisadas não apresentam evidência estatística suficiente para mostrar correlação entre elas.

- Participante Zaira

Correlação		EMP	REL-V*
EMP	R de Pearson	—	
	p-valor	—	
REL-V*	R de Pearson	-0.136	—
	p-valor	0.642	—

As variáveis analisadas não apresentam evidência estatística suficiente para mostrar correlação entre elas.